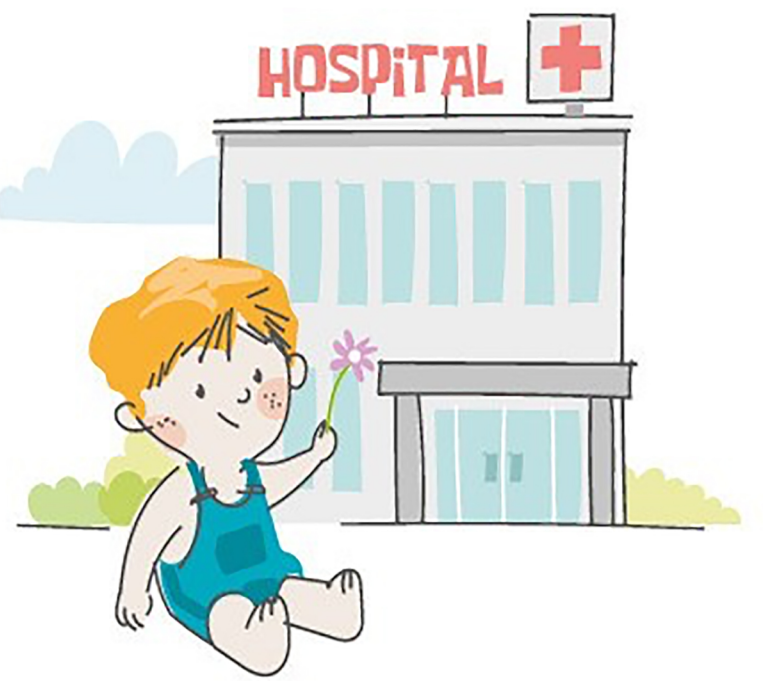
Problemas Sociales y de Actualidad

VIII LECCIONES EN SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL

ciencia sanitaria

SOCIFOSA
sociedad científica española de formación sanitaria



VIII Lecciones en Salud Social y Ambiental

ciencia
sanitaria

SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

VIII Lecciones en Salud Social y Ambiental

Fecha de publicación: 20 de febrero de 2020

1ª Edición

© Ciencia Sanitaria, 2020
© De los textos: Sus autores.

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Todos los autores han asegurado a Ciencia Sanitaria cumplir con la Ley de Propiedad Intelectual y Derechos de Autor. El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias, reflejando las opiniones, investigaciones, textos, ilustraciones e iconografía propios de los autores y facilitados por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo Ciencia Sanitaria ni SOCIFOSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra. El libro no sienta bases terapéuticas ni algoritmos diagnósticos que se deban de seguir en la practica clínica sin cotejar con el resto de la bibliografía científica existente.

ISBN: 978-84-18126-17-8
Al ser un libro electrónico digital, no requiere depósito legal.

Producción editorial e impresión: MAJFM S.L

Índice

1 **INFECCION POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN**
ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ, JULIETA ALONSO SOTO, ZAIDA GARCÍA BURON, ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO Y RICARDO ELORRIAGA CLARACO 3

2 **ESCLEROSIS TUBEROSA CON AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.**
ANA MILENA MUÑOZ 13

3 **PROBLEMAS COMUNES DE SALUD MENTAL. IMPLICACIONES EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA**
MIGUEL FERNANDO GARCIA GIL 19

4 **LA CERVILCAGIA**
FRANCISCO JOSÉ MOROTE MORENO, LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ, ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA Y ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ 25

5 **TERAPIA ASISTIDA CON CABALLOS: VARIANTES Y BENEFICIOS**
LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ, ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA, ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Y FRANCISCO JOSÉ MOROTE MORENO 31

6 **SELENIO, DE LA QUÍMICA A LA CLÍNICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
FRANCISCO JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ 35

7 **ADICCIÓN A OPIOIDES**
LIOBA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, MARTA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, AIDA GONZÁLEZ SUÁREZ, REBECA CABO MAGADÁN Y LAURA LAGO GARCÍA 41

8 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
MARTA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, LIOBA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, LAURA LAGO GARCÍA Y AIDA GONZÁLEZ SUÁREZ 51

9 ANSIEDAD. ELECCIÓN DE TRATAMIENTO
AIDA GONZÁLEZ SUÁREZ, LAURA LAGO GARCÍA, MARTA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y LIOBA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ 57

10 VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL AMBITO SANITARIO.
PATRICIA FERNÁNDEZ MENENDEZ 63

11 FACTORES INFLUYENTES EN LAS ADICCIONES DE LA ADOLESCENCIA Y SU PREVENCIÓN: UNA REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.
AYLEN HERNÁNDEZ GARCÍA 65

12 ENFERMERÍA EN LA DERMATITIS ATÓPICA
EVA FULGUEIRAS GARCIA 91

13 HISTORIAS DE VIDA RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO
LOURDES CABELLO GUTIÉRREZ, SARA PORRES FERNÁNDEZ, MARIA GRACIELA ARTIME GUTIÉRREZ Y ELENA VIÑA MUÑIZ 105

14 TUBERCULOSIS PULMONAR EXPLICADA MEDIANTE UN CASO CLINICO
MARÍA PÉREZ RODRÍGUEZ Y ADRIANA SUÁREZ MESA 109

15 PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL LINFEDEMA EN MUJERES
MANUEL CUENCA SAURA Y CORAL FUEGO CARTÓN 117

16 ESCLEROSIS MULTIPLE: LA ENFERMEDAD DE LAS MIL CARAS Y DE LOS MIL PRONOSTICOS
MARIA MERCEDES GARCÍA PEREZ 123

17 DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA
SHEILA ALVAREZ GONZALEZ 129

18 SECUELAS CICATRICIALES, FUNCIONALES Y FISIOLÓGICAS EN MUJERES SOMETIDAS A VIOLENCIA DE GÉNERO CON AGENTES QUÍMICOS
CORAL FUEGO CARTÓN Y MANUEL CUENCA SAURA 133

19 CASO CLÍNICO. EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ITS POR PARTE DE LA MATRONA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.
LAURA LAVANDEIRA CORCHO, LAURA CAMPOS RIOPEDRE, PATRICIA CAMPO GONZALEZ, CRISTINA LEMA GONZÁLEZ Y AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN 139

20 HERIDAS POR ARMA BLANCA
JULIA IBÁÑEZ LÓPEZ Y IRENE LÓPEZ GONZÁLEZ 147

21 ENFERMERIA. VACUNA PREVENTIVA DEL HERPES ZÓSTER
ADELA GILGADO DAVILA 151

22 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA OBESIDAD MÓRBIDA
IRENE LÓPEZ GONZÁLEZ Y JULIA IBÁÑEZ LÓPEZ 163

23 ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO INFANTIL
CINTIA LORENTE GARCÍA 171

24 INMIGRACIÓN: UN RETO PARA LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA
CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ, CATALINA ALVAREZ SANCHEZ Y ROBERTO PASTOR GONZÁLEZ 179

25 CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS
MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SANCHEZ 183

26 PROBLEMAS DE ACTUALIDAD: PATOLOGÍA DUAL.
IRENE DIAZ SOLDADO 185

27 MUERTE SÚBITA EN EL DEPORTE
MARIA DEL MAR ALONSO APARICIO Y PALOMA ROJO JAMBRINA 193

28 PROBLEMÁTICA DE LA RESISTENCIA BACTERIANA A LOS TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS.
ANTONIO MARTINEZ SANCHO, JOSE ANTONIO ALONSO CASANI, ALEJANDRA IGLESIAS PRIETO, LARA LOMBRAÑA NORIEGA Y JOSÉ MANUEL PELAEZ ÁLVAREZ **195**

29 ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.
MARIA TERESA MILLAN LUCINDO Y LUZ PARRON DURAN **203**

30 DEPORTE Y ESTILO DE VIDA
MARIA DEL MAR ALONSO APARICIO Y PALOMA ROJO JAMBRINA **213**

31 PROFESIONAL SANITARIO Y VIOLENCIA EN EL TRABAJO.
MARIA DEL MAR ALONSO APARICIO Y PALOMA ROJO JAMBRINA **215**

32 LOS TURNOS DEL PERSONAL SANITARIO Y REPERCUSIONES EN LA SALUD
MARIA DEL MAR ALONSO APARICIO Y PALOMA ROJO JAMBRINA **219**

33 HIGIENE POSTURAL EN SALUD INFANTIL.
MARIA DEL MAR ALONSO APARICIO Y PALOMA ROJO JAMBRINA **221**

34 PREVENCIÓN Y MANEJO DEL SÍNDROME DE "ESTAR QUEMADO" EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS.
MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ BOYERO, GRACIELA GRANDA CASTAÑO, LUCÍA GARCÍA MARTÍNEZ Y ALEJANDRO PELAZ GARCÍA **223**

35 AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA
MAITE RODRÍGUEZ ANTÚNEZ, NEREA OTEO GARCIA, NURIA OSCARIZ PIEDRAFITA Y MARÍA CARRILLO DE ALBORNOZ LEZAUN **227**

36 ALTERACIONES BIOPSICOSOCIALES DEL PACIENTE SOMETIDO A AISLAMIENTO INFECCIOSO.
MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ BOYERO, GRACIELA GRANDA CASTAÑO, LUCÍA GARCÍA MARTÍNEZ Y ALEJANDRO PELAZ GARCÍA **231**

37 ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN DEL TRAUMA RELACIONAL Y LA FIBROMIALGIA, Y ABORDAJE POR PARTE DE ENFERMERÍA.
SANDRA GARCÍA MONGIL, RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ, PATRICIA RODIL MARTÍNEZ, MARTA GONZÁLEZ DÍEZ Y OLAYA DEL RÍO MORENO 235

38 ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE LA DERMATITIS ATÓPICA
TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ 241

39 DESNUTRICIÓN EN ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS
DAVID QUIRÓS NIETO Y ELENA NIETO VIYELLA 245

40 EJERCICIO FÍSICO, GRAN ALIADO PARA MEJORAR LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.
IRIA SANTOS PANIAGUA 257

41 CÓMO AFECTA EL TRABAJO NOCTURNO Y ROTATORIO EN LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EN SU DESEMPEÑO PROFESIONAL .
MARÍA ISABEL PINTO MORALES Y JUDITH ALMUDENA GUERRERO BENITO 261

42 DESIGUALDAD ENTRE GÉNEROS.
PILAR HERRERO MENENDEZ 269

43 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.
ALBA CANO GARCÍA 273

44 SÍNDROME DE BURNOUT EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.
ALBA CANO GARCÍA 283

45 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE HIPOACÚSICO
ELENA CRIADO DOMÍNGUEZ 293

46 ESTRÉS EN LOS PACIENTES QUE HAN PASADO POR CUIDADOS CRÍTICOS
JULIETA ALONSO SOTO, ZAIDA GARCÍA BURON, ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO, RICARDO ELORRIAGA CLARACO Y ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ **305**

47 LA TUBERCULOSIS.
YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ, LAURA MONTES PÉREZ, AIDA VALLINA RIESTRA Y DAVID SUÁREZ CASTRO **309**

48 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN ENFERMERÍA.
PATRICIA PÉREZ IGLESIAS **311**

49 CRITERIOS DE INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN QUE DEBEN DE TENER EN CUENTA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA ACEPTAR O DENEGAR DONANTES DE SANGRE.
IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ, SOFIA ÁLVAREZ DÍAZ, BEATRIZ FIDALGO ARDURA, SUSANA ÁLVAREZ LÓPEZ Y MARÍA FERNÁNDEZ IGLESIAS **319**

50 INFLUCENCIA DE LA FAMILIA Y LAS REDES SOCIALES EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.
AINARA MARTINEZ ROMERO **325**

51 RIESGOS Y MANEJO DE LA VUELTA DE CORDÓN UMBILICAL.
TAMARA GIL BLANCO, SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS Y CLARA CASAS PATIÑO **329**

52 APLICACIÓN DE MÉTODO COREQ COMO SISTEMA DE VERIFICACIÓN EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.
MARLENE DEL VALLE FERNANDEZ, MARIA DEL PILAR CUERVO ÁLVAREZ, ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ Y INMACULADA GARCIA FERNANDEZ **333**

53 ENTREVISTA MOTIVACIONAL: HERRAMIENTA PARA EL CAMBIO.
ARÁNZAZU FERNÁNDEZ GUERRA Y MARIA TERESA PONCE HERRERA **341**

54 APEGO Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
ARÁNZAZU FERNÁNDEZ GUERRA Y MARIA TERESA PONCE HERRERA **345**

55 LA ENFERMERÍA Y LA SALUD EMOCIONAL
ANA ISABEL VÁZQUEZ SILVA, COVADONGA CANDUELA GARCÍA, MARIA DEL MAR ESPIÑEIRA DIAZ, CECILIA GONZALEZ SECADES Y M LUZ PENAS CABADO **349**

56 SINDROME DEL BURNOUT O SINDROME DEL QUEMADO
PATRICIA LOPEZ ALONSO **353**

57 RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL PERSONAL SANITARIO.
CLARA CASAS PATIÑO, TAMARA GIL BLANCO Y SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS **355**

58 VIOLENCIA DE GÉNERO Y PERCEPCIÓN DE LOS EFECTOS SOBRE LA SALUD EN LA MUJER
MARIA ISABEL MANEIRO FERNÁNDEZ **363**

59 CIENCIA Y GÉNERO
INMACULADA GARCIA FERNANDEZ, MARLENE DEL VALLE FERNANDEZ, MARIA DEL PILAR CUERVO ÁLVAREZ Y ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ **371**

60 ALIMENTACIÓN EN EDUCACIÓN PREESCOLAR OBESIDAD Y SOBREPESO
MÒNICA DÍAZ SUÁREZ, DIANA DÍAZ SUÁREZ, ESTEFANIA SALMERON SUAREZ Y JOSE LUIS SALMERON SUAREZ **375**

61 SONDA NASOGÁSTRICA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA
SANTIAGO PIEDRA VELASCO Y ANA BELÉN DELGADO SIERRA **383**

62 CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO.
LUCÍA LÓPEZ SAMA, ROSANA FERNANDEZ PEREZ, SARA MÉNDEZ GARCÍA, EVA GONZALEZ LOPEZ Y MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN **389**

63 BENEFICIOS DEL CONSUMO DE PROBIÓTICOS A LO LARGO DE LA GESTACIÓN.
ANDREA CASADO TRAPIELLA, LAURA TRABADA MARTÍN, LAURA GARCIA FERNANDEZ Y ANA ISABEL GONZÁLEZ ÁLVAREZ 393

64 CONTROL DEL DOLOR IRRUPTIVO ONCOLÓGICO EN DOMICILIO POR PARTE DE FAMILIARES.
CELESTE CENOZ IMAZ, MARIA ANDUEZA IRIARTE Y SARA MAALI CENTENO 397

65 ALIMENTACIÓN: UN PROBLEMA SOCIAL ¿Y MENTAL?
SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS, CLARA CASAS PATIÑO Y TAMARA GIL BLANCO 401

66 BENEFICIOS DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y SU APLICACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE SANITARIO
SANDRA FERNANDEZ GONZALEZ Y PATRICIA ESTEBAN HERNANDEZ 407

67 CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO
VIRGINIA GALENDE GALARZA, ELENA GONZÁLEZ ESAIN, SAIOA IMIZCOZ ERASUN, BERTA GARCIA MURILLO Y JUNCAL SANZ PASCUAL 413

68 PROFESIONAL SANITARIO ¿QUEMADO Ó ESTRESADO?
BEGOÑA PANIAGUA GARCIA, ANA COSTALES TUERO Y RAQUEL COSTALES TUERO 419

69 INCIDENCIA DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
MARIA LUZ ALONSO GARCIA 427

70 SENSORES CONTINUOS DE GLUCOSA.
PILAR FERNANDEZ FERNANDEZ, ROCIO ALVAREZ MENÉNDEZ, JOANA GARCIA SOLARES Y GRACIELA ALVAREZ PARDEIRO 431

71 OBESIDAD INFANTIL: EL GRAN MAL DEL SIGLO XXI
ELIA ESTRADA FERNÁNDEZ 435

72 ACOSO EN LAS AULAS: ROL DE ENFERMERÍA.
ALICIA SILVERIO GONZÁLEZ 439

73 RAMADÁN EN EL EMBARAZO.
CARLA MENÉNDEZ BARROS, MARTA MORENO TOMÁS, MARTA IRALA RIVERO Y GALO ROMAÑA GARCÍA 441

74 CORRECTA RECOGIDA DE EXUDADO CONJUNTIVAL
AIDA VALLINA RIESTRA Y YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ 447

75 EDUCACIÓN PARA LA SALUD, NUEVO ROL DE ENFERMERÍA
ANDREA DIAZ FERNANDEZ 449

76 FORMAS DE GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO: GESTIÓN PÚBLICA VS GESTIÓN PRIVADA.
ESTEFANIA SALMERON SUAREZ, DIANA DÍAZ SUÁREZ, MÒNICA DÍAZ SUÁREZ Y JOSE LUIS SALMERON SUAREZ 455

77 "ANÁLISIS DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2018-2019"
NURIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 463

78 IMPORTANCIA DE LA UTILIZACIÓN DEL APGAR FAMILIAR EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA
NURIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 467

79 HIGIENE DEL SUEÑO: IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DEL SUEÑO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN CON ALTERACIONES DEL SUEÑO
NURIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 471

80 PATOLOGÍAS DERIVADAS DE LA MANIPULACIÓN DE CARGAS.
ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y MARÍA RODRÍGUEZ LECHA 479

81 CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR
ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y MARÍA RODRÍGUEZ LECHA 487

82 CANNABIS, JUVENTUD Y CONDUCCIÓN.
VANESA PÉREZ GONZÁLEZ, LAURA VALDÉS ALVAREZ, ALICIA DIAZ GONZALEZ, LAURA FERNANDEZ DE TROCONIZ GONZALEZ Y CARLOTA PALACIO SUÁREZ 489

83 INSOMNIO EN EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
IRENE MERA PRIETO, CRISTINA CUE BERNARDO, BEATRIZ FERNANDEZ MARIÑAS Y MARTA TÉLLEZ GONZÁLEZ 499

84 VITAL IMPORTANCIA: CUIDAR AL CUIDADOR
MIRIAM MIRAMON PLANILLO, MARÍA ÁNGELES PÉREZ GUERRA, MARTA GUILLÉN FERNÁNDEZ Y MARTA NAVARRO CILLERO 503

85 TABACO Y ALCOHOL EN ADOLESCENTES
CARIDAD VALERA MARTINEZ, LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ Y LUIS CAMBRONERO LÓPEZ 509

86 PAREJAS SOMETIDAS A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA: ALTERACIONES PSICOLÓGICAS.
LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA, LAURA FERNÁNDEZ CANO Y FRANCISCO SOUSA GÓMEZ 515

87 LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHÓLICO. ABORDAJE INTEGRAL.
CARLOTA PALACIO SUÁREZ, VANESA PÉREZ GONZÁLEZ, LAURA VALDÉS ALVAREZ, ALICIA DIAZ GONZALEZ Y LAURA FERNANDEZ DE TROCONIZ GONZALEZ 521

88 ACTUACIONES PARA PREVENIR LA VIOLENCIA EN EL ANCIANO
NATALIA CALLEJAS FIGUEROA, MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA Y SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ 531

89 PROGRAMA DE SALUD DE LAS DROGAS ILEGALES.
MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA, NATALIA CALLEJAS FIGUEROA Y SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ 539

90 EMPLEO DE SUSTANCIAS HORMONALES EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA
LUIS CAMBRONERO LÓPEZ, CARIDAD VALERA MARTINEZ Y LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ 543

91 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA HACIA LOS PROFESIONALES SANITARIOS
IRENE PARDAVILA ÁLVAREZ Y SONIA DE LA PUENTE BARCIA **557**

92 PREVENCIÓN DEL DELIRIO O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN CUIDADOS CRÍTICOS.
MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN, LUCÍA LÓPEZ SAMA, ROSANA FERNANDEZ PEREZ, SARA MÉNDEZ GARCÍA Y EVA GONZALEZ LOPEZ **561**

93 APLICABILIDAD DE LAS REDES SOCIALES EN CATÁSTROFES.
ALBA GONZÁLEZ DÍAZ Y TAMARA BELLOSO CUESTA **567**

94 LA EUTANASIA.
CHRISTIAN GARCIA ALVAREZ, AIDA RAMOS CORDERO, GABRIEL FUEGO CAVEDA Y SHEILA ARNIELLA PÉREZ **579**

95 ADICCIÓN A DROGAS VS ADICCIONES CONDUCTUALES.
JAIRO VOCES OVIEDO Y MARTA GONZÁLEZ GONZÁLEZ **583**

96 MANEJO DE LA SEPSIS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.
LIDIA EXPÓSITO MARQUÉS, MARIA FEITO ALVAREZ Y VERÓNICA DE LA FUENTE ELÍAS **597**

97 COMO ACTUAR ANTE EL SÍNDROME ABSTINENCIA ALCOHÓLICA
ZAIRA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ **601**

98 BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA PARTICIPACION DE LAS PAREJAS EN LOS CUIDADOS ANTENATALES
ANTONIO JESUS NAVARRO GARCIA, REBECA FOLLEDO ACEBAL, JUDIT LÒPEZ GONZÁLEZ, CRISTINA VAZQUEZ VAZQUEZ Y ANDREA SUÁREZ BANCIELLA **605**

99 ¿QUÉ ES LA MICROBIOTA? ¿CÓMO FUNCIONA? TRASPLANTE DE MICROBIOTA
ALBA GARCÍA RUIZ, LUCIA FERNANDEZ MENENDEZ, ILUMINADA PRIETO SANTOVEÑA, MARIA DE LA PAZ DELGADO ALVAREZ Y ALEJANDRA GARCIA IZQUIERDO **613**

100 LA OBESIDAD INFANTIL, PROBLEMA EMERGENTE EN LA ACTUALIDAD
LORENA BOBES FERNÁNDEZ, ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ Y VANESA LLANOS GARCIA **621**

101 ANÁLISIS DE LOS INCENDIOS FORESTALES EN ESPAÑA ENTRE 1990-2015
SONIA MONTERO ROMERO **627**

102 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA INFORMACIÓN SENSORIAL Y DESEQUILIBRIO SENSORIAL EN EL PACIENTE CRÍTICO.
MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN, ROSANA FERNANDEZ PEREZ, SARA MÉNDEZ GARCÍA, EVA GONZALEZ LOPEZ Y LUCÍA LÓPEZ SAMA **631**

103 INCIDENCIA, PREVALENCIA Y MORTALIDAD DEL CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA
LAURA FERNÁNDEZ CANO, LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA Y FRANCISCO SOUSA GÓMEZ **637**

104 TRABAJO A TURNOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR
ELEAZAR BLANCO ALONSO **643**

105 EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS MATERNO INFANTILES A LO LARGO DE LA HISTORIA
MARÍA MONTERO ÁLVAREZ Y PABLO MONTES HERREROS **647**

106 AGENTES EXTERNOS. HIPOTERMIA.
ZAIDA GARCÍA BURON, ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ, JULIETA ALONSO SOTO, ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO Y RICARDO ELORRIAGA CLARACO **653**

107 PROPUESTA PARA LA MEJORA DE UN SERVICIO SANITARIO EN CUANTO A PREVENCIÓN DEL BURNOUT
MERCEDES URRA MONAUT, BLANCA FERNANDINO ZUBIETA, MIRIAM SALINAS VALENCIA, MARIA TERESA CARRASQUER PIRLA Y DAVID GARCÍA TOSTÓN **659**

108 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO EN UNA PACIENTE DE UNA UTT
ALICIA DIAZ GONZALEZ, LETICIA CUELI ARENAS, PAULA CUELI ARENAS Y JUAN ANTONIO LEAL MEDIAVILLA **663**

109 ACTUACIÓN ANTE ATRAGANTAMIENTO.
ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍN Y LORETO GIL DIEZ **667**

110 VÍA VENOSA CENTRAL
SANDRA CHICA RODRÍGUEZ **673**

111 APROXIMACIÓN AL SESGO DE GÉNERO EN SALUD.
PATRICIA PALACIOS CARRETERO, ANDREA PÉREZ DÍAZ, ADRIANA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, REBECA AVILA LUSQUIÑOS Y TANIA ÁLVAREZ COSTA **679**

112 HEMOTERAPIA: SISTEMAS DE CALIDAD
YOLANDA MÉNDEZ PELÁEZ **689**

113 DONACIÓN DE HEMOCOMPONENTES MEDIANTE AFÉRESIS
DAVID RODRÍGUEZ ALONSO, LLARA LAVILLA SOLÍS, CRISTINA ORDIALES VEGA, SHEILA PEREZ RODRÍGUEZ Y JENNYFER CORBEIRA PRESNO **691**

114 ROL DE ENFERMERÍA EN DIÁLISIS PERITONEAL.
PATRICIA IGLESIAS CERRA **695**

115 ERGONOMIA EN EL ÁMBITO SANITARIO: DOLOR DE ESPALDA
PATRICIA IGLESIAS CERRA **699**

116 LA GASTROENTERITIS.
IVÁN GRANDA RUIZ, JORGE ÁLVAREZ CIENFUEGOS Y ANDREA LLANO SUÁREZ **703**

117 LOS CUIDADOS INVISIBLES. ACTUAL PROBLEMA DE ENFERMERÍA
VANESA LLANOS GARCIA Y LORENA BOBES FERNÁNDEZ **707**

118 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO.
JESICA CUERVO BLANCO Y MARÍA FIDALGO QUINTELA 715

119 LA ERGONOMÍA EN LAS AULAS.
LUIS FEITO GARCIA Y LUCIA ALVAREZ RODIL 719

120 EPIDEMIOLOGÍA Y MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO
MARIA LUISA SUAREZ GONZALEZ Y AIRAM PADILLA MÉNDEZ 723

121 PREVENCIÓN DE LAS CAIDAS EN EL ANCIANO
MARIA SALINAS BARIAIN, VIRGINIA GALENDE GALARZA, JUNCAL SANZ PASCUAL, BERTA GARCIA MURILLO Y SAIOA IMIZCOZ ERASUN 727

122 MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA Y ABORTO: DOS VICISITUDES ÉTICAS CON DIFERENTES PERSPECTIVAS RESOLUTIVASAS.
ANDREA VÁZQUEZ MARTÍNEZ, NAZISH AHMED Y CRISTINA BALLESTEROS REGUERA 731

123 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: ASPECTOS RELACIONADOS CON SU ENFERMEDAD Y FACTORES RELACIONADOS CON SU FAMILIA
JOSÉ MANUEL MONFORTE ESPIAU, LAURA CASAS BAQUEDANO, ITZIAR ISO GAYARRE, CRISTINA ECHAPARE ZABALETA Y ERIKA GOMEZ LARRAMBE 747

124 HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. EXPANSIÓN DEL SERVICIO EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA
MARTA LUCÍA PULIDO FONTES, MARTA RINCÓN FRANCÉS, MARTA GOMEZ ALONSO Y LAURA PULIDO FONTES 753

125 EL TABACO: UN MAL NEGOCIO PARA NUESTRA SALUD
ISABEL ARAUJO RUBIERA, ANA MARTINEZ DELGADO Y ELENA ALVAREZ VARELA 757

126 EL ESTIGMA SOCIAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES
TSIU YEN CHAN DIEZ, AIDA FANJUL ARGÜELLES, JOSE IVAN LOPEZ MARTINEZ, HELENA DIAZ LOSAS Y NATALIA RODRIGUEZ ALVAREZ **761**

127 IMPACTO EN LA SOCIEDAD DE LA EPIDEMIA POR CORONAVIRUS
SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ, MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA Y NATALIA CALLEJAS FIGUEROA **771**

128 LA ATEROSCLEROSIS Y SU TRATAMIENTO
MIRIAM BASTERRA ROYO, IRANZU ZUDAIRE FERNANDEZ, PATRICIA GORDEJUELA SENOSIAIN Y LEYRE DIEZ DE ULZURRUN SENOSIAIN **777**

129 ABORDAJE DE ENFERMERÍA ANTE LA MUJER EMBARAZADA CON INFECCIÓN DE VIRUS ZIKA
NATALIA VÁZQUEZ PAVÓN **783**

130 INTERVENCIONES PARA EL AFRONTAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.
AROA GONZÁLEZ GARCÍA Y VIRGINIA SAIZ CANO **787**

131 ESTABLECIMIENTO DEL VÍNCULO: PIEL CON PIEL Y LACTANCIA PRECOZ
CARMEN ORTEGA BELIO **801**

132 PREVALENCIA E IMPACTO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LA SOCIEDAD Y ADOLESCENCIA
LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ, LUIS CAMBRONERO LÓPEZ Y CARIDAD VALERA MARTINEZ **807**

133 EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN GERIÁTRICA
JAIRO VOCES OVIEDO Y MARTA GONZÁLEZ GONZÁLEZ **813**

134 RIESGOS DE LA EXPOSICIÓN A ALUMINIO EN NEONATOS Y NIÑOS
NOEMÍ BLANCO ALONSO **821**

135 SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS
LUCIA MUÑIZ CHILLON, MARÍA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ Y EVA MUÑIZ CHILLÓN 825

136 LUDOPATÍA: UN "JUEGO" DE RIESGO SERIO
MARIO JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ 829

137 DUELO PERINATAL.
TAMARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, LORENA PEREZ DEL RIO, EMMA GARCÍA GONZÁLEZ, CARMEN LANTARÓN GONZÁLEZ Y LORENA BALBUENA ORDÓÑEZ 841

138 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON COLOSTOMÍA
PAULA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ, CARLOS CANGA GUTIÉRREZ, RAÚL FERNÁNDEZ CASTRO Y ANDREA AGUADO ARCONADA 849

139 ALERGIAS ALIMENTARIAS: CRUSTÁCEOS.
ANDREINA BARDINET OJEDA Y AIDA GRANERO ALONSO 853

140 ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES EN EL ÁMBITO SANITARIO
EVA GONZALEZ LOPEZ, MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN, LUCÍA LÓPEZ SAMA, ROSANA FERNANDEZ PEREZ Y SARA MÉNDEZ GARCÍA 867

141 PREVENCIÓN SANITARIA FRENTE AL CANCER DE CÉRVIX,
MARÏA ROSARIO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ 875

142 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA EFICACIA DEL HIPNOPARTO COMO MÉTODO ANALGÉSICO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO
SARA ALVAREZ ALVAREZ, JUDIT GOMEZ ORTIZ, ELENA GARRIDO MALFAZ Y ALBA PEÑA GONZÁLEZ 879

143 TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.
ANGELA YAMILETH TOBON TABORDA 887

144 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES
GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA Y MARÍA DEL PILAR LÓPEZ PIZARRO 893

145 EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA
MARÍA DEL MAR GONZÁLEZ BASANTE, AIDA CALLEJA MUÑIZ, ANDREA GONZALEZ FERNANDEZ Y GEMA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 899

146 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA
MARÍA DEL PILAR LÓPEZ PIZARRO Y GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA 905

147 DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD: PAPEL DE ENFERMERÍA.
SARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 909

148 ESTREÑIMIENTO
JUAN LUIS SÁNCHEZ SUÁREZ 913

149 SÍNDROME DEL GRAN QUEMADO O BURNOUT
CARLOS JAVIER POSA GARCÍA 915

150 EMPATÍA EN ÁMBITO SANITARIO
CARLOS JAVIER POSA GARCÍA 917

151 PROBLEMÁTICA DERIVADA DE LA DISPENSACIÓN HOSPITALARIA DE CIERTOS MEDICAMENTOS A PACIENTES EXTERNOS CONFORME AL MODELO VIGENTE
IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO 919

152 ATENCIÓN Y CUIDADOS EN EL PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA
NURIA HUERTA GONZÁLEZ, LAURA MORAIS REY Y ANA ISABEL BLANCO ALONSO 925

153 PRINCIPALES SUSTANCIAS QUÍMICAS PRESENTES EN EL MEDIO HOSPITALARIO Y SUS EFECTOS PARA LA SALUD
NURIA HUERTA GONZÁLEZ, LAURA MORAIS REY Y ANA ISABEL BLANCO ALONSO 937

154 EL SÍNDROME DE EDWARDS O TRISOMIA 18
ROSA MARIA ALONSO MESA, BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ Y CARMEN QUINTANA IGLESIAS 961

155 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL
BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ, CARMEN QUINTANA IGLESIAS Y ROSA MARIA ALONSO MESA 965

156 EL SINDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS O ENFERMEDAD DE WILLIS-EKBON
BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ, CARMEN QUINTANA IGLESIAS Y ROSA MARIA ALONSO MESA 971

157 EL SINDROME DEL DESGASTE PROFESIONAL EN EL TCAE
CARMEN QUINTANA IGLESIAS, ROSA MARIA ALONSO MESA Y BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ 975

158 LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE
VANESA PRIETO PEREZ 979

159 NECESIDADES NUTRICIONALES EN LA MUJER EMBARAZADA: IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL
PILAR GRANDA ALONSO Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 983

160 ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.
MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ Y DILEY CASARIEGO GARCIA 1001

161 CUIDADOS A PACIENTE DE GRIPE A
SHEILA SANCHEZ ALVAREZ 1005

162 LA HIGIENE DE MANOS EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
CONCEPCIÓN SUÁREZ GONZÁLEZ 1007

163 DESVIRTUACIÓN DEL ROL DEL PERSONAL SANITARIO EN LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE ATENCIÓN SANITARIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA
RAQUEL GONZÁLEZ REVUELTA, MARÍA BELÉN RUBIO SOMOZA, MARÍA GRACIA ARGÜELLES BLANCO, ANDREA SANZ DE FRUTOS Y MARIA ROSARIO MARTINEZ FERNANDEZ 1009

164 LOS RESIDUOS SANITARIOS Y CÓMO GESTIONARLOS
REBECA PAJA MARTÍNEZ 1019

165 PROTECCION DE DATOS EN ATENCION PRIMARIA
ADA PINTO SAMPEDRO 1021

166 ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR
ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ, AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ, INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 1023

167 DERMATITIS ATÓPICA.
MARIA DOLORES LORENZO GARCIA, HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL Y PATRICIA CORRALES REY 1027

168 CLASIFICACION Y DESCRIPCION DE QUEMADURAS PARA TCAE
RAQUEL FARPÓN RODRÍGUEZ 1031

169 CUERPOS EXTRAÑOS EN EL CUERPO - AGUJAS
RAQUEL FARPÓN RODRÍGUEZ 1035

170 FARMACOLOGÍA
ERICA GARCÍA SUÁREZ, MARIA SOLEDAD PEREZ PEREIRA Y ARACELI TOLOSA 1037

171 ADHERENCIA TERAPÉUTICA
ARACELI TOLOSA, ERICA GARCÍA SUÁREZ Y MARIA SOLEDAD PEREZ PEREIRA 1039

172 TRANSPORTE DE QUEMADOS PARA TCAE
MARÍA ÁNGELES ALMARAZ RAMOS 1043

173 EL GOLPE DE CALOR PARA TCAE
MARÍA ÁNGELES ALMARAZ RAMOS 1045

174 LOS BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN CUERPO Y MENTE
MARIA SOLEDAD PEREZ PEREIRA, ARACELI TOLOSA Y ERICA GARCÍA SUÁREZ 1047

175 HEMORRAGIA POSTPARTO: FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO MÉDICO
PATRICIA CORRALES REY, MARIA DOLORES LORENZO GARCIA Y HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL 1051

176 PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: OBESIDAD INFANTIL
MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ, INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ, ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 1053

177 REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LAS PREFERENCIAS DEL LUGAR DE MUERTE DE LOS PACIENTES EN EL FINAL DE LA VIDA
INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, NURIA HUERTA GONZÁLEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ, ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ Y AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ 1067

178 OBESIDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL: EPIDEMIAS SILENCIOSAS DE NUESTRO SIGLO
INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, NURIA HUERTA GONZÁLEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ, AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ Y ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ 1081

179 LAS DROGAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL
ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO 1089

180 CUIDADOS POSTURALES PARA EVITAR ÚLCERAS POR PRESIÓN
HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL, PATRICIA CORRALES REY Y MARIA DOLORES LORENZO GARCIA 1095

181 ENFERMEDAD CELIACA
ROSANA RODRÍGUEZ PRENDES, JESSICA BARREIRO LUTMAN Y MERCEDES BARREIRO RODRÍGUEZ 1099

182 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: RELACIÓN PROFESIONAL / PACIENTE
ALBERTO VILLAR RODRÍGUEZ 1101

183 IMPORTANCIA DEL RIESGO QUÍMICO EN EL MEDIO HOSPITALARIO. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
MERCEDES ALVAREZ ANIA Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 1105

184 ACTUACIÓN Y CUIDADOS ANTE EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CELIACA.
LAURA SUÁREZ GONZÁLEZ Y MARÍA JOSÉ RUIDIAZ ÁLVAREZ 1119

185 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS).
NATIVIDAD RIESGO RIESGO Y REBECA DÍAZ GONZÁLEZ 1133

186 ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS ANCIANOS
LIDIA SUAREZ GONZALEZ 1135

187 NOCIONES BÁSICAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
LIDIA SUAREZ GONZALEZ 1137

188 FUNCIONES DEL TCAE EN SALUD MENTAL
MARIA YOLANDA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ 1141

189 USO DEL LENGUAJE ADECUADO POR PARTE DEL PERSONAL HOSPITALARIO DESDE LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE
MARIA DEL MAR BARRO RIVERA, BEATRIZ REQUENA PARADA Y DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO 1145

190 DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES Y CAUSAS
MARIA JESUS CASTELAO LOPEZ Y LETICIA FERNÁNDEZ TORRES 1149

191 EL LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS
ANA MARIA MENENDEZ MENENDEZ 1151

192 TDAH EN LA ESCUELA
MONICA FERNANDEZ FALCÓN Y EVA CLARA SAIZ LANDERAS 1155

193 DELIRIO Y DEMENCIA EN EL ENTORNO CLÍNICO.
MARIA JESUS CASTELAO LOPEZ Y LETICIA FERNÁNDEZ TORRES 1159

194 CÁNCER DE PIEL, FACTOR DE RIESGO.
MARIA JESUS CASTELAO LOPEZ Y LETICIA FERNÁNDEZ TORRES 1161

195 **TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN PACIENTES NEUROLÓGICOS**
MARIA ROSA GARNICA HERNANDO, JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO Y ALMUDENA DIEZ CASARES **1163**

196 **"MOBBING" O ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO**
MARÍA JESÚS ALVAREZ SÁNCHEZ, MARIA JESUS GARCIA GONZÁLEZ, YANIRA LÓPEZ PARRONDO, MONICA FERNANDEZ FERNANDEZ Y ANA BELÉN ÁLVAREZ SUÁREZ **1167**

197 **CONOCIENDO EL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP) O BORDERLINE.**
LUCIA PEREZ ALONSO **1175**

198 **ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO**
MARIA ARGENTINA SUAREZ FERNANDEZ **1177**

199 **POSICIONES ANATOMICAS**
MARIA ARGENTINA SUAREZ FERNANDEZ **1181**

200 **EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO**
ALEJANDRA NUEVO DEL BUSTO, JACQUELINE DEL ROCIO ZÚÑIGA CHIRIGUAYA, ANA BEATRIZ HIDALGO LLERENA, HÉCTOR AVILÉS ESPINOSA Y EVELIN MARIA BALLADARES PASTOR **1183**

201 **LA APNEA DEL SUEÑO**
ANA MARIA FERNANDEZ PEREZ Y MONTSERRAT FERNANDEZ VIEJO **1189**

202 **ALERGIA E INTOLERANACIA ALIMENTARIA EN LA POBLACIÓN INFANTIL**
ELISA CAMINO GALLEGO, AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA CONSUELO REY PÉREZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ **1193**

203 **PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO.**
SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO, LETICIA RODRIGUEZ CORDERO Y VICTORIA BLANCO FERNANDEZ **1197**

204 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA
MARIA DE LA PAZ BLANCO SUÁREZ 1209

205 EFECTOS DE LA CONTAMINACION AMBIENTAL A LAS VIAS RESPIRATORIAS
PALOMA BARRIO 1213

206 PROYECTO PRIAPA DE MÉDICOS DEL MUNDO. PREVENCIÓN VIH Y DEMÁS ETS EN EL EJERCICIO DE LA PROSTITUCIÓN
AINHOA MARIA PEREZ OVIN Y NOELIA SUÁREZ ÁLVAREZ 1215

207 LA ANSIEDAD
EVA CLARA SAIZ LANDERAS Y MONICA FERNANDEZ FALCÓN 1221

208 EL PAPEL DEL TCAE EN LA TRASCENDENCIA DE PRESERVAR NUESTRO MEDIO AMBIENTE
BLANCA ROSA INFANTES BUENO 1227

209 EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER
NURIA SOLIS DEVESA, MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO, NURIA ALVAREZ ALVAREZ, ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA Y ELVIRA SEÑORANS DIZ 1231

210 QUEMADURAS POR FRÍO PARA TCAE.
NATALIA ALEXANDRA LÓPEZ BLANCO 1239

211 CONSEJOS Y PAUTAS QUE DEBEN LLEVARSE A CABO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1
LETICIA RODRIGUEZ CORDERO, VICTORIA BLANCO FERNANDEZ Y SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO 1243

212 DIETA EN LA TERCERA EDAD
LETICIA RODRIGUEZ CORDERO, VICTORIA BLANCO FERNANDEZ Y SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO 1259

213 LA ENFERMEDAD CELIACA.
GRACIELA PÉREZ GARCÍA 1265

214 TRABAJO A TURNOS Y LOS EFECTOS EN EL ORGANISMO.
MARÍA NOEMI RODRÍGUEZ ESPINA, ELSA ARGÜELLES IGLESIAS, ZARA REGINA GONZÁLEZ LÓPEZ-FDEZ, JESSICA SUÁREZ JIMÉNEZ Y MARIA LUISA FERNANDEZ DEL CERRO 1269

215 CONTENCIÓN MECÁNICA.
ANGELES MARIA MUÑIZ CORRALES 1275

216 LAS DOS CARAS DE LOS ANTIBIÓTICOS
EVA BLANCO RODRÍGUEZ, NIEVES ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ, DOLORES MEGIDO BOZA, VIOLETA REY FERNANDEZ Y NOELIA SANTIAGO BERDASCO 1277

217 EL MALTRATO AL ANCIANO EN NUESTRA SOCIEDAD
MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO, NURIA ALVAREZ ALVAREZ, ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA, ELVIRA SEÑORANS DIZ Y MARIA DEL ROSARIO PONTÓN 1281

218 EL PERSONAL SANITARIO ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.
ALBERTO VILLAR RODRÍGUEZ 1287

219 PLAN PERSONAL DE ACTUACIÓN EN PACIENTES .
NATALIA IGLESIAS HEREDIA 1291

220 LA IMPORTANCIA DEL HIERRO PARA EL ORGANISMO
INES PEREZ MOYA Y SUSANA CORUJO DÍAZ 1293

221 COMO DETECTAR ABUSO EN LAS PERSONAS MAYORES
MARIA DEL MAR BARRO RIVERA, BEATRIZ REQUENA PARADA Y DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO 1299

222 LA BULIMIA NERVIOSA
MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA 1303

223 LAS APLICACIONES MÓVILES UTILIZADAS COMO HERRAMIENTA PARA PROMOCIONAR LA SALUD.
ANA BELEN TRELLES RODRIGUEZ, ANDREA GARCÍA TORRE Y JUANA MARÍA VILLAR FERNÁNDEZ 1305

224 PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS
MARIA LUISA FERNÁNDEZ GARCÍA 1307

225 LA COMUNICACIÓN: UNA MEDICINA MÁS EN EL ÁMBITO SANITARIO.
MARIA RIESGO RODRIGUEZ, ROSA PEREIRA PEREZ, GRACIELA CARBAJAL BARREIRO, GRACIELA COLODRON TESTA Y KATIUSCA POMPA SABLON 1311

226 TRASTORNOS DEL HUMOR O AFECTIVOS, TRASTORNO BIPOLAR
LOURDES RUBIO SOTO 1317

227 SUELO PÉLVICO E INCONTINENCIA URINARIA
ANA BELEN TRELLES RODRIGUEZ, ANDREA GARCÍA TORRE Y JUANA MARÍA VILLAR FERNÁNDEZ 1321

228 MALTRATO ANTE UN DISCAPACITADO. CÓMO DETECTARLO Y ABORDARLO
ALBERTO VILLAR RODRÍGUEZ 1325

229 LA PROTECCIÓN SOCIAL DEL ANCIANO CON DEMENCIA.
MARIA DEL ROSARIO PONTÓN, NURIA SOLIS DEVESA, MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO, NURIA ALVAREZ ALVAREZ Y ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA 1329

230 CURSO DE AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO PARA EMIGRANTES.
AINHOA MARIA PEREZ OVIN Y NOELIA SUÁREZ ÁLVAREZ 1337

231 BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA/TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: COMPETENCIA EMOCIONAL Y COMPARATIVA ENTRE SERVICIOS POR FACTORES E INFLUENCIA DE VARIABLE DE GÉNERO.
LAURA GARCÍA RODRIGUEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 1343

232 LAS CONTENCIONES MECÁNICAS EN PSIQUIATRÍA. ASPECTOS ÉTICOS Y SOCIALES.
JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA, VERÓNICA DURRUTI BERROS, MONICA ORRASCO ALFONSO, MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ Y SILVIA DE LA CALLE VALLINA 1347

233 **EL TCAE Y EL ESTRÉS LABORAL**
Mª JESÚS CEPEDA FERNÁNDEZ, ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ Y MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA 1353

234 **TIPOS DE CORONAVIRUS**
TEODORA GARCÍA SANJULIAN, CAROLINA MARTÍNEZ ARIAS, NATIVIDAD DEL CARMEN PEREZ MORALES, VANESA SUÁREZ RODRÍGUEZ Y MARTA ELENA PANDO CARBAJAL 1355

235 **EL TÉNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN CRUZADA.**
ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ, Mª JESÚS CEPEDA FERNÁNDEZ Y MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA 1359

236 **EL NIÑO CON TDAH Y SU FAMILIA**
ANA MARIA PIEDRA SÁNCHEZ, SARAY MARIA SUAREZ FERNÁNDEZ, CESAR ANGEL CASTAÑON FERNANDEZ, ROSA MARÍA SAN JOSÉ BLANCO Y BLANCA FLOR NAVEDA REDONDO 1363

237 **EDUCACIÓN SANITARIA PARA TCAE**
ALBA INÉS RAMÍREZ GUILLÉN 1371

238 **HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL SANITARIO**
SANDRA BEIRO MONTES Y SUSANA DÍAZ GONZÁLEZ 1373

239 **LA TERAPIA OCUPACIONAL Y FÍSICA EN PEDIATRÍA.UN PROBLEMA DE ABORDAJE SOCIAL.**
SILVIA DE LA CALLE VALLINA, MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ, JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA, VERÓNICA DURRUTI BERROS Y MONICA ORRASCO ALFONSO 1375

240 **LIMITACIÓN DE LA EXPOSICIÓN A LOS DISRUPTORES ENDOCRINOS**
ANGELA ROMERO RODRIGUEZ Y ANDREA DE ÁVILA RODRÍGUEZ 1379

241 **LA PÉRDIDA DE MEMORIA DURANTE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO**
INES PEREZ MOYA Y SUSANA CORUJO DÍAZ 1381

242 **ERGONOMÍA DEL PERSONAL SANITARIO FRENTE A LOS ORDENADORES.**
ESTEFANÍA FERNÁNDEZ RUIZ, PAULA RODRÍGUEZ CABALLÍN, VICENTA DE LOS MILAGROS SÁNCHEZ-MAROTO SÁNCHEZ-ÁVILA Y PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES **1385**

243 **ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO Y ESTRATEGIAS PARA AFRONTARLO.**
ESTEFANÍA FERNÁNDEZ RUIZ, PAULA RODRÍGUEZ CABALLÍN, VICENTA DE LOS MILAGROS SÁNCHEZ-MAROTO SÁNCHEZ-ÁVILA Y PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES **1389**

244 **COMPONENTE GENÉTICO, ANSIEDAD, HIPERACTIVIDAD Y TERAPIAS EN HIPERACTIVIDAD.**
GRACIELA COLODRON TESTA, KATIUSCA POMPA SABLON, MARIA RIESGO RODRIGUEZ Y ROSA PEREIRA PEREZ **1393**

245 **EL RECICLAJE EN NUESTRO ENTORNO DOMÉSTICO.**
ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO, RICARDO ELORRIAGA CLARACO, ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ, JULIETA ALONSO SOTO Y ZAIDA GARCÍA BURON **1401**

246 **COMUNICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE.**
ROCÍO PINTOS ALVAREZ, MARÍA ADELAIDA REDRUELLO GANCEDO, CASILDA MARIA FERNÁNDEZ CUESTA, NATALIA RODRÍGUEZ BOLAÑO Y VANESA PARÍS GARCÍA **1405**

247 **PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
MARÍA VICTORIA REIMÚNDEZ ORDÁS, NOELIA RODRÍGUEZ BARNA, NATALIA TAMARGO LÓPEZ, MARÍA BELÉN GONZÁLEZ HUERTA Y JESSICA RODRÍGUEZ PÉREZ **1411**

248 **CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE TERMINAL .**
CASILDA MARIA FERNÁNDEZ CUESTA, NATALIA RODRÍGUEZ BOLAÑO, VANESA PARÍS GARCÍA, ROCÍO PINTOS ALVAREZ Y MARÍA ADELAIDA REDRUELLO GANCEDO **1419**

249 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE PACIENTES INTOXICADOS.**
MARIA DEL CARMEN FLORES FERNANDEZ, MARIA ANTONIA SANCHEZ MARCOS, ANA MARÍA RODRÍGUEZ IZQUIERDO, MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ Y BARBARA GARCIA ESPIN 1425

250 **SÍNDROME DE TOURETTE EN LA INFANCIA.**
ANA LAGO COLLAR 1433

251 **ENFERMEDAD NOSOCOMIAL.**
MARIA GLORIA MURIAS RICO, ANA RODRÍGUEZ DEL POZO, MARI CRUZ MENENDEZ FERNÁNDEZ, ZORAIDA GONZALEZ MENÉNDEZ Y SANDRA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ 1435

252 **PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES.**
MARIA MERCEDES GAVADIAN SERANTES Y MARIA MENDEZ ALONSO 1445

253 **LA HIGIENE DEL PACIENTE LA REALIZA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO, ROCIO CABAÑERO CLEMOT Y JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL 1449

254 **DIABETES Y ENFERMEDAD OCULAR**
ROCIO CABAÑERO CLEMOT, JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL Y ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO 1453

255 **TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL : TERAPIA INMUNOLÓGICA Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.**
ANA MARÍA GARCÍA VILLA Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 1457

256 **IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DEL ACOSO LABORAL.**
EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO, LUCIA GARCIA GARCIA, NOELIA GARCIA LOPEZ, FLORENTINA MARÍA LLAMAZARES GONZALO Y MARIA TERESA AVILES SOTO 1469

257 **CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DEL TRABAJO A TURNOS.**
EDITA MARTÍNEZ SANTIAGO, ADELINA LUENGO FERNANDEZ, MARIA PILAR GONZÁLEZ TORRE, ENCARNACIÓN SÁNCHEZ TOLEDANO Y MARÍA DE LOS ÁNGELES DEL BARRIO VALDÉS **1473**

258 **LA TRIPANOSOMIASIS POR PARÁSITOS VECTORES.**
ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ, ENCARNACION FERNANDEZ QUERO, SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ, ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ Y PAULA MENENDEZ BARRI **1479**

259 **IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA VEJEZ.**
MARÍA DEL MAR VILLORIA DOMÍNGUEZ Y EVA MARIA BERNARDO GONZALEZ **1485**

260 **EL TRASTORNO MANÍACO-DEPRESIVO. RECONOCIMIENTO SANITARIO DEL DESENCADENANTE PRINCIPAL .**
ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ, ENCARNACION FERNANDEZ QUERO, SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ, ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ Y PAULA MENENDEZ BARRI **1489**

261 **COMUNICACIÓN ENTRE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y PACIENTE.**
EVA MARIA BERNARDO GONZALEZ Y MARÍA DEL MAR VILLORIA DOMÍNGUEZ **1493**

262 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: EL EJERCICIO FÍSICO.**
JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL, ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO Y ROCIO CABAÑERO CLEMOT **1495**

263 **LAS CONTENCIONES MECÁNICAS. PRAXIS DE SU USO Y PRESCRIPCIÓN.**
ENCARNACION FERNANDEZ QUERO, SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ, ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ, PAULA MENENDEZ BARRI Y ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ **1499**

264 **ACTUACIÓN ANTE LAS CATASTROFES.**
JUAN CARLOS MARTÍN MARTÍN-MAESTRO, MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ, CRISTINA PEREZ ALONSO, MANUELA RENDAL PRADO Y MARIA BEGOÑA GARCÍA FEITO **1503**

265 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SALUD AMBIENTAL Y SOCIAL
ANGELES MORALES REYES, NATALIA VALLINA GONZÁLEZ, EVA GONZALEZ FERNANDEZ, JOSEFINA MARTINEZ GARCIA Y MARÍA ENCARNACIÓN RECIO CONDE 1507

266 SINDROME DE BURNOUT, UN RIESGO PSICOSOCIAL EN AUGE
ALEJANDRO VIEJO PEDROSA, ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ, DAVINIA MECA LOPEZ, SERGIO CASADO GONZALEZ Y MARÍA DE LOS ÁNGELES DEL BARRIO VALDÉS 1511

267 PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
ANA BELÉN CORTINA MARTÍNEZ Y ELISA MUÑIZ DELGADO 1517

268 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PIE DIABÉTICO
SANTIAGO PIEDRA VELASCO Y ANA BELÉN DELGADO SIERRA 1521

269 DIABETES GESTACIONAL, LA ENFERMEDAD Y SU PREVENCIÓN.
EVA FERRER GONZALEZ Y SHEILA PEREZ BARRANCO 1525

270 ALZHEIMER. EL PACIENTE Y SU ENTORNO.
SUSANA BOUSO YÁÑEZ 1529

271 SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL.
SANDRA CARBAJAL FERNÁNDEZ Y MARTA VEGA GUTIÉRREZ 1533

272 ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD CLÍNICA.
NOELIA BLANCO CAÑIZARES, LEYLA SOFIA LOPEZ RODRÍGUEZ, NURIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA LUISA ALONSO CASTAÑON Y ALBA CEÑERA MENENDEZ 1541

273 VIRUS, INFORMACIÓN BÁSICA Y PROTOCOLOS. INFORMACIÓN SOBRE CORONAVIRUS 2019 NCOV
ANGELA RODRIGUEZ GARCIA 1547

274 EL ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA OBESIDAD INFANTIL.
YAIZA ARIAS CASTRO Y ANA ROSA LOPEZ ALVAREZ 1557

275 **LOS CUIDADOS DEL PACIENTE INTUBADO POR PARTE DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA**
YAIZA ARIAS CASTRO Y ANA ROSA LOPEZ ALVAREZ **1563**

276 **CÓMO ABORDAR EL PROCESO DEL DUELO.**
ANA ISABEL CALVO SUÁREZ, ARACELI LASARTE IBÁÑEZ, BENEDICTA ALVAREZ IGLESIAS Y ANA ISABEL ALVAREZ DEL SALVADOR **1569**

277 **INCLUSIÓN EDUCATIVA DE ALUMNOS CON AUTISMO EN LA UNIVERSIDAD.**
LILIANA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, MARÍA DEL MAR CONDE GARCÍA, TANIA GARCIA SARIEGO Y PATRICIA GARCIA GONZÁLEZ **1573**

278 **EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR COMO PROBLEMA SOCIAL.**
MONICA HERNANDEZ, RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ, ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ Y NATALIA CASADO FANJUL **1587**

279 **PAPEL DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS**
PATRICIA GONZÁLEZ ÁLVAREZ, MARIA PAZ RODRÍGUEZ QUINTANA, ELISA ISABEL ROLLÓN DONAIRE, LEONTINA IGLESIAS PRIETO Y LAURA MARTÍNEZ PÉREZ **1593**

280 **LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA. INTOXICACIONES E INFECCIONES.**
MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ, NATALIA CASADO FANJUL, MONICA HERNANDEZ, RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ Y ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ **1599**

281 **HABILIDADES SOCIALES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA DEL PACIENTE .**
ALBA CEÑERA MENENDEZ, NOELIA BLANCO CAÑIZARES, LEYLA SOFIA LOPEZ RODRÍGUEZ, NURIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y MARÍA LUISA ALONSO CASTAÑON **1609**

282 INCIDENCIA, PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CAÍDAS EN ANCIANOS Y DISFUNCIÓN OCUPACIONAL. ABORDAJE PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
MIREN LOREA TELLERIA DOMÍNGUEZ, YAIZA GÓMEZ MARTIN, BARBARA REY GARCÍA, AINHOA DA COSTA Y AÍDA GUTIÉRREZ CAMPO 1615

283 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO
NAHIR ALCARAZ CASARREAL 1619

284 RESIDUOS SANITARIOS
ZARA REGINA GONZÁLEZ LÓPEZ-FDEZ, MARÍA NOEMI RODRÍGUEZ ESPINA, JESSICA SUÁREZ JIMÉNEZ, ELSA ARGÜELLES IGLESIAS Y MARIA LUISA FERNANDEZ DEL CERRO 1623

285 DIABETES EN LA EDAD PEDIÁTRICA.
ELVIRA LORENZO PRENDES, CRISTINA PELAEZ BANIELA Y VERÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ 1627

286 SALUD LABORAL. MOTIVACIÓN. PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.
JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN, Mª DEL CARMEN ARDURA SANTIAGO, MARÍA COVADONGA ABARRIO NÚÑEZ, BEATRIZ REQUENA PARADA Y MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ 1633

287 FACTORES DESENCADENANTES DE LA OBESIDAD.
FRANCISCA DEL ROBLEDO VICENTE CASTELLANO Y MARIA JESÚS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 1637

288 MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS EN ANCIANOS
JONATAN SERRANO ALONSO 1643

289 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS LESIONES MÁS COMUNES EN LA PIEL
MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO 1647

290 SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO, MANIFESTACIONES MÁS COMUNES.
SHEILA PEREZ BARRANCO Y EVA FERRER GONZALEZ 1651

291 APOYO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A LOS FAMILIARES DEL ENFERMO TERMINAL
MARÍA ADELAIDA REDRUELLO GANCEDO, CASILDA MARIA FERNÁNDEZ CUESTA, NATALIA RODRÍGUEZ BOLAÑO, VANESA PARÍS GARCÍA Y ROCÍO PINTOS ALVAREZ 1655

292 SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ATENCIÓN RECIBIDA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).
LEYLA SOFIA LOPEZ RODRÍGUEZ, NURIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA LUISA ALONSO CASTAÑON, ALBA CEÑERA MENENDEZ Y NOELIA BLANCO CAÑIZARES 1661

293 AYUDAS TÉCNICAS PARA FACILITAR LA VIDA
GUILLERMO FERNANDEZ MARTINEZ Y ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ 1667

294 NECESIDADES NUTRICIONALES EN LA TERCERA EDAD
MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ, YOLANDA MERELO ALONSO, CARME DE CON GUTIÉRREZ, CRISTINA PRUNEDA SIERRA Y MONICA GONZÁLEZ TAMARGO 1671

295 CUIDADOS A UN ADOLESCENTE CON ANOREXIA NERVIOSA
ADRIANA PRENDES MORO 1675

296 RIESGOS EN LA RADIOLOGÍA
PAULA LÓPEZ LEMA, AROA LÓPEZ LEMA, ALEJANDRO VIEJO PEDROSA, MARIA DE LOS ANGELES PRIEDE FERNANDEZ Y ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ 1677

297 HÁBITOS SALUDABLES, PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA TAREA IMPORTANTE
ANGELA RODRIGUEZ GARCIA 1681

298 ERGONOMIA EN EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA
YOLANDA MERELO ALONSO, CARME DE CON GUTIÉRREZ, MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ, MONICA GONZÁLEZ TAMARGO Y CRISTINA PRUNEDA SIERRA 1687

299 **LOS HÁBITOS TÓXICOS COMO PROBLEMA SOCIOSANITARIO**
EVA FERRER GONZALEZ Y SHEILA PEREZ BARRANCO 1691

300 **ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO**
MARÍA ANA RODRÍGUEZ PÉREZ 1695

301 **ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**
ANA MARÍA GONZALEZ FERNANDEZ 1699

302 **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EXPOSICIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO**
MARIA BEJAR PEREZ, RAQUEL GONZALEZ GARCIA, LAURA DIAZ MAYO, SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ Y ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ 1703

303 **LA ENFERMEDAD DEL OLVIDO**
ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ Y GUILLERMO FERNANDEZ MARTINEZ 1707

304 **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)**
JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN, Mª DEL CARMEN ARDURA SANTIAGO, MARÍA COVADONGA ABARRIO NÚÑEZ Y BEATRIZ REQUENA PARADA 1711

305 **CONDICIONES DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO EN EL MEDIO SANITARIO.**
NOELIA DE CON SANTOS, MARIA GARCIA GUAZA Y LORENA POSADO CARRO 1715

306 **HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN LA POBLACIÓN**
THAIS LOSAS FERNÁNDEZ, PATRICIA RODRIGUEZ CASTAÑO, ALBA LINDE FERNANDEZ, LAURA ANTON RODRIGUEZ Y SUSANA RODRÍGUEZ RUBIO 1719

307 **ACCIDENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA.**
LUCÍA SANCHEZ TOYOS, DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO Y LUCÍA POMAR MARTINEZ 1723

308 **PREVENCIÓN DEL ESTREÑIMIENTO EN PERSONAS MAYORES**
LUCÍA DE LA VEGA VALVIDARES 1727

309 PREVENCIONES EN EL ÁREA QUIRÚRGICA
DIANA MARIA GARCÍA SANCHEZ, ENRIQUE ESTRADA SUCO, ELISA FERNÁNDEZ GARCIA, CRISTINA MARIA CASTROAGUDIN CIFUENTES Y FELICIDAD ALVAREZ QUINTANA 1729

310 PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN EN LAS ZONAS DE RADIACIÓN
DIANA MARIA GARCÍA SANCHEZ, ENRIQUE ESTRADA SUCO, ELISA FERNÁNDEZ GARCIA, CRISTINA MARIA CASTROAGUDIN CIFUENTES Y FELICIDAD ALVAREZ QUINTANA 1733

311 LA BULIMIA
ANDREA FERNANDEZ SUAREZ 1735

312 LA EMPATÍA Y LA IMPORTANCIA EN ENFERMERÍA
VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ 1739

313 GESTIÓN Y MANIPULACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL ÁMBITO DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).
MARTA MARIA VELASCO ALONSO 1743

314 CUIDADOS A UN PACIENTE CON DENGUE
RUBEN CASTELLANOS LORENZO 1747

315 PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL
ENRIQUE ESTRADA SUCO, ELISA FERNÁNDEZ GARCIA, CRISTINA MARIA CASTROAGUDIN CIFUENTES, DIANA MARIA GARCÍA SANCHEZ Y VERONICA GARCIA MACIAS 1749

316 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) QUE TRABAJA EN CUIDADOS PALIATIVOS.
NOEMI VILLARES MARTIN, MARÍA BELEN CODINA GONZÁLEZ, ROSARIO MUÑIZ ESTRADA, DELIA MIRANDA MESA Y MONTSERRAT GONZÁLEZ IGLESIAS 1751

317 ALCOHOLISMO.
PILAR GÁRATE MARTÍNEZ 1757

318 ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TCAE EN EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES
MAXIMINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, SARA GONZALEZ CARREIRA, MICHELLE BARAGAÑO SOLIS, ROCÍO CABO FUEYO Y MARIA ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ 1761

319 EL ASMA ES UNA ENFERMEDAD
CARMEN MARIA VÁZQUEZ, MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ, TAMARA REGUERA GONZALEZ Y ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ 1765

320 LOS DESAJUSTES EMOCIONALES DEL BOURNOUT. UN PROBLEMA SOCIAL.
FLORENTINA SUÁREZ GUTIÉRREZ 1767

321 TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
ANA PAULA BORGES 1775

322 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA DIETA EN EL PACIENTE EN TERAPIA POR ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
SONIA PARADELA ANTUÑA 1779

323 CUIDADOS ESPECIALES EN PACIENTES DIABÉTICOS: EL PIE
ANA ISABEL MUÑÍZ DÍAZ Y ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL 1785

324 LA ACTUACIÓN EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)
VERÓNICA GRACIELA MORAN ECHEVERRIA, LAURA SUÁREZ ARBESÚ, MARTA SANCHEZ UGARTE Y ALICIA PAREDES ANTONIO 1787

325 VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA DOMÉSTICA.
ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA 1793

326 ENFERMEDAD PROFESIONAL DESARROLLADA TANTO EN PERSONAL SANITARIO COMO NO SANITARIO.
LORENZO GAYO GONZÁLEZ 1797

327 **CÓMO PUEDEN SER EVITADAS LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES POR LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
MARÍA BELEN CODINA GONZÁLEZ, ROSARIO MUÑIZ ESTRADA, DELIA MIRANDA MESA, MONTSERRAT GONZÁLEZ IGLESIAS Y NOEMI VILLARES MARTIN **1799**

328 **DISBIOSIS INTESTINAL**
EUSEBIO NUÑEZ IBAÑEZ, VERÓNICA MENENDEZ VILLAMOR Y LAURA MARIÑO RODRÍGUEZ **1805**

329 **GUÍA SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**
VERÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ, ELVIRA LORENZO PRENDES Y CRISTINA PELAEZ BANIELA **1813**

330 **EL ENVEJECIMIENTO PARA TCAE**
MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS **1817**

331 **INCONTINENCIA Y RETENCIÓN URINARIA**
NOELIA PELÁEZ SANFIZ **1819**

332 **LA HIGIENE DEL POLITRAUMA**
ELISA FERNÁNDEZ GARCIA, CRISTINA MARIA CASTROAGUDIN CIFUENTES, ENRIQUE ESTRADA SUCO, DIANA MARIA GARCÍA SANCHEZ Y MARIA PAZ SUAREZ GARCIA **1827**

333 **ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL SANITARIO.**
MARIA ELIDIA GONZALEZ GARCIA **1829**

334 **PERSONAL SANITARIO: RIESGOS LABORALES Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN**
PETRA GIL CARMONA **1833**

335 **CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE**
MÓNICA CRISTINA GONZÁLVEZ PADILLA, MERCEDES MARÍA NAVA TOMÁS, ROSA MARIA AMOR GOMEZ, CARMEN MARIA SUAREZ ESTRADA Y ALEJANDRO ALVAREZ FUENTES **1835**

336 CORONAVIRUS. EPICENTRO WUHAN. CASOS Y TIPOS.PRECAUCIONES A TOMAR. PRONÓSTICO
LETICIA MARTINEZ PEREZ 1839

337 CÁNCER DE COLON, LA IMPORTANCIA DE UNA DETECCIÓN TEMPRANA
CLAUDIA DÍAZ ÁLVAREZ, Mª GLORIA CASTILLO SALMERÓN, ADRIANA SUÁREZ RODRÍGUEZ, MÓNICA ALONSO ALONSO Y LARA RODRIGUEZ FERNANDEZ 1849

338 CUIDADOS A UN PACIENTE INGRESADO POR BRUCELOSIS.
RAQUEL GONZALEZ HUERTA 1857

339 EL ALZHEIMER
MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ, TAMARA REGUERA GONZALEZ, ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ Y CARMEN MARIA VÁZQUEZ 1861

340 ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE FARMACODEPENDIENTE
JUDITH GARCIA BENITO, SUSANA LÓPEZ CARRO, MARIA AMOR QUETZAL GONZALEZ RODRIGUEZ, MARIA AURORA FERNANDEZ PEREZ Y MIRIAM COTO BEGEGA 1863

341 INTEGRACIÓN DE LA MUJER AL MEDIO RURAL.
SUSANA DIAZ REMIS 1867

342 DEFECTOS CONGÉNITOS Y PATOLOGÍAS INCOMPATIBLES CON LA VIDA EXTRAUTERINA INTERPRETADO POR UN TCAE Y UN TÉCNICO DE LABORATORIO
GUADALUPE HACES HACES Y JOSE ANTONIO ALVAR ROZAS 1869

343 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ, MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ, CYNTHIA GEDDES CUETO, MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN Y CELIA MARTINO GONZALEZ 1879

344 ARTETERAPIA EN PERSONAS CON DEMENCIA
RAQUEL BLANCO QUESADA 1883

345 CUIDADOS A PACIENTE. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
MARIA TERESA FERNANDEZ MARTINEZ 1887

346 SALUD BUCODENTAL: PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN LA INFANCIA
CARME DE CON GUTIÉRREZ, MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ, CRISTINA PRUNEDA SIERRA, MONICA GONZÁLEZ TAMARGO Y YOLANDA MERELO ALONSO 1889

347 EL PROBLEMA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
RITA MARIA PEREZ PEREZ 1893

348 CAMBIOS POSTURALES. TIPOS, FRECUENCIA Y EFICACIA
RITA MARIA PEREZ PEREZ 1895

349 EL SÍNDROME BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO
LUCIA EGUREN VELÁZQUEZ 1897

350 LA TURNICIDAD Y EL PERSONAL SANITARIO
M LUZ PENAS CABADO, ANA ISABEL VÁZQUEZ SILVA, COVADONGA CANDUELA GARCÍA, MARIA DEL MAR ESPIÑEIRA DIAZ Y CECILIA GONZALEZ SECADES 1899

351 CÁNCER DE PRÓSTATA
MARÍA JIMÉNEZ ROSILLO, SANDRA PEREIRA GARCÍA, ANA PATRICIA GUARDADO DÍAZ, YOLANDA ESCALANTE TORRES Y NOELIA FRAGOSO GARCÍA 1903

352 RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO.
LORENA POSADO CARRO, MARIA GARCIA GUAZA Y FRANCISCO RODRIGUEZ HERRERA 1905

353 PSORIASIS
ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL Y ANA ISABEL MUÑÍZ DÍAZ 1909

354 CUIDADOS A PACIENTE CON AGORAFOBIA
LORENA GUTIÉRREZ GÓMEZ, LLESICA PEREZ MENENDEZ Y ANGELES REDONDO MORO 1913

355 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SU RELACIÓN CON EL GÉNERO DE LOS TRABAJADORES
INÉS MARÍA COLLAZO ARIAS, MARIA ANGELES BAZ MARTIN, ANA ISABEL MARTINEZ FERNANDEZ, RAQUEL GUTIERREZ TRAPIELLO Y MARIA ELENA FERNANDEZ FERNANDEZ 1917

356 REFLEXOLOGÍA PODAL
JUDIT MORENO SUÁREZ, YOLANDA VIEITEZ GONZÁLEZ, EVA MARÍA RODRÍGUEZ AUGUSTO, SORAYA OLANO FERNANDEZ Y ANA CRISTINA AUGUSTO SARMENTO 1919

357 CUIDADOS A PACIENTES CON SÍNDROME DE DIÓGENES
MARÍA MONTSERRAT GARCÍA GARCÍA Y LLESICA PEREZ MENENDEZ 1923

358 CUIDADOS A ANCIANO CON ALZHEIMER
BEATRIZ PELAEZ GARCIA 1925

359 CUIDADOS A PACIENTES CON LEPRA
MARÍA MONTSERRAT GARCÍA GARCÍA 1929

360 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN EL ANCIANO. PAPEL DEL TCAE
BEATRIZ PAÑEDA IGLESIAS 1931

361 LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARÍA ROSA FRADE LOPEZ Y MELISSA ALONSO FRADE 1935

362 LA SALUD AMBIENTAL
MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI, ROCÍO SAAVEDRA SUÁREZ, JOSE ANTONIO GONZALEZ SARAS Y MIREN LÓPEZ REDONDO 1941

363 ESTUDIAR A CUIDARSE PARA PODER ATENDER
MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA, LORETO DE PAZ MASCIAS, ROSA CRISTINA PEREZ ALVAREZ Y MARIA JOSE PEREZ PEREZ 1945

364 ATENCIÓN DE LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL
MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA, LORETO DE PAZ MASCIAS, ROSA CRISTINA PEREZ ALVAREZ Y MARIA JOSE PEREZ PEREZ 1947

365 CAÍDAS EN LA TERCERA EDAD
LOURDES GARCÍA GARCÍA 1951

366 LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS
MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ, NURIA SANCHEZ LOBO, PABLO ALVAREZ MURCIANO, YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ Y MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ 1955

367 ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEJORA DE CALIDAD DE VIDA
EVA DONCEL PEDRAYES, BEGOÑA GARCIA VELARDE Y MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ 1959

368 RESIDUOS SANITARIOS. CLASIFICACIÓN
CRISTINA PELAEZ BANIELA, ELVIRA LORENZO PRENDES Y VERÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ 1961

369 MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN EN EL EQUIPO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.
MARÍA ISABEL BERMÚDEZ ROBLES 1965

370 LAVADO DE MANOS. PROCEDIMIENTO E IMPORTANCIA.
MARÍA LUISA CORTÉS ESCOSA, ESTHER ÁLVAREZ FERNÁNDEZ, DELFINA CALDERÓN ÁLVAREZ, FRANCISCA DOMÍNGUEZ BERNAL Y PABLO JESÚS BERNARDO MENÉNDEZ 1971

371 CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.
BEATRIZ ALVAREZ BRAVO 1975

372 ÚLCERAS POR PRESIÓN
LOURDES GARCÍA GARCÍA 1979

373 LAVADO DE MANOS.
LOURDES GARCÍA GARCÍA 1981

374 ANOREXIA
ELSA DIAZ CASTILLO 1985

375 EL TCAE Y EL SÍNDROME DE BURNOUT
SARA MARIA FERNANDEZ PEREZ, MARIA LUISA LÓPEZ MENENDEZ Y TATIANA GARCIA CABALLERO 1987

376 **ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A ENFERMOS DROGODEPENDIENTES**
SELENE MATELLÁN ROSA, ANA REY VARELA Y JULIANA ROSA JIMENEZ **1989**

377 **RELACIÓN Y COMUNICACIÓN DEL TCAE EN EL ANCIANO**
MARIA LUISA LÓPEZ MENENDEZ, TATIANA GARCIA CABALLERO Y SARA MARIA FERNANDEZ PEREZ **1993**

378 **TÉCNICAS DE ASEO E HIGIENE DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS**
MARIA IRENE GONZALEZ ALVAREZ **1997**

379 **ACTITUDES ANTE LA MUERTE Y EL ENFERMO AL FINAL DE LA VIDA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**
SARA ESTEBAN RODRIGUEZ, ANA BELEN GARCÍA VILLARROEL, ISABEL MARÍA ALONSO FERNÁNDEZ, ESTEFANIA FERNANDEZ GARCIA Y VERONICA GONZALEZ BLANCO **2009**

380 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**
MANUEL CRESPO ALONSO Y ALEJANDRA DELGADO NIETO **2015**

381 **ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR ANTE EL MALTRATO INFANTIL.**
INES GUTIÉRREZ GÓMEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES GALÁN AGUIRRE Y CRISTINA ROMERO GARCIA **2019**

382 **LA EMPATÍA EN EL PROFESIONAL DEL ÁMBITO SANITARIO**
YOANA FERNANDEZ ALVAREZ, OLAYA CUE BERNARDO, LUCÍA CORBACHO GALLARDO, AITANA ESPÍN MEDINA Y SORAYA ÁLVAREZ GARCÍA **2023**

383 **AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO: PLANES DE ACTUACIÓN**
LORENA POSADO CARRO, FRANCISCO RODRIGUEZ HERRERA Y MARIA GARCIA GUAZA **2027**

384 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
OLAYA CUE BERNARDO, YOANA FERNANDEZ ALVAREZ, SORAYA ÁLVAREZ GARCÍA, AITANA ESPÍN MEDINA Y LUCÍA CORBACHO GALLARDO 2031

385 LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
MARIA IRENE GONZALEZ ALVAREZ 2035

386 AGRESIONES EN EL ÁMBITO DEL PROFESIONAL SANITARIO
SORAYA ÁLVAREZ GARCÍA, YOANA FERNANDEZ ALVAREZ, AITANA ESPÍN MEDINA, OLAYA CUE BERNARDO Y LUCÍA CORBACHO GALLARDO 2047

387 EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
ANDREA FERNANDEZ SUAREZ 2051

388 EL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
MARÍA MAGDALENA GUERRA CACHIMUEL Y GLADYS GUERRA CACHIMUEL 2055

389 HIGIENE DEL MATERIAL DEL HOSPITAL
CARMEN ESTELA CAMPAL ORTIZ 2059

390 EL ICTUS (CAUSAS, SÍNTOMAS, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN).
BARBARA SOLIS ALONSO 2063

391 EL TCAE ANTE LOS CUIDADOS DE PERSONAS DEPENDIENTES EN LA COMUNIDAD
ASTRID SUAREZ MARTINEZ Y SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA 2067

392 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y DIVERSIDAD DE DIETAS
ASTRID SUAREZ MARTINEZ Y SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA 2069

393 CÁNCER PULMONAR
ESTEFANÍA RUIZ ESPINA, MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ IGLESIAS, ANA BELÉN POCEIRO DE LA FUENTE, IRENE VEGA LLAMAZALES Y NURIA RODRÍGUEZ GARCÍA 2071

394 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
SONIA MESA GONZÁLEZ Y Mª ISOLINA ALONSO GARCÍA 2075

395 EL COLESTEROL: QUÉ ES Y CÓMO EVITARLO.
JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO Y SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ 2085

396 LA IMPORTANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL
ANA FERNÁNDEZ IGLESIAS 2087

397 LA DEPRESIÓN POSTPARTO: UN PROBLEMA MUY FRECUENTE
ANA FERNÁNDEZ IGLESIAS 2091

398 LA FAMILIA Y EL TABACO.
MARGARITA TEJÓN DEL CUADRO 2095

399 ENFERMEDADES MENTALES MÁS COMUNES EN ADOLESCENTES.
MARIA DE LOS ANGELES FERNANDEZ RUBIO 2097

400 EL ENFERMO HOSPITALIZADO EN CUIDADOS PALIATIVOS Y EL TCAE.
ESTHER ÁLVAREZ FERNÁNDEZ, DELFINA CALDERÓN ÁLVAREZ, FRANCISCA DOMÍNGUEZ BERNAL, PABLO JESÚS BERNARDO MENÉNDEZ Y MARÍA LUISA CORTÉS ESCOSA 2101

401 HIGIENE DE MANOS: SU IMPORTANCIA
MARIA ANGELES GARCIA GOMEZ, MARIA ANTONIA CUETO GARCÍA Y GRETA LÓPEZ URÍA 2105

402 IGUALDAD DE GÉNERO POR EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA
MARÍA JOSÉ CASES SANTÍN 2113

403 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO AGENTE HUMANIZADOR EN LA ASISTENCIA SANITARIA
MARIA LUISA YAÑEZ CLARO 2117

404 TRATAMIENTO DEL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y/O HIPERACTIVIDAD
VANESSA GONZALEZ VELASCO, MERCEDES FERNANDEZ GOMES, LAURA GARAY NOVO Y Mª VICTORIA GARCÍA BARRANCO 2119

405 LENGUAJE NO VERBAL Y ASERTIVIDAD PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.
GRETA LÓPEZ URÍA, MARIA ANGELES GARCIA GOMEZ Y MARIA ANTONIA CUETO GARCÍA 2123

406 LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL CENTRO HOSPITALARIO.
MIGUEL ÁNGEL BRAÑA ÁLVAREZ Y CLARA ÁLVAREZ RUBIO 2129

407 IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN EL PERSONAL SANITARIO
EVA MARIA LOBO GONZÁLEZ, VANESA GONZÁLEZ GARCÍA, LUCIA MENENDEZ MARTINEZ, CARMEN LOBO GONZÁLEZ Y FLORINDA ARGÜELLES BLANCO 2133

408 AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS
SARA RODRIGUEZ 2137

409 CONDICIONES LABORALES ADVERSAS QUE AFECTAN A LA SALUD DEL TCAE
MARIA JESUS MARTINEZ FERNANDEZ, MARTA ROSA PÉREZ GARCÍA, ISABEL LAFUENTE GARCÍA, MARIA DEL CARMEN VAZQUEZ ANTUÑA Y MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ HEVIA 2139

410 LA SALUD SOCIOAMBIENTAL Y EL BIENESTAR SOCIAL
FRANCISCO JAVIER PEDRACES FRESNO, BEATRIZ MARTINEZ ÁLVAREZ, ADRIÁN LÓPEZ QUINTANILLA Y BEGOÑA AMIROLA GOIKOETXEA 2145

411 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE GRIPE "A".
MARÍA ÁLVAREZ GONZALEZ Y Mª DEL CARMEN LACALLE ÁLVAREZ 2149

412 LAS FUNCIONES DEL TCAE ANTE LA INTIMIDAD Y PRIVACIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ 2153

413 LOS EPIS: MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA EL TCAE FRENTE A RIESGOS BIOLÓGICOS
ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ 2155

414 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
MARIÁN GARCÍA MENÉNDEZ, MARÍA AURORA FERNÁNDEZ DÍAZ, MARÍA TERESA ALONSO HERNANDO Y ROGELIA SIMÓN GARCÍA 2157

415 ENFERMEDADES NOSOCOMIALES, DEFINICIÓN Y PREVENCIÓN
MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ, SUSANA ALONSO POSADA, MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES, ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y ANA MARIA MATÉ GONZALEZ 2167

416 EL TÉCNICO EN CUIDADADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO APOYO AL DUELO ANTICIPADO DEL ENFERMO TERMINAL Y SU FAMILIA.
MARIÁN GARCÍA MENÉNDEZ, MARÍA AURORA FERNÁNDEZ DÍAZ, MARÍA TERESA ALONSO HERNANDO Y ROGELIA SIMÓN GARCÍA 2171

417 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS
SUSANA ALONSO POSADA, MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES, ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ANA MARIA MATÉ GONZALEZ Y MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ 2181

418 LOS RESIDUOS SANITARIOS
FERNANDO MUÑIZ VARELA, SUSANA MARTÍNEZ HUERTA Y Mª JOSÉ GONZÁLEZ BRAÑA 2185

419 QUÉ ES EL AUTISMO.
ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA, ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, FRANCISCO JOSÉ MOROTE MORENO Y LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ 2189

420 FUNCIONES IMPORTANTES DE UNA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL DEPARTAMENTO DE ESTERILIZACIÓN
ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ Y ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 2193

421 CUIDADOS A PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA
JOSEFINA BALLESTEROS CASTILLA Y AZAHARA CASTELLANOS BALLESTEROS 2197

422 LA CROMOTERAPIA COMO TRATAMIENTO PARA LA SALUD MENTAL
LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ, ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA, ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Y ENCARNACIÓN MOROTE MORENO 2201

423 EL MOBBING EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO
MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ 2205

424 EL TCAE Y EL TRATO HUMANIZADO AL PACIENTE
VIOLETA OTERO GÓMEZ 2207

425 CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS Y SUS VENTAJAS
NEREA LEON SUAREZ 2213

426 PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO POR TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO RESIDENCIAL.
CARLA FERNÁNDEZ AÑEL, FILOMENA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ANGELES AÑEL HUERTA, MARIA GEMMA RODRIGUEZ ALVAREZ Y DESIRE PEREZ SEREN 2217

427 INFECCIONES NOSOCOMIALES Y SU PREVENCIÓN
SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA 2221

428 TCAE: OXIGENOTERAPIA, ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO CON GAFAS O MASCARILLA
CARLOTA PATRICIA HOLGUERA ALONSO 2225

429 EL ALZHEIMER Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARIA DE LA CONCEPCION DE ARRIBA LLANA 2229

430 RESIDUOS HOSPITALARIOS.
ROCÍO GUTIÉRREZ ÁLVAREZ 2235

431 TURNICIDAD Y SUS EFECTOS
NEREA LEON SUAREZ 2239

432 LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA Y LA NECESIDAD DE PREVENCIÓN PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS
ANA COSTALES TUERO, BEGOÑA PANIAGUA GARCIA Y RAQUEL COSTALES TUERO 2241

433 LA IMPORTANCIA DEL TCAE Y EL LAVADO DE MANOS
PAULA CASTRO PARIENTE Y VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 2249

434 CELIAQUÍA. LA ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI.
VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y PAULA CASTRO PARIENTE 2253

435 EL MÉTODO PIEL CON PIEL.
TANIA BERNAL ALVAREZ, ROSA LUZ LEAL FERNÁNDEZ Y MARGARITA ALVAREZ HERNANDEZ 2257

436 LA SEQUEDAD VAGINAL DURANTE LA ETAPA DE LA MENOPAUSIA
INES PEREZ MOYA Y SUSANA CORUJO DÍAZ 2261

437 MANTENER UNA VIDA CARDIO-SALUDABLE
RAQUEL MONTOYA NUÑEZ 2265

438 CUIDADOS A PACIENTE CON FIEBRE TIFOIDEA
ANA ISABEL LONGORIA SIMON. 2269

439 CUIDADOS A PACIENTE CON SÍNDROME DE COTARD
ELIZABETH LLANOS ROCA 2271

440 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN ENFERMO DE ALZHEIMER
MARÍA ÁLVAREZ GONZALEZ Y Mª DEL CARMEN LACALLE ÁLVAREZ 2275

441 EJERCICIO FÍSICO: BENEFICIOS PARA LA SALUD
ANA ISABEL VICENTE CANELA 2279

442 LA BIOSEGURIDAD.
AMANDA MENÉNDEZ LINDE Y SANDRA IGLESIAS HERRERO 2281

443 EL BURNOUT O SÍNDROME DEL QUEMADO
MARIA TERESA DIAZ DIAZ 2283

444 RIESGO HOSPITALARIO: LA VIOLENCIA LABORAL, LA GRAN OLVIDADA
Mª DEL CARMEN ARDURA SANTIAGO, MARÍA COVADONGA ABARRIO NÚÑEZ, JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN, MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ Y ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ 2285

445 ALIMENTACIÓN Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.
HENAR BLANCO FERNÁNDEZ Y MARIA ISABEL ÁLVAREZ DOS SANTOS 2291

446 EL ALZHEIMER, UN PROBLEMA DE TODOS
PATRICIA BUGUEIRO NEIRA 2293

447 ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL SONDA NASOGASTRICA Y SUS CUIDADOS
LORENA SUAREZ GUTIERREZ Y PURIFICACION CORAL GUTIERREZ GARCIA 2297

448 LA DEMENCIA: SÍNTOMAS Y CAUSAS
PURIFICACION CORAL GUTIERREZ GARCIA Y LORENA SUAREZ GUTIERREZ 2301

449 DEPORTE Y ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
DAVID GION RAMOS 2305

450 INVESTIGACIÓN SOBRE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL COBRE
MARTA MUÑIZ 2307

451 LA SOLEDAD DE LOS MAYORES
VIRGINIA RODRIGUEZ GONZALEZ 2311

452 MAL USO DE LOS MEDICAMENTOS
DAVID GION RAMOS 2313

453 SERVICIO DE URGENCIAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO.
LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ 2315

454 CUANDO EL CUIDADOR YA NO PUEDE CUIDAR. SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO.
HENAR BLANCO FERNÁNDEZ Y MARIA ISABEL ÁLVAREZ DOS SANTOS 2319

455 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN TURNOS ROTATORIOS
MARIA JOSE BRAÑA ALONSO Y CARMEN MORENO GONZALEZ 2321

456 LA ALIMENTACIÓN
YOLANDA RAQUEL CASTAÑO PASTOR, MARÍA ASUNCIÓN ALVAREZ PANDO, MARÍA TERESA VAZQUEZ RUA, MARIA ARACELI PEREZ GARCÍA Y NATALIA VAZQUEZ RUA 2327

457 LA IMPORTANCIA EN HIGIENE DEL PACIENTE.
LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ 2331

458 LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.
MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO, CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ, NURIA DÍAZ ARIAS, ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA Y ELENA MUÑIZ ALVAREZ 2333

459 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA: CONTROL DE RESIDUOS
JESUS GARCÍA RODRIGUEZ Y ESTHER MENENDEZ BARREIRO 2335

460 PERJUICIOS DEL TABACO PARA LA SALUD.
ESTEFANIA FERNANDEZ ALBA 2339

461 RECONOCER Y GESTIONAR RESIDUOS HOSPITALARIOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR SU IMPACTO EN LA SALUD AMBIENTAL.
ANGEL GARCIA ALVAREZ, MERCEDES FERNANDEZ MENENDEZ Y YOLANDA SANCHEZ HERNANDEZ 2341

462 SEPARACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS
CONCEPCIÓN CARBAJALES ÁLVAREZ, SONIA PEREIRO ALVAREZ Y RAMONA NOCEDA ERIGOYEN 2345

463 CUIDADOS A PACIENTE CON LEISHMANIASIS
VANESSA CARBAJAL TEMPRANA 2355

464 CASO CLÍNICO: RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTE ENCAMADO
JUAN ANTONIO LEAL MEDIAVILLA, PAULA CUELI ARENAS Y LETICIA CUELI ARENAS 2357

465 INGRESO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL
MARIA FLOR ROMERO GARCÍA 2363

466 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN JOVENES.
ESTEFANIA FERNANDEZ ALBA 2367

467 IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.
ESTEFANIA FERNANDEZ ALBA 2371

468 LAS ULCERAS POR PRESIÓN, COMO SE PUEDEN PREVENIR Y RIESGOS QUE CONLLEVAN.
MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA, AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ 2375

469 TERAPIA OCUPACIONAL Y REHABILITACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.
Mª ISOLINA ALONSO GARCÍA Y SONIA MESA GONZÁLEZ 2381

470 SÍNDROME DE REYE
BALBINA FRANCOS GARCÍA, NURIA MENÉNDEZ LÓPEZ, MAYKA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y ELENA ÁLVAREZ ALONSO 2387

471 CONDUCTAS SALUDABLES EN EDAD TEMPRANA
EMMA GONZÁLEZ PÉREZ 2389

472 ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
JORGE GONZALEZ MENENDEZ, CRISTINA PEREZ ALONSO Y MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ 2393

473 VIH Y SIDA
CYNTHIA GEDDES CUETO, CELIA MARTINO GONZALEZ, MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ, MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN Y MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ 2395

474 LA PIEL
MARÍA ASUNCIÓN ALVAREZ PANDO, MARÍA TERESA VAZQUEZ RUA, MARIA ARACELI PEREZ GARCÍA, YOLANDA RAQUEL CASTAÑO PASTOR Y ANGELA CARNEADO CONDE 2399

475 LA COMUNICACION TERAPEUTICA
MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ 2401

476 LA HIGIENE PARA VÍAS CENTRALES
MARÍA TERESA VAZQUEZ RUA, MARIA ARACELI PEREZ GARCÍA, YOLANDA RAQUEL CASTAÑO PASTOR, ADRIAN PRENDES VÁZQUEZ Y MARÍA ASUNCIÓN ALVAREZ PANDO 2403

477 LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO
DAVID GONZÁLEZ MUÑOZ, ANA CRISTINA LORENZO GARCIA Y CLARISA GARCIA AMOR 2405

478 RECOGIDA DE UROCULTIVO EN PERSONAS PORTADORAS DE SONDA VESICAL
MARÍA PILAR SAN JOSÉ TORAL, MARIA SIMON CRESPO, MARÍA LUISA GONZALEZ GARCÍA, BARBARA CASERO FERNANDEZ Y VERONICA GARCIA MACIAS 2413

479 LAS LESIONES MÁS FRECUENTES SEGÚN LA EDAD DEL NIÑO
JOSE LEONARDO MONTERO SANCHEZ, SARA MARÍA GONZÁLEZ GARCÍA, ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA, KIMBERLY YULAY SEVERINO MUÑOZ Y ANA SANCHEZ UGARTE 2415

480 SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL
CARMEN MIYARES VELAZQUEZ, DENYS SUAREZ DEPETRIS, VIRGINIA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, XANA ARDURA MARTIN Y LAURA LAORDEN FERNANDEZ 2421

481 SERVICIO DE URGENCIAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO
MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ 2427

482 MANTENIMIENTO Y REVISIÓN DEL CARRO DE PARADAS.
SARA VEGA ESTRADA 2429

483 LAS INFECCIONES DE ORINA EN ANCIANOS
MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO 2431

484 LA SOLEDAD EN LA TERCERA EDAD
BLANCA GARRIDO ARIAS 2435

485 LA PROBLEMÁTICA SOCIAL DE LA ANCIANIDAD.
MÓNICA FERNÁNDEZ CASADO 2437

486 ERGONOMÍA LABORAL EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
MELISSA ALONSO FRADE Y MARÍA ROSA FRADE LOPEZ 2439

487 CUIDADOS A PACIENTE CON ORTOREXIA
VANESSA BARBON IGLESIAS, PRISCILA ROZADA IGLESIAS Y ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ 2447

488 LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES.
MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ, CELIA MARTINO GONZALEZ, CYNTHIA GEDDES CUETO, MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN Y MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ 2451

489 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
PAULA DE RON RODRÍGUEZ 2455

490 LA HIGIENE BUCODENTAL
CARMEN COSI MAMANI, NEREA NORIEGA SEBARES, ROSA ANGELES GARCIA ESCOBEDO, MARIBEL ISABEL QUEIPO SUAREZ Y AURORA VAZQUEZ RUA 2459

491 DIETA 1800 CALORÍAS
CARMEN COSI MAMANI, NEREA NORIEGA SEBARES, MARIBEL ISABEL QUEIPO SUAREZ, ROSA ANGELES GARCIA ESCOBEDO Y AURORA VAZQUEZ RUA 2463

492 ACTUACIÓN ENFERMERA PARA EL RIESGO DE CAÍDAS.
SUSANA GRANDE GUTIÉRREZ, MARLENY MOLLEAPAZA CONDORI, ALMUDENA GÓMEZ PONS, MANUEL FRANCISCO MARTÍ MOLINS Y MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ 2465

493 AISLAMIENTOS.
LORENA RODRIGUEZ LANZA Y ANA FERNÁNDEZ IGLESIAS 2469

494 BULIMIA
VERÓNICA GANSO FERNÁNDEZ, REBECA FERNÁNDEZ LÓPEZ Y MANUELA ÁLVAREZ VELÁZQUEZ 2471

495 PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES.
LORENA RODRIGUEZ LANZA 2473

496 ACTUACIÓN ENFERMERA EN CUIDADOS PALIATIVOS
MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, MARLENY MOLLEAPAZA CONDORI, ALMUDENA GÓMEZ PONS, MANUEL FRANCISCO MARTÍ MOLINS Y SUSANA GRANDE GUTIÉRREZ 2475

497 **INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA UNA DETECCIÓN TEMPRANA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**
MARIA FLOR ROMERO GARCÍA, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, MANUEL FRANCISCO MARTÍ MOLINS, ALMUDENA GÓMEZ PONS Y SUSANA GRANDE GUTIÉRREZ **2479**

498 **LA DIABETES EN EL PACIENTE CRONICO**
YOLANDA MORENO SUAREZ, YOLANDA SUÁREZ CORTÉS, MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ Y MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ **2485**

499 **PROTOCOLOS A SEGUIR POR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE AISLAMIENTOS PROTECTOR O INVERSO**
ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ **2489**

500 **ERGONOMÍA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL**
DANIEL GIJON NORIEGA, OLAYA GARCÍA ESCUDERO, VERÓNICA MARTÍNEZ LÓPEZ, MARÍA JESÚS SOUTO BLANCO Y PALOMA GRANA ALONSO **2493**

501 **ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO DEL MAREO CERVICOGÉNICO.**
CECILIA GONZALEZ ALVAREZ, PILAR DEL BOSQUE GONZÁLEZ, LARA ALVAREZ CAMPAL Y MARLEN DE LA FUENTE FERNANDEZ **2497**

502 **IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA EN EL TRABAJO PARA EVITAR LESIONES.**
ANGEL FUEYO PRIETO, DANIEL BUENO GONZALEZ, JOAQUINA COSTA IGLESIAS Y ARGENTINA GARCIA GARCIA **2501**

503 **TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO PARA EVITAR "LOS ESGUINCES MAL CURADOS"**
MARLEN DE LA FUENTE FERNANDEZ, LARA ALVAREZ CAMPAL, CECILIA GONZALEZ ALVAREZ Y PILAR DEL BOSQUE GONZÁLEZ **2505**

504 **EL ABSENTISMO Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
PAULA BLANCO DEL VALLE Y ISIDRO TORRES PAREJO **2509**

505 MUCOPOLISACARIDOSIS III O SÍNDROME DE SANFILIPPO
MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO, INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ Y MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN 2513

506 LESIÓN DE RODILLA EN EL BALONCESTO FEMENINO.
SARA FREIJE ZAZO, MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ, NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ, SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ Y SANDRA VILLA SÁNCHEZ 2517

507 IMPORTANCIA DE UN CORRECTO DIAGNÓSTICO Y POSTERIOR REHABILITACIÓN EN PACIENTES EN EDAD INFANTIL CON ENFERMEDAD DE LEGG-CALVÉ-PERTHES. CASO CLÍNICO.
NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ, SARA FREIJE ZAZO, SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ, SANDRA VILLA SÁNCHEZ Y MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ 2521

508 FISIOTERAPIA EN PLAGIOCEFALIA
INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ, MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO Y MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN 2527

509 FISIOTERAPIA EN LA FASCITIS PLANTAR
MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN, MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO Y INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ 2531

510 PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y EJERCICIO FÍSICO TERAPÉUTICO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PARKINSON.
CAROLINA PÉREZ PÉREZ, ALDARA LEAL ALONSO Y MARIA PARRA GARCIA 2535

511 LA FISIOTERAPIA, PARTE DEL TRATAMIENTO MULTIDIMENSIONAL EN LAS DIFERENTES FASES DEL ALZHEIMER.
ALDARA LEAL ALONSO, MARIA PARRA GARCIA Y CAROLINA PÉREZ PÉREZ 2543

512 FISOTERAPIA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE. REHABILITACIÓN.
CELESTINO GARCIA CAPILLA Y ANA GAMUNDI OTERO 2555

513 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA E INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA DEL PACIENTE CON EPOC
URSULA ORIVE ALONSO Y MONICA FLOREZ NIETO 2561

514 ABORDAJE ENFERMERO Y TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA
URSULA ORIVE ALONSO Y MONICA FLOREZ NIETO 2565

515 ESPONDILITIS ANQUILOSANTE
LORENA RUBIO BERDASCO, SUSANA BLANCO DÍAZ Y MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA 2571

516 LATIGAZO CERVICAL O ESGUINCE CERVICAL
LUJÁN BLANCO COUTO Y NOELIA MURIAS BLANCO 2577

517 SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO: MANEJO FISIOTERAPEÚTICO.
JAVIER GARCÍA URRUZOLA, ANA BELÉN MARTÍN GONZÁLEZ Y MARTA BLANCO CARRANCIO 2581

518 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
NOELIA MURIAS BLANCO Y LUJÁN BLANCO COUTO 2585

519 POLIARTROSIS
NOELIA MURIAS BLANCO Y LUJÁN BLANCO COUTO 2589

520 EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN CONTRA LA OBESIDAD INFANTIL PROMOVIENDO ACTIVIDAD FÍSICA Y HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLES.
BEATRIZ LLANO MENÉNDEZ 2593

521 EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA.
BEATRIZ LLANO MENÉNDEZ 2599

522 REHABILITACIÓN TEMPRANA EN FRACTURA DE CADERA
GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS 2607

523 FASCITIS PLANTAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
ANA GAMUNDI OTERO, CELESTINO GARCIA CAPILLA Y CARLOS MORGADE FERNÁNDEZ 2609

524 FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS
GONZALO PRIETO CRISTOBAL, CRISTINA CRISTOBAL ALLER Y MARÍA PRADO FERNÁNDEZ 2613

525 CALIDAD DE VIDA A LOS AÑOS
MÓNICA FERNÁNDEZ BARRERA 2615

526 EPICONDILALGIA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
ANA GAMUNDI OTERO Y CELESTINO GARCIA CAPILLA 2621

527 HIGIENE POSTURAL
PEDRO MIGUEL BRAVO MAYORAL, MARTA PEREZ RODRIGUEZ Y LAURA DÍAZ LÓPEZ 2623

528 LA INFLUENCIA DE LA NUTRICIÓN EN LA CARIES POR EL HIGIENISTA DENTAL.
NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA Y NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ 2629

529 LA HUMANIZACIÓN EN LAS INSTITUCIONES SOCIO-SANITARIAS: UN PASO OBLIGADO
EMILIA ISABEL GONZALEZ CABEZA 2633

530 CRITERIOS RADIOLÓGICOS Y FACTORES DE EXPOSICIÓN DE LA COLUMNA VERTEBRAL TOTAL
ISABEL REGO GONZÁLEZ 2643

531 CISTOGRAFIA
MARIA LUISA TOCINO SANCHEZ 2645

532 COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCOPICA (CPRE O ERCP)
CARMEN NIÑO ANTOMIL 2647

533 GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.
MARIA LUISA CUELLO ANTUÑA Y RAQUEL GARCÍA PANDIELLA 2649

534 TERAPIA OCUPACIONAL PARA PERSONAS CON DEMENCIA Y SUS CUIDADORES FAMILIARES EN EL HOGAR
BEATRIZ RAMOS LORENZO 2657

535 CÁNCER DE MAMA. ETIOPATOGÉNIA.
INMACULADA PEREZ MONTIEL 2663

536 ESTUDIO DE LAS ETS EN EL DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.
ANA ISABEL MENENDEZ DE LA CERA 2667

537 EL ROL DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LA REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS
PAULA IGLESIAS PAJARES 2673

538 EL ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA DESDE UN ÁMBITO BIOPSICOSOCIAL
PAULA IGLESIAS PAJARES 2679

539 UN ACTO DE VALENTÍA DE LA SOCIEDAD: ATAJAR EL ACOSO ESCOLAR (BULLYING).
LLARA LOBO BARRO Y MARIA DEL MAR BARRO RIVERA 2683

540 EXÁMENES CON ANTÍGENOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD EN EL LABORATORIO
SERGIO MURILLO DIAZ Y VÍCTOR ADRIAN RODRÍGUEZ DIAZ 2689

541 IMPORTANCIA DEL PERSONAL SANITARIO ANTE PROBLEMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO
PAULA IGLESIAS PAJARES 2693

542 RIESGOS DE LOS RAYOS X.
COVADONGA DE LA HERA RAPOSO 2697

543 ANÁLISIS EN EL LABORATORIO DE CALCIO EN MUESTRA DE ORINA
SERGIO MURILLO DIAZ Y VÍCTOR ADRIAN RODRÍGUEZ DIAZ 2701

544 ANÁLISIS EN EL LABORATORIO DE LA BILIRRUBINA EN SANGRE
SERGIO MURILLO DIAZ Y VÍCTOR ADRIAN RODRÍGUEZ DIAZ 2703

545 TINCIÓN DE PERLS " COMO SE VE EL HIERRO EN LA MEDULA ÓSEA".
VERÓNICA FERNANDEZ NUÑEZ 2705

546 ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.
MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO 2707

547 EL BRUXISMO.
JENNIFER GARCÍA LÓPEZ 2711

548 CORONAVIRUS
MACARENA RODRIGUEZ RICO 2715

549 RIESGO LABORAL FÍSICO: RUIDO
MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ, ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ, KAREN ALVAREZ ROZADA, ROCÍO GONZÁLEZ CASTRO Y LUCIA PIQUERO CASADO 2719

550 GALACTOGRAFÍA O DUCTOGRAFÍA
ANDREA GONZALEZ ALVAREZ 2727

551 SALUD DIGITAL PARA PERSONAL SANITARIO.
PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES, LUCIA GÓMEZ GONZALEZ, MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ Y CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ 2729

552 PRINCIPIOS DE BIOÉTICA DEL PERSONAL SANITARIO.
PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES, LUCIA GÓMEZ GONZALEZ, MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ Y CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ 2733

553 LA COMUNICACIÓN, LA MEJOR AYUDA PARA TRABAJAR.
MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ, EDITA MARTÍNEZ SANTIAGO, AROA LÓPEZ LEMA, PAULA LÓPEZ LEMA Y ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ 2737

554 PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DIAGNÓSTICO DE ANEMIA FERROPÉNICA
VIRGINIA LINARES FERNANDEZ, MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ Y MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ 2743

555 EMPATÍA EN EL ENTORNO SANITARIO.
SUSANA DIAZ REVUELTA Y LAURA DIEZ GONZALEZ 2747

556 VIOLENCIA DE GÉNERO EN SANIDAD
PATRICIA MARTINEZ GARCÍA, MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ, RAQUEL RUIZ TURRADO, ELIZABET GARCIA GRANDA Y ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO 2757

557 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO
GIORDANA LÓPEZ VALLE 2761

558 LA BRUCELOSIS Y SU DIAGNOSTICO SEROLOGICO MEDIANTE LA TÉCNICA ROSA DE BENGALA
MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ, VIRGINIA LINARES FERNANDEZ Y MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ 2765

559 DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL CÁNCER DE PULMÓN
ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ Y JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ 2771

560 GESTIÓN DE RESIDUOS EN EL LABORATORIO.
GRACIELA PEÓN MARTÍNEZ, VERÓNICA FERNÁNDEZ SUÁREZ, MARIA DEL CARMEN SANCHO ORTIZ Y VERONICA COSTA COSSIO 2775

561 ENFERMEDADES PARASITARIAS, LA TOXOPLASMOSIS.
SARA FERNÁNDEZ MALLO 2779

562 ENFERMEDADES INFECCIOSAS. LA RUBEOLA.
SARA FERNÁNDEZ MALLO 2785

563 SÍNDROME BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO.
PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ, AINOA MARTINEZ PEREZ Y LOURDES BELEN PEREZ LORENZO 2791

564 EL PACIENTE EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA
LAURA DIEZ GONZALEZ Y SUSANA DIAZ REVUELTA 2795

565 EVOLUCIÓN DEL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA EN ASTURIAS DESDE 1991.
ALEJANDRA GARCÍA APARICIO 2799

566 LOS RIESGOS ERGONÓMICOS DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
BEATRIZ PAREDES, ROCÍO LÓPEZ GONZÁLEZ, SIRA MORO MELGAR Y SANTIAGO ALONSO MARTÍNEZ 2807

567 VIOLENCIA DE GÉNERO: ABORDAJE PARA EL PERSONAL SANITARIO VISTO DESDE LA PERSPECTIVA DE UN TÉCNICO DE LABORATORIO Y UN TCAE
JOSE ANTONIO ALVAR ROZAS Y GUADALUPE HACES HACES 2809

568 PUNCIÓN- ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) DE TIROIDES GUIADA POR ECOGRAFÍA
MONICA VILELA GAFO 2817

569 EL CÁNCER DE VEJIGA
ANDREA RODRÍGUEZ DE LA RIVA Y NOELIA MARCOS MARTIN 2821

570 SARAMPIÓN Y PRUEBAS DE LABORATORIO PARA SU DETECCIÓN.
PILAR YOLANDA TOLEDO GUERRA, KATIA LOPEZ CORTE Y SARA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ 2825

571 PAROTIDITIS: PRUEBAS DE LABORATORIO PARA SU DETECCIÓN.
PILAR YOLANDA TOLEDO GUERRA, KATIA LOPEZ CORTE Y SARA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ 2829

572 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO
AURORA RAMOS BOBES 2831

573 CONTRASTE YODADO TCM
CARMEN MARIA LOPEZ MANCEBO Y MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ 2835

574 CORONAVIRUS UN VIRUS DE MODA
KATIA LOPEZ CORTE, SARA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y PILAR YOLANDA TOLEDO GUERRA 2839

575 EL CÁNCER DE ESÓFAGO
ANDREA RODRÍGUEZ DE LA RIVA Y NOELIA MARCOS MARTIN 2843

576 EL ACELERADOR LINEAL
ANDREA RODRÍGUEZ DE LA RIVA Y NOELIA MARCOS MARTIN 2847

577 ACOSO LABORAL (MOBBING) ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERIA
MARIA TERESA ALONSO SUAREZ 2851

578 TEL: CLASIFICACIÓN DE LOS HONGOS
ANA ESMERALDA LÓPEZ TERRAZAS 2857

579 MEDIDAS BÁSICAS DE PREVENCIÓN DEL HIGIENISTA BUCODENTAL CONTRA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
AROA TEJÓN GONZÁLEZ Y LAURA DACOSTA ALONSO 2861

580 SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE
SUSANA MENDEZ REDONDO, ANDREA CASTRO APARICIO, LAURA MAJO RODRIGUEZ Y ANA MARIA FERNANDEZ GARCIA 2867

581 DOSIMETRÍA RADIOLÓGICA EN PERSONAL SANITARIO
CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL 2869

582 LA ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL TÉCNICO
MERCEDES IGLESIAS PEDROSA Y AINOA GONZÁLEZ VIÑA 2873

583 TULAREMIA: QUÉ ES, CÓMO SE CONTAGIA Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN
TAMARA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 2881

584 CITOMETRÍA DE FLUJO
AINOA GONZÁLEZ VIÑA Y MERCEDES IGLESIAS PEDROSA 2885

585 **EL TÉCNICO DE ANATOMÍA Y LA SEGURIDAD EN EL LABORATORIO**
MERCEDES IGLESIAS PEDROSA Y AINOA GONZÁLEZ VIÑA **2895**

586 **ADAPTACIÓN DE LA NORMATIVA ESPAÑOLA A LA DIRECTIVA 2013/59/EURATOM EN MATERIA DEL USO DE RADIACIONES IONIZANTES EN EXPOSICIONES MÉDICAS**
LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO **2903**

587 **MICROBIOTA: OBESIDAD ASOCIADA A LA DISBIOSIS INTESTINAL.**
JACKELYN PEVIDA DÍAZ, MAGDALENA FIGUEIRAS LESTON, JESSICA DIAZ ALVAREZ, MARÍA ASUNCIÓN MARTÍNEZ SÁNCHEZ Y IGNACIO CRESPO MADIEDO **2907**

588 **TURNOS /NOCTURNOS EN EL LABORATORIO**
MARGARITA MARÍA GÓMEZ SANZERI, EVA FERNÁNDEZ MUÑIZ Y VIRGINIA LOPEZ VILLABRILLE **2911**

589 **ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍAS**
SILVIA CAMPA RODRIGUEZ **2925**

590 **GESTIÓN EMOCIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
JAVIER GARCIA SANCHEZ **2929**

591 **FACTORES DE RIESGO DE PRODUCTOS QUÍMICOS EN EL LABORATORIO**
MARGARITA MARÍA GÓMEZ SANZERI, EVA FERNÁNDEZ MUÑIZ Y VIRGINIA LOPEZ VILLABRILLE **2937**

592 **PREVENCION RIESGOS LABORABLES EN EL AMBITO HOSPITALARIO**
MARIA SIMON CRESPO, MARÍA LUISA GONZALEZ GARCÍA, BARBARA CASERO FERNANDEZ, MARÍA PILAR SAN JOSÉ TORAL Y ANGELA CARNEADO CONDE **2945**

593 **ESTUDIO DEL INTESTINO DELGADO POR ENTERO TAC.**
JUANA MARÍA MÉNDEZ ESCUDERO Y MARIA JESUS VARELA RIESGO **2947**

594 INCIDENCIA EN LA SALUD DE LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS EN EL LABORATORIO
MARGARITA MARÍA GÓMEZ SANZERI, EVA FERNÁNDEZ MUÑIZ Y VIRGINIA LOPEZ VILLABRILLE **2949**

595 CLIMA ORGANIZACIONAL DE UN COMPLEJO HOSPITALARIO
ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES **2957**

596 FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES **2959**

597 EL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
JOSE ANTONIO CIENFUEGOS VILAS **2961**

598 HIGIENE EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
CESAR CASAL CHICO **2965**

599 ELABORACIÓN EN COCINAS HOSPITALARIAS
CESAR CASAL CHICO **2967**

600 GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL MEDIO HOSPITALARIO
ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES **2971**

601 LOS ACCIDENTES BIÓLOGICOS EN LOS CENTROS SANITARIOS
JOSE LUIS RODRIGUEZ ALVAREZ **2973**

602 EL TRABAJO NOCTURNO: ¿CÓMO AFECTA A LA SALUD?
ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ, PAULA VEGA BERROS, ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA Y MARIA EUGENIA VEGA BERROS **2977**

603 ESTILOS DE COMUNICACIÓN: LA IMPORTANCIA DE UNA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL HOSPITAL.
ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ, ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA, MARIA EUGENIA VEGA BERROS Y PAULA VEGA BERROS **2981**

604 EL AUXILIAR ADMINSTRATIVO Y LA ACCESIBILIDAD EN LA COMUNICACIÓN
DANIEL PÉREZ JIMÉNEZ **2985**

605 EL CELADOR EN CASO DE INCENDIOS Y EL VALOR DE LOS SIMULACROS.
JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ 2991

606 EL CELADOR EN EL MOVIMIENTO DEL PACIENTE.
JOSE IVAN ARIAS LLANO 2993

607 EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN LOS CENTROS SANITARIOS.
JOSE LUIS RODRIGUEZ ALVAREZ 2999

608 LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS CONTENIDOS EN LA HISTORIA CLÍNICA
LUCIA ISABEL ALVAREZ FERNANDEZ, GRACIELA GONZALEZ GONZALEZ Y LORENA GONZALEZ GONZALEZ 3001

609 EL EFECTO RINGELMANN Y LA FORMACIÓN NECESARIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE SALUD
MARTA MARTÍNEZ GALÁN, RAQUEL CASADO DEL RÍO, PATRICIA SUÁREZ RODRÍGUEZ Y RAÚL GUTIÉRREZ PRADO 3009

610 ASPECTOS ERGONÓMICOS PARA LA ELECCIÓN DE SILLAS DE OFICINA.
FLORINDA HUERTA MARTINO 3013

611 FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA
BRAULIO GARCIA SANCHEZ 3017

612 EL SINDROME DEL TUNEL CARPIANO PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL AMBITO SANITARIO.
MÓNICA SÁNCHEZ ANTUÑA 3019

613 EL CONSUMO SOSTENIBLE COMO BENEFICIO PARA LA SALUD Y EL MEDIOAMBIENTE
AINHOA SUÁREZ COLUNGA 3023

614 EL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO
MARIA DEL PILAR DE LA COBA ACEÑA 3029

615 ORÍGENES DEL CONSUMO DE COMIDA RÁPIDA EN ESPAÑA Y SUS CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO
AINHOA SUÁREZ COLUNGA 3033

616 DEBERES DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
MARÍA PILAR RODRÍGUEZ GONZÁLEZ 3039

617 BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SANIDAD
LUCIA ISABEL ALVAREZ FERNANDEZ, LORENA GONZALEZ GONZALEZ Y GRACIELA GONZALEZ GONZALEZ 3043

618 EFECTOS DEL TRABAJO NOCTURNO EN EL COLECTIVO DE CELADORES
ROSA ANA FERNÁNDEZ PIECHO, SUSANA MENENDEZ BLANCO Y MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ GONZÁLEZ 3047

619 FUNCIONES BÁSICAS DE WORD PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE SALUD
RAÚL GUTIÉRREZ PRADO, RAQUEL CASADO DEL RÍO, MARTA MARTÍNEZ GALÁN Y PATRICIA SUÁREZ RODRÍGUEZ 3051

620 ATENCIÓN AL USUARIO
VANESA MARTINEZ MARTINEZ 3055

621 ERGONOMÍA EN EL TRABAJO DE OFICINA
VANESA MARTINEZ MARTINEZ 3059

622 LA MANIPULACIÓN DE LAS CARGAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL CELADOR
RICARDO ALONSO SUAREZ 3063

623 CONCEPTOS CLAVE SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO
FUENCISLA VAQUERO IGLESIAS 3065

624 LA COMUNICACIÓN
FUENCISLA VAQUERO IGLESIAS 3071

625 PRINCIPALES MEDIDAS DE CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR: BENEFICIOS PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE SALUD
RAQUEL CASADO DEL RÍO, RAÚL GUTIÉRREZ PRADO, PATRICIA SUÁREZ RODRÍGUEZ Y MARTA MARTÍNEZ GALÁN 3075

626 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL NO SANITARIO
VANESA MARTINEZ MARTINEZ 3079

627 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
LUCIA ISABEL ALVAREZ FERNANDEZ, GRACIELA GONZALEZ GONZALEZ Y LORENA GONZALEZ GONZALEZ 3083

628 EL RECONOCIMIENTO DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO DERECHO INHERENTE DE LA PERSONA.
MARÍA JESÚS GARCÍA RODRÍGUEZ 3087

629 EL CELADOR Y LA GESTIÓN DE CONFLICTOS CON EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN SANITARIA
ANTONIO BARBA GALLEGO 3093

630 SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO DE CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS. MEJORA DEL TRATO AL USUARIO.
MARTA FERNÁNDEZ LOBO 3099

631 MÉTODO PARA REGULAR CORRECTAMENTE LAS SILLAS DE OFICINA.
FLORINDA HUERTA MARTINO 3105

632 LA CONTENCIÓN MECÁNICA.
BELÉN FONT VILLEN 3109

633 LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
DANIEL PÉREZ JIMÉNEZ 3113

634 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO.
M. DEL CARMEN CASTRO ALVAREZ 3119

635 **DÉFICIT EN HABILIDADES SOCIALES, PROBLEMA CON SOLUCIÓN.**
ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ, MAQUELINA FREITAS RUIZ Y BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ 3123

636 **OCIO SATISFACTORIO, BENEFICIO PARA LA SALUD.**
ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ, MAQUELINA FREITAS RUIZ Y BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ 3125

637 **ESTRÉS EN SANIDAD**
ANDRÉS NIEVES VALLE Y MONICA CADENAS MARTINEZ 3129

638 **AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO**
MARÍA EUGENIA DIAZ BERMEJO, MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA Y JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ 3133

639 **LA HISTORIA CLÍNICA Y EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARÍA EUGENIA DIAZ BERMEJO, MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA Y JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ 3135

640 **EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE URGENCIAS**
MARÍA EUGENIA DIAZ BERMEJO, MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA Y JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ 3137

641 **EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO: MEDIDAS DE ACTUACIÓN FRENTE AL MOBBING.**
SILVIA BENAVIDES DIEZ, RAUL MONTESERIN FERNANDEZ, SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO Y VANESA SUAREZ MENDEZ 3139

642 **LA CONDUCTA Y LA EDUCACIÓN DEL USUARIO PARA LA SALUD; ELEMENTO CLAVE EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LAS RELACIÓNES SOCIALES EN EL AMBITO SANITARIO.**
MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON Y ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO 3143

643 LA COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA LA PRESTACIÓN DE UNA BUENA CALIDAD ASISTENCIAL
RUBÉN HUERTA FERNÁNDEZ, CECILIA HUERTA FERNÁNDEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 3147

644 SALUD DIGITAL: RECURSOS TICS EN EL ÁMBITO SANITARIO
CECILIA HUERTA FERNÁNDEZ, RUBÉN HUERTA FERNÁNDEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 3157

645 EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO.
GRANDELINA MIGUEL GARCIA, ADRIANA BUENO PRIETO, ANA MARÍA BALLESTEROS PEREZ, CASTO BARRO FERNÁNDEZ Y ALFREDO JOSE ÁLVAREZ VEGA 3167

646 EL CELADOR Y LA ERGONOMÍA EN EL TRABAJO
ANTONIO BARBA GALLEGO 3171

647 DIFERENTES POSTURAS CORPORALES DE LOS PACIENTES TANTO PARA HOSPITALIZACIÓN COMO PARA QUIRÓFANO
ELENA ASUNCIÓN GINGEIRA MOUTINHO 3177

648 CUIDADOS AL PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON
CRISTINA MUÑIZ FERRERO, MONTSERRAT BARRERO, ELENA SUÁREZ TALAVÁN, MARIA MAR TALAVÁN GARCÍA Y GUILLERMO VAQUERO PIEDRA 3183

649 EL SECRETO PROFESIONAL Y LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARTA FERNÁNDEZ LOBO 3189

650 HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MARTA FERNÁNDEZ LOBO 3193

651 ANSIEDAD Y ESTRÉS
MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ, ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ Y MAQUELINA FREITAS RUIZ 3197

652 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL SESPA
JESSICA VEGA SUÁREZ 3203

653 EL CELADOR Y LA EXPOSICIÓN A LOS RIESGOS BIOLÓGICOS
JUANA MARIA TESTÓN RUIZ, MARIA NOELIA CALDERÓN DÍAZ, ALBA SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA ANGELES BARCENA MEDIO Y ALBERTO FERNANDEZ FERNANDEZ 3209

654 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, UNA BUENA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LOS CENTROS DE SALUD
M OFELIA PALACIOS VILLA, SONIA GUTIÉRREZ FUENTE, ALBA VALVIDARES MAYOR, ALMA Mª DE ABAJO SANZ Y ANGELES SÁNCHEZ CORO 3213

655 EDUCACIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ORIENTADA A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD
LORENA PEREIRAS MENDEZ, BEATRIZ CAO RODRIGUEZ, MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ Y DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 3221

656 VIOLENCIA CONTRA LA MUJER AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA HOSPITALARIA
YAIZA CANGA SÁNCHEZ Y JAVIER FERNÁNDEZ URÍA 3227

657 PRINCIPALES ACTUACIONES EN MATERIA DE HIGIENE POSTURAL PARA LLEVAR UNA VIDA LABORAL SALUDABLE POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO
YAIZA CANGA SÁNCHEZ Y JAVIER FERNÁNDEZ URÍA 3231

658 DESENCADENANTES DEL DESGASTE FÍSICO Y EMOCIONAL EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL SECTOR SANITARIO.
YAIZA CANGA SÁNCHEZ Y JAVIER FERNÁNDEZ URÍA 3235

659 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL NO SANITARIO.
MARTA MARIA BESADA FERNÁNDEZ 3239

660 **SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN EN EL ÁMBITO PROFESIONAL DEL CELADOR.**
AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, LORENA PALACIN CARRO Y YAIZA CANGA SÁNCHEZ 3243

661 **SALUD Y MEDIO AMBIENTE. UN PROBLEMA DE TODOS**
PALOMA LOPEZ RODRIGUEZ Y Mª TATIANA PÉREZ AGUINACO 3249

662 **AGRESIONES A PROFESIONALES EN LA SANIDAD**
ALINA LORENCES RIESGO 3261

663 **EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS LABORAL. EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.**
EVA SECADES RODRÍGUEZ 3265

664 **EL CELADOR: PASADO, PRESENTE Y ... ¿FUTURO?**
AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, LORENA PALACIN CARRO Y YAIZA CANGA SÁNCHEZ 3269

665 **LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO DEL CELADOR.**
AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, LORENA PALACIN CARRO Y YAIZA CANGA SÁNCHEZ 3275

666 **LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO Y NO SANITARIO.**
ISABEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ 3281

667 **EL BURNOUT. PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO.**
VANESA GARCÍA VALERO, NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ, CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO, MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ Y MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ 3285

668 **FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN.**
JAVIER OROZA CORDIDO 3291

669 **LA AUTOESTIMA: UN FACTOR RELEVANTE EN LA VIDA DE LA PERSONA.**
CARMEN IGLESIAS GARCÍA, CARMEN CANO DIAZ, MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO, IRENE ÁLVAREZ GARCÍA Y JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ **3295**

670 **MINDFULNESS PARA MEJORAR EL SÍNDROME DE BURNOUT.**
SERGIO CASADO GONZALEZ, ADELINA LUENGO FERNANDEZ, MARIA PILAR GONZÁLEZ TORRE, ALEJANDRO VIEJO PEDROSA Y MARIA DE LOS ANGELES PRIEDE FERNANDEZ **3299**

671 **SÍNDROME BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.**
ISABEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ **3305**

672 **VOZ, HERRAMIENTA DE TRABAJO DEL PROFESIONAL DE LA SANIDAD.**
MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO, IRENE ÁLVAREZ GARCÍA, ANA INÉS GAVADIAN SERANTES, JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ Y CARMEN CANO DIAZ **3309**

673 **EFECTOS DE LA TURNICIDAD DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**
ISABEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ **3311**

674 **DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD.**
ALINA LORENCES RIESGO **3313**

675 **ALMACENES SANITARIOS**
MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA, ROSA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA Y MARTA FERNANDEZ COSMEA **3317**

676 **SÍNDROME BURNOUT EN EMPLEADOS DE LA SANIDAD**
IRENE ÁLVAREZ GARCÍA, ANA INÉS GAVADIAN SERANTES, JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ, CARMEN IGLESIAS GARCÍA Y MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO **3321**

677 **EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LA SANIDAD.**
PILAR MÉNDEZ ALONSO **3325**

678 LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA EN EL PUESTO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS SERVICIOS DE SALUD
SILVIA VALVERDE ÁLVAREZ, MARIA CARMEN PRIETO SÁNCHEZ DEL PULGAR Y REBECA FERNÁNDEZ ALONSO 3329

679 LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
ANA MARÍA GARCIA LÓPEZ 3333

680 ERGONOMÍA PARA CELADORES
MARÍA EUGENIA CONCHA DÍAZ 3337

681 LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS APLICADA EN LA SANIDAD
PILAR MÉNDEZ ALONSO 3339

682 LA INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA EN EL ÁMBITO SANITARIO.
LUISA MARIA ABREU JARDÓN 3343

683 PROCESO PARA ADVERTIR LOS DAÑOS DE ESPALDA DEL PROFESIONAL SANITARIO.
AMPARO GONZALEZ SERRANO, AVELINO MANUEL PEREZ PEREZ, MARTA MESA GARCÍA Y MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA 3347

684 AMBIENTE PROFESIONAL EN TRABAJADORES DE DISTRITOS BÁSICOS DE SALUD
AMPARO GONZALEZ SERRANO, AVELINO MANUEL PEREZ PEREZ, MARTA MESA GARCÍA Y MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA 3349

685 ACOSO LABORAL EN ÁMBITO SANITARIO Y SU REPERCUSIÓN.
ALEJANDRA NUEVO DEL BUSTO 3351

686 LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA Y RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL TRABAJO DE PINCHE.
BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO, LORENA PALACIN CARRO, AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO Y VANESA GARCÍA VALERO 3355

687 PRINCIPALES RIESGOS LABORALES DE LOS PINCHES EN LA COCINA HOSPITALARIA: QUEMADURAS Y CORTES.
BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO, LORENA PALACIN CARRO, AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO Y VANESA GARCÍA VALERO 3361

688 TRATAMIENTO DE DESPERDICIOS HOSPITALARIOS COMO PINCHE DE COCINA.
AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO, BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO, VANESA GARCÍA VALERO Y LORENA PALACIN CARRO 3367

689 EL ESTRÉS TÉRMICO ASOCIADO AL TRABAJO DE PINCHE DE COCINA.
AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO, BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO, VANESA GARCÍA VALERO Y LORENA PALACIN CARRO 3371

690 EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN EL ENTORNO SANITARIO, PRINCIPALES SÍNTOMAS Y TÉCNICAS PARA PALIARLOS
FERNANDO GONZALEZ SUAREZ 3375

691 COMUNICACIÓN EN LA SANIDAD.
ALINA LORENCES RIESGO 3379

692 ESTRÉS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
ESTEFANÍA MARÍA GARCÍA VILLAMIL 3383

693 EL CELADOR ANTE UN AISLAMIENTO HOSPITALARIO
BEATRIZ AZEVEDO CANADO 3385

694 PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. EL ESTRÉS LABORAL. FACTORES DESENCADENANTES Y TÉCNICAS PARA AFRONTARLO
LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ, ASUNCIÓN GARCÍA NÚÑEZ Y IRENE COVIÁN DE LA CUEVA 3391

695 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. TRASTORNOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS EN POSTURAS SENTADAS. DISEÑO PERSONAL DEL PUESTO DE TRABAJO.
LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ, ASUNCIÓN GARCÍA NÚÑEZ Y IRENE COVIÁN DE LA CUEVA 3397

696 EL CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.
LUIS ANTONIO NOVAL PEAGUDA 3403

697 EL CELADOR ANTE LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES.
CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ, ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ, ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR Y JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ 3409

698 EL SÍNDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO EN LOS TRABAJADORES DE LA SANIDAD YA SEAN SANITARIOS O NO SANITARIOS
ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ, ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR, JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ Y CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ 3413

699 IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE ENTRE USUARIO Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO
SERGIO BRAOJOS MENÉNDEZ 3417

700 EL TRABAJO A TURNOS
ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR, JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ, CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ Y ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ 3421

701 PROTECCIÓN DE DATOS EN UN HOSPITAL Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS.
MARTA FERNANDEZ COSMEA, ROSA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA Y MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA 3425

702 LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO, MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ, MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ, VANESA GARCÍA VALERO Y NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ 3429

703 LA VIOLENCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS: FACTORES DE RIESGO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN.
MARIANO VALLINA ANTUÑA 3435

704 LA DEPRESIÓN RIESGO PSICOSOCIAL EN EL ÁMBITO DE LOS CENTROS SANITARIOS
SERGIO CASADO GONZALEZ, MARTA MARIA GONZALEZ RODRIGUEZ, VERÓNICA LEÓN AGUILAR, MARIA DE LOS ANGELES PRIEDE FERNANDEZ Y ROCÍO GONZÁLEZ GRANJA 3443

705 SATISFACCIÓN LABORAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA.
ESTHER ALVAREZ-SALA PRIETO, AIDA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y AIDA BERTRAND GONZÁLEZ 3449

706 EL CELADOR: CUIDARSE PARA CUIDAR
ANA VAL IRIARTE 3455

707 ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO
ROSA ANA FERNÁNDEZ GARCÍA Y SILVIA FERNANDEZ GARCIA 3459

708 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO
ROSA ANA FERNÁNDEZ GARCÍA Y SILVIA FERNANDEZ GARCIA 3463

709 CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE PRIMEROS AUXILIOS
ROSA ANA FERNÁNDEZ GARCÍA Y SILVIA FERNANDEZ GARCIA 3467

710 PERSONAL NO SANITARIO: IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES
MÓNICA SÁNCHEZ ANTUÑA 3473

711 EL SÍNDROME DEL QUEMADO
ANA MEDIO PÉREZ, BEATRIZ RODRÍGUEZ GARCÍA, CARMEN MARIA TORO CASTRO, CARMEN BUGUEIRO NEIRA Y SARA BERNARDO ÁLVAREZ 3479

712 PROTECCIÓN DE DATOS DE LA SALUD.
SEILA MALDONADO GONZALEZ Y IRENE CAMBLOR NOVAL 3483

713 EL TRABAJO ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LOS CENTROS SANITARIOS
SEILA MALDONADO GONZALEZ Y IRENE CAMBLOR NOVAL 3487

714 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
SEILA MALDONADO GONZALEZ Y IRENE CAMBLOR NOVAL 3491

715 LA MEDITACIÓN
ANIA MARTIN BEITIA 3495

716 INFLUENCIA DE LAS TIC EN EL ÁMBITO SANITARIO Y PARA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
JESSICA VEGA SUÁREZ 3499

717 CALIDAD DE VIDA PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
SEILA MARTÍNEZ 3505

718 RIESGOS LABORALES EN LA ADMINISTRACIÓN Y SUS PROGRESOS
PILAR MÉNDEZ ALONSO 3509

719 IGUALDAD EFECTIVA ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA SANIDAD PÚBLICA
MARIA CARMEN PRIETO SÁNCHEZ DEL PULGAR, SILVIA VALVERDE ÁLVAREZ Y REBECA FERNÁNDEZ ALONSO 3513

720 PROTECCIÓN MEDIOAMBIENTAL
ANIA MARTIN BEITIA 3521

721 COMPORTAMIENTO Y TRABAJO EN EQUIPO EN EL CENTRO SANITARIO: ASERTIVIDAD
AROA MUÑOZ MENENDEZ, SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ Y SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ 3523

722 ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
AROA MUÑOZ MENENDEZ, SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ Y SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ 3527

723 ATENCIÓN A LOS FAMILIARES
SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ, AROA MUÑOZ MENENDEZ Y SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ 3531

724 IMPLICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA EN EL PLAN DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.
M.TERESA HERRERO COTERO, COVADONGA VEGA AGUIRRE, GEMMA GARCIA PEREZ Y MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ 3535

725 **ASPECTOS A TENER EN CUENTA POR EL PERSONAL NO-SANITARIO PARA FACILITAR EL ACCESO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO.**
SANDRA ARCE RODRÍGUEZ, MARIA ANGELES FERNÁNDEZ SEIZ, MARIA DEL MAR MARINA LÓPEZ, MARÍA LUZ GONZÁLEZ ÁLVAREZ Y PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS **3541**

726 **ENVEJECIMINETO ACTIVO: MEJOR CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD**
JOSE LUIS SALMERON SUAREZ, ESTEFANIA SALMERON SUAREZ, MÒNICA DÍAZ SUÁREZ Y DIANA DÍAZ SUÁREZ **3547**

727 **LAS SUJECIONES RESTRICTIVAS DEL MOVIMIENTO, BIEN FARMACOLÓGICAS, MECÁNICAS O SOLAPADAS, EN INSTITUCIONES SANITARIAS.**
FLORENTINA SUÁREZ GUTIÉRREZ **3555**

728 **LA COMUNICACIÓN HUMANA**
ANIA MARTIN BEITIA **3563**

729 **HUMANIZACIÓN DEL TRATO PERSONAL.**
ANIA MARTIN BEITIA **3569**

730 **LAS RELACIONES EN LA PRÁCTICA SANITARIA**
ANIA MARTIN BEITIA **3573**

731 **CORRELACIÓN ENTRE RESPETO AL PACIENTE, LA PROTECCIÓN DE SUS DATOS PERSONALES Y LA CONFIDENCIALIDAD**
MARÍA LUZ GONZÁLEZ ÁLVAREZ, MARIA ANGELES FERNÁNDEZ SEIZ, MARIA DEL MAR MARINA LÓPEZ, SANDRA ARCE RODRÍGUEZ Y PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS **3579**

732 **ALIMENTACION EN LA TERCERA EDAD Y SUS EFECTOS CAUSADOS POR LA CRISIS ECONOMICA**
JOSE LUIS SALMERON SUAREZ, MÒNICA DÍAZ SUÁREZ, DIANA DÍAZ SUÁREZ Y ESTEFANIA SALMERON SUAREZ **3585**

733 **ACOSO LABORAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO**
MARÍA ROSALÍA SUÁREZ TRAPIELLO Y MARÍA BEGOÑA GONZÁLEZ ROLDÁN **3591**

734 LAS TIC EN EL TRABAJO ADMINISTRATIVO
ANA MARIA VEGA MACIAS 3597

735 ATENCIÓN A USUARIOS CON NECESIDADES ESPECIALES. PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.
SERGIO BRAOJOS MENÉNDEZ 3603

736 RIESGOS PARA LA REPRODUCCIÓN Y LA MATERNIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO
SARA BERNARDO ÁLVAREZ, ANA MEDIO PÉREZ, BEATRIZ RODRÍGUEZ GARCÍA, CARMEN MARIA TORO CASTRO Y CARMEN BUGUEIRO NEIRA 3607

737 MOBBING O ACOSO LABORAL: COMO PREVENIRLO, DETECTARLO Y ERRADICARLO
ANA MARIA VEGA MACIAS 3615

738 PLAN DE ACTUACIÓN ANTE CATÁSTROFES NATURALES Y PROVOCADAS PARA EL PERSONAL NO SANITARIO
MARÍA BEGOÑA GONZÁLEZ ROLDÁN Y MARÍA ROSALÍA SUÁREZ TRAPIELLO 3619

739 OFIMÁTICA EN EL HOSPITAL
MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ Y ANA BELEN RODRIGUEZ FERNANDEZ 3627

740 GESTIÓN INTRACENTRO DE RESIDUOS SANITARIOS
JENNIFER FERNANDEZ ZAPICO 3629

741 LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL HOSPITAL
ANA BELEN RODRIGUEZ FERNANDEZ Y MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ 3639

742 ATENCION TELEFONICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD
MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ, MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ, VANESA GARCÍA VALERO, NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ Y CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO 3641

743 LA ESCUCHA ACTIVA EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.
SEILA MARTÍNEZ 3647

744 CONDICIONES AMBIENTALES EN LOS CENTROS DE TRABAJO PARA EL PERSONAL NO SANITARIO.
MARÍA ROSALÍA SUÁREZ TRAPIELLO Y MARÍA BEGOÑA GONZÁLEZ ROLDÁN 3651

745 MOVIMIENTO DEL PACIENTE A LA ORILLA DE LA CAMA
PATRICIA FERNÁNDEZ ANTUÑA, CARLOS JULIO FERNÁNDEZ DÍAZ Y MARIA JESÚS FERNÁNDEZ ANTUÑA 3659

746 CARACTERÍSTICAS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL NO SANITARIO
MONTSERRAT LÓPEZ PÉREZ 3661

747 LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO EN HOSPITALES
ÁNGELES RODILES LANA Y ELISA LUCIA BUSTO BASCÓN 3663

748 ARCHIVO Y CUSTODIA DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS
ARTURO MUÑIZ BAIZAN 3667

749 EL SISTEMA OPERATIVO Y SUS COMPONENTES.
ARTURO MUÑIZ BAIZAN 3669

750 MANIPULACIÓN DE CARGAS EN EL PUESTO DE TRABAJO DE EL CELADOR
JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ, CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ, ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ Y ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR 3671

751 LA LEGIONELLA EN AMBIENTES HOSPITALARIOS
DIEGO HUERTA GONZALEZ 3675

752 PREVENCION CONTRA EL MALTRATO A LOS ANCIANOS DESDE EL AMBITO ADMINISTRATIVO Y SANITARIO.
LUISA MARIA ABREU JARDÓN 3679

753 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.
LUISA MARIA ABREU JARDÓN 3683

754 EL BURNOUT
ANA MARIA MARTINEZ GONZALO Y NOELIA BLANCO MARTINEZ 3687

755 EL MOBBING EN EL ÁMBITO LABORAL
ANA MARIA MARTINEZ GONZALO Y NOELIA BLANCO MARTINEZ 3691

756 EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA ATENCIÓN SANITARIA
ANA MARIA MARTINEZ GONZALO Y NOELIA BLANCO MARTINEZ 3695

757 GESTIÓN DE RESIDUOS EN SANIDAD
ANA MARIA MARTINEZ GONZALO Y NOELIA BLANCO MARTINEZ 3699

758 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES
ANA MARIA MARTINEZ GONZALO Y NOELIA BLANCO MARTINEZ 3703

759 LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO LABORAL ACTUAL.
MARIA SOLEDAD ALVAREZ MARTINEZ 3707

760 LA NECESIDAD DE UN PLAN DE IGUALDAD EN TODAS LAS EMPRESAS
JENNIFER FERNANDEZ ZAPICO 3711

761 TRASTORNOS ASOCIADOS AL TRABAJO ADMINISTRATIVO FATIGA VISUAL.
AVELINA RODRÍGUEZ ANTUÑA 3717

762 LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
AVELINA RODRÍGUEZ ANTUÑA 3723

763 UN RETO PARA LA SANIDAD: TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC)
AVELINA RODRÍGUEZ ANTUÑA 3727

764 **CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.**
JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES Y MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO **3731**

765 **MANEJO DES ESTRÉS PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
SEILA MARTÍNEZ **3735**

766 **RIESGOS DERIVADOS DE FACTORES PSICOSOCIALES EN PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO**
JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ, PATRICIA MONTES GAMEZ, ROSA MARÍA VALDÉS DÍAZ, MARIA ANGELINA GARCÍA RUBIO Y ARAMI GARCÍA BORJAS **3739**

767 **CLASIFICACIÓN DE ARCHIVOS PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS**
MARÍA ISABEL RIESGO BOUSOÑO **3743**

768 **COMUNICACIÓN EFICAZ ENTRE PACIENTE Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ALBA VALVIDARES MAYOR, ALMA Mª DE ABAJO SANZ, ANGELES SÁNCHEZ CORO, M OFELIA PALACIOS VILLA Y SONIA GUTIÉRREZ FUENTE **3747**

769 **LA LEGIONELLA: CONTROL Y PREVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL TÉCNICO DE MANTENIMIENTO**
AVELINO AUGUSTO FERNANDEZ **3753**

770 **EL SÍNDROME DE BURNOUT YA ES UNA ENFERMEDAD LABORAL**
MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO Y JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES **3759**

771 **LA CARGA DE TRABAJO EN EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO, COMO RIESGO ERGONÓMICO**
AVELINO AUGUSTO FERNANDEZ **3763**

772 **HABILIDADES SOCIALES DEL CELADOR.**
SANDRA DIEZ GARCÍA, MARIA JOSE ZAPICO MORALES, BORJA CANAL CERVERA Y NATALIA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ **3769**

773 EL TRABAJO A TURNOS DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
LUZ DEL MAR CUELLO IGLESIAS 3777

774 ACCIDENTES LABORALES DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO
LUZ DEL MAR CUELLO IGLESIAS 3781

775 SEGURIDAD, SALUD Y BIENESTAR EN EL TRABAJO PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL PUESTO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO
EVA MARIA CARDEÑOSO GARCIA 3785

776 EL PERSONAL CELADOR: LA IMPORTANCIA DE SU VACUNACIÓN.
MARÍA CARMEN MONTOTO LLERA 3795

777 RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO
SARA MENENDEZ HEVIA 3799

778 RIESGOS PSICOSOCIALES EN LAS EMPRESAS (AUXILIAR ADMINISTRATIVO)
SILVIA VARELA SANCHEZ, JAVIER GARCIA SANCHEZ, ROCÍO GONZÁLEZ SOMOANO, SUSANA VALDES SUAREZ Y NURIA GUTIÉRREZ ARREAL 3807

779 LA EMPATÍA PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
SEILA MARTÍNEZ 3809

780 ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO
SARA MENENDEZ HEVIA 3813

781 RIESGO BIOLÓGICO EN EL AMBITO SANITARIO
CRISTINA FERNANDEZ-SANZ ALVAREZ 3819

782 MANTENIMIENTO EN CENTROS SANITARIOS
LUZ ESTER PÉREZ FERNÁNDEZ, ISABEL MARTOS VILLA, ROCIO BARREIRO LOPEZ, CRISTINA RODRIGUEZ RIVERA Y MARÍA LUISA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 3823

783 LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO (AUXILIAR ADMINISTRATIVO)
ROCÍO GONZÁLEZ SOMOANO 3827

784 LOS FACTORES EXTERNOS AFECTAN A LOS TRABAJADORES DEL AMBITO SANITARIO
CRISTINA FERNANDEZ-SANZ ALVAREZ 3831

785 MANUAL PRECONSTITUCIONAL DEL CELADOR FRENTE A LA IGUALDAD DE GÉNERO
BORJA CANAL CERVERA, SANDRA DIEZ GARCÍA, MARIA JOSE ZAPICO MORALES Y NATALIA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ 3833

786 RIESGO PSICOSOCIAL EN EL CELADOR.
MARIA DE LAS MERCEDES GARCIA ALVAREZ, MARGARITA RODRIGUEZ MENÉNDEZ, RUBÉN FERNÁNDEZ VILLAR Y BALTASAR MORENO ORDOÑEZ 3839

787 EL ESTRÉS LABORAL, EN EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO, COMO RIESGO PSICOSOCIAL
AVELINO AUGUSTO FERNANDEZ 3843

788 CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA
MARIA JESUS FERNANDEZ ORDOÑEZ Y MARÍA FE MENÉNDEZ BIGOTES 3847

789 ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO
MARIA DEL PILAR MENENDEZ ALONSO Y CONSUELO RODRÍGUEZ SOMIEDO 3857

790 VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL ENTORNO HOSPITALARIO
ERICA CUESTA 3861

791 PREVENCION DE RIESGOS BIOLOGICOS.
MARIO TORO LORENZO 3867

792 EL CELADOR EN UNA UNIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO
MARIO TORO LORENZO 3871

793 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA HOSPITALARIA
MARIA JOSE ZAPICO MORALES, SANDRA DIEZ GARCÍA, NATALIA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ Y BORJA CANAL CERVERA 3873

794 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO DE UN HOSPITAL
MARIA JOSE ZAPICO MORALES, NATALIA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ, SANDRA DIEZ GARCÍA Y BORJA CANAL CERVERA 3877

795 RIESGOS RADIOLÓGICOS PARA LA SALUD DEL PERSONAL CELADOR.
JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA, MARTA JURADO PARAMAS Y FRANCISCO JAVIER PEREZ CASTRO 3881

796 RIESGOS PSICOSOCIALES: EL ESTRÉS EN EL ÁMBITO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
LORENA HURLE MARRERO, MONICA ALVAREZ MERINO Y ANA GARCÍA MARTÍNEZ 3887

797 LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO MEDIDA DE LA CALIDAD SANITARIA
MONICA ALVAREZ MERINO, ANA GARCÍA MARTÍNEZ Y LORENA HURLE MARRERO 3895

798 EL CELADOR Y LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES Y FAMILIARES.
MARIA ONELIA ALVAREZ ALVAREZ Y MARÍA DEL CARMEN VILLAR ÁLVAREZ 3899

799 PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES NO SANITARIOS CON EL ENTRENAMIENTO EN INTELIGENCIA EMOCIONAL.
MARIANO VALLINA ANTUÑA 3903

800 AGUACATE ALIMENTO DE MODA O PELIGRO MEDIOAMBIENTAL.
AINHOA SUÁREZ COLUNGA 3909

801 VIOLENCIA DE GÉNERO Y MUJER.
MARIA SOLEDAD ALVAREZ MARTINEZ 3915

802 EL TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS FALLECIDAS
BARBARA GARCIA GION 3919

803 EFECTOS DEL TRABAJO A TURNOS
ROSALIA VILLABRILLE MARTÍNEZ Y MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ 3929

804 INFLUENCIA DE LA TURNICIDAD EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
MARIA CASTRO GARCÍA, RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA Y JORGE MARTÍNEZ GARCÍA 3933

805 MOBBING EN EL ENTORNO SANITARIO
MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ, GEMMA GARCIA PEREZ, COVADONGA VEGA AGUIRRE Y M.TERESA HERRERO COTERO 3937

806 RIESGOS LABORALES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO
BARBARA GARCIA GION 3943

807 POBLACIÓN VINCULADA EN LAS ÁREAS SANITARIAS DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.
LAURA VEDE ARBAS Y RAQUEL VEDE ARBAS 3951

808 EL PINCHE O AYUDANTE DE SERVICIOS EN LA COCINA Y LOS ALIMENTOS DE ALTO RIESGO
ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ, ANTONIO CÁNDANO JIMÉNEZ, SERGIO MARTÍNEZ CUESTA Y JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA 3959

809 ASPECTOS DE PREVENCIÓN PERSONALES PARA AFRONTAR EL ESTRÉS Y OTROS FACTORES QUE FAVORECEN EL ACOSO EN HOSPITALES
JUAN JESÚS GARCÍA FERNÁNDEZ 3965

810 SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
MARIA CASTRO GARCÍA, RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA Y JORGE MARTÍNEZ GARCÍA 3969

811 GESTIÓN DE RESIDUOS Y BIOSEGURIDAD EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
JUAN JESÚS GARCÍA FERNÁNDEZ 3973

812 HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICACIÓN PARA EL PERSONAL NO SANITARIO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO
JUAN JESÚS GARCÍA FERNÁNDEZ 3979

813 MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL SANITARIO Y LOS PACIENTES/FAMILIARES
ROSALIA VILLABRILLE MARTÍNEZ Y MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ 3983

814 LAS CLAVES DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO Y EL USUARIO DE LOS CENTROS SANITARIOS
BARBARA GARCIA GION 3987

815 EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL AMBITO SANITARIO: LA IMPORTANCIA DEL MISMO PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SALUD
SARA MENENDEZ HEVIA 3997

816 MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PROFESIONALES
MARIA CASTRO GARCÍA, RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA Y JORGE MARTÍNEZ GARCÍA 4005

817 LA INTIMIDAD DEL PACIENTE: UN DERECHO
NURIA DEL VALLE ZALDÍVAR 4009

818 EL ACOSO LABORAL EN ENTORNOS SANITARIOS.
DIEGO HUERTA GONZALEZ 4013

819 LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARÍA TERESA ROMERO RODRÍGUEZ, ANA ELISA MALANDA TUÑÓN, LOURDES LÓPEZ ÁLVAREZ, RAQUEL JIMÉNEZ ÁLVAREZ Y SENDY NABIL AZOFEIFA SOTO 4017

820 RIESGOS LABORALES PARA CELADORA GESTANTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y NECESIDAD DE ADAPTACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO
PATRICIA MONTES GAMEZ, MARIA ANGELINA GARCÍA RUBIO, ARAMI GARCÍA BORJAS, ROSA MARÍA VALDÉS DÍAZ Y JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ 4021

821 LA EMPATÍA PARA CELADORES.
RAQUEL GONZALEZ MELEIRO 4027

822 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIARES ADMINISTRATIVOS.
LOURDES LÓPEZ ÁLVAREZ, RAQUEL JIMÉNEZ ÁLVAREZ, SENDY NABIL AZOFEIFA SOTO, MARÍA TERESA ROMERO RODRÍGUEZ Y ANA ELISA MALANDA TUÑÓN 4029

823 LOS EFECTOS DEL ESTRÉS EN EL ORGANISMO
JOSE RAMON FERNANDEZ FERNANDEZ 4037

824 TÉCNICAS DE ARCHIVADO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO
MARIA ISABEL RODRIGUEZ ESTRADA, BEATRIZ ALVAREZ JIMENEZ, MARIA JOSE GONZALEZ GARCIA, LIDIA GARCIA Y DAVID LAPRESA ARRANZ 4041

825 PROFESIONALES SANITARIOS: COHESIÓN DE EQUIPOS EN EL MUNDO SANITARIO. LA HISTORIA CLÍNICA
HÉCTOR SOBRINO AGUIRRE 4047

826 PROFESIONES SANITARIAS. PREVENCIÓN DEL ESTRÉS FÍSICO Y LA CARGA DE TRABAJO: BURNOUT
HÉCTOR SOBRINO AGUIRRE 4049

827 SÍNDROME DEL QUEMADO EN CENTROS HOSPITALARIOS Y SANITARIOS
ERICA CUESTA 4053

828 RIESGOS PSICOSOCIALES Y ORGANIZATIVOS EN INSTITUCIONES SANITARIAS
ERICA CUESTA 4057

829 **EL SECRETO PROFESIONAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL**
MARIA CARMEN PRIETO SÁNCHEZ DEL PULGAR, REBECA FERNÁNDEZ ALONSO Y SILVIA VALVERDE ÁLVAREZ **4065**

830 **INTEGRACION LABORAL DISCAPACITADO**
LIDIA GARCIA, DAVID LAPRESA ARRANZ, BEATRIZ ALVAREZ JIMENEZ, MARIA ISABEL RODRIGUEZ ESTRADA Y MARIA JOSE GONZALEZ GARCIA **4071**

831 **GESTION AMBIENTAL EN HOSPITALES**
ROCÍO SAAVEDRA SUÁREZ, JOSE ANTONIO GONZALEZ SARAS, MIREN LÓPEZ REDONDO Y MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI **4075**

832 **RIESGOS DEL TRABAJO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS**
FLORINDA HUERTA MARTINO **4079**

833 **FACTORES PSICOSOCIALES QUE PUEDEN AFECTAR AL CELADOR**
SONIA GUTIÉRREZ FUENTE, ANA MARIA PEREZ GONZALEZ, MARÍA INÉS LLAMAZARES GONZALO, RAIMUNDA ALVARINA MONTES DIAZ Y MARÍA PILAR MENÉNDEZ GONZÁLEZ **4083**

834 **IGUALDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LAS PROFESIONES NO SANITARIAS**
RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA, JORGE MARTÍNEZ GARCÍA Y MARIA CASTRO GARCÍA **4087**

835 **AUTONOMÍA DEL PACIENTE, DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.**
RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA, JORGE MARTÍNEZ GARCÍA Y MARIA CASTRO GARCÍA **4091**

836 **LA COMUNICACIÓN ENTRE LA COMUNIDAD SORDA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA LUZ LÓPEZ PONTÓN, MARÍA DOLORES DEL REY UGIDOS Y MARÍA PILAR ALONSO RODRÍGUEZ **4095**

837 EL MOBBING
CARMEN BUGUEIRO NEIRA, SARA BERNARDO ÁLVAREZ, ANA MEDIO PÉREZ, BEATRIZ RODRÍGUEZ GARCÍA Y CARMEN MARIA TORO CASTRO 4101

838 CIUDADES SALUDABLES, VECINOS SANOS
JAVIER GRANDA ALVAREZ 4105

839 EL JUEGO ONLINE EN LA ADOLESCENCIA. UNA PRÁCTICA DE RIESGO
JAVIER GRANDA ALVAREZ 4109

840 LA POBREZA LESIONA GRAVEMENTE LA SALUD
JAVIER GRANDA ALVAREZ 4113

841 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ESPECÍFICOS EN TRABAJOS DE PERSONAL DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.
ALEJANDRO RODRIGUEZ GARCIA Y JOSÉ LUIS PARRA DÍAZ 4117

842 RIESGOS INHERENTES AL TRABAJO CON PANTALLA DE VISUALIZACIÓN DE DATOS
LORENA ZAPICO GUTIERREZ 4123

843 ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE CALIDAD CON GDR: EVALUACIÓN COSTE DIAGNÓSTICO ERRÓNEO
FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA 4129

844 LA PROTECCIÓN DE DATOS EN LA SALUD
CARLOS JAVIER IBAIBARRIAGA HERMIDA 4131

845 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TRABAJO ADMINISTRATIVO
MARÍA LUISA PÉREZ FERNÁNDEZ 4135

846 FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE TRABAJO
MARÍA LUISA PÉREZ FERNÁNDEZ 4141

847 LA RESILIENCIA EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
SEILA MARTÍNEZ 4147

848 BURN OUT.
CLARA ARACELI GARCÍA SUÁREZ 4151

849 PERCEPCIÓN DEL TRABAJO DEL CELADOR POR PARTE DE LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE SALUD
ANA BEATRIZ FERNÁNDEZ ABAD 4155

850 LAS RELACIONES SOCIALES Y EL LENGUAJE EN EL ENTORNO SANITARIO VIII LECCIONES EN SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL JAVIER ALVAREZ JAVATO
JAVIER ALVAREZ JAVATO 4159

851 ACERCAMIENTO AL ESTRÉS LABORAL
DIEGO HUERTA GONZALEZ 4161

852 EL CELADOR Y LOS PACIENTES TERMINALES.
PABLO MURCIA IGLESIAS 4165

853 RIESGOS ERGONÓMICOS DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ Y PABLO ASENSIO ÁLVAREZ 4169

854 EL SECRETO PROFESIONAL DEL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARIA ANGELINA GARCÍA RUBIO, ARAMI GARCÍA BORJAS, JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ, PATRICIA MONTES GAMEZ Y ROSA MARÍA VALDÉS DÍAZ 4175

855 ERGONOMIA: LA MUJER Y LOS RIESGOS MUSCO-ESQUELÉTICOS
NURIA GUTIÉRREZ ARREAL, SILVIA VARELA SANCHEZ, JAVIER GARCIA SANCHEZ, ROCÍO GONZÁLEZ SOMOANO Y SUSANA VALDES SUAREZ 4179

856 LA CONSECUCIÓN DE UN ENTORNO LABORAL SEGURO EN EL ÁMBITO SANITARIO
ANA CRISTINA ESCOBAR MARTÍNEZ, ESTEFANIA MARTÍN ARAGONÉS Y CRISTINA GARCÍA ARGÜELLES 4181

857 ENTORNO PSICOSOCIAL Y ESTRÉS EN EL TRABAJADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN 4191

858 EL TRATO DEL CELADOR CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA
MANUEL GARCÍA TORRES 4197

859 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL MINDFULNESS
ANA SUÁREZ COBO 4201

860 ESTRÉS LABORAL EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
MARIA LUISA ALONSO SUAREZ Y PATRICIA RODRÍGUEZ MENÉNDEZ 4205

861 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA HISTORIA CLÍNICA: UN BREVE ACERCAMIENTO
ANA SUÁREZ COBO 4209

862 LA IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL ENTORNO DE LA SANIDAD
LORENA HEVIA ÁLVAREZ 4215

863 EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS
RUFINA RODRIGUEZ DIAZ 4217

864 LA COMUNICACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE
LORENA HEVIA ÁLVAREZ 4221

865 EL KAROSHI EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
MARIA JOSE GONZALEZ GARCIA, LIDIA GARCIA, DAVID LAPRESA ARRANZ, MARIA ISABEL RODRIGUEZ ESTRADA Y BEATRIZ ALVAREZ JIMENEZ 4225

866 EL CELADOR Y EL EQUIPO PORTÁTIL DE RAYOS X
MARIA OCHOA VARELA Y MARIO TORO LORENZO 4231

867 LA IGUALDAD DE GÉNERO EN EL ÁMBITO LABORAL
ANA BELÉN LÓPEZ CANCIO 4233

868 BURNOUT EN EL CELADOR
JORGE RODRIGUEZ ANTUÑA 4237

869 EL ACOSO LABORAL, MOBBING
ANA BELÉN LÓPEZ CANCIO 4245

870 ”LAS COSAS QUE OCURREN NO SON LAS QUE TE PERTURBAN, SINO LA OPINIÓN QUE TIENES DE ELLAS”. SÍNDROME DE BURNOUT
ANA BELÉN LÓPEZ CANCIO 4251

871 DISTINGUIR EL MOBBING O ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.
SERGIO MARTÍNEZ CUESTA, ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ Y ANTONIO CÁNDANO JIMÉNEZ 4257

872 EL CELADOR EN EL ORDEN Y TRASLADO DE DOCUMENTOS, MATERIALES Y EQUIPOS DE UN CENTRO SANITARIO
URBANO SÁNCHEZ MARTÍN 4263

873 FEEDBACK EN LA COMUNICACIÓN SANITARIA: AUXILIAR ADMINISTRATIVO.
COVADONGA VEGA AGUIRRE, GEMMA GARCIA PEREZ, MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ Y M.TERESA HERRERO COTERO 4267

874 EL PAPEL DEL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS EN LA CORRECTA GESTIÓN DE RESIDUOS EN SU ÁMBITO LABORAL.
JORGE MARTÍNEZ GARCÍA, MARIA CASTRO GARCÍA Y RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA 4271

875 EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS Y LAS CAUSAS DE LAS AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS
JORGE MARTÍNEZ GARCÍA, MARIA CASTRO GARCÍA Y RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA 4275

876 LOS DISTINTOS TIPOS DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS UTILIZADOS EN LA ADMINISTRACION PÚBLICA
MARIA LUISA ALONSO SUAREZ Y PATRICIA RODRÍGUEZ MENÉNDEZ 4279

877 ATENCIÓN A LOS FACTORES FÍSICOS Y MECÁNICOS EN EL TRANSPORTE DE PACIENTES
MARIA JESUS FERNANDEZ GARCIA 4285

878 HABILIDADES SOCIALES DEL CELADOR EN LA COMUNICACIÓN
MIGUEL FERNANDEZ UNZUA 4289

879 EL TRABAJO A TURNOS EN LA SANIDAD: UN RIESGO INEVITABLE, PERO CON SOLUCIÓN
LUIS ORDAS MEDIO 4291

880 COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE EXTRANJERO DESDE LOS SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL CENTRO DE SALUD Y HOSPITALES.
VANESA FERNANDEZ VILLAR 4295

881 EL CELADOR ANTE LOS AGENTES BIOLÓGICOS
JESUS COTELO MENENDEZ 4299

882 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO, UNA PIEZA CLAVE EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE.
VANESA FERNANDEZ VILLAR 4303

883 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA SOCIEDAD
ANA MARÍA ÁLVAREZ LUEJE 4307

884 PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD Y GESTIÓN DEL CONFLICTO.
VANESA FERNANDEZ VILLAR 4311

885 AFECTACIÓN DE LA NUEVA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
MACARENA ARRESEIGOR MELENDEZ, PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO Y PATRICIA OTERO PITEIRO 4315

886 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SALUD
MACARENA ARRESEIGOR MELENDEZ, PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO Y PATRICIA OTERO PITEIRO 4323

887 LA AFECTACIÓN DEL MOBBING EN LOS TRABAJADORES FACULTATIVOS Y NO FACULTATIVOS DE LA SANIDAD
MACARENA ARRESEIGOR MELENDEZ, PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO Y PATRICIA OTERO PITEIRO 4327

888 ACOSO LABORAL EN SANIDAD
SONIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ANA BELÉN SÁNCHEZ PERICACHO, MARIA VANESSA MARGOLLES GARRIDO, FLOR MARIA HERRERO LOSADA Y ANA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 4333

889 ASPECTOS FUNDAMENTALES SOBRE LOS RIESGOS LABORALES Y LA ERGONOMÍA EN LOS SERVICIOS DE SALUD
JUAN PABLO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 4347

890 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CELADOR-PACIENTE
JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ DÍAZ 4355

891 EL CONFLICTO DE COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS CENTROS SANITARIOS
PABLO ASENSIO ÁLVAREZ Y MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ 4359

892 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE CELADORES
MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ, PABLO ALVAREZ MURCIANO, NURIA SANCHEZ LOBO Y MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ 4363

893 EL USO NO SEXISTA DEL LENGUAJE ADMINISTRATIVO
ANA BELÉN LÓPEZ CANCIO 4367

894 EL CELADOR EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA
MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ, PABLO ALVAREZ MURCIANO, NURIA SANCHEZ LOBO Y MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ 4373

895 ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN HUMANA?
ANA BELÉN LÓPEZ CANCIO 4377

896 LAS AGRESIONES AL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARÍA CAMPO PEREZ 4383

897 CUIDADOS QUE TIENE UN CELADOR CON UN PACIENTE TERMINAL
ROBERTO FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, EDUARDO ROMERO GUTIERREZ, MARÍA VICTORIA SAN JOSÉ CALDERÓN, MARÍA SOLEDAD CARRETERO SEVILLA Y MIGUEL JOSÉ BLANCO CAÑIZARES 4387

898 EL CELADOR Y LA INTIMIDAD DEL PACIENTE
JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ DÍAZ 4391

899 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS.
RUFINA RODRIGUEZ DIAZ 4395

900 LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN AL USUARIO EN EL ÁMBITO SANITARIO: PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
ESTHER LORENCES CIMA, LORENA PERERA IGLESIAS Y CELIA MACÍAS CANEDA 4397

901 EL CELADOR ANTE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL
ARÁNZAZU ANDRÉS GALLARDO Y MARIA PILAR ROCES ABRIL 4405

902 PROTECCIÓN DEL CELADOR ANTE EXPOSICIONES CASUALES DE SANGRE Y/O DE FLUIDOS
YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, NURIA SANCHEZ LOBO, PABLO ALVAREZ MURCIANO Y MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ 4415

903 CONFLICTOS Y RESOLUCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO
FRANCISCO JAVIER MARQUEZ BULNES, ESTHER LORENCES CIMA Y CELIA MACÍAS CANEDA 4419

904 LAS TIC: EL GRAN RETO DE LA SANIDAD
CRISTINA COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 4427

905 ACTUACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO
YOANA DÍAZ VILLA 4431

906 LOS RIESGOS LABORALES DE LA TURNICIDAD Y LA NOCTURNIDAD EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO
YOANA DÍAZ VILLA 4435

907 EQUIDAD LABORAL E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE UN HOSPITAL.
ANA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ, GEMMA ALVAREZ SANCHEZ, JOSE MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ GREGORES 4439

908 LA INTIMIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MARIA DOLORES GARCÍA GONZÁLEZ 4445

909 USO NO SEXISTA DEL LENGUAJE ADMINISTRATIVO.
MARÍA ISABEL ALONSO RODRÍGUEZ Y MARÍA DEL ROSARIO CARBAJAL GONZALEZ 4449

910 LOS RIESGOS LABORALES ERGONÓMICOS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO.
MARÍA ISABEL ALONSO RODRÍGUEZ Y MARÍA DEL ROSARIO CARBAJAL GONZALEZ 4453

911 RIESGOS PSICOSOCIALES LABORALES EN EL PERSONAL NO SANITARIO. SALUD LABORAL
AIDA GARCÍA INGUANZO 4457

912 LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO DEL CELADOR
GLORIA DANIELA MENÉNDEZ PÉREZ, BLANCA FLOR CARRETERO PALOMO Y AMOR CONDADO MENÉNDEZ 4465

913 RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ENTORNO SANITARIO
BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO, GUADALUPE CUERVO BLANCO Y LAURA PRIETO REDONDO 4469

914 AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS: TIPOS Y NORMAS DE ACTUACIÓN
DIEGO RICO LÓPEZ 4473

915 LA COMUNICACIÓN EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD
MARIO GARCÍA TRAPIELLO, ANGELICA GARCIA CORDERO, SONIA GONZÁLEZ IGLESIAS Y MIGUEL ANGEL ALVAREZ SAN JUAN 4477

916 DAÑOS DERIVADOS DEL TRABAJO EN EL ÁMBITO SANITARIO
BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO, GUADALUPE CUERVO BLANCO Y LAURA PRIETO REDONDO 4483

917 EL CELADOR Y LA BIOÉTICA.
MANUEL GARCÍA TORRES 4487

918 COMUNICACIÓN HUMANA EN EL ENTORNO SANITARIO.
EVA MARÍA ALVAREZ MASA 4491

919 ENFERMEDADES DERIVADAS DEL TRABAJO EN EL PROFESIONAL NO SANITARIO
EVA MARÍA ALVAREZ MASA 4495

920 ESTRÉS LABORAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD.
EVA MARÍA ALVAREZ MASA 4499

921 MEDIDAS PREVENTIVAS DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO DEL PERSONAL DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
AVELINO AUGUSTO FERNANDEZ 4503

922 AISLAMIENTO, DESPOBLACIÓN Y ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN. LAS TERMITAS DEVORADORAS, EN EL CONTEXTO DEL ÁREA II SESPA.
RAQUEL VEDE ARBAS Y LAURA VEDE ARBAS 4509

923 EL TRATO CON PACIENTES CON ALZHÉIMER. UN RETO PARA EL CELADOR
MARTA JURADO PARAMAS, FRANCISCO JAVIER PEREZ CASTRO Y JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA 4517

924 RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL SANITARIO.
COVADONGA RODRIGUEZ GARCIA 4521

925 CLIMATIZACIÓN EN HOSPITALES.
IGNACIO GONZALEZ TOYOS 4525

926 LA FATIGA POSTURAL, UNO DE LOS MAYORES RIESGOS LABORALES DEL ADMINISTRATIVO
MARIA LUISA ALONSO SUAREZ Y PATRICIA RODRÍGUEZ MENÉNDEZ 4529

927 RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
SANDRA CARDO BERDASCO Y MIGUEL ÁNGEL REBOLLO IGLESIAS 4533

928 TELEMEDICINA: VENTAJAS E INCONVENIENTES
SANDRA CARDO BERDASCO Y MIGUEL ÁNGEL REBOLLO IGLESIAS 4537

929 TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN TICS. EN RELACIÓN CON EL PERSONAL NO SANITARIO DE SERVICIOS DE SALUD
MARIA JESUS FERNANDEZ ORDOÑEZ Y MARÍA FE MENÉNDEZ BIGOTES 4541

930 CÓDIGO ALIMENTARIO ESPAÑOL Y CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ALIMENTOS
CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO 4549

931 LA INTIMIDAD, ESA GRAN OLVIDADA.
DIEGO ABELLA GONZÁLEZ 4555

932 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN.
DIEGO ABELLA GONZÁLEZ 4559

933 EL CELADOR Y LA SALUD MENTAL
DIEGO ABELLA GONZÁLEZ 4565

934 HIGIENE Y BIOSEGURIDAD EN LA CATEGORÍA DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
EVA CORREIA ÁLVAREZ, DOLORES MARTIN GONZALEZ Y LORENA LESMES SUÁREZ 4569

935 COLABORACIÓN ENTRE EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y EL PERSONAL SANITARIO: LA CLAVE PARA PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN SANITARIA DE EXCELENCIA
EVA CORREIA ÁLVAREZ Y LORENA LESMES SUÁREZ 4577

936 GENERALIDADES SOBRE COMUNICACIÓN CON PACIENTES Y FAMILIARES EN EL AMBITO HOSPITALARIO
FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ, ARTURO ALVAREZ POSADA Y JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ 4583

937 RECOMENDACIONES PARA REMEDIAR LAS SOBRECARGAS MUSCULARES MAS HABITUALES EN EL TRABAJO DEL CELADOR
ARTURO ALVAREZ POSADA, JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ Y FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ 4587

938 SINDROME DE BURNOUT, CAUSAS Y PREVENCIÓN. IMPACTO EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO
ANA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, SONIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ANA BELÉN SÁNCHEZ PERICACHO, MARIA VANESSA MARGOLLES GARRIDO Y FLOR MARIA HERRERO LOSADA 4591

939 TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS
FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ALVAREZ 4601

940 EL SINDROME DE BURNOUT EN EL SECTOR SANITARIO
FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ALVAREZ 4607

941 SÍNDROME DE BURNOUT, UN ENFOQUE OBJETIVO.
MARIA SOLEDAD ALVAREZ MARTINEZ 4613

942 LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS
IGNACIO GONZALEZ TOYOS 4617

943 EFECTOS DEL TRABAJO A TURNOS Y NOCTURNO EN LA SALUD DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL AMBITO SANITARIO
MARÍA CAMPO PEREZ 4619

944 LA FUNCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL USUARIO DE LOS CENTROS SANITARIOS
ROCÍO GARCÍA FERNÁNDEZ, ANA BELÉN CERRA IGLESIAS, EVA FARPON FERNANDEZ Y PATRICIA OTERO ARGÜELLES 4625

945 EFICACIA Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
MARIA DEL CARMEN ALVAREZ ALVAREZ Y ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ 4631

946 EL ESTRÉS DE LOS TRABAJADORES DE CENTROS SANITARIOS
FRANCISCO JAVIER MARQUEZ BULNES 4635

947 COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES NO SANITARIOS EN SITUACIONES DE CONFLICTO
AIDA GARCÍA INGUANZO 4645

948 SALUD Y SUEÑO.
JOSE IGNACIO RODRIGUEZ VICENTE, MANUELA BERNARDO FERNANDEZ, NURIA BERNARDO FERNÁNDEZ, JAVIER CUENDE MONTERO Y MIRIAM MENÉNDEZ FERNÁNDEZ 4655

949 LA IMPORTANCIA DE LOS DATOS DE SALUD
CRISTINA COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 4659

950 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LAS QUEJAS DE LOS USUARIOS DE LOS CENTROS SANITARIOS
MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ Y PABLO ASENSIO ÁLVAREZ 4663

951 ACERCAMIENTO DEL CELADOR AL PACIENTE
JOSE LUIS LÓPEZ GÓMEZ Y FRANCISCO PÉREZ TORAÑO 4667

952 COMUNICACIÓN CON PACIENTES INTUBADOS
JOSE LUIS LÓPEZ GÓMEZ Y FRANCISCO PÉREZ TORAÑO 4671

953 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN TAREAS ADMINISTRATIVAS
ELISA PEREIRA RAMOS Y ANA MENDEZ MORALES 4675

954 LA ATENCIÓN AL PACIENTE AGRESIVO
JOSE LUIS LÓPEZ GÓMEZ Y FRANCISCO PÉREZ TORAÑO 4679

955 TRABAJAR EN UNA OFICINA 'CONTAMINADA'
ELISA PEREIRA RAMOS Y ANA MENDEZ MORALES 4683

956 SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES
OLGA TRUCHERO RODRIGUEZ 4687

957 EL PROCESO DE INFORMATIZACION DE LA HISTORIA CLINICA DIGITAL
JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ 4689

958 DISPERSIÓN GEOGRÁFICA EN EL ÁREA II DEL SERVICIO DE SALUD DE PRINCIPADO DE ASTURIAS (SESPA): TIEMPOS Y DISTANCIAS AL HOSPITAL DE REFERENCIA HOSPITAL COMARCAL CARMEN Y SEVERO OCHOA.
RAQUEL VEDE ARBAS Y LAURA VEDE ARBAS 4695

959 ACOGIDA AL PACIENTE HOSPITALARIO
ROSA ANA FERNANDEZ REBOIRO 4701

960 EL SERVICIO DE ATENCION AL CIUDADANO EN EL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ 4705

961 RIESGOS DEL PERSONAL NO SANITARIO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE.
REBECA RODRÍGUEZ GARCÍA Y MARÍA JOSEFA GARCÍA ALONSO 4709

962 LAS FUNCIONES DE VIGILANCIA DE LOS CELADORES EN EL ÁMBITO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
DELFINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, LUIS DANIEL LÓPEZ CANO, OLGA FERNÁNDEZ GARCÍA, ANTONIA PRIEGO TRAPERO Y FREDESVINDA ISABEL GONZÁLEZ IGLESIAS 4715

963 HABILIDADES DE LA COMUNICACION DEL PERSONAL TRABAJADOR EN CENTROS SANITARIOS
JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ 4719

964 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO.
CELIA COTO ALADRO 4723

965 HOSPITALES, FOCO DE UNA BACTERIA QUE RESISTE A LOS ANTIBIÓTICOS
IGNACIO GONZALEZ TOYOS 4727

966 PROTECCIÓN ANTE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO.
CELIA COTO ALADRO 4729

967 FATIGA VISUAL DERIVADA DEL USO DEL ORDENADOR.
SUSANA SUAREZ GARCIA 4733

968 SINIESTRALIDAD LABORAL ENTRE EL PERSONAL NO SANITARIO Y DE SERVICIOS EN CENTROS DE SALUD.
SIRIA ALVAREZ DIAZ 4737

969 HUMANIZACIÓN SANITARIA: UN DERECHO DE LOS PACIENTES
CRISTINA COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 4741

970 ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO
MARIA CECILIA VARA REMESAL, JOSE FRANCISCO CADAVIECO RIESGO Y ANA ISABEL GONZALEZ RODRIGUEZ 4745

971 ERGONOMÍA Y FACTORES DE RIESGO PARA EL PERSONAL NO SANITARIO Y DE SERVICIOS DE LOS CENTROS DE SALUD. NORMATIVA.
SIRIA ALVAREZ DIAZ 4749

972 LAS PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARIA CECILIA VARA REMESAL, ANA ISABEL GONZALEZ RODRIGUEZ Y JOSE FRANCISCO CADAVIECO RIESGO 4753

973 ERGONOMÍA Y SALUD FRENTE A UN ORDENADOR
ANA ISABEL GONZALEZ RODRIGUEZ, MARIA CECILIA VARA REMESAL Y JOSE FRANCISCO CADAVIECO RIESGO 4757

974 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL PERSONAL NO SANITARIO
ANA ISABEL GONZALEZ RODRIGUEZ, JOSE FRANCISCO CADAVIECO RIESGO Y MARIA CECILIA VARA REMESAL 4761

975 LA ASERTIVIDAD: EL ESTILO DE COMUNICACIÓN EFICAZ ENTRE EN EL PERSONAL NO SANITARIO.
MARIANO VALLINA ANTUÑA 4765

976 IMPORTANCIA DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES EN URGENCIAS
FELIX ALONSO FERNANDEZ Y ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ 4771

977 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DENTRO DEL SECTOR SANITARIO
SILVIA MARIA FUENTES MIGUEL 4775

978 LA INFLUENCIA DEL MEDIOAMBIENTE EN LA SALUD DE LOS NIÑOS
MARTA FERNÁNDEZ FERNANDEZ, SANDRA PIDAL MONTES, ROCÍO FERNÁNDEZ GARCÍA, MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ Y JUAN JOSE VELAZQUEZ ÁLVAREZ 4783

979 LAS DESIGUALDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN EL ÁMBITO SANITARIO
GUADALUPE CUERVO BLANCO, LAURA PRIETO REDONDO Y BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO 4787

980 EL CELADOR ANTE EL EXITUS. FUNCIONES
YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ, MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ Y JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ 4793

981 EL CELADOR Y LA PREVENCION DE RIESGOS LABORABLES
GLORIA MARTA BAYLE ASENSIO, CARMEN MARIA ALVAREZ GARCÍA Y PATRICIA NIEDA VALIENTE 4797

982 EL CELADOR Y SU RELACION CON LA LEY DE PROTECCION DE DATOS
CARMEN MARIA ALVAREZ GARCÍA, GLORIA MARTA BAYLE ASENSIO Y PATRICIA NIEDA VALIENTE 4803

983 PREVENCIÓN DE LAS LESIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS EN LOS PROFESIONALES DE LA ADMINSTRACION DE LA SALUD
MARÍA FE MENÉNDEZ BIGOTES Y MARIA JESUS FERNANDEZ ORDOÑEZ 4807

984 LA DESNUTRICIÓN INFANTIL
LORENA SUÁREZ CUENCA 4813

985 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIA.
YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ, MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ Y JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ 4827

986 LA EMPATÍA EN EL ENTORNO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO. QUÉ ES Y CÓMO DESARROLLARLA
MARÍA DOLORES DEL REY UGIDOS, MARÍA LUZ LÓPEZ PONTÓN Y MARÍA PILAR ALONSO RODRÍGUEZ 4831

987 INFLUENCIA DE LOS FACTORES AMBIENTALES EN LA SALUD
NOELIA EXPÓSITO MARQUÉS 4837

988 ABORDAJE DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE ÁMBITO HOSPITALARIO
AVELINO AUGUSTO FERNANDEZ 4845

989 LOS DERECHOS DE LOS CIUDADANOS,LA INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA Y LA ATENCIÓN CIUDADANA EN EL PUESTO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.
EVA MARIA CARDEÑOSO GARCIA 4851

990 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS CENTROS SANITARIOS
CARMEN MARIA SUAREZ RODRIGUEZ 4861

991 CÓMO AFECTA LA DEPRESIÓN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD
AINHOA SUÁREZ COLUNGA 4863

992 LA TURNICIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL CELADOR
MARÍA NATIVIDAD ORNIA FERNÁNDEZ Y JOAQUÍN DÍAZ SÁNCHEZ 4867

993 EL FUTURO DEL VEGANISMO Y SU EFECTO EN LA SOCIEDAD
AINHOA SUÁREZ COLUNGA 4873

994 GESTIÓN DE RESIDUOS SANTITARIOS
ANGELA PARDILLA CASTRO 4879

995 SÍNDROME DE BURNOUT EN CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
HENAR MATA RAMOS 4883

996 IMPORTANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL
ANGELA PARDILLA CASTRO 4891

997 LA PROTECCIÓN DE DATOS PARA PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CELADOR
HENAR MATA RAMOS 4895

998 RIESGOS LABORALES ERGONÓMICOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CELADOR EN CENTROS SANITARIOS
HENAR MATA RAMOS 4901

999 VENTAJAS DEL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS
MARIA PURIFICACION BAYON FERNANDEZ, MARTA MONTSERRAT FERNANDEZ IGLESIAS Y INMACULADA FERNÁNDEZ CARAMAZANA 4907

1000 ESCUCHA ACTIVA
SARA MARÌA MORO VILLAR 4911

1001 SÍNDROME DE BURN-OUT
ANGELA PARDILLA CASTRO 4913

1002 MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS
ANGELA PARDILLA CASTRO 4917

1003 LA EMPATIA
SARA MARÌA MORO VILLAR 4921

1004 EL CELADOR: CONOCIMIENTOS GENERALES
MANUEL GARCÍA TORRES 4923

1005 EL PRESENTISMO LABORAL EN LOS CENTROS SANITARIOS
REBECA RODRÍGUEZ GARCÍA Y MARÍA JOSEFA GARCÍA ALONSO 4929

1006 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES POR RIESGOS ELÉCTRICOS PARA LOS TRABAJADORES
JOSE MARÍA GONZÁLEZ PEDROUZO 4935

1007 AGRESIONES AL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO
JOSE FRANCISCO CADAVIECO RIESGO, MARIA CECILIA VARA REMESAL Y ANA ISABEL GONZALEZ RODRIGUEZ 4937

1008 EL ESTRÉS EN EL ÁMBITO SANITARIO.
JOSE FRANCISCO CADAVIECO RIESGO, ANA ISABEL GONZALEZ RODRIGUEZ Y MARIA CECILIA VARA REMESAL 4941

1009 NORMATIVA SANCIONADORA EN MATERIA DE PROTECCION DE DATOS APLICABLES AL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
ANA ISABEL GARCIA RODRIGUEZ 4945

1010 USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SANIDAD
FRANCISCO PÉREZ TORAÑO Y JOSE LUIS LÓPEZ GÓMEZ 4949

1011 ERGONOMÍA EN EL CELADOR
FRANCISCO PÉREZ TORAÑO Y JOSE LUIS LÓPEZ GÓMEZ 4953

1012 PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES: LAVADO DE MANOS EN EL CELADOR
FRANCISCO PÉREZ TORAÑO Y JOSE LUIS LÓPEZ GÓMEZ 4957

1013 ACOSO LABORAL O MOBBING EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.
ANA MENDEZ MORALES Y ELISA PEREIRA RAMOS 4961

1014 CONCILIACION FAMILIAR, CORRESPONSABILIDAD Y EQUILIBRIO
ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ, ALEJANDRA CASTRO TORRICO, NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ Y MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ 4967

1015 RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL ÁMBITO LABORAL Y SU PREVENCIÓN
ALBERTO ANTONIO LABRADA SUÁREZ 4973

1016 AGRESIONES AL PERSONAL NO SANITARIO EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
SUSANA SUAREZ GARCIA 4977

1017 CONTENCIÓN MECÁNICA POR EL CELADOR.
MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA 4981

1018 LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.
VANESA IGLESIAS ALVAREZ 4985

1019 USO DE UN LENGUAJE NO SEXISTA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL ÁMBITO SANITARIO
VANESA IGLESIAS ALVAREZ 4991

1020 LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO
VANESA IGLESIAS ALVAREZ 4995

1021 RIESGOS LABORALES EN CENTROS SANITARIOS Y HOSPITALES
MARÍA JOSEFA GARCÍA ALONSO Y REBECA RODRÍGUEZ GARCÍA 5001

1022 TIPOS DE ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO
ROBERTO VALLINA FRESNO Y LORENA SÁNCHEZ PÉREZ 5003

1023 EL CELADOR. VIOLENCIA LABORAL.
MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ, JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA, MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ Y ANDRÉS GARCIA RAMOS 5007

1024 ESTRÉS LABORAL Y ESTRATEGIAS PARA COMBATIRLO.
ABRAHAM MENÉNDEZ TABERNA 5011

1025 LA IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL SECTOR SANITARIO
MARIA DOLORES GARCIA GONZALEZ, EVA BEATRIZ BLANCO GUTIERREZ Y LIDIA FERNANDEZ BARRERO 5017

1026 ACTUACION DEL CELADOR PARA EVITAR CAIDAS EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR
ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO 5023

1027 EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO
SILVIA MARIA FUENTES MIGUEL 5025

1028 ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.
EVA BEATRIZ BLANCO GUTIERREZ, LIDIA FERNANDEZ BARRERO Y MARIA DOLORES GARCIA GONZALEZ 5029

1029 SALUD LABORAL. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS.
MARÍA JOSE CASTRO HEVIA, SARA ÁLVAREZ MENÉNDEZ, MARIA SONIA DE LAS VECILLAS SANTOS Y IGNACIO CRESPO MADIEDO 5033

1030 EL ESTRÉS DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO
CELIA ALBA RODRÍGUEZ, REBECA ALBA CRESPO, OLGA ISABEL BLANCO DÍAZ, MARIA JESUS MENENDEZ ALVAREZ Y ISABEL MIRANDA PEÑA 5037

1031 INMIGRACIÓN Y SANIDAD
ISABEL MIRANDA PEÑA, OLGA ISABEL BLANCO DÍAZ, CELIA ALBA RODRÍGUEZ, MARIA JESUS MENENDEZ ALVAREZ Y REBECA ALBA CRESPO 5041

1032 INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO
ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ 5045

1033 LA CARA OCULTA DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS.
LORENA SUÁREZ CUENCA 5051

1034 CONOCIENDO LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD
SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO, VANESA SUAREZ MENDEZ, SILVIA BENAVIDES DIEZ Y RAUL MONTESERIN FERNANDEZ 5061

1035 PERSONAL ADMINISTRATIVO ANTE LA NORMATIVA DE PROTECCIÓN DE DATOS.
MARÍA LUISA PÉREZ FERNÁNDEZ 5073

1036 IMPORTANCIA DE UNA BUENA ATENCIÓN AL USUARIO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD
MARÍA CAMPO PEREZ 5079

1037 AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO: MEDIDAS DE PREVENCIÓN.
SARA ÁLVAREZ MENÉNDEZ, MARÍA JOSE CASTRO HEVIA Y MARIA SONIA DE LAS VECILLAS SANTOS 5087

1038 PLAN DE FORMACIÓN: MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE SORDO Y EL PERSONAL DEL CENTRO SANITARIO.
SARA ÁLVAREZ MENÉNDEZ, MARIA SONIA DE LAS VECILLAS SANTOS Y MARÍA JOSE CASTRO HEVIA 5091

1039 PRESENTACION DE QUEJAS, SUGERENCIAS O AGRADECIMIENTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARIA JESUS MENENDEZ ALVAREZ, OLGA ISABEL BLANCO DÍAZ, CELIA ALBA RODRÍGUEZ, ISABEL MIRANDA PEÑA Y REBECA ALBA CRESPO 5097

1040 AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA ESQUIZOFRENIA.
VICTORIA CABO PÉREZ 5101

1041 SINDROME DEL QUEMADO
NOELIA GONZALEZ CASTELLANOS, JESÚS ORMAZÁBAL ARIAS, VANESA MONTILA CASTAÑÓN, ELENA PELÁEZ ARDURA Y ARIANA GONZALEZ ALONSO 5105

1042 LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS DERIVADOS DEL TRABAJO ADMINISTRATIVO EN UN ARCHIVO CLÍNICO
SUSANA SUAREZ GARCIA 5109

1043 COMUNICACIÓN POSITIVA EN EL AMBITO LABORAL Y ATENCIÓN AL USUARIO
MARÍA SANDRA MUÑIZ FERNÁNDEZ, SUSANA SANTIAGO GARCIA Y MARÍA ARANZAZU BENGOECHEA ÁLVAREZ 5113

1044 NOCIONES DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
MARÍA NATIVIDAD ORNIA FERNÁNDEZ 5117

1045 LA BUENA RELACIÓN PACIENTE/AUXILIAR ADMINISTRATIVO
SUSANA SANTIAGO GARCIA, MARÍA SANDRA MUÑIZ FERNÁNDEZ Y MARÍA ARANZAZU BENGOECHEA ÁLVAREZ 5121

1046 AGRESIONES A LOS PROFESIONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO
SANDRA ÁLVAREZ MUÑIZ 5125

1047 ANALIZAR LOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL AMBIENTE SANITARIO
EVA MARÍA TORRES PÉREZ, MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ, MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO Y MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ 5129

1048 LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
EVA MARÍA TORRES PÉREZ, MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ, MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO Y MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ 5133

1049 IMPORTANCIA DE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ENTORNO SANITARIO
SANDRA ÁLVAREZ MUÑIZ 5137

1050 ACTUALIZACIÓN CONTINUADA DE LA FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES
PATRICIA LORENCES MUÑIZ, ALFREDO JOSE LAZCANO COCAÑA Y ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ 5141

1051 EL CELADOR: PREVENCIÓN DE RIESGOS EN INSTALACIONES HOSPITALARIAS
MARTA GONZÁLEZ CARRERA 5145

1052 MOBBING: DEFINICIÓN, FASES Y CONSECUENCIAS.
ABRAHAM MENÉNDEZ TABERNA 5149

1053 BENEFICIOS DEL DEPORTE EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO
ELENA PELÁEZ ARDURA, VANESA MONTILA CASTAÑÓN, JESÚS ORMAZÁBAL ARIAS, ARIANA GONZALEZ ALONSO Y NOELIA GONZALEZ CASTELLANOS 5155

1054 ASERTIVIDAD EN LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL
PATRICIA LORENCES MUÑIZ, ALFREDO JOSE LAZCANO COCAÑA Y ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ 5159

1055 PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
ALBERTO ANTONIO LABRADA SUÁREZ 5163

1056 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
ALBERTO ANTONIO LABRADA SUÁREZ 5169

1057 EL ESTRÉS LABORAL.
MAYRA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ Y MARIA CRISTINA MENENDEZ VAZQUEZ 5173

1058 VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD SOCIAL.
MAYRA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ Y MARIA CRISTINA MENENDEZ VAZQUEZ 5177

1059 **ANÁLISIS DEL MOBBING EN EL PERSONAL DE LOS CENTROS SANITARIOS**
MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ, MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO, MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ Y EVA MARÍA TORRES PÉREZ 5181

1060 **EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO LABORAL**
NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ Y MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ 5187

1061 **LA COMUNICACIÓN EN SITUACIONES DIFÍCILES EN LA ATENCIÓN AL USUARIO**
SANDRA ÁLVAREZ MUÑIZ 5191

1062 **SALUD LABORAL. CONCILIANDO LA VIDA FAMILIAR**
ALEJANDRA CASTRO TORRICO Y JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA 5195

1063 **PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
DAVID PEREZ JIMÉNEZ, MANUEL ANGEL PEREZ JIMÉNEZ, MARÍA DE LOS REMEDIOS FERNANDEZ FERNANDEZ, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ GONZALEZ Y ANA ISABEL CRESPO BLANCO 5199

1064 **LAS MANOS Y SU HIGIENE**
JESUS GONZALEZ CASTAÑON, RAFAEL PEREZ CABERO, PILAR VÁZQUEZ ALVAREZ, MARÍA ELENA ALVAREZ GONZÁLEZ Y MARÍA DEL MAR MALLO FRANCOS 5201

1065 **PCI: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CONJUNTA PEDAGOGÍA TERAPÉUTICA Y FISIOTERAPIA.**
MARÍA FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA Y ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA 5203

1066 **ERGONOMÍA EN EL PUESTO DE TRABAJO DEL CELADOR**
ÁGUEDA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 5209

1067 **HUMANIZACIÓN EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
LORENA BARREIRO COTARELO, CARMEN BARREIRO MANASES Y ANA ELENA AMORIN SANCHEZ 5213

1068 LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN LOS CENTROS SANITARIOS
IGOR ARGÜELLO GARCIA Y ARACELI OLIVARES GARCIA 5217

1069 EL EXCESO DE TRABAJO EN LOS CENTROS SANITARIOS. ¿CÓMO AFECTA AL TRABAJADOR?
PAULA VEGA BERROS, ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA, ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ Y MARIA EUGENIA VEGA BERROS 5221

1070 RIESGOS LABORALES CON MÁS INCIDENCIA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
PAULA FERNANDEZ FEITO, SARA ARNIELLA FEITO Y PABLO GARCÍA RODRÍGUEZ 5225

1071 COMUNICACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES CON DÉFICIT AUDITIVO
PABLO RIERA ALLER, PABLO GARCÍA RODRÍGUEZ Y ENMA LOPEZ FERNANDEZ 5229

1072 LA ATENCIÓN AL USUARIO EN EL ÁMBITO SANITARIO
ANA ELENA AMORIN SANCHEZ, LORENA BARREIRO COTARELO Y CARMEN BARREIRO MANASES 5235

1073 COMUNICACIÓN CON EL USUARIO DE LA SANIDAD: HABILIDADES SOCIALES
ANA ELENA AMORIN SANCHEZ, LORENA BARREIRO COTARELO Y CARMEN BARREIRO MANASES 5239

1074 LAS AGRESIONES AL PERSONAL EN LOS CENTROS SANITARIOS. CÓMO EVITARLAS
MARIA EUGENIA VEGA BERROS, PAULA VEGA BERROS, ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ Y ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA 5243

1075 EL TRABAJO EN EQUIPO Y EL LIDERAZGO EN LOS CENTROS SANITARIOS
MARIA EUGENIA VEGA BERROS, ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ, PAULA VEGA BERROS Y ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA 5247

1076 PLANES DE ACTUACIÓN PARA AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS
PABLO GARCÍA RODRÍGUEZ, SARA ARNIELLA FEITO Y PABLO RIERA ALLER 5251

1077 CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN EL ENTORNO LABORAL DE UN CENTRO HOSPITALARIO
ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ Y PATRICIA LORENCES MUÑIZ 5255

1078 ESTRÉS LABORAL Y SU REPERCUSIÓN.
ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ Y PATRICIA LORENCES MUÑIZ 5259

1079 ACOSO LABORAL.
ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ Y PATRICIA LORENCES MUÑIZ 5265

1080 CUIDADOS DE LA MUJER GESTANTE
MAQUELINA FREITAS RUIZ, BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ, MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ Y ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ 5269

1081 OCIO INCLUSIVO
MAQUELINA FREITAS RUIZ, BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ, MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ Y ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ 5273

1082 LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
MAURO FERNANDO BATALLA GONZÁLEZ, MARI PAZ MARTINEZ DIAZ, ANA MARÍA SÁNCHEZ JUÁREZ, ELENA ASUNCIÓN GINGEIRA MOUTINHO Y NAHIR CASARREAL GONZALEZ 5277

1083 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH.
BEATRIZ CAO RODRIGUEZ, LORENA PEREIRAS MENDEZ, DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ 5283

1084 ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS MAYORES Y SUS FAMILIAS EN CENTROS GERIÁTRICO-RESIDENCIALES
BEATRIZ CAO RODRIGUEZ, LORENA PEREIRAS MENDEZ, DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ 5291

1085 CONSECUENCIAS DE LA TURNICIDAD EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS Y NO SANITARIOS.
NAHIR CASARREAL GONZALEZ, MAURO FERNANDO BATALLA GONZÁLEZ, MARI PAZ MARTINEZ DIAZ, ANA MARÍA SÁNCHEZ JUÁREZ Y ELENA ASUNCIÓN GINGEIRA MOUTINHO 5295

1086 LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LOS TRABAJADORES DE SANIDAD.
BEATRIZ FERNÁNDEZ MAESO 5299

1087 LA CONCILIACIÓN FAMILIAR Y LABORAL EN SANIDAD.
BEATRIZ FERNÁNDEZ MAESO 5303

1088 RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL SECTOR SANITARIO.
ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA, MARIA EUGENIA VEGA BERROS, PAULA VEGA BERROS Y ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ 5307

1089 LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA, ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ, MARIA EUGENIA VEGA BERROS Y PAULA VEGA BERROS 5311

1090 AGRESIONES AL PERSONAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ Y PATRICIA LORENCES MUÑIZ 5315

1091 PREVENCIÓN DEL RIESGO DE MANEJO DE EQUIPOS ELÉCTRICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO Y MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON 5319

1092 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN FARMACIA
NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ, YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA, PATRICIA SANCHEZ LOZANO Y NATALIA NORIEGA LOREDO 5325

1093 EL MEDIO AMBIENTE
CLARA ISABEL FIDALGO LOPEZ 5329

1094 ESTRÉS LABORAL.
ÁGUEDA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 5333

1095 ACCIDENTES LABORALES IN ITINERE
ÁGUEDA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 5337

1096 EL ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO
LORENA VIGON ALVAREZ 5341

1097 LA COMUNICACIÓN ENTRE EL CELADOR Y EL PACIENTE
ELISA LUCIA BUSTO BASCÓN Y ÁNGELES RODILES LANA 5345

1098 LA ESCUCHA ACTIVA EN EL ÁMBITO DEL PERSONAL NO SANITARIO
LORENA VIGON ALVAREZ 5349

1099 SALUD AMBIENTAL
MARIA FRANCISCA GARCIA RODRIGUEZ 5353

1100 LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL ÁMBITO SANITARIO
JOSE LUIS SALMERON SUAREZ, ESTEFANIA SALMERON SUAREZ, MÒNICA DÍAZ SUÁREZ Y DIANA DÍAZ SUÁREZ 5355

1101 ERGONOMÍA APLICADA A LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS. CONSEJOS PARA MANTENER UNA POSICIÓN CORRECTA
MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA, MARTA ALVAREZ ROZA Y CRISTINA ALONSO LLAMEDO 5361

1102 LA DIETA HOSPITALARIA
MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA, JULIA RETUERTO GARCIA, MARÍA DOLORES MORÁN MARTÍNEZ, ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ Y MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ RODIL 5365

1103 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL AMBITO HOSPITALARIO
JULIA RETUERTO GARCIA, MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA DOLORES MORÁN MARTÍNEZ, MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ RODIL Y ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ 5373

1104 NORMATIVA ESTATUTARIA APLICABLE A PERSONAL SANITARIO, DE GESTIÓN Y SERVICIOS.
MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO, ANA MARIA GARCIA GARCIA Y EVA POLADURA SOLARES 5381

1105 EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD LABORAL EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
VERÓNICA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ 5385

1106 LA MOTIVACIÓN LABORAL EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
VERÓNICA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ 5389

1107 EL AISLAMIENTO COMO PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN EL ÁMBITO SANITARIO
LOURDES FERNÁNDEZ LLOUSAS 5393

1108 ESTRÉS LABORAL: AGOTAMIENTO FÍSICO Y MENTAL
ROSANA ALONSO ORVIZ, MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO Y PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ 5397

1109 EDIFICIOS Y SALUD LABORAL.
MARIA DEL CARMEN FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y JAVIER FERNÁNDEZ CRISTÓBAL 5401

1110 HUMANIZACIÓN EN LA SANIDAD
PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ, VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ Y DAVID ALVAREZ TRINIDAD 5405

1111 ERGONOMÍA: BIENESTAR, SALUD Y CALIDAD DE VIDA
PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ, MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO Y ROSANA ALONSO ORVIZ 5407

1112 SALUD MEDIO AMBIENTAL.
MARÍA ISABEL ROCES SIEBIERSKI 5409

1113 EL ESTRÉS EN PERSONAL SANITARIO HOSPITALARIO.
PILAR CONDADO MENENDEZ, JESUS ALVAREZ CANO Y FRANCISCO CARRIO CANCER 5413

1114 EL AISLAMIENTO SOCIAL RELACIONADO CON LA VEJEZ
PILAR CONDADO MENENDEZ, JESUS ALVAREZ CANO Y FRANCISCO CARRIO CANCER 5417

1115 PROGRAMA DE VOLUNTARIADO EN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN SITUACIÓN DE SOLEDAD DESDE EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL
MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ, MARINA ALVAREZ ALVAREZ, INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN Y LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA 5421

1116 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL USO DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS (PVDS) DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA
SUSANA ALVAREZ ALONSO 5429

1117 LA ERGONOMÍA AMBIENTAL APLICADA AL TRABAJO ADMINISTRATIVO
SILVIA PÉREZ SUÁREZ 5433

1118 SÍNDROME DE BURNOUT, UN MAL DE ESTE SIGLO.
MARIA FERNANDA MARTÍNEZ SÁNCHEZ 5441

1119 MOBBING O ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO
PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS, LETICIA GOMEZ CANGA, TAMARA MARTINEZ RIOS, ANTONIO CASADO MENENDEZ Y EVA BEGEGA SANCHEZ 5447

1120 RESIDUOS ELECTRÓNICOS, UN PROBLEMA MUNDIAL
GLORIA MARIA RODRIGUEZ SUAREZ 5455

1121 PREVENCIÓN DE RIESGOS, USO DE GUANTES EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
ANTONIO CASADO MENENDEZ, PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS, EVA BEGEGA SANCHEZ, M. CONCEPCIÓN PUGA ALVAREZ Y ADELINA ANTONIA FERNANDEZ PAREDES 5459

1122 COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE: LA ESCUCHA ACTIVA, LO QUE CUENTA EL SILENCIO Y LA EMPATÍA.
PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ, ROSANA ALONSO ORVIZ Y MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO 5465

1123 PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL SECTOR SANITARIO
CRISTINA MENÉNDEZ ÁLVAREZ 5469

1124 LA ESCUCHA AL USUARIO EN EL TRABAJO ADMINISTRATIVO SANITARIO
SUSANA ALVAREZ ALONSO 5483

1125 DISMINUCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN EL ÁREA DEL TRABAJO HOSPITALARIO
CRISTINA DÍAZ RODRÍGUEZ, MARIA CARMEN RODRÍGUEZ LLANEZA, MARIA JOSEFA NOVAL GARCIA, MARTA ELENA ALEJO CARBAJOSA Y MARÍA PATRICIA SOTO BASTIÅN 5487

1126 DESGASTE PROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO
CARMEN PILAR SANJULIAN MASTACHE, MARIA PILAR CARRIO CANCE Y RICARDO GUERRA GONZALEZ 5491

1127 LA CARGA POSTURAL DEL ADMINISTRATIVO
SILVIA PÉREZ SUÁREZ 5493

1128 EL ADMINISTRATIVO EN SALUD MENTAL. FUNCIONES EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE
ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA 5501

1129 EL ADMINISTRATIVO Y EL PACIENTE. HUMANIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA 5505

1130 LA IMPORTANCIA DE REALIZAR PAUSAS DURANTE NUESTRA JORNADA LABORAL
SILVIA PÉREZ SUÁREZ 5509

1131 HIGIENE DE MANOS COMO CONTROL DE INFECCIÓN HOSPITALARIA
RICARDO GUERRA GONZALEZ, CARMEN PILAR SANJULIAN MASTACHE Y MARIA PILAR CARRIO CANCE 5515

1132 OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO LACRIMAL EN RADIOLOGÍA (DACRIOCISTOGRAFÍA)
FRANCISCO JESUS FERNÁNDEZ GALLEGO 5517

1133 LAS HABILIDADES SOCIALES Y LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
LUZ MARINA MENENDEZ FREIJE, MARÍA MERCEDES FERNANDEZ LIRES Y SANTOS RODRIGUEZ ALVAREZ 5519

1134 EXCESO DE RESIDUOS SANITARIOS. PELIGROS Y ELIMINACIÓN
MARÍA MERCEDES FERNANDEZ LIRES, SANTOS RODRIGUEZ ALVAREZ Y LUZ MARINA MENENDEZ FREIJE 5523

1135 ATENCIÓN SANITARIA A LOS HOMBRES TRANSGÉNERO
REBECA FOLLEDO ACEBAL, ANTONIO JESUS NAVARRO GARCIA, JUDIT LÒPEZ GONZÁLEZ, CRISTINA VAZQUEZ VAZQUEZ Y ANDREA SUÁREZ BANCIELLA 5527

1136 EL CELADOR Y LOS EXITUS
DAVID ALVAREZ TRINIDAD, VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ Y PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ 5533

1137 LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL CON POBLACIÓN INMIGRANTE DESDE LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS
LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA, INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN, MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ Y MARINA ALVAREZ ALVAREZ 5537

1138 CÁNCER DE MAMA. CONOCIMIENTO Y CONCIENCIACIÓN.
NOELIA MARCOS MARTIN Y ANDREA RODRÍGUEZ DE LA RIVA 5547

1139 POSIBLES RIESGOS DE AGENTES BIOLÓGICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARIA JESÚS LÓPEZ LIRANZO, SANDRA MARÍA ALVARÉ CAROU Y MARTA LUCÍA GARCÍA VALDÉS 5551

1140 EMPATÍA EN SANIDAD
CRISTINA LAGO MENÉNDEZ Y MARÍA JESÚS FERREIRO JIMÉNEZ 5555

1141 **EL TRABAJO A TURNOS INCLUYENDO LA NOCTURNIDAD. LOS EFECTOS NEGATIVOS EN LA SALUD Y EN LA VIDA COTIDIANA**
MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA, MARTA ALVAREZ ROZA Y CRISTINA ALONSO LLAMEDO 5559

1142 **LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO**
JUAN PABLO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 5565

1143 **ASPECTOS FUNDAMENTALES SOBRE LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
JUAN PABLO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 5569

1144 **PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN ESTERILIZACIÓN**
MARIO FERNÁNDEZ ROCES 5575

1145 **TÉCNICAS COGNITIVAS DE AUTOCONTROL EMOCIONAL**
ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ, MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ, MARIA AURORA PORTILLA ORDOÑEZ, MERCEDES PELÁEZ DUARTE Y CRISTINA HEVIA LOBO 5577

1146 **LAS ALTERACIONES EN EL CAMBIO CLIMÁTICO.**
JOSE ALBERTO FERNANDEZ GARCIA 5581

1147 **CÁNCER DE PULMÓN.**
NOELIA MARCOS MARTIN Y ANDREA RODRÍGUEZ DE LA RIVA 5585

1148 **VOLUNTADES ANTICIPADAS O DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS**
ROSANA ALONSO ORVIZ, PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ Y MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO 5591

1149 **MOOBING: EL HOSTIGAMIENTO HACIA EL TRABAJADOR**
PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ, MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO Y ROSANA ALONSO ORVIZ 5593

1150 **CONTAMINACIÓN LUMÍNICA.**
ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ, ALFREDO JOSE LAZCANO COCAÑA Y PATRICIA LORENCES MUÑIZ 5597

1151 LOS RIESGOS Y LA INTERVENCIÓN SOCIOAMBIENTAL
ADRIÁN LÓPEZ QUINTANILLA, FRANCISCO JAVIER PEDRACES FRESNO, BEATRIZ MARTINEZ ÁLVAREZ Y BEGOÑA AMIROLA GOIKOETXEA 5601

1152 EFECTOS DEL ACOSO LABORAL O MOBBING Y SU IMPACTO EN EL SECTOR SANITARIO
CRISTINA ALONSO LLAMEDO, MARTA ALVAREZ ROZA Y MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA 5605

1153 RELACIONES DE LOS CELADORES CON EL ENFERMO Y FAMILIARES.
JONATHAN SUÁREZ VARELA 5611

1154 VIOLENCIA DE GÉNERO. DIAGNÓSTICO PRECOZ.
NURIA DE LA CALLE MENÉNDEZ 5613

1155 SALUD AMBIENTAL Y SALUD
MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO 5617

1156 PROBLEMAS DE SALUD DEL PERSONAL NO SANITARIO OCASIONADOS POR MALAS POSTURAS
NANSI LÓPEZ GARCÍA 5623

1157 DISTINTOS TIPOS DE MASCARILLA Y SU UTILIDAD POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS DE UN HOSPITAL
SUSANA GALÁN SERRANO, ANA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ, GEMMA ALVAREZ SANCHEZ Y JOSE MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 5627

1158 ACOSO LABORAL EN LOS DISTINTOS ÁMBITOS SANITARIOS.
MARTA LUCÍA GARCÍA VALDÉS, MARIA JESÚS LÓPEZ LIRANZO Y SANDRA MARÍA ALVARÉ CAROU 5631

1159 BENEFICIOS DE LA TERAPIA CON ANIMALES EN PACIENTES GERIÁTRICOS
SUSANA GONZÁLEZ MÁNTARAS 5635

1160 LOS DETERMINANTES DE LA SALUD
ROCÍO FERNÁNDEZ GARCÍA, JUAN JOSE VELAZQUEZ ÁLVAREZ, SANDRA PIDAL MONTES, REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA Y MARTA FERNÁNDEZ FERNANDEZ 5645

1161 EL SÍNDROME DE BURNOUT Y CÓMO AFECTA A LOS TRABAJADORES DEL ENTORNO SANITARIO
MARÍA ISABEL DE PEDRO DÍAZ 5649

1162 EL MOBBING O ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO
MARÍA ISABEL DE PEDRO DÍAZ 5655

1163 EL RETO DE LA ACOGIDA DE REFUGIADOS POR PARTE DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL
ABEL CAGIGAL GUTIÉRREZ 5661

1164 CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS
MARIA LUISA SUAREZ GONZALEZ Y AIRAM PADILLA MÉNDEZ 5665

1165 RESPONSABILIDAD DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO EN LA PROTECCIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS DE PACIENTES Y USUARIOS
CARMEN MARÍA RIONDA MARTINEZ 5669

1166 IMPORTANCIA DE LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS MANUALES POR PARTE DEL PERSONAL NO SANITARIO
NANSI LÓPEZ GARCÍA 5675

1167 IMPORTANCIA DEL MANTENIMIENTO DEL ORDEN EN EL ESPACIO DE TRABAJO DEL PERSONAL NO SANITARIO
NANSI LÓPEZ GARCÍA 5679

1168 ACCIDENTES LABORALES EN EL ÁMBITO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO
ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN 5681

1169 ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO.
ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN 5685

1170 **FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD**
ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN **5689**

1171 **FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL**
ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN **5691**

1172 **CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DE INTRAOPERATORIO**
JULIO MATANZAS SUAREZ, BEGOÑA PEREZ PATRICIO, LORENA GUTIERREZ ROMO Y ANA MARIA SUÁREZ VEGA **5695**

1173 **CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON NECESIDADES DE ALIMENTACION E HIDRATACIÓN**
JULIO MATANZAS SUAREZ, ANA MARIA SUÁREZ VEGA, BEGOÑA PEREZ PATRICIO Y LORENA GUTIERREZ ROMO **5701**

1174 **GESTIÓN DE RESIDUOS QUE HACE EL COCINERO DE UNA COCINA HOSPITALARIA**
IVÁN BERDIALES MENÉNDEZ **5707**

1175 **AGRESIONES EN LOS CENTROS DE TRABAJO**
JORGE LUIS RODRIGUEZ ALONSO Y MARIA DEL ROSARIO MONTES ESCOBIO **5711**

1176 **COMUNICACIÓN Y LENGUAJE EN EL ENTORNO LABORAL.**
JORGE LUIS RODRIGUEZ ALONSO Y MARIA DEL ROSARIO MONTES ESCOBIO **5715**

1177 **LA DIRECCIÓN Y EL LIDERAZGO**
ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ **5719**

Capítulo 1

INFECCION POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN

ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ

JULIETA ALONSO SOTO

ZAIDA GARCÍA BURON

ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO

RICARDO ELORRIAGA CLARACO

1 Introducción

El VIH fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia de sida por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983.

Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, que recibió los nombres de LAV y HTLV-III por parte de los dos equipos que estaban investigando el agente etiológico del sida durante la primera mitad de la década de 1980. El VIH-1 es más virulento e infeccioso que el VIH-2, y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos infeccioso y se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental.

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se debe a 1 de 2 retrovirus similares (HIV-1 y HIV-2) que destruyen a los linfocitos CD4+ y comprometen la inmunidad celular, lo que a su vez aumenta el riesgo de ciertas infecciones y cánceres. La infección inicial puede manifestarse como una enfermedad febril inespecífica. El riesgo de que aparezcan otras manifestaciones relacionadas con la inmunodeficiencia es proporcional al recuento de depleción de linfocitos CD4+. El VIH puede dañar directamente el encéfalo, las gónadas, los riñones y el corazón, causando deterioro cognitivo, hipogonadismo, insuficiencia renal y miocardiopatía. Las manifestaciones van desde la portación asintomática hasta el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), que se define por el desarrollo de diversas infecciones oportunistas o cánceres o por un recuento de CD4 < 200/μL. La infección por VIH puede diagnosticarse con pruebas que busquen anticuerpos, ácidos nucleicos (RNA del VIH) o antígenos (p24). Todos los adultos y los adolescentes deben someterse a pruebas de cribado en forma sistemática. El tratamiento tiene como objetivo suprimir la replicación del VIH mediante combinaciones ≥ 3 o más fármacos que inhiben las enzimas del virus; el tratamiento puede restaurar la función inmunitaria en la mayoría de los pacientes si se mantiene la supresión de la replicación.

La transmisión del VIH requiere el contacto con líquidos corporales, específicamente con sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna, saliva o exudados de heridas o de lesiones en la piel o las mucosas, que contengan viriones libres de VIH o células infectadas. La transmisión es más probable con las altas concentraciones de viriones que son típicas de la infección primaria, incluso cuando esas infecciones son asintomáticas. El contagio por la saliva o por las gotas esparcidas durante la tos o los estornudos, resulta improbable. El VIH no se transmite por contacto casual no sexual. La transmisión suele ser:
-Sexual: transferencia directa de líquidos genitales, rectales u orales en una relación sexual.
-Relacionado con agujas o instrumentos: intercambio de agujas contaminadas con sangre o exposición a instrumentos contaminados.
-Materna: parto o lactancia.
-Relacionada con las transfusiones o los trasplantes de órganos.

2 Objetivos

Conocer los mecanismos de transmisión del Virus de inmunodeficiencia adquida (VIH) y la adecuada prevención sobre los medios de transmisión

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica del virus de inmunodeficiencia adquirida en diversas bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline, google academico y multitud de artículos científicos. Como criterios de inclusión se emplearon textos gratuitos en castellano e inglés.
Palabras clave : VIH, virus de inmunodeficiencia adquirida, epidemiología VIH.

4 Resultados

Mecanismos de prevención:
Los antibióticos por vía vaginal (incluso antirretrovirales) introducidos antes del contacto sexual, hasta ahora han resultado ineficaces y parecen aumentar el riesgo de las mujeres, tal vez debido al compromiso de las barreras naturales contra el VIH.

Las medidas más eficaces son:
-Educación pública: la educación es muy útil y parece haber logrado una reducción de las tasas de infección en algunos países. Dado que el contacto sexual produce la mayoría de los casos, la educación de la población para evitar las prácticas sexuales inseguras es la medida más relevante .
-Práticas sexuales seguras: las prácticas sexuales seguras son fundamentales. También se recomiendan estos cuidados cuando ambos miembros de la pareja son VIH positivos, dado que el sexo no protegido entre personas infectadas, puede exponer a los pacientes a cepas de VIH resistentes o más virulentas y a otros virus (p. ej., citomegalovirus, virus Epstein-Barr, virus herpes simple, virus de la hepatitis B) que causan enfermedades graves en pacientes con sida, así como sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los preservativos confieren la máxima protección. No deben usarse lubricantes aceitosos, porque pueden disolver el látex y aumentar el riesgo de fracaso del método.
-Asesoramiento a drogadictos por vía intravenosa: aconsejar a la población sobre los riesgo de compartir agujas es importante, pero es probable que sea más eficaz si se combina con la provisión de agujas estériles, el tratamiento y la rehabilitación de los adictos.
-Evaluación confidencial de la infección por VIH: se les debe aconsejar a todos los adolescentes y los adultos que se sometan a pruebas regulares para identificar la infección por VIH, que pueden realizarse en casi todos los centros de salud. Para facilitar esta evaluación sistemática, algunos estados ya no solicitan

consentimiento por escrito ni asesoramiento extenso previo a la evaluación.

-Asesoramiento para mujeres embarazadas: la transmisión de madre a hijo se ha eliminado casi por completo gracias a las pruebas de detección del VIH, el tratamiento con Antirretrovirales y, en los países desarrollados, el uso de sustitutos de la leche materna. Si una mujer embarazada obtiene una prueba de VIH positiva, se le debe explicar el riesgo de transmisión de madre a hijo. A las embarazadas que no aceptan el tratamiento inmediato para la infección por VIH se les debe recomendar someterse a un tratamiento para proteger al bebé por nacer, por lo general a partir de las 14 semanas de gestación aproximadamente. En general se usa una terapia combinada, porque es más eficaz que la monoterapia y menos propensa a generar resistencia a los fármacos. Algunos medicamentos pueden ser tóxicos para el feto o la mujer, y deben evitarse. Si las mujeres cumplen los criterios para la Terapia antirretroviral, deben recibir un régimen específico para sus antecedentes y el período del embarazo, y continuar recibiéndola durante toda la gestación. La cesárea también puede reducir el riesgo de transmisión. Con independencia del régimen utilizado antes del parto o el tipo de parto, todas las mujeres infectadas por VIH deben recibir zidovudina IV durante el trabajo de parto y después del nacimiento, los recién nacidos deben recibir zidovudina oral, que se continúa durante 6 semanas después del parto. Algunas mujeres eligen terminar el embarazo debido a que el VIH puede transmitirse al feto en el útero, o por otras razones.

-Evaluación sistemática de la sangre y los órganos: la transmisión del virus a través de la sangre aún es remotamente posible, porque las pruebas que buscan anticuerpos pueden ofrecer resultados falsos negativos al comienzo de la infección. En la actualidad, la evaluación sistemática de la sangre en busca de anticuerpos y del antígeno p24 es obligatoria y es probable que logre disminuir más el riesgo de transmisión de la infección. El riesgo también desciende cuando se les pide a los individuos con factores de riesgo para contraer la infección por VIH, incluso los que obtuvieron en etapa reciente una prueba negativa de anticuerpos contra VIH, que no donen sangre ni órganos para trasplante.

-Profilaxis previa a la exposición con antirretrovirales (PrEP): En la PrEP, las personas que no están infectadas por VIH pero que tienen un riesgo elevado (p. ej., por tener una pareja sexual infectada) toman un medicamento antirretroviral en forma diaria para reducir su riesgo de infección. Se puede utilizar la combinación de tenofovir disoproxil fumarato más emtricitabina (TDF/FTC). El uso de PrEP no elimina la necesidad de utilizar otros métodos para reducir el riesgo de infección por HIV, incluyendo el uso de preservativos y evitar comportamientos de alto riesgo (p. ej., compartir agujas). Los datos relativos a los recién nacidos de

madres HIV-negativas tratadas con TDF/FTC como PrEP durante el embarazo son incompletos, pero hasta el momento no se han informado efectos adversos en niños nacidos de madres con VIH tratadas con TDF/FTC. Se está estudiando el uso de PrEP para reducir el riesgo de infección por VIH en usuarios de drogas inyectables.
-Circuncisión masculina: en hombres jóvenes africanos, se ha demostrado que la circuncisión reduce el riesgo de adquirir la infección por VIH de las parejas femeninas durante el sexo vaginal en un 50%; probablemente tenga una eficacia similar en otros lugares. Se desconoce si la circuncisión masculina reduce la transmisión del VIH de los varones infectados a las mujeres, o si reduce el riesgo de adquirir el virus de una pareja masculina infectada.
-Precauciones universales: los profesionales sanitarios, médicos y odontológicos, deben usar guantes en situaciones que impliquen el contacto con mucosas o líquidos corporales y deben aprender a evitar los accidentes por pinchazos de agujas. Los cuidadores domiciliarios de pacientes con VIH deben usar guantes si sus manos se exponen a la posibilidad de exposición a líquidos corporales. Las superficies o los instrumentos contaminados con sangre u otros líquidos corporales deben limipiarse y desinfectarse. Algunos desinfectantes eficaces son el calor, el agua oxigenada, los alcoholes, los fenólicos y el hipoclorito . El aislamiento de los pacientes infectados por VIH es innecesario excepto en presencia de una infección oportunista (p. ej., tuberculosis).

Tratamiento de la infección por VIH:
El tratamiento con ART disminuye el riesgo de transmisión. Profilaxis postexposición. Las consecuencias potenciales de la exposición al VIH condujeron a desarrollar protocolos y procedimientos, en particular tratamientos preventivos, para reducir el riesgo de infección de los profesionales sanitarios.

El tratamiento preventivo está indicado después de:
-Lesiones penetrantes que incluyen sangre infectada por VIH (por lo general pinchazos de aguja).
-Exposición importante de las mucosas a líquidos corporales infectados como semen, secreciones vaginales u otros líquidos que contengan sangre (p. ej., líquido amniótico).
Los líquidos corporales como la saliva, la orina, las lágrimas, las secreciones nasales, los vómitos o el sudor no se consideran potencialmente infecciosos, a menos que estén visiblemente teñidos con sangre.

Después de la exposición inicial, el área debe limpiarse de inmediato con agua y

jabón en caso de exposición de la piel y con antisépticos si se producen heridas punzantes. Ante la exposición de las mucosas, el área debe irrigarse con abundante cantidad de agua. La medidas a tomar son:

1.Deben documentarse los siguientes datos:
-Tipo de exposición.
-Tiempo transcurrido desde la exposición.
-Información clínica (con factores de riesgo y pruebas serológicas para detectar VIH) sobre el paciente infectado y la persona expuesta.

2.El tipo de exposición se define de acuerdo con:
-El líquido corporal implicado.
-Si la exposición se asoció con una lesión penetrante (p. ej., pinchazo con aguja, corte con objeto afilado) y la profundidad de la herida.
-Si el líquido tuvo contacto con piel o mucosas lastimadas (p. ej., piel con abrasiones o grietas).
Si se conoce la fuente de la infección pero no se sabe si está infectada por VIH, deben evaluarse los factores de riesgo de esta fuente y considerarse la administración de profilaxis. El objetivo es comenzar la profilaxis posexposición (PPE) tan pronto como sea posible después de la exposición si se considera justificada. El uso de PPE depende del riesgo de infección; las pautas recomiendan la terapia antirretroviral con ≥ 3 fármacos antirretrovirales. Los medicamentos deben ser seleccionados cuidadosamente para minimizar los efectos adversos, proporcionar un programa de dosificación conveniente y fomentar así el cumplimiento de la PPE; los medicamentos se administran durante 28 días. Debe evitarse la nevirapina porque algunas veces produce hepatitis grave.

Prevención de las infecciones oportunistas:
Se cuenta con quimioprofilaxis eficaz contra muchas infecciones oportunistas, que reducen las tasas de infección por P. jirovecii, Candida, Cryptococcus y MAC. Si el tratamiento normaliza los recuentos de CD4 hasta valores superiores al umbral durante >3 meses, puede suspenderse la quimioprofilaxis.

1.La profilaxis primaria depende del recuento de CD4:
-Recuento de CD4 < 200/μL o candidiasis orofaríngea (activa o previa): se recomienda profilaxis contra la neumonía por P. jirovecii. Los comprimidos de trimetoprima/sulfametoxazol (TMP/SMX) de potencia doble 1 vez al día o 3 veces a la semana son eficaces. Esta combinación resulta eficaz para las dos infecciones. Algunos efectos adversos pueden reducirse al mínimo mediante la profilaxis 3 veces a la semana o con ascenso gradual de las dosis. Algunos pacientes que no tol-

eran la TMP/SMX pueden recibir dapsona (100 mg 1 vez al día) sin inconvenientes. En los pocos pacientes que no toleran ninguno de los dos fármacos por efectos adversos molestos (p. ej., fiebre, neutropenia, exantema), pueden indicarse 300 mg de pentamidina 1 vez al día o 1.500 mg de atovacuna 1 vez al día.
-Recuento de CD4 < 50/μL: la profilaxis contra la infección por MAC diseminada consiste en azitromicina o claritromicina; si no se tolera ninguna de ellas, puede utilizarse rifabutina. Pueden administrarse 2 comprimidos de 600 mg 1 vez a la semana, que confieren una protección similar (70%) a la de la claritromicina diaria sin interacciones con otros fármacos.
Si se sospecha de tuberculosis latente (a partir de pruebas cutáneas de tuberculina, ensayos de liberación de interferón gamma, exposición de alto riesgo, historia personal de tuberculosis activa, o residencia en una región con alta prevalencia de TB), independientemente del recuento de CD4, los pacientes deben tratarse con 5 mg/kg de isoniacida (hasta 300 mg) por vía oral una vez al día más 10 a 25 mg de piridoxina (vitamina B6) por vía oral una vez al día durante 9 meses, para prevenir la reactivación.

Para la profilaxis primaria de las infecciones micóticas (p. ej., candidiasis esofágica, meningitis o neumonía criptocócica), la administración de entre 100 y 200 mg de fluconazol por vía oral 1 vez al día o de 400 mg 1 vez a la semana es exitosa, pero se emplea poco porque el costo por infección prevenida es elevado y porque el diagnóstico y el tratamiento de estas infecciones suelen ser exitosos.

2.La profilaxis secundaria (después de controlada la infección inicial) se indica en las siguientes situaciones:
-Candidiasis bucal, vaginal o esofágica recurrente; coccidioidomicosis; o infecciones criptocócicas: se usa fluconazol
-Histoplasmosis: se indica itraconazol
-Toxoplasmosis latente: este cuadro asintomático se confirma a través de la medición de los anticuerpos séricos (IgG) contra Toxoplasma gondii. La reactivación y la encefalitis por toxoplasma subsiguiente se previenen con TMP/SMX (en la misma dosis que se usa para prevenir la neumonía por P. jirovecii). La infección latente es menos frecuente (alrededor de 15% de los adultos) en los Estados Unidos que en Europa y máxima en países en vías de desarrollo (hasta 70 a 80% de los adultos).
P. neumonía por P. jirovecii
Infección por herpes simple
Aspergilosis (posible)

Vacunación:

1.Los pacientes que no han recibido la vacuna antineumocócica conjugada (PCV13) o la vacuna antineumocócica polisacárida (PPSV23) deben recibir la vacuna PCV13 seguida de PPSV23 ≥ 8 semanas después de la PCV13:
-Todos los pacientes deben recibir todos los años las vacunas contra la gripe.
-Todos los pacientes deben recibir la vacuna contra hepatitis B.
-Los pacientes con riesgo de hepatitis A o que desean evitarla deben recibir la vacuna contra la hepatitis A.
-A la edad apropiada, hombres y mujeres deben recibir la vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) para prevenir el cáncer cervical y anal relacionado con el HPV.

2.Los adultos no vacunados previamente con vacuna antimeningocócica deben recibir una serie primaria de 2 dosis de MenACWY separadas por ≥ 2 meses. Si las personas no han recibido previamente la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap), se les debe administrar una dosis de Tdap, seguida de un refuerzo de la vacuna contra el tétanos y la difteria (Td) cada 10 años. En general, se deben utilizar vacunas inactivadas. Estas vacunas son eficaces con menor frecuencia en los pacientes VIH positivOS que en los que son VIH negativos.
El uso de la vacuna contra el herpes zóster (para fortalecer el sistema inmunológico y evitar la reactivación como zóster) podría ser útil en adultos infectados por el HIV, pero está contraindicado si el recuento de CD4 es < 200/μL.

Debido a que las vacunas de virus vivos son potencialmente peligrosas para los pacientes con inmunosupresión grave, se debe buscar la opinión de expertos cuando se trata de pacientes con riesgo de varicela primaria. Las recomendaciones varían en lactantes y niños: Vacunación y Consideraciones sobre el uso de vacunas de microorganismos vivos en niños con infección por VIH.

5 Discusión-Conclusión

El virus de la inmunodeficiencia humana constituye una gran preocupación desde el punto de vista médico, político y social; en lo económico, se han movilizado innumerables recursos, de manera que se requiere de la acción conjunta de los gobiernos y las autoridades de salud para lograr su control.

Por otra parte, el personal de la salud debe mantener constantes interés y motivación para incorporar los conocimientos actuales sobre esta enfermedad, para

brindar a los pacientes una mejor atención de forma integral y evitar las lamentables e injustificables reacciones de rechazo hacia las personas que portan el virus.

El sida es el estadio final de una enfermedad crónica transmisible de tipo progresivo, de causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre el huésped y el virus. Según progrese la inmunodeficiencia y más elevada sea la replicación viral, aparecerán entonces enfermedades oportunistas o tumores raros.

6 Bibliografía

1.Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Bertha Serret Rodríguez, Llamos Sierra N, et al. Temas de Medicina Interna. 4ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 304-21.
2. Klatt EC. Pathology of AIDS [citado 28 Sep 2013].
3.Lamotte Castillo JA. Proceso de la infección por VIH/sida. Uso e importancia de las terapias antirretrovirales de alta eficacia (TARVAE). En: Ferrer Savigne Y, Valdés Triguero JR, Fernández Mora K, Arias Deroncerés I, Lamotte Castillo JA, Vélez Cardero S, et al. Temas de consultas sobre ITS-VIH/sida. La Habana. Editorial Lazo Adentro; 2013. p. 17-29
4. Joanes Fiol J, Isela Lantero M, Cancio Enrique I. Atención médica: conocimientos básicos para la optimización del manejo de la mujer infectada por el VIH, la embarazada y la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. La Habana: Editorial Lazo; 2006
5.Ahmad RS, Siliciano R. Immunology of HIV -1 infection. En: AIDS and other manifestation of HIV infection. 4th Madrid: Elsevier Science; 2003. p. 259-78.
6. Maestría de amplio acceso. Enfermedades infecciosas. La Habana: MINSAP; 2006.
7. Vicente Peña E, Rodríguez Porto AL, Sánchez Zulueta E. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En: Diagnóstico y tratamiento en medicina interna. La Habana: ECIMED; 2012.p.613-20.
8. Antela A. Historia natural y clasificación de la infección por VIH. Manual de capacitación para el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipo de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2004. p. 3-7
9.Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/Sida. Dirección Nacional de Asistencia Médica. Pautas para la atención integral al paciente con infección por VIH/sida en Cuba. La Habana:

MINSAP;2009.
10.Horowitz HW, Wormser GP. Care of the adult patient with HIV infection. En AIDS and other manifestation of HIV infection. Madrid: Elsevier Science; 2003.p. 297- 362.
11.Cancio Enrique I, Sanchéz Fuentes J, Reymond González V, Ale Rodríguez K, Joanes Fiol J, Díaz Torres HM, et al. Información práctica para la atención integral a personas con VIH/sida. La Habana: MINSAP; 2009. p. 39.

Capítulo 2

ESCLEROSIS TUBEROSA CON AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.

ANA MILENA MUÑOZ

1 Introducción

La esclerosis tuberosa o enfermedad de Bourneville es un síndrome neurocutáneo autosómico dominante, caracterizado por la formación de lesiones hamartomatosas en múltiples órganos como pulmones, cerebro, riñones, piel, corazón y otros órganos.

Las manifestaciones del sistema nervioso central de la esclerosis tuberosa incluyen nódulos subependimarios, tubérculos corticales y subcorticales, alteraciones de la sustancia blanca cerebral y astrocitomas subependimarios de células gigantes.

Las pruebas de imagen tienen un peso importante en detectar las alteraciones y diagnosticas la enfermedad.

2 Objetivos

- Describir las manifestaciones radiológicas en el sistema nervioso central que nos conducen al diagnóstico de esclerosis tuberosa mediante el desarrollo de un caso clínico práctico.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente femenina de 8 meses de edad, madre de 35 años, cesárea en semana 38 de gestación por bradicardia fetal. Ingresa en sala de Pediatría, por convulsiones parciales consistentes en apertura ocular bilateral sin retrovulsión y desviación de los ojos hacia la izquierda con movimientos laterales de la cabeza hacia el mismo lado y elevación de la mano ipsilateral.

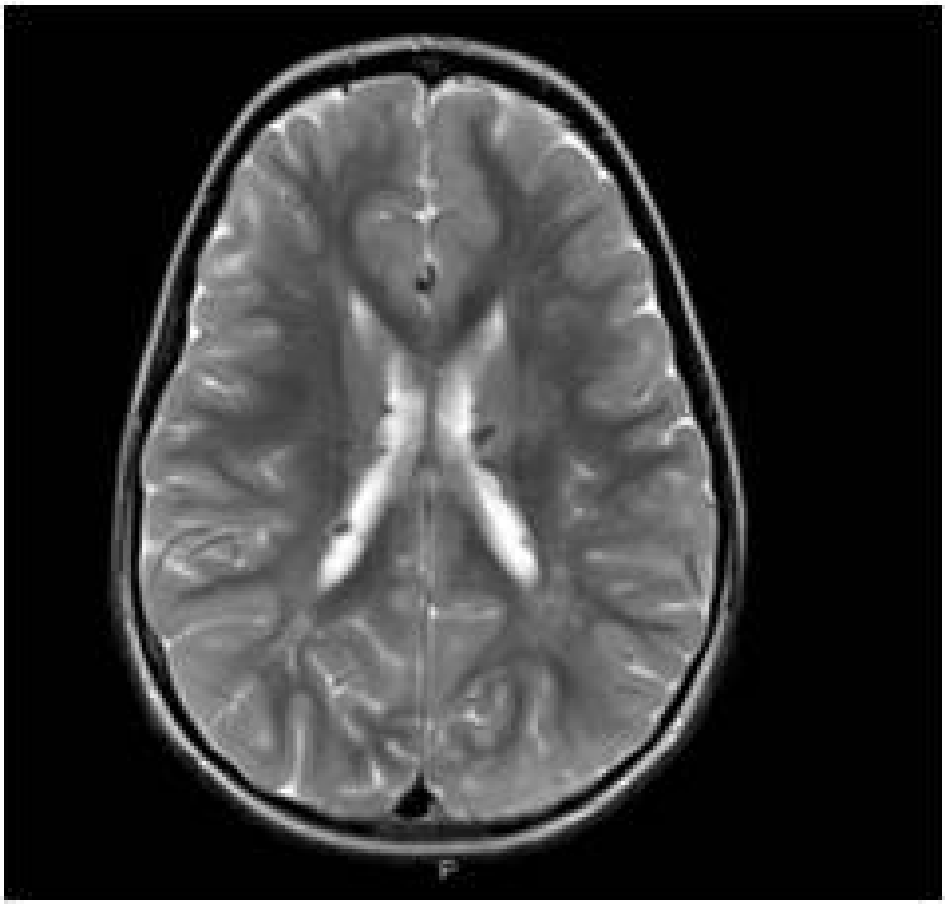
Se solicita una resonancia magnética cerebral para estudio de epilepsia donde se visualizan alteraciones en sustancia blanca en localización frontal, parietal y temporal bilateral. Múltiples lesiones de morfología piramidal que expanden las circunvoluciones en las que asientan, hiperintensas en secuencias potenciadas en T2, compatibles con tubers corticales.

Múltiples nódulos subependimarios en ambos ventrículos laterales (Figura 1), sin evidencia de realce tras la administración de contraste intravenoso e hiperintensos en secuencias potencias en T1. Algunos de ellos, muestran marcada hipointensidad en secuencias de susceptibilidad magnética, compatible con calcificaciones. Así mismo se observaron al menos tres nódulos subependimarios localizados cercanos al agujero de Monro, de unos 10 mm de tamaño y con realce tras la administración de contraste diagnosticados de astrocitomas subependimarios de células gigantes.

Se realizó estudio genético con resultado de duplicación del exon 34 del gen TSC2, que se observa alterado en la esclerosis tuberosa.

Se indicó tratamiento antiepiléptico y controles periódicos por imagen. También se realizó ecografía abdominal, renal y ecocardiografía que descartó otras lesiones asociadas.

Todos estos hallazgos descritos sugirieron el diagnóstico de esclerosis tuberosa.



4 Discusión-Conclusión

La esclerosis tuberosa o enfermedad de Bourneville es un síndrome neurocutáneo autosómico dominante raro, que se caracteriza por la presencia de tumores congénitos benignos en múltiples órganos.

Se ha considerado que la esclerosis tuberosa es causada por mutaciones de dos genes conocidos como TSC1 y TSC2, que son genes supresores de tumores.

Su función es ayudar a regular el crecimiento y la diferenciación celular por lo que si están alterados por la mutación, el control alterado del crecimiento celular produce la formación de tumores en todo el cuerpo.

Los hallazgos característicos clínicamente son la triada consistente en epilepsia, retraso mental y adenoma sebáceo, si bien es poco común en el examen clínico, encontrándose tan sólo en un tercio de los casos.

Por este motivo, las pruebas de imagen radiológicas pueden desempeñar un papel importante en el diagnóstico de la esclerosis tuberosa y también en su tratamiento, ya que permite la monitorización de las lesiones.

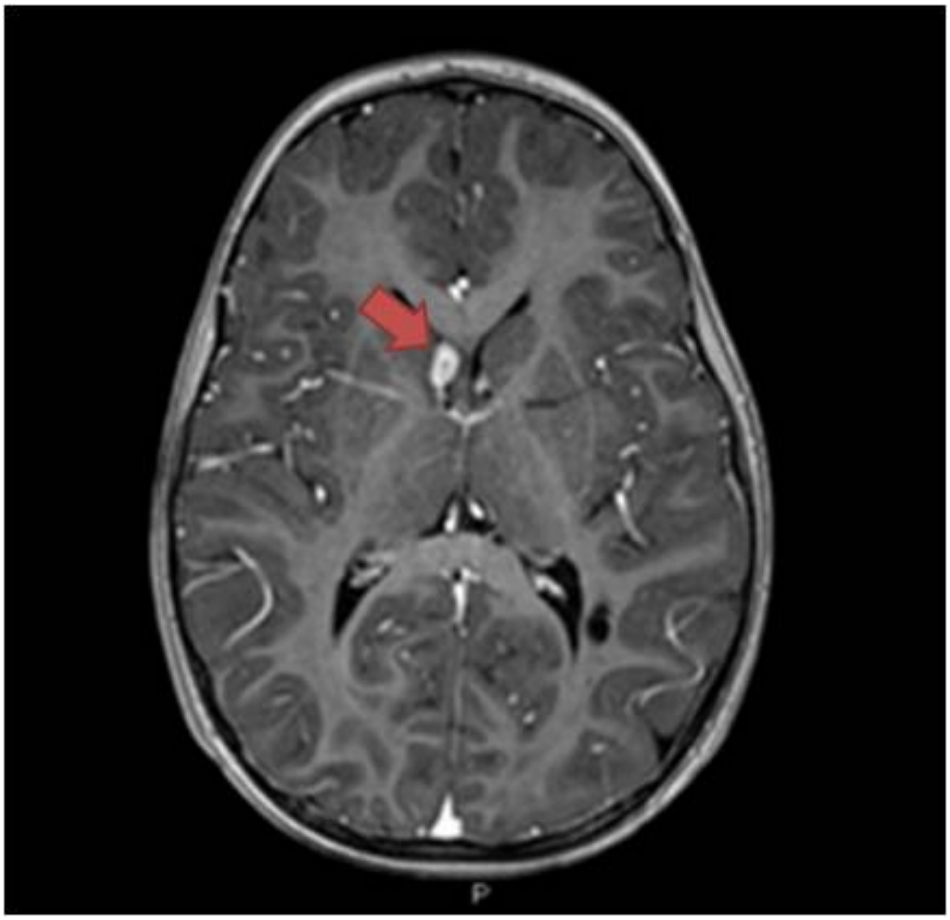
El rabdomioma cardíaco, el angiomiolipoma renal y la afectación neurológica que abarca los tubérculos corticales o subependimarios y las alteraciones de la sustancia blanca son los hallazgos radiológicos más comunes.

Las manifestaciones intracraneales que valoraremos en pruebas de imagen consisten en nódulos subependimarios periventriculares, tubérculos corticales y subcorticales, lesiones hamartomatosas en sustancia blanca y astrocitomas de células gigantes subependimarios.

En lactantes los nódulos subependimarios son hiperintensos en secuencias potenciadas en T1 e hipointensos en secuencias potenciadas en T2.

Los astrocitomas de células gigantes subependimarios se localizan cercanos al agujero de Monro, y a diferencia de los tubérculos subependimarios, presentan mayor tamaño, con un realce mayor y uniforme tras la administración de contraste (Figura 2).

La detección de estas entidades nos debe hacer sospechar que estamos ante un caso de esclerosis tuberosa. La resonancia magnética cerebral nos permite su diagnóstico y excluir otras causas de convulsiones cuando la afectación se produce en el sistema nervioso central. También es esencial para el seguimiento y monitorización de los tumores de cara a una posible intervención quirúrgica como tratamiento.



5 Bibliografía

- Umeoka S, Koyama T, Miki Y, Akai M, Tsutsui K, Togashi K. Pictorial review of tuberous sclerosis in various organs. RadioGraphics 2008;28(7):e32.
- Saro B. Manoukian, Daniel J. Kowal. Comprehensive Imaging Manifestations of Tuberous Sclerosis. American Journal of Roentgenology. 2015;204: 933-943.

Capítulo 3

PROBLEMAS COMUNES DE SALUD MENTAL. IMPLICACIONES EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

MIGUEL FERNANDO GARCIA GIL

1 Introducción

Los problemas de salud mental tienen una alta repercusión en la sociedad y consecuentemente en el Sistema Nacional de Salud. En cifras, según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM), estaríamos hablando de que casi una cuarta parte de la población española presenta algún trastorno psiquiátrico. Entre los que más frecuentemente se presentan en la consulta de medicina general se encuentran la depresión, los trastornos de ansiedad, fobias, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, abuso de sustancias, cuadros somatomorfos de frecuente confusión con enfermedades médicas, insomnio, etc. También se pueden presentar cuadros psiquiátricos más graves o urgentes como intoxicación y abstinencia de sustancias, psicosis, riesgo de suicidio, agitación psicomotriz, alteraciones del comportamiento, etc.

2 Objetivos

- Mostrar la gran repercusión e implicaciones prácticas que tienen los problemas comunes o menores de salud mental que se presentan en la consulta de atención primaria.

3 Metodología

La tareas que tiene encomendadas el médico de atención primaria son identificar el trastorno psiquiátrico, tratar de realizar un seguimiento de alteraciones emocionales relevantes que no requieran atención especializada y requerir ayuda o remitir al departamento de psiquiatría cuando sea necesario. Asimismo colaborar con el equipo de salud mental en el seguimiento del paciente que no requiera de cuidados especiales.

No obstante no todos los problemas de salud mental se pueden enmarcar o englobar como enfermedades psiquiátricas y sin embargo pueden constituir lo que llamamos problemas de salud mental menores o tratarse de problemas psicosociales.

Estos trastornos o problemas comunes de la salud mental, también llamados menores, en numerosas ocasiones tienen un trasfondo eminentemente psicosocial y no clínico lo que conlleva una mayor carga asistencial para el médico de familia.

4 Resultados

Se ha observado como este tipo de trastornos menores se presentan cada día con mayor frecuencia en la consulta debido a diversos motivos. Uno de ellos es el sobretratamiento de la mayoría de la casuística de este tipo de problemas lo que hace que los pacientes requieran, ante la más nimia sintomatología, atención a su médico para solicitar un remedio farmacológico, aumentando el número de consultas, sin antes haber probado a solucionarlo por otros métodos posiblemente más eficaces como los psicológicos.

A modo comparativo, ante una hipercolesterolemia leve inicialmente se comienza como primera medida terapéutica con la modificación dieta y ejercicio. Si no funciona con la modificación del estilo de vida ya pasaremos al siguiente escalón terapéutico que es el farmacológico como las estatinas. Hoy en día muchos pacientes hacen caso omiso del primer escalón terapéutico y prefieren pasar al tratamiento farmacológico pues es mucho más fácil y cómodo tomar un fármaco.

De la misma manera, guardando las diferencias, en salud mental probablemente esté ocurriendo lo mismo. Antes de plantearse un posible problema psicosocial o tratar desde un abordaje psicológico de las formas leves o menores de los problemas de salud mental se acude directamente al médico de atención primaria a

solicitar una solución farmacológica más inmediata.

Por otro lado, nos encontramos la situación contraria en pacientes reacios a tomar fármacos y que prefieren resolver los problemas de forma autónoma. De la misma forma que en algunos pacientes con niveles altos de colesterol prefieren no empezar a medicarse todos los días cuando han fallado las medidas higiénico dietéticas, también hay pacientes reticentes a usar los psicofármacos cuando estos son necesarios y al no tomar la medicación generan consultas en relación al problema no tratado aumentando consecuentemente la carga asistencial del sistema.

Esta situación se complica, ya que estos pacientes requieren mucho tiempo de atención por parte del facultativo, siendo que el mismo es muy limitado ante el elevado número de consultas. A ello hay que sumarle que los médicos no siempre están formados en técnicas psicológicas o psicosociales que permitan ayudar correctamente al paciente. Todo esto lleva que la única arma terapéutica que se encuentra en manos del facultativo es la prescripción de psicofármacos.

Por ello se debería intentar buscar solución alternativa de este tipo de problemas menores para que sean atendidos desde un punto de vista más integral y adecuado por un equipo de psicólogos, siendo estos profesionales los que hagan uso de otras herramientas más específicas, propias de su actividad.

Los problemas de salud menores a los que nos referimos se caracterizan por la presencia de síntomas que no alcanzan a constituir un trastorno establecido o tipificado según los manuales de diagnóstico y clasificación de enfermedades como la DSM-5 o la CIE-10. Los síntomas que presentan estos pacientes se dan igualmente en la ansiedad, depresión, etc. pero también pueden ser atribuidos a problemas psicosociales pudiéndose citar a modo de ejemplo los casos de divorcio, problemas familiares, desempleo, exclusión social, etc.

A todo esto hay que añadir que la mayoría de los pacientes, reconoce que no se informan ni conocen la medicación que toma. Al desconocer los beneficios, limitaciones y alternativas al tratamiento farmacológico se puede llegar a un uso inadecuado de los psicofármacos conllevando una perpetuación en el tiempo de los problemas de salud mental menores, limitando el desarrollo de habilidades de afrontamiento y autoderminación que podrían resolver muchos problemas y así evitar el excesivo uso que se hace de las consultas de atención primaria para resolverlos.

De esto podemos deducir que la implementación de profesionales que abarquen

estos problemas menores permitiría un mejor funcionamiento de los centros de salud. Este concepto con equipos interdisciplinares permitiría un abordaje más holístico de los temas de salud.

A pesar de la alta repercusión que suponen los problemas de estos pacientes es llamativa la escasez de estudios rigurosos que comprueben la evidencia del impacto que supondría la incorporación de estos psicólogos, y como repercutiría económicamente al Sistema Nacional de Salud mediante estudios de coste-beneficio. La presencia de estos profesionales en los centros de salud podría parecer un gasto adicional pero analizándolo probablemente repercutiría en un beneficio como es la descarga de trabajo en la atención primaria y de esta forma lograr una mejor atención a los pacientes con tiempos de consulta algo más amplios que los que se disponen actualmente.

A lo anteriormente citado hay que agregar la contribución al bienestar psicológico de los pacientes y a darles herramientas que les permitan resolver los problemas psicosociales sin fármacos y por tanto evitando efectos secundarios de la medicación, reduciendo el gasto farmacéutico a la Seguridad Social. También es posible que estas técnicas psicológicas, que en definitiva son herramientas para afrontar problemas psicosociales, les permitan a los pacientes evitar recidivas futuras por el mismo motivo haciendo en cierta medida una prevención secundaria de los episodios.

5 Discusión-Conclusión

De las ideas mencionadas en el texto podemos extraer que es importante la toma de medidas de programas de tratamiento, prevención y promoción de la salud mental que abarque de forma más integral la salud mental, en especial los problemas de salud menores y los psicosociales.

6 Bibliografía

- Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. BMJ. 2005 Apr 9;330(7495):839-42.
- Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Pelegrín C, Calvo JM, Leris JM, Idáñez D, Arnal S. Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings. Int J Geriatr Psychiatry. 2008 Sep;23(9):915-21.

- Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández-Liria A, Ramos Brieva JA, Gil Miguel A, Madrigal Jiménez M, Porras Chavarino A. [Prevalence of psychiatric disorders in primary care using the PRIME-MD questionnaire]. Aten Primaria. 1999 Mar 31;23(5):275-9.
- ESEMeD / MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psych Scand 2004; 109 Suppl 420: 1-64.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Ministerio de sanidad y consumo. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

Capítulo 4

LA CERVILCAGIA

FRANCISCO JOSÉ MOROTE MORENO

LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ

ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El motivo de este estudio es identificar las principales dolencias que afectan al raquis cervical, y de esta manera considerar los distintos tratamientos existentes desde una perspectiva preventiva y rehabilitadora.

Para ello lo primero que vamos a definir qué es y en qué consiste esta enfermedad que podemos definir vulgarmente como dolor de cuello, en las que muchas veces esta patología , también pueden afectar al brazo con un hormigueo punzante, debilidad y dolor irradiado denominado cervico-braquialgia.

Por norma general este tipo de dolencia no es grave y suele ser la consecuencia de una sobrecarga o un sobreesfuerzo de los músculos del cuello, o de una lesión neuromuscular traumática, como el «latigazo cervical» provocado por un accidente de tráfico, por ejemplo.

Otro tipo de dolor cervical muy relacionado con la cervicalgia y que se caracteriza por un espasmo muscular de la musculatura del cuello es la tortícolis definida comúnmente como un dolor agudo en el cuello causado por una prolongada posición no fisiológica durante mucho tiempo , es decir, una mala postura mantenida

durante bastante tiempo (por ejemplo: una persona que se queda dormida con una inclinación del cuello o girada por una hora). Por regla general el concepto que se piensa al que es debida la tortícolis es de un enfriamiento, pero no lo es. Hay un espasmo muscular del músculo esternocleidomastoideo o contracción que fija las vértebras.

A lo largo de la vida, alrededor del 80% de la población sufre o ha sufrido de dolor de cuello y estadísticamente afecta a más mujeres que hombres.

Normalmente se responde bien a los tratamientos, pero si el dolor es intenso, prolongado o empeora, puede ser signo de un problema más serio y debe ser investigado por el médico.

2 Objetivos

Buscar las principales causas y motivos de esta dolencia para poder identificar las mejores terapias y tratamientos según haya sido el motivo de esta dolencia y proponer medidas preventivas.

3 Metodología

Toda la información utilizada para este estudio ha sido obtenida de internet y por consulta directa. Detallado a continuación:
Bases de datos consultadas: Dialnet, Pubmed, Lilacs, SciencieDirect, Scielo. Buscadores: Jurn, google académico, Scifinder, Exalead. Artículos de revistas de medicina legal del ámbito nacional e internacional, Revista SIDEME, BioMed Central, Revista Hygia, Revista la Gaceta. Las palabras claves empleadas para la búsqueda han sido los siguientes: cervicalgia, dolor de cuello, cuidados. Criterios de inclusión: Dominios web, libros, artículos sobre cervicalgia, causas, efectos, consecuencias y remedio.

4 Resultados

Tras analizar las diversas fuentes y desarrollar así nuestra hipótesis nos damos cuenta de lo principal que debemos hacer es especificar y describir la anatomía de esta región del raquis.

Los huesos de la columna cervical, las vértebras cervicales, son 7 separados unos

de otros por unos cojines cartilaginosos: los discos intervertebrales. Por encima de los 40 años de edad, y como consecuencia de los miles de movimientos de flexión, extensión y rotación que han realizado estas articulaciones, es normal notar una cierta rigidez y disminución de la flexibilidad de la columna cervical. De hecho, más de la mitad de los mayores de 60 años tienen molestias y dolor cervical más o menos crónico. Las alteraciones de las articulaciones intervertebrales de la columna cervical producidas por la artrosis, y la consiguiente tensión muscular de la zona, son una causa frecuente de rigidez y dolor en personas mayores.

A demás del factor de la edad otras casuísticas de la cervicalgia pueden deberse a:

• La cervicalgia puede presentarse debido a una mala postura. Un traumatismo, maloclusión mandibular, alteración de la visión. Esto provocará una pensión involuntaria en los músculos del cuello que a su vez provoca un bloqueo de las vértebras cervicales.

• Estos bloqueos vertebrales si se mantienen en el tiempo pueden provocar un dolor crónico por desgaste de las vértebras conocido como artrosis cervical o cervicoartrosis o un dolor agudo por presión sobre el disco intervertebral que puede provocar una hernia discal cervical qué afectará a una raíz nerviosa que provocará dolor en el brazo.

• Por contracturas musculares y puntos gatillos miofasciales en trapecios y musculatura cervical.

• Posterior a sufrir un latigazo cervical que siempre en atención primaria se indica la inmovilización mediante un collarín cervical y que por lo general al tiempo ocurre una rectificación de la columna cervical.

• Enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide o la espondilitis anquilosante.

• En muchas ocasiones la tensión muscular y el bloqueo de las vértebras cervicales están provocadas por estrés. Para comprender como el estrés afecta a la zona cervical ayuda mucho la visión que otorga la medicina oriental. Según esta el estrés afecta en primer lugar al hígado y vesícula biliar, sistema nervioso y estómago… Estos órganos cuando están alterados o desequilibrados provocan reflejos en la zona dorsal y el cuello. órganos

Diagnóstico:

En la consulta por cervicalgia, normalmente el médico realizará la historia clínica: solicitará información sobre las características del dolor, su intensidad, localización, aparición y evolución, se realizará una exploración física general y en

particular, de la zona cervical, pudiendo solicitar alguna exploración de imágenes como radiografías, una tomografía computarizada o escáner, o una resonancia magnética. Con ello se puede identificar si hay una presión de las raíces nerviosas, un pinzamiento articular, una artrosis de la columna cervical, o cualquier tipo de daño posible a nivel estructural, en caso de que ningún tratamiento haya sido efectivo.

Tratamiento:

En este apartado cabe hablar del tratamiento conservador y el fisioterapéutico.

- Terapia conservadora: La mayoría de los episodios de cervicalgia responden a la terapia conservadora y no requiere más tratamiento. El tratamiento conservador está compuesto de reposo de la zona, empleo de medicamentos antiinflamatorios y rehabilitación de la función del área lesionada. Los medicamentos analgésicos como el paracetamol, y los antiinflamatorios no esteroideos, como ácido acetil-salicílico o ibuprofeno suelen ser útiles para reducir el dolor y la inflamación, así como los relajantes musculares como el diazepam.

- Fisioterapia: La mejoría del tono muscular y de la fortaleza de la musculatura del cuello, la nuca y la zona alta de la espalda ayuda a prevenir la cervicalgia recurrente.

En primer lugar el fisioterapeuta realizará el "Test de Klein" el cuál si bien no valora una cervicalgia, es imprescindible de aplicarlo ya que en una posición forzada se coloca en evidencia si existe un compromiso de la arteria vertebro-basilar, la oclusión de esta arteria es más susceptible en personas con rectificación cervical y produce síntomas de mareos y vértigos.

Establecer una serie según el tipo de paciente con masaje relajantes, que alivien la tensión de la zona y ayuden a la relajación de los músculos que interfieren en toda la zona cervical pudiendo utilizar técnicas como acupuntora, osteopatía, quiroplastia y demás técnicas manuales.
Así como indicar al paciente ejercicios de corrección en su higiene postural como ejercicios de fortalecimiento del cuello.

5 Discusión-Conclusión

Para el diagnóstico del dolor cervical es preciso realizar una historia clínica completa de la sintomatología cervical. Se debe realizar una exploración clínica que incluya valoración de la postura, movilidad cervical y zonas dolorosas, así como evaluación de la función de nervios y músculos en brazos y piernas.

Con radiografías simples se pueden ver las vértebras cervicales y realizar un diagnóstico, que a menudo permite determinar la causa de dolor cervical y prescribir un tratamiento adecuado.

Si el cuadro clínico requiere una valoración más detallada, se pueden necesitar una o varias de las siguientes exploraciones: TAC, RMN o electromiografía: estudio de la conducción nerviosa mediante varias agujas muy finas, que captan los potenciales nerviosos y los transmiten a una pantalla.

Y que el tratamiento más efectivo es aquel que combina el tratamiento fisioterapéutico con ayuda según el caso de fármacos como los analgésicos-antiinflamatorios y/o miorelajantes puesto que ayuda en el control y tratamiento de las molestias cervicales debido a que favorece la relajación de los músculos y mejora la movilidad cervical junto a terapias locales que proporcionan calor.

6 Bibliografía

- Cervical Radiculopathy. Your Orthopaedic Connection. American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2000, August. Disponible en: http://orthoinfo.aaos.org/fact/
thr_report.cfm?Thread _ID=179&topcategory=Neck
- Fearon FJ, Harris BA, Scarpelli E, White N. What you need to know about neck pain. American Physical Therapy Association, 1996. Disponible en: http://www.pta.org/brochures/NeckPain.pdf
- Mayo Clinic Staff. Neck Pain: Sometimes serious. Mayo Clinic Health Information 2002;7th February. Mayo Foundation for Education and Research. Disponible en: http://www.mayoclinic.com/invoke.cfm?id=HQ01111
- Neck pain. Neurosurgery on call. American Association of Neurological Surgeons/Congress of Neurological Surgeons, 2001, July. Disponible en: http://www.neurosurgery.org/ health/patient/detail.asp?DisorderID=76
- NINDS Whiplash Information Page, 2001, 7th January. National Institute of Neurological Diseases and Stroke. Disponible en: http://www.ninds.nih.gov/health_

and_medical/disorders/whiplash.htm
- What a pain in the neck! Good habits to remember to prevent neck pain. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. Disponible en: http://www. aapmr.org/condtreat/ pain/necktips.htm

Capítulo 5

TERAPIA ASISTIDA CON CABALLOS: VARIANTES Y BENEFICIOS

LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ

ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

FRANCISCO JOSÉ MOROTE MORENO

1 Introducción

Que los animales son beneficiosos para nuestra salud mental es algo que ya se ha probado en varios estudios a lo largo de los años.

No solo eso, sino que, además, desde hace un par de décadas se utilizan como método terapeútico ya que, además de ayudarnos psicológicamente, según el tipo de animal que se utilice en la terapia, nos puede ayudar también físicamente. Este es el caso de la terapia asistida con caballos.

Para poder entender mejor el artículo es importante describir qué es la equinoterapia y su clasificación. En el Congreso Internacional de la Federation of Riding for the Disabled International (F.R.D.I:), efectuado en 1988 en Toronto, Canadá, se dividió la equinoterapia en tres áreas diferentes:
-Hipoterapia.
-Montoterapéutica
-Equitación deportiva.

La hipoterapia atiende las disfunciones neuromotoras, sea cual sea su origen. Para que la hipoterapia sea utilizada como herramienta terapéutica debemos tener en claro las precauciones y las contraindicaciones ortopédicas, neurológicas y psicológicas. Siempre se debe tener en cuenta la relación: riesgos-beneficios, y si los primeros superan a los segundos está contraindicada la actividad.
La montoterapéutica se dirige al área de lo conductual. Es decir, cuando el jinete tiene que realizar algún tipo de acción por sí mismo. Esta categoría atiende el autismo y los problemas de desarrollo evolutivo.

Por último, la equitación deportiva, la práctica de la equitación como deporte por parte de personas con discapacidades. Actualmente hay diversos centros en los que se practica la "equinoterapia" sirviéndose del caballo como apoyo a las terapias clínicas en las personas con discapacidad, ya que por su morfología, el caballo puede ayudar a dichas personas con la psicomotricidad, movilidad, etc.

El caballo no solo ayuda a las personas que reciben terapia con ellos en su desarrollo personal, sino también la calidad de vida del paciente y la integración social de este a través de la relación que se genera con la persona, animal y entorno natural, ya que se necesita un entorno determinado para los equinos.

2 Objetivos

- Mejorar la calidad de vida, el desarrollo y maximizar las capacidades cognitivas, físicas y psicomotoras de las personas con discapacidad a través de la experiencia de trabajar con el caballo como co-terapeuta en diferentes tipos de discapacidades y disfuncionales de la persona de cualquier rango de edad, preferentemente en niños por su capacidad de aprendizaje.

3 Metodología

Para realizar este artículo nos hemos basado en la propia experiencia como voluntarios en centros de rehabilitación a través de la terapia asistida con caballos, así como conferencias y cursos asistidos, distintos libros y revistas especializadas y en información encontrada en Google Académico.

4 Resultados

Los resultados son visibles en varios aspectos para el paciente:

-Neuromotores:
Mejora del equilibrio.
Mejora de la postura.
Regula el tono muscular.
Mejora de la coordinación motriz.
Disminuye la espasticidad.
Inhibe los reflejos tónicos y los movimientos asociados.

-Psicológicos:
Logra una sensación de bienestar general.
Mejora la autoconfianza.
Mejora el autoestima.
Desarrolla la paciencia.
Disminuye temores.
Logra autocontrol y autodisciplina.
Disminuye la ansiedad y combate la depresión.

-Sociales:
Desarrolla la comunicación análoga y verbal.
Desarrolla la amistad, respeto y responsabilidad al cuidar su caballo.
Recibe experiencias de vida gratificantes.
Brinda conocimiento y herramientas laborales.

-Funcionales:
Produce endorfinas y minimiza la generación de arcanos, lo que favorece la sinapsis neuronal, permite que el cerebro identifique: músculos, miembros, órganos, etc.
Logra la estimulación de la perístasis y de los sistemas circulatorio y respiratorio.
Aumento de la captación de estímulos al estar en movimiento.

-Psicomotores:
Estabilización de tronco y cabeza.
Desarrolla el equilibrio horizontal y vertical.
Aumenta la coordinación psicomotriz gruesa y fina.
Desarrolla la lateralidad.
Incrementa la agilidad y fuerza muscular, mejora el esquema corporal.

-Educativo:
Aumenta la capacidad atencional.
Aprende conceptos matemáticos básicos.

Realiza aprestamiento para la lecto-escritura.
Trabaja secuencias y patrones.
Mejora la coordinación.

5 Discusión-Conclusión

Podemos afirmar que la equinoterapia es una metodología más a aplicar en las personas con discapacidad, ya que no solo atiende a una parte de esta discapacidad, sino al conjunto del desarrollo de la persona, no solo física, sino social y mental, por lo que ésta, recibe un apoyo total, lo que le da más satisfacción.

Si bien es cierto que no se puede impartir en cualquier centro ni de cualquier manera, sería muy interesante que los centros de personas con discapacidad y hospitales, pudieran tener un vínculo con centros de rehabilitación equina para que puedan complementar las terapias que dan en los centros con las que pueden recibir en los centros de equinoterapia.

También es importante comprobar que las personas que trabajan en dicho centro son profesionales, ya que se trata de rehabilitar a través del caballo como coterapeuta y no de "montar" a caballo.

6 Bibliografía

1. Francisco Caudet Yarza. Equinoterapia: el caballo, mucho más que un amigo. Cuadernos alternativos (2002).
2. Cristina Cañadas Guerrero. Equinoterapia (Color) (Fisioterapia y Rehabilitación). Formato Kindle.
3. Edith Gross Naschert. Equinoterapia/ Equinotherapy: La Rehabilitacion Por Medio Del Caballo.
4. Lamula Verskysto Salgado. Equinoterapia: Terapia con caballos.
5. Alejandra Pérez Brandi, Cecilia del Carmen Espinosa Hernández, Georgina Parás Fuentes, Jessica Handal Kalifa, Anayansy Ascencio Hinojosa, Satah Scott Blankenship Oldfather, Pilar Caballero Sada, Ana Cecilia Garza Jasso, Sofía Parra Martínez, Patricia Coalla Pérez, Alejandro Moreno Martínez. Equinoterapia: un estudio cuasiexperimental en niños con parálisis cerebral. Año 2007.
6. Renate Bender. Hipoterapia: El caballo en la rehabilitación.

Capítulo 6

SELENIO, DE LA QUÍMICA A LA CLÍNICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

FRANCISCO JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El Selenio desde el punto de vista químico es un elemento del grupo de los no metales.Este elemento químico también tiene una función biológica y por lo tanto debemos introducirlo en muy pequeñas concentraciones en nuestra dieta, se considera por lo tanto un microelemento esencial en seres humanos.

Volviendo al análisis químico del elemento podemos encontrarlo en la naturaleza en forma de selenato (Se 6+) selenito (Se 4+) selenuro (Se 2-). ¿Y como lo incorporaremos a nuestro organismo? Las formas más biodisponibles son los selenoaminoácidos, aminoácidos que contendrán en su estructura selenio como es el caso de selenocisteina y selenometionina. Estos aminoácidos los introduciremos al ingerir determinados alimentos proteicos de origen animal y vegetal, y la concentración dependerá del porcentaje de proteína que contenga el alimento así como de la concentración de selenio que presente el suelo cuando se trate de alimento de origen vegetal.

Una vez ingeridos su absorción es a nivel gastrointestinal (90%) como selenometionina. Circula por plasma unido a selenoproteina P o selenoproteina W, para posteriormente distribuirse principalmente por hígado, riñones, páncreas y músculo.
La selenometionina por su parte actúa como reservorio de selenio que el organismo utiliza cuando su ingesta disminuye. Esta se incorpora a proteínas aleatoreamente en lugar de metionina. En cuanto a la eliminación orgánica del selenio se

catabolizará en forma de selenuro. El selenuro se incorporará a cisteina y metionina. Su eliminación mediante excreción renal o incluso respiratoria en casos de intoxicación.

Funciones bológicas
Como constituyente de las selenoproteínas. En forma de selenocisteina. Con actividad catalítica mayor que la cisteina ya que el grupo selenol es más ionizable a pH fisiológico que el grupo tiol. Forma parte de enzimas como la Glutation Peroxidasa que protege las membranas al reducir la acción de los peróxidos lipídicos y otro radicales libre de la Tioredoxin reductasa, una enzima con actividad inmunológica, regulación redox de señales de citocinas. También se encuentra en la estructura de la Iodotironina desyodasa que cataliza la desiodación de tiroxina regulando síntesis de hormonas tiroideas. También es necesario para entender la importancia biológica de este elemento esencial traza que la selenoproteina P protege el endotelio vascular de oxidantes locales.

Datos Según USDA (Departamento de Agricultura de Estados Unidos) La ingesta dietética de referencia (IDR) para el selenio para la población adulta es de 55 microgramos al día. Se considera tóxica una ingesta mayor a 400 microgramos al día. Todo ello para alcanzar unos niveles de concentraciones plasmáticas de 90 microgramos de Selenio por litro de plasma, que son adecuadas para los requerimientos fisiológicos de las selenoproteinas. Un aumento o disminución en la concentración puede tener consecuencias clínicas como veremos a continuación.

2 Objetivos

- Realizar una búsqueda bibliográfica que demuestre que el selenio, pese a ser un gran olvidado en el estudio de iones a nivel clínico, tiene una repercusión muy importante en la salud de los humanos.
- Demostrar que una alteración en la concentración de este elemento tanto por déficit como por exceso puede ser problemático para la salud.
- Concienciar al lector y al personal interesado de la posible necesidad de añadir a la cartera de trabajo de los laboratorios clínicos el análisis de elementos que hasta ahora no se realizan, utilizando para ello al selenio como muestra. - Rellenar un vacío existente en el estudio clínico de microelementos traza y de sus consecuencias y más concretamente en el caso del selenio.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda bibliográfica y obtener los artículos y trabajos que hemos analizado, se han utilizado diferentes buscadores y bibliotecas en linea: Pubmed, Scielo, Web Od Science, Scopus y Google Académico. Las palabras clave que hemos utilizado han sido: selenio, selenio en la clínica, selenio enfermedad, selenium y selenium disease. No hemos filtrado por año de publicación, ni por tipo de artículo, ni por idioma del artículo. Cabe destacar que todos los artículos obtenidos estaban en ingles y en español. Tras realizar la búsqueda y obtener el grueso de los trabajos se ha seleccionado aquellos que pudiesen ser de interés para nuestro estudio. Se han seleccionado aquellos trabajos que aportaran datos concretos sobre la influencia de una concentración adecuada en la salud de los seres humanos.

4 Resultados

Para analizar la concentración de selenio en el laboratorio clínico se pueden utilizar varios parámetros:
Por un lado la medida en suero refleja la ingesta de los últimos días.Cuando la determinación se realiza en sangre total, se considera un indicador a más largo plazo, ya que se sabe que es un almacén de selenio los eritrocitos., por lo tanto según la bibliografía consultada en condicionas de normalidad habrá 37% mas concentración en sangre que en suero. También se estudia la actividad de glutation peroxidasa como índice funcional en situaciones de déficit. Y para finalizar la determinación de selenoproteína P por métodos inmunoquímicos aporta datos relacionados con la cantidad.

El déficit de selenio grave se ha relacionado con dos enfermedades:
A. Enferedad de Keshan. Descubierta 1935 en noreste de China una zona que contiene unos suelos pobres en selenio. Esta enfermedad cursa con miocardiopatía que se mostrará con dolor precordial, opresión , nauseas y vómitos. Asociada a la presencia de cepa virus Coxsakie. Su pronostico es desalentador ya que deriva en una alta mortalidad (1960/1970 murieron miles de personas). Se trata con suplementos de selenio.

B. Enfermedad de Kashin-Beck. Es una afectación osteoarticular degenerativa endémica en ciertas áreas del Tibet. Se muestra con una corta estatura de los individuos afectos, debido a necrosis focales múltiples de los condrocitos hipertróficos en la base del cartílago articular. Los enfermos de Kashin-Beck sufren acor-

tamiento de los dedos y extremidades y, en los casos más graves, enanismo. Entre los síntomas frecuentes de esta enfermedad pérdida de apetito y nauseas.

Además de estas dos patologías, en la bibliografía hemos encontrado datos que complementan la importancia del control sanitario del selenio. Diferentes trabajos hablan que el selenio es inhibidor de la replicación de virus de la hepatitis in vitro (Yu M-W, et al 1999) .También presenta un papel fundamental en la reproducción: necesario en la síntesis de espermatozoides y biosíntesis de testosterona(Driscoll DM et al. 2003) y como habíamos mencionado antes desarrolla un papel en la función tiroidea, su déficit produce hipotiroisdismo(Haweks WC et al, 1985).

Por otra parte también aparecen estudios que hablan de su influencia en los estados de animo y como suplementos con selenio disminuyen la depresión y ansiedad (Benton D, 2002).

No sólo el déficit de selenio puede ser perjudicial, un exceso del mismo puede ocasonar problemas en la salud, las concentraciones patológicas, ocurren tanto por defecto como por exceso:
1. A partir de 25 microgramos de Selenio por litro de plasma para prevenir la enfermedad de Keshan.
2. Cuando se sumperan 250 microgramos de Selenio por litro comienza la toxicidad.
3. A partir 3200 microgramos de Selenio por litro de plasma la toxicidad causada es susceptible de mortalidad.

Slenosis
Toxicidad crónica por acúmulo de selenio. Cursa con fragilidad y pérdida de pelo y uñas. Puede complicarse a lesiones cutáneas y afectación del sistema nervioso. La selenosis en la mayoría de los casos es concomitante con fluorosis
Se considera tóxica una ingestamayor a 400 microgramos al día.

El selenito inhibe aparentementealgunos sistemas enzimáticos como el de succinato deshidrogenasa (Villanueva 2011).Con la intoxicación aguda, una teoría es el agotamiento de los sustratos intermedios,tales como glutation y adenosilmetionina, perturbando las actividades de dichas enzimas.(Plemlee 2003). Cuando se un el Se a los aminoácidos sustituye al azufre, alterando los puentes disulfuro de muchas proteínas, proteínas como la queratina tienen un alta densidad de puentes disulfuro (Anzola 2001).

Continuando con el análisis a nivel nacional un estudio realizado por Díaz Alarcón et al afirma que en los 90, la sociedad española ingería de media 56,69 microgramos /día, repartido en 18.47 microgramos/día carne; 15.78 microgramos/día pescado y 15.36 microgramos /día en legumbres. (Particularidad: estudio centrado en Andalucía,vzona de alta tradición en consumo de pescado).

5 Discusión-Conclusión

La importancia del control de selenio por los laboratorios clínicos queda demostrada tras la realización del estudio, debido a la gran influencia que este tiene sobre diferentes procesos patológicos. En países con suelos muy pobres en selenio y aparecen enfermedades de pronóstico muy negativo, a nivel nacional se observa que a partir de todos los datos expuestos, se puede afirmar que existe una deficiencia subclínica de Selenio. Esta deficiencia podría ser atenuada aumentando el aporte en la dieta. Otra estrategia es que los organismos públicos nacionales podrían promover estudios que determinasen el alcance de la deficiencia de selenio en la población española.

6 Bibliografía

1. Importancia del selenio en la práctica clínica,G Casals, M Torra, R Deulofeu, A Ballesta - Quim Clin, 2005
2.Selenio y salud; valores de referencia y situación actual de la población Española Francisco Javier López-Bellido Garrido1 y Luis López Bellido,Matos-Reyes MN, Cervera ML, Campos RC, de la Guardia M. 3.Total content of As, Sb, Se, Te and Bi in Spanish vegetables, cereals and pulses and estimation of the contribution of these foods to the Mediterranean daily intake of trace elements. Food Chem 2010; 122: 188-94. López-Bellido FJ, Poblaciones MJ, Rodrigo S, López-Bellido L, Zhao FJ.
4.First report of low selenium concentrations in soil and bread-making wheat grain in Guadalquivir Valley (southern Spain). Proceeding of 3rd International Symposium on Trace Elements and Health; 2011 24-27 may: Murcia (Spain), pp. 221-2.
5. Selenium modulates β-cyfluthrin-induced liver oxidative toxicity in rats AB Jebur, HM Nasr.
.Yu M-W, Horng I-S, Chiang Y-C, Liaw Y-F, Chen C-J.
6.Plasma selenium levels and the risk of hepatocellular carcinoma among men with chronic hepatitis virus infection. Am J Epidemiol 1999; 150: 367-374.

7. Driscoll DM, Copeland PR. Mechanism and regulation of selenoprotein synthesis. Annu Rev. Nutr. 2003 ; 23: 17-40.
8. Haweks WC, Wilhelmsen EC, Tappel AL. Abundance and tissue distributionof selenocysteine-containing proteins in the rat. J InorgBiochem1985; 23: 77-92
9. Benton D. Selenium intake, mood and other aspects of psychologicalfunctioning. Nutr Neurosci 2002; 5 (6): 363-374.

Capítulo 7

ADICCIÓN A OPIOIDES

LIOBA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

MARTA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

AIDA GONZÁLEZ SUÁREZ

REBECA CABO MAGADÁN

LAURA LAGO GARCÍA

1 Introducción

Según el concepto actual, podríamos definir la drogodependencia como el uso de sustancias con función reforzadora positiva que activarán unos circuitos neuronales de refuerzo y recompensa (mediante la vía dopaminérgica mesocorticolímbica), lo que provocará un uso continuado, llevando al individuo a la neuroadaptación. Todo ello dará lugar a una conducta de búsqueda y autoadministración, recaídas y síndrome de abstinencia.

La drogodependencia es una enfermedad crónica con reagudizaciones, que afecta a la salud en todas sus vertientes; física, psicológica y social.

Dentro de las consecuencias físicas tendremos intoxicación, sobredosis, abstinencia… Incluso algunas enfermedades que se derivan de la vía de administración de la sustancia, como puede ser el VIH. Dentro de las consecuencias psicológicas podemos encontrarnos insomnio, ansiedad, delirios… Por último, a nivel social la drogodependencia ocasiona una desestructuración de la forma de vida del individuo, incluso pudiendo llegar a llevar una vida marginal o delictiva.

Dentro de las drogodependencias vamos a centrarnos en la adicción a opioides. El término opioide hace referencia a cualquier sustancia que tenga afinidad por los receptores opioides; a diferencia del término opiáceo que hace referencia a las sustancias obtenidas del opio. Los opioides pueden ser por tanto: naturales, como la morfina; semisintéticos, como la heroína; o sintéticos, como la metadona. Además, el cerebro sintetiza péptidos opioides endógenos.

Según la afinidad que tengan por sus receptores, los opioides se clasifican en:
- Agonistas puros: actúan sobre el receptor mu. Son ejemplos la heroína o la morfina. Tienen efectos tanto a nivel del sistema nervioso central (analgesia, sedación, euforia, depresión del centro respiratorio, miosis, efecto antitusígeno, vómitos…) como a nivel del sistema nervioso periférico (bradicardia, hipotensión, estreñimiento, retención urinaria, prurito…)
- Agonistas parciales: actúan también sobre el receptor mu, pero con menos eficacia que los anteriores. El ejemplo característico es la buprenorfina. Sus efectos son más intensos y prolongados. Provocan también depresión del centro respiratorio, aunque en menor medida.
- Agonistas-antagonistas mixtos: actúan como agonistas sobre el receptor kappa y como antagonistas en el receptor mu. Un ejemplo es la pentazocina. Sus efectos son somnolencia, cansancio, mareo, nerviosismo, ansiedad y, a dosis altas, pseudoalucinaciones.
- Antagonistas puros: por ejemplo la naloxona. Bloquean la acción de los opioides, por lo que se usan en situaciones de intoxicación o sobredosis.

El uso crónico de los opioides provoca una neuroadaptación, que es la que dará lugar a la dependencia. También hay una disminución de la actividad noradrenérgica en el locus caeruleus, lo que provoca el síndrome de abstinencia.

2 Objetivos

- Dar a conocer las consecuencias de las drogodependencias, concretamente de la dependencia a opioides.
- Explicar el concepto de síndrome de abstinencia y sus fases.
- Conocer el tratamiento psicológico y farmacológico de la dependencia, así como las pautas de desintoxicación.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre artículos de la literatura científica en los que se desarrolle la adicción a opioides, así como sus consecuencias y los posibles tratamientos de los que dispone la comunidad científica.

También se ha llevado a cabo una búsqueda en varias bases de datos, tales como Scielo, Pubmed, Lilacs, ScienceDirect y Web of Science.

4 Resultados

Como hemos dicho, las adicciones tienen consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Esto sucederá, por tanto, también con la adicción a opioides.

- Consecuencias físicas: Lo más frecuente son las patologías infecciosas, que son las responsables del 30-60% de los ingresos de este grupo de población. La utilización de la vía intravenosa como método de consumo conlleva el aumento de la transmisión de hepatitis B, C y VIH. La sobredosis de opioides provoca entre un 1-3% de las muerte anuales.

- Consecuencias psicológicas: Muchos estudios demuestran que hay una mayor prevalencia de trastornos mentales en los adictos a opioides que en la población general. El trastorno mental con el más frecuencia se relaciona es con el trastorno depresivo. Dentro de los trastornos de ansiedad el que más frecuentemente aparece son las fobias. Por otra parte, entre un 30 y un 60% de estos pacientes cumplen criterios de trastorno de personalidad, siendo el más frecuente el trastorno antisocial.

- Consecuencias sociales: Es frecuente que los adictos a opioides tengan problemas familiares, difícil convivencia, separaciones… Se dejan de lado las relaciones interpersonales y la integración social, ya que el adicto vive solo por y para conseguir la sustancia. Por ello es común el abandono de las obligaciones, estudios, trabajo… y la delincuencia, para conseguir el dinero necesario para financiarse su dependencia. Los delitos más frecuentes son prostitución, robo, venta de drogas…

Otro problema derivado de la adicción a opioides es el síndrome de abstinencia que estos provocan. El DSM-V define abstinencia de opiáceos como:
A. Presencia de alguno de los hechos siguientes:
1. Cese (o reducción) de un consumo de opiáceos que ha sido muy intenso y prolongado (es decir, varias semanas o más).

2. Administración de un antagonista de los opiáceos tras un consumo prolongado de opiáceos.

B. Tres (o más) de los hechos siguientes, que aparecen en el plazo de unos minutos o varios días tras el Criterio A:
1. Humor disfórico.
2. Náuseas o vómitos.
3. Dolores musculares.
4. Lagrimeo o rinorrea.
5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
6. Diarrea.
7. Bostezos.
8. Fiebre.
9. Insomnio.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia. Al interrumpir el consumo de opioides tras varias semanas, tiene lugar el llamado efecto rebote. Como los opioides inhiben los neurotransmisores excitadores, al interrumpir su consumo se produce una descarga excesiva de noradrenalina, que será la responsable de los síntomas de la abstinencia y su gravedad. Se produce también un aumento de la dopamina en la corteza prefrontal y una disminución en el núcleo accumbens, responsable de la sensación de disforia. También hay un aumento de la actividad GABA, que es el responsable de los síntomas vegetativos del síndrome de abstinencia de opioides.

El síndrome de abstinencia consta de 4 fases, tras las cuales existe una fase de resolución que puede durar hasta 5 días más.
- Fase I: entre las 4 y 8 primeras horas. Sus síntomas son sudoración, rinorrea, bostezos, lagrimeo y ansiedad.
- Fase II: a partir de las 12 horas. Sus síntomas son los mismos de la fase I, pero más intensos, a los que sumamos midriasis, espasmos musculares, piloerección, sensación alternante de frío y calor, anorexia y artralgias.

- Fase III: entre las 18 y las 24 horas. Aparecen los síntomas de la fase II de forma más intensa y además inquietud, nauseas, insomnio, hipertermia, taquicardia, taquipnea y cifras de tensión arterial mayores de 160/95.
- Fase IV: entre las 24 y las 36 horas. A los síntomas de la fase III se unen fiebre, diarrea, vómitos, leucocitosis, calambres musculares y eyaculación espontánea.
- Fase de resolución: persisten síntomas residuales, como pueden ser el insomnio y los cambios de temperatura.

El problema médico más importante derivado de la adicción a opioides es la sobredosis, ya que puede acabar con el fallecimiento del paciente. Los síntomas de una sobredosis son: paro respiratorio, respiración superficial, lenta y forzada, boca seca, pupilas mióticas, decoloración de la lengua, hipotensión, bradicardia, labios y uñas cianóticas, espasmos estomacales y del tubo digestivo, somnolencia, espasticidad muscular, y en fases más avanzadas, desorientación, delirio o coma.

Según diversos estudios, las muertes por sobredosis afectan en mayor medida a los hombres, lo cual puede ser explicado porque el número de consumidores varones es mucho mayor que el de mujeres. La edad suele superar la treintena, posiblemente porque el deterioro físico debido al paso de los años aumente el riesgo de fallecer por sobredosis. Suelen ser personas que se iniciaron en el consumo durante la adolescencia, manteniendo un consumo regular hasta el fallecimiento. La mayoría de las veces la muerte tiene lugar en presencia de otras personas, que a menudo no prestan ayuda por falta de conocimientos o por miedo a una intervención policial.

El tiempo entre la última dosis consumida y el fallecimiento suele ser superior a las tres horas. Es este intervalo el que nos permite poder intervenir a tiempo para evitar la muerte.

Por último, ahondaremos en el tratamiento de la dependencia, tanto farmacológico como psicológico, y la desintoxicación.

Para el tratamiento farmacológico se utilizan dos grupos de fármacos: los antagonistas opioides (que bloquean el efecto de estos, por lo que se emplean en la prevención de recaídas) y los agonistas opioides (que mimetizan su efecto, por lo que los empleamos como tratamientos de sustitución).

- Tratamiento con antagonistas: bloquean la acción de los opioides pero no mejoran el ansia por el consumo. No producen sensación de euforia ni dependencia física. El tratamiento con antagonistas está indicado cuando haya largos periodos

de abstinencia y recaída reciente; una breve historia de consumo; en estancias en instituciones cerradas, como puede ser un hospital o una prisión; tras un programa de mantenimiento con metadona; en profesionales sanitarios adictos a opioides; y por último, cuando el paciente así lo solicite. Por otro lado, su uso está contraindicado en embarazadas y lactantes; en enfermedad hepática aguda o insuficiencia hepática o si hay antecedentes de trastornos psiquiátricos graves. La naltrexona es el antagonista opioide más utilizado para tratar la dependencia a heroína. Se utiliza en dosis de 50mg al día. Para poder pautarlo es necesario tener confirmación de que hay desintoxicación previa. Nos cercioremos de ello mediante un test de drogas en orina y el test de la naloxona.

- Tratamiento con agonistas: tienen una actividad parecida a la que ejercen los opioides sobre el organismo, por lo que se utilizan para aliviar los síntomas de la abstinencia y disminuir el deseo de consumir otros opioides no legales. Este tratamiento pretende que el adicto disminuya sus conductas de riesgo. Se buscan fármacos que tengan una mayor duración de su acción que la que tenía el opioide que se pretende sustituir, para que así los síntomas de la abstinencia aparezcan más tarde y disminuya la frecuencia de la administración. Las indicaciones del tratamiento con agonistas son la no abstinencia en programas libres de drogas; dependencia crónica con múltiples fracasos terapéuticos; complicaciones orgánicas graves cuya recaída ponga en peligro la vida del paciente; heroinómanas embarazadas (en este caso el tratamiento será con metadona); patología psiquiátrica grave asociada. Los fármacos más utilizados son la metadona, a dosis de 60-100 mg al día por vía oral, y la buprenorfina, a dosis de 6-12 mg al día por vía sublingual.

El tratamiento psicológico es muy importante a la hora de motivar a los pacientes para que inicien un tratamiento farmacológico y eviten las recaídas. Hay que elaborar un plan de tratamiento individualizado, dependiendo de los antecedentes y del momento en el que se encuentre el paciente. Es por ello que el tratamiento suele ser individual, para ajustarse lo más posible a las necesidades del paciente y favorecer su permanencia en el programa. En estas terapias se fijan una serie de objetivos, como pueden ser:

- Reconocimiento de la existencia de un problema de dependencia
- Incremento de la motivación para el tratamiento
- Dejar de consumir
- Deshabituación psicológica
- Mejoría del estado físico
- Entrenamiento en prevención de recaídas

- Identificación y tratamiento de comorbilidad psíquica
- Adquisición de un nuevo estilo de vida
- Mejora de la actividad laboral y la situación económica

Si el paciente tiene una dependencia grave, con una larga historia de consumo, fracaso en tratamientos anteriores o psicopatología asociada, se preferirá un tratamiento en un centro comunitario. Mientras que si el paciente tiene una dependencia moderada sin historial de fracaso de tratamientos previos, se optará por la inclusión en un programa ambulatorio.

Las comunidades terapéuticas son programas perfectamente estructurados en los que los pacientes permanecen internos en una residencia, normalmente durante un periodo de 6 a 12 meses. La diferencia fundamental de las comunidades terapéuticas frente a otros enfoques de tratamiento es que usan a la comunidad como factores clave de cambio para influir en las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el consumo de drogas de los pacientes. El enfoque de la comunidad terapéutica es la reinserción social del paciente a un estilo de vida libre de drogas y de delitos.

Finalmente, la desintoxicación busca conseguir la abstinencia después del cese del consumo de opioides. Sus objetivos son:
- Liberar al organismo de la dependencia física asociada al consumo crónico
- Disminuir las molestias y el disconfort asociado a la supresión del consumo
- Proporcionar un tratamiento seguro que permita al adicto superar las primeras dificultades que surgen al plantearse el abandono del consumo
- Crear un espacio de comunicación centrado en la motivación y compromiso para el tratamiento
- Detectar y tratar cualquier problema médico existente
- Aprovechar para realizar educación para la salud y para la prevención de recaídas.

Las pautas de desintoxicación pueden ser:
- Clásica: duran de dos a tres semanas, y se pautan dosis decrecientes de metadona.
- Corta: surgen como respuesta al deseo de los pacientes de no sufrir durante largos períodos los síntomas de la abstinencia.
- Ultracorta: son tratamientos que tienen una duración de 24 horas o menos. Se administran antagonistas opioides para provocar la abstinencia

5 Discusión-Conclusión

La dependencia a opioides es una enfermedad crónica recurrente que requiere un tratamiento a largo plazo y un programa de apoyo.

Existen una serie de factores de riesgo que favorecen la adicción a los opioides:
- Que el paciente haga uso de sustancias que actúan rápidamente y con un efecto a largo plazo
- Factores genéticos determinantes en la forma de metabolizar la droga
- Antecedentes familiares de drogodependencia
- Personalidad de riesgo
- Alteraciones psiquiátricas previas como la depresión o la ansiedad

Los adictos a opioides en muchas ocasiones incurren en delitos para poder costearse su adicción, lo que genera que la dependencia esté estigmatizada socialmente, ya que se asocia a delincuencia y a ausencia de moralidad.

Es importante tanto el tratamiento farmacológico como el psicológico para poder conseguir la abstinencia, consiguiendo de esta manera no solo acabar con los problemas derivados directamente del consumo de opioides, sino también con los problemas que acarrea su consumo, como infecciones, delincuencia, desestructuración familiar…

Por último debemos tener en cuenta, que la adicción a opioides, como cualquier otra adicción, es una enfermedad, y como tal debemos tratarla y ocuparnos de ella.

6 Bibliografía

- American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (2014)
- http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/infofacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion
- http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002861.htm
- Valverde, O.; Maldonado, R. Neurobiología de la adicción a opiáceos. Revista Adicciones. Volumen 17, suplemento 2 (2005)
- San Juan Sanz, P. Trastorno de sustancias. Revista Medicine. Vol 12, p. 4984-4992 (2019)
- Pereiro Gómez, C.; Bermejo Barrera , A.; López de Abajo, B. Muerte por sobredosis: de la reacción aguda tras consumo de opiáceos a la muerte asociada al

policonsumo. Revista Adicciones. Volumen 17, suplemento 2 (2005)
- Vera Carrera, M. A., Vite Correa, S. M., Carvajal Prado, M. M., & Motoche Granados, K. P. Manejo de intoxicación por opioides. Recimundo, 3(4), p. 494-510. (2020).
- Álvarez, Y.; Farré, M. Farmacología de los opioides. Revista Adicciones. Vol. 17, suplemento 2 (2005)
- Pereiro Gómez, C. Manual de adicciones para médicos especialista en formación (2010)
- M. J. Pujante Tortosa et al. Deshabituación rápida de opioides. Revista Sociedad Española del Dolor, Vol. 26, N. º 2 (2019)

Capítulo 8

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

MARTA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

LIOBA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

LAURA LAGO GARCÍA

AIDA GONZÁLEZ SUÁREZ

1 Introducción

Los trastornos de la conducta o comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves, caracterizadas por alteraciones persistentes en la alimentación o en el comportamiento alimentario, generalmente acompañadas de una intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo, que conllevan a un deterioro de la salud física o psicosocial. Son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y la nutrición, de ahí la gran importancia de realizar un tratamiento especializado y multidisciplinar.

Los TCA constituyen la tercera causa de enfermedad crónica en adolescentes, afectando principalmente a mujeres jóvenes, y siendo más frecuentes en las clases media y alta.

Se desconoce la causa de los TCA, pero se sabe que intervienen diferentes factores en su desarrollo.

Dentro de los factores biológicos se han identificado diferentes genes y se han

desarrollado hipótesis para explicar su influencia en los TCA. El inicio de la pubertad se produce por la liberación de hormonas a través del eje hipotálamo - hipófiso gonadal. Estas hormonas juegan un importante papel en la psicología de las conductas alimentarias, en la ansiedad, en la alteración de los rasgos psicológicos y comportamentales y en los cambios físicos. También se conoce la influencia de factores psicológicos (actuando en personas con mayor vulnerabilidad, como es en la adolescencia), familiares, interpersonales, transculturales y factores socioculturales, estando presente en los medios de comunicación de manera continuada el ideal de belleza de cuerpos delgados.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es el conocimiento de los trastornos de conducta alimentaria para poder prevenirlos, y realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los TCA se pueden clasificar en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno alimentario no especificado.

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por el miedo a la ganancia ponderal, con rechazo a mantener un peso corporal normal y una alteración en la percepción corporal.

La anorexia nerviosa, puede ser de tipo restrictivo (dieta hipocalórica, ejercicio físico) o compulsivo/purgativo (restricciones atracones o purgas mediante la provocación del vómito, utilización de medicación laxante, diurética o enemas, entre otros).

Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa (CIE-10):
1. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal igual o menor a 17.5 kg/m2). Los pacientes prepúberes pueden no presentar el peso correspondiente a su fase de desarrollo.
2. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de: a) evitación del consumo de "alimentos que engordan", y por uno o más de los síntomas siguientes: b) vómitos autoprovocados, c) purgas intestinales autoprovocadas, d) ejercicio excesivo y e) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

3. Distorsión de la imagen corporal: persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal
4. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como pérdida de interés y potencia sexuales. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
5. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene
La bulimia nerviosa se caracteriza por atracones (episodios repetidos de consumo de alimentos en exceso en periodos de tiempo muy cortos), lo que le genera una sensación temporal de bienestar, seguida de una preocupación por el control del peso corporal así como de una sensación de pérdida de control, lo que conlleva a medidas compensatorias inapropiadas (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo, etc). El temor a engordar afecta directamente a los sentimientos y emociones de la persona, influyendo de esta manera en su estado anímico.
La bulimia nerviosa puede ser de tipo purgativo (siendo el tipo más frecuente; consistente en vómitos provocados, utilización de laxantes, diuréticos o enemas) o de tipo no purgativo (basado en dietas hipocalóricas, ayuno o ejercicio físico)
Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa (CIE-10)
- Preocupación continua por la comida con deseos irresistibles de comer, presentándose episodios de polifagia durante los que consume grandes cantidades de comida en cortos periodos de tiempo.
- El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intercalados de ayuno, consumo de fármacos (supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos).
- Miedo morboso a engordar. El enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso

muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo y sano. Con frecuencia existen antecedentes de anorexia nerviosa

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificada, existen síntomas relacionados con la conducta alimentaria pero sin cumplir suficientes criterios para catalogarse como anorexia o bulimia nerviosa. Los pacientes pueden cumplir los criterios para anorexia nerviosa pero con un peso normal (anorexia nerviosa con normopeso) o con presencia de ciclos menstruales (anorexia nerviosa con menstruación regular), o bien presentar criterios para bulimia nerviosa pero atracones y conductas compensatorias menores a dos veces por semana o con una duración total menor a tres meses (bulimia atípica), conductas compensatorias tras ingerir pequeñas cantidades de comida (conductas compensatorias inadecuadas regulares) o masticar y expulsar (sin tragar) grandes cantidades de comida. Dentro de los trastornos de conducta alimentaria no especificados cabe destacar el trastorno por atracones consistente en atracones recurrentes de grandes cantidades de comida pero sin conductas compensatorias. Dicho atracón se produce por las restricciones dietéticas prolongadas, y la necesidad de ingerir alimentos, q suelen ser dulces, lo que hace q ingieran muchas calorías en una sola comida. Se acompaña de sentimientos de culpa q a veces conducen al abandono de la dieta y al posterior consumo de un alto aporte calórico diario. La pica es otro TCA no especificado que se basa en ingesta de sustancias no nutritivas (tierra, papel, trapos, pelos…). El trastorno por rumiación consiste en la regurgitación repetida de alimentos, no atribuida a otra alteración médica, siendo más frecuentes en pacientes con discapacidad intelectual.

Es importante destacar la falta de conciencia de enfermedad de los pacientes que sufren TCA, de ahí la negativa de la sintomatología.

Signos y/o síntomas que se pueden encontrar en dichos pacientes son entre otros: pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes, retraso en el crecimiento normal para la edad y peso, menstruaciones irregulares o amenorrea, osteoporosis, debilidad, hirsutismo o lanugo, anomalías dentarias, hipertrofia parotídea, callosidades en los nudillos de las manos, sensación de frío constante, comer en solitario y desaparecer tras la comida, preocupación excesiva por los alimentos, miedo exagerado al sobrepeso o ganancia ponderal, ejercicio excesivo, solicitud de diuréticos o laxantes…

Se recomienda una exploración completa del paciente, que incluya peso, talla y signos vitales como frecuencia cardíaca (tendencia a la bradicardia debido al descenso de la tasa metabólica), tensión arterial (ortostatismo, hipotensión), así como auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal y de extremidades (edemas, lesiones en dorso de las manos secundarias a la autoprovocación del

vómito). Se puede observar pelo quebradizo, sequedad de piel o alopecia secundarias a la desnutrición.

Se aconseja la realización de una analítica completa, que incluya hemograma, bioquímica general, proteínas totales, albúmina, iones, hierro, hormonas tiroideas, vitamina D. Los pacientes con TCA graves suelen tener alteraciones en el hemograma (anemia, leucopenia, trombopenia) así como en la bioquímica (hiponatremia, hipopotasemia, hipocalcemia). así como un electrocardiograma para descartar alteraciones cardíacas.

El tratamiento de los TCA requiere de un abordaje multidisciplinar, basado en medidas psicofarmacológicas e intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas para tratar las complicaciones físicas, crear conciencia de enfermedad y tratar de reestructurar los pensamientos, actitudes y sentimientos relacionados con la patología, intentando con ello normalizar los hábitos dietéticos creando pautas alimentarias saludables. Para todo ello es importante la intervención familiar y la prevención de recaídas.

Es importante recalcar que el tratamiento farmacológico es el tratamiento secundario, ya que lo que prima en esta patología son las intervenciones psicoterapéuticas y educativas.

En el caso de la anorexia nerviosa algunos manuales recomiendan como tratamiento farmacológico la olanzapina en dosis progresivas de 2.5-10mg/día, y en los pacientes que asocian trastornos ansiosos o depresivos importantes estarían indicados los inhibidores selectivos de la recaudación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina o citalopram; y si no hay respuesta a estos se podrían usar antidepresivos tricíclicos (clomipramina, amitriptilina, imipramina). Es importante tener en cuenta que hay que iniciar los tratamientos farmacológicos con dosis bajas, dado el bajo peso y el estado nutricional del paciente, siendo los efectos adversos en estos casos más acusados.

En la bulimia nerviosa el tratamiento de primera elección son los ISRS, pero a dosis más altas (fluoxetina 60mg/día). El tratamiento de segunda línea antidepresivos tricíclicos (como la amitriptilina o imipramina), topiramato o trazodona.

El bupropión está contraindicado en pacientes con TCA por riesgo convulsivo.

En el trastorno por atracones el tratamiento de elección son los ISRS y como alternativa fármacos antiepilépticos como el topiramato, el cual es eutimizante y controlador de impulsos.

Como tratamiento de complicaciones es recomendable valoración de tratamiento de vitamina D y calcio.

En el caso de llevarse a cabo tratamiento farmacológico se recomienda el mantenimiento del mismo durante 9-12 meses.

5 Discusión-Conclusión

Los TCA constituyen una patología caracterizada por alteraciones persistentes en la alimentación o en el comportamiento alimentario, que conllevan a un deterioro de la salud física o psicosocial de la persona que los padece.

Con este trabajo queremos dar a conocer una patología, cuyo diagnóstico precoz es de vital importancia, de ahí la necesidad de que el equipo de Atención Primaria la tenga presente, para poder realizar una prevención primaria de los trastornos alimentarios así como en el caso de que estos ya estén presentes poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoces así como un seguimiento estrecho para la prevención de recaídas.

6 Bibliografía

- Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz. Sinopsis de Psiquiatría. Capitulo 15, Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Ed. Wolters Kluwer 2015. p. 509-519.
- Fauci, Braunwald, Kasper et all. Harrison. Principios de Medicina Interna. 17ª Edición. Editorial Mc Graw Hill. Vol.1. cap 76. p.473-477.
- Pere Antoni Soler Insa, Josep Gascón Barranchina. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 4ª ed. Editorial Cyesan. 2012. p.201-202.
- Marín B V, Rybertt V, Briceño AM, Abufhele M, Donoso P et all. Female adolescents with eating disordes. Rev Med Chil. 2019;147(1):47-52.
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid : Editorial Médica Panamericana

Capítulo 9

ANSIEDAD. ELECCIÓN DE TRATAMIENTO

AIDA GONZÁLEZ SUÁREZ

LAURA LAGO GARCÍA

MARTA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

LIOBA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Existe una ansiedad normal que ejerce una función adaptativa de preparación para la ejecución de tareas o estar alerta ante posibles amenazas. A su vez, existe una ansiedad que consideramos como una respuesta desproporcionada frente a un estímulo o con una duración e intensidad superiores a los esperados que llamamos ansiedad patológica. Es el síntoma psiquiátrico más frecuente y podemos encontrarla conformando un trastorno de ansiedad o ser comórbida a otras patologías mentales. Posee como síntomas nucleares un miedo y una preocupación excesivos. La preocupación puede incluir tristeza ansiosa, expectativas aprensivas, pensamiento catastrófico y obsesiones.

2 Objetivos

- Revisar los tratamientos disponibles para la ansiedad en la actualidad a través de la exposición de un caso clínico.

3 Caso clínico

Se presenta el caso clínico de una mujer de 26 años derivada por su Médico de Atención Primaria (MAP) para valoración al Centro de Salud Mental por clínica de ansiedad persistente.

Filiación: casada, vive con su marido y dos hijos de 4 y 2 años. No tiene hermanos. Trabaja en el sector de la hostelería, en situación de incapacidad temporal desde el inicio del cuadro actual.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No enfermedades ni intervenciones quirúrgicas de interés. No hábitos tóxicos.

No tiene contactos previos con la red de salud mental pero consta toma de tratamiento ansiolítico (Lorazepam) tras el fallecimiento de su padre durante 5-6 meses pautado por su Médico de Atención Primaria.

Tratamiento actual: Lorazepam 1mg 2-2-2

Antecedentes familiares:
Su padre falleció hace 4 años de forma inesperada tras Infarto Agudo de Miocardio. Su madre está viva y la paciente refiere que siempre ha tomado algún tratamiento psicofarmacológico que no recuerda.

Niega otros antecedentes familiares de interés.
Historia actual: La paciente acude acompañada de su marido a la consulta. Lleva a tratamiento con su MAP desde hace 5 meses con lorazepam que fueron incrementando de forma progresiva hasta dosis actual por no control sintomático. Derivan a la paciente al persistir los síntomas sin remisión completa de los mismos. El motivo de iniciar la pauta fue que la paciente aquejaba ansiedad e insomnio. En nuestra consulta, refiere que desde hace 7-8 meses comienza a sentirse nerviosa todo el día y con la sensación de que algo malo iba a ocurrir sin motivos reales para ello. Refiere miedo a que le ocurriese algo malo a su marido o hijos, pensamientos que llegan a dificultarle la conciliación del sueño. Además, verbaliza haber tenido cefaleas frecuentes de tipo tensional y molestias digestivas a nivel de epigastrio. Con el tratamiento actual ha presentado una leve mejoría, pero persisten los síntomas aunque de forma más atenuada. No lo relaciona con ningún factor desencadenante y su marido tampoco. Coincide temporalmente con un cambio de trabajo de la paciente y problemas en la guardería de su hijo pequeño. La paciente verbaliza buena adaptación en el ámbito laboral aunque el horario del mismo es peor que el anterior que tenía y lo acontecido en la guardería se ha

solucionado de forma óptima.

A la exploración psicopatológica, consciente, orientada en las 3 esferas, colaboradora. Astenia. Ansiedad flotante en primer plano. Inquieta en la consulta. Sensación de tensión muscular constante, cefaleas tensionales. No crisis de ansiedad. Humor ansioso. No ánimo depresivo ni hipertímico. Discurso coherente, fluido y centrado sin alteraciones del curso o contenido del pensamiento. Verbaliza muchos miedos. No se evidencia sintomatología psicótica ni alteraciones sensoperceptivas. Niega tener o haber tenido ideación autolítica. Hiporexia con pérdida de peso no cuantificado. Ciclo sueño-vigilia conservado con tratamiento pautado. Buen soporte socio-familiar.

Impresión diagnóstica: Trastorno de ansiedad generalizada.

Evolución: se inicia tratamiento con sertralina a dos de 50 mg que se aumenta a los 2 meses hasta 100mg por no remisión sintomática completa. Gradualmente se reduce la dosis de Loracepam hasta 1 mg por la noche. La paciente ha logrado un control sintomático completo y recuperado su funcionalidad previa.

4 Discusión-Conclusión

En nuestra búsqueda hemos encontrado que el grupo farmacológico más usado para el tratamiento de la ansiedad es el conformado por benzodiacepinas.

Éstas constituyen un conjunto de fármacos estrechamente relacionados entre sí que reciben esta denominación porque están compuestas por un anillo de benceno unido a un anillo diazepínico. Su mecanismo de acción se basa en aumentar las acciones GABA a nivel de la amígdala y córtex prefrontal en los circuitos CETC (Cortico-estriado-tálamo-cortical). Para ello, se unen a receptores postsinápticos GABA A y se aumenta la frecuencia de apertura del canal de cloro facilitando la entrada del mismo dentro de la neurona produciendo una hiperpolarización que la hace menos susceptible a estímulos activadores. No tienen actividad por ellas mismas, sino que para que produzcan su efecto debe estar unido el GABA a su sitio agonista.

Debemos tener en cuenta que aunque estemos incluyéndolas dentro del grupo de fármacos que pueden ser usados para tratar la ansiedad sus efectos no son solo ansiolíticos, sino que además poseen acción sedativa anticonvulsivante, relajante muscular y anestésica. Los distintos efectos aparecen de un modo progresivo, en el orden descrito, a medida que la dosis aumenta.

A su vez, este amplio grupo se puede subdividir, entre otras, en función de su vida media y potencia. Según su vida media: menor a 5 horas (triazolam, midazolam), de 5 a 20 horas (alprazolam, bromacepam, loracepam), de 20 a 40 horas (clonacepam, cloracepato dipotásico, lormetacepam) y más de 40 horas (diacepam). Según su potencia las podemos dividir en alta potencia como el clonacepam, loracepam, flunitracepam y alprazolam, media potencia como el diacepam y cloracepam y baja potencia como el clordiacepóxido y oxacepam.

Ante la indicación de benzodiacepinas no debemos de olvidar que la recomendación es que sean tratamientos breves e intermitentes y que es un tratamiento sintomático.

Otros fármacos que pueden usarse son los ligando alfa-2-delta: la pregabalina y la gabapentina. Éstos se unen a las subunidades alfa-2-delta de los canales de calcio sensibles a voltaje presinápticos, cierran los canales disminuyendo la actividad neuronal excesiva y la liberación glutamato en la amígdala (reducen el miedo) y en los circuitos CETC (reducen la preocupación).
También disponemos de fármacos que actúan sobre la ansiedad a través del sistema serotoninérgico como algunos Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), Antidepresivos tricíclicos (ATC) e Inhibidores de la Monoamino oxidasa (IMAO).
Su efecto se basa en que la serotonina en la amígdala puede tener un efecto inhibitorio sobre alguna de sus funciones. Los agentes serotoninérgicos pueden aliviar la ansiedad al aumentar la señal de la serotonina en la amígdala.
Uno de los inconvenientes de la elección de un fármaco antidepresivos para el tratamiento de la ansiedad es la latencia de inicio de la acción ansiolítica.

Los antidepresivos con efecto noradrenérgico también han demostrado su uso para el tratamiento de la ansiedad. Nos estamos refiriendo a los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrelina y a los antidepresivos duales (serotoninergicos y noradrenérgicos). Una producción excesiva de noradrenalina del locus coeruleus produce manifestaciones periféricas de hiperactivación autonómicas, síntomas centrales de ansiedad y miedo (como pesadillas, estados de hiperalerta, flash-backs, ataques de pánico) y reduce el procesamiento de información en el córtex prefrontal.

Un inhibidor del transportador de la norepinefrina tiene el efecto posterior de regular a la baja y desensibilizar los receptores beta1 adrenérgicos. El problema inicial del uso de dichos fármacos es el empeoramiento de la ansiedad hasta la regulación a la baja de los receptores que se produce a partir de la segunda a

cuarta semana de tratamiento.

Otro fármaco que se puede usar en ansiedad es el propanolol (beta bloqueante) que regula los síntomas producidos por una hiperactivación simpática ante una situación ansiógena. Por lo que tiene eficacia sobre las manifestaciones orgánicas de la ansiedad (temblor, taquicardia, palpitaciones, sudoración, sofocaciones).

Podemos actuar sobre otras dianas terapéuticas para el tratamiento de la ansiedad como es el receptor histaminérgico. Los antihistamínicos de primera generación que pasan la barrera hematoencefálica y tienen efecto a nivel central pueden ser usados por su antagonismo H1. Destacar como puntos negativos del uso de los mismos su alto efecto anticolinérgico así como una mayor sedación diurna que las benzodiacepinas.

Existe otro antidepresivo con efecto ansiolítico tanto por su antagonismo H1 como por su efecto antagonista 5-HT2A y 5-HT2C. Es una buena alternativa es depresiones con altos niveles de ansiedad.

Aunque como hemos mencionado las benzodiacepinas son el grupo más usado, las recomendaciones actuales apuntan al uso de otras alternativas terapéuticas. En el caso de la guía NICE recomienda en el caso del trastorno de ansiedad generalizada el uso de sertralina (fármaco ISRS) como primera opción y limitar las benzodiacepinas como medida a corto plazo durante la crisis. A su vez, para el trastorno de pánico refiere que los antidepresivos (ISRS o ATC) deben ser la única intervención farmacológica utilizada a largo plazo y en el trastorno de ansiedad social hace referencia al uso de sertralina o escitalopram, ambos fármacos del grupo ISRS, como primera opción.

5 Bibliografía

- Fuencisla Pando M, Martínez de Velasco R, Benítez E, Sánchez P, García M, Manzanero R, Gobernado I. Benzodiacepinas, hipnóticos y otros tranquilizantes menores. En: Alfonso Chinchilla Moreno. Tratado de terapéutica psiquiátrica. Madrid: Nature Publishing Group Iberoamérica; 2010. P 147-82.
- Reyes- Tica J.A. Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. [en línea]. Disponible en: www.bvs hn
- Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (2011 updated 2019) NICE guideline CG113 Escobar F. Diagnóstico y tratamiento de

los trastornos de ansiedad. Asociación Colombiana de Neurología [en línea]. Disponible en: ww.acnweb.org
- Fernández García A, González Viña A, Peña Machado M.A. Bases científicas para el uso de las benzodiacepinas. Rev Cubana Med Gen Integr v.19 n.1 Ciudad de La Habana ene.-feb. 2003.
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Stephen M. Stahl. Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. 4ª Edición. Madrid: Grupo Aula Médica; 2016.

Capítulo 10

VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL AMBITO SANITARIO.

PATRICIA FERNÁNDEZ MENENDEZ

1 Introducción

La violencia de género hacia la mujer no es un problema nuevo , pero su visualización y su consideración como problema social sí que es relativamente reciente. La violencia de género es considerada una agresión que tiene como resultado un daño de naturaleza física, sexual, psicológica etc. Este tipo de maltrato afecta tanto a las mujeres que lo padecen como a su entorno familiar, laboral etc..
En muchos casos éste tipo de violencia se ve agravada por un desconocimiento de las mujeres de sus propios derechos.

Los métodos que deberían emplearse por el sanitario para conseguir los objetivos serán entre otros:
- Tener un estado de alerta ante sospecha de conductas, signos y síntomas de la paciente que llega a consulta.
- Búsqueda activa de esas conductas mediante la anamnesis, buscar un lugar con privacidad para la consulta de manera que la paciente se sienta cómoda, empatía con la posible víctima e informar y remitir a la paciente de los recursos disponibles en su comunidad.

Buscamos con ésto que las mujeres que son víctimas de la violencia de género , comprendan,e identifiquen su problema para poder empezar a tratarlo y para eso deben tener una información suficiente y saber que pueden contar con ayudas para su recuperación física y psicológica así como su autonomía (y la de sus hijos si los tuviese).

Debe saber que en su Centro de Salud va a encontrar personal cualificado que la va a ayudar en su recuperación por medio de una atención integral y con la colaboración y coordinación de recursos dentro y fuera del Sistema Sanitario.

2 Objetivos

- Prevención precoz, para ello es fundamental la información educación y sensibilización de la población general hacia este problema, fomentando las actitudes y comportamientos saludables en niños y modificando la actitud y comportamiento de los individuos violentos.
- Detección: cuando una mujer maltratada llega a un centro de salud, serán los profesionales sanitarios los encargados de atender a estas pacientes ,por lo que la preparación de éstos profesionales debe de ser capaz de dar atención segura y de calidad a las posibles víctimas activando un protocolo de actuación sanitaria para estos casos.
- El Tratamiento: debería llevarlo a cabo un equipo multidisciplinar de salud con el apoyo de otros profesionales e instituciones.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad(2012)protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género.
- Guia Profesional de Recursos de Atenciona Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Murcia.
- Instituto de Salud Pública (2003)La violencia contra la mujer considerada como problema de salud pública. documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas.Documentos técnicos de Salud Pública.

Capítulo 11

FACTORES INFLUYENTES EN LAS ADICCIONES DE LA ADOLESCENCIA Y SU PREVENCIÓN: UNA REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.

AYLEN HERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El consumo de sustancias en la población adolescente es una de las conductas de riesgo con efectos más devastadores en el desarrollo del individuo. Es una etapa en la que los jóvenes son más vulnerables al consumo de sustancias debido a una identidad en formación y un ajuste psicosocial en desarrollo (1), además de la necesidad de pertenecer a su grupo de iguales. La adolescencia es un momento crítico en el que los jóvenes por lo general se inician y experimentan con sustancias psicoactivas. En los últimos años, está destacando de forma alarmante el consumo ocasional excesivo o masivo de alcohol, que constituye el consumo de drogas problemático más común durante este periodo de la vida. Los factores de personalidad parecen tener cierta influencia en el consumo de alcohol, cannabis y cocaína.(2)

El consumo intensivo de alcohol se ha convertido en una práctica frecuente y globalizada, con escasas diferencias a nivel sociodemográfico, pero asociada a un amplio abanico de conductas de riesgo. El consumo en el entorno familiar, la hora de llegada a casa o el dinero disponible han sido identificadas como factores de pronóstico que sería de interés tener en cuenta en el manejo preventivo. Diferentes estudios sugieren que los niveles de consumo tanto de alcohol como

de otras drogas han descendido en los últimos años, aunque las cifras de prevalencia siguen siendo elevadas, especialmente en el caso del alcohol, que continúa siendo la sustancia psicoactiva más consumida.(3) Es un tema desconocido en nuestro medio, el consumo de sustancias de los menores que se hallan en los centros de protección y reeducación, y en particular de estos últimos donde se cumplen medidas privativas de libertad. Algunos estudios ponen de manifiesto diferencias significativas en el consumo de sustancia entre adolescentes infractores y los que no lo son, siendo más elevado en los del primer grupo.(4)

Se ha visto que un factor que predice muy bien el consumo de alcohol y cannabis es la conducta prosocial, la cual se asocia con el establecimiento de conductas de carácter voluntario y empáticas dirigidas al beneficio de otros. En la adolescencia este tipo de conducta se asocia estrechamente con un buen rendimiento escolar y éxito en los estudios. Es muy importante promover conductas prosociales como factor de protección del consumo de alcohol y cannabis en esta etapa de la vida.(5) Se ha encontrado que hay diferencias significativas entre las variables resiliencia y consumo de alcohol, los adolescentes que no consumen alcohol muestran promedios más altos que aquellos que sí lo consumen. La persona resiliente afronta y evita el consumo de sustancias con éxito, a pesar de encontrarse en un medio desfavorable y de relacionarse de manera cercana con personas consumidoras de drogas y alcohol, el adolescente decide no adoptar dicha conducta adictiva. La enfermera debe facilitar la comunicación y el desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y valores en la prevención de adicciones y al mismo tiempo desarrollar actividades para prevenir el uso y abuso de drogas de iniciación; se debe actuar sobre los factores de riesgo y fomentar la salud al enfocarse en la asertividad y la resiliencia cuya meta es prevenir el desarrollo de conductas que lleven al consumo de drogas y otras sustancias tan nocivas, sobre todo en la etapa de la adolescencia.(6)

Las relaciones familiares ejercen un papel fundamental en el desarrollo psicosocial del adolescente. Se ha visto que la frecuencia de consumo de tabaco y alcohol en jóvenes cuyos padres se muestran permisivos, son significativamente mayores respecto a los que sus padres no se lo permiten.(7) Las áreas con mayor riesgo para las adicciones, parece estar relacionado con al ámbito familiar, las relaciones con amigos y el nivel educativo, hay estudios que demuestran una relación significativa protectora entre la realización de actividades recreativas y una disminución en el riesgo de adicciones en el área de relaciones familiares.(8) Los adolescentes de familias indulgentes tienden a un menor consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, mientras que los de familias autoritarias y negligentes

suelen consumir en mayor medida. Por otra parte, los jóvenes de barrios de alto riesgo tienden a un consumo más elevado. El estilo educativo indulgente, actuando fundamentalmente mediante el afecto y no con la imposición, ejerce un factor protector independientemente de la peligrosidad del barrio. Resulta interesante fomentar esta actuación parental en programas de prevención e intervención, promoviendo estrategias educativas que mejoren el afecto, la comunicación y la implicación parental.(9)

La adolescencia es una etapa del desarrollo muy compleja que puede estar marcada por un aumento de la impulsividad, la cual está estrechamente relacionada con el consumo de sustancias y conductas adictivas. En este momento de la vida también los adolescentes comienzan a tener sus primeras experiencias en las relaciones de pareja, aunque se discute la relación que guarda la impulsividad, el consumo de alcohol y el consumo de sustancias y la dependencia emocional.(10) En los últimos años, en España, se ha observado una disminución en el consumo de tabaco dentro de los adolescentes, no siendo así en el consumo de alcohol. Una de las causas que lleva a los jóvenes a iniciarse en el mundo de las drogas, es la personalidad o conducta impulsiva. Se ha visto que los estudiantes que se declaran consumidores, han tenido muestras claras de impulsividad, usando para ello escalas validadas para la detección de la misma. De este modo, conociendo el perfil de los sujetos con este factor de riesgo, puede ser muy útil para la creación de programas más adecuados para la intervención.(11)

Uno de los factores más importantes en el consumo de alcohol en la adolescencia son los factores micro ambientales como la familia, que contribuye en el inicio y mantenimiento de esta conducta. Las variables que influyen en el consumo de alcohol en esta etapa de la vida son la ocupación, edad de inicio del consumo de alcohol y la funcionalidad familiar. Esta última es muy importante puesto que puede afectar significativamente la conducta de consumo de alcohol llegando a niveles de dependencia. Por todo ello el profesional de enfermería es un elemento fundamental para desarrollar e implementar intervenciones enfocadas a la familia con el fin de aportar estrategias que coadyuven al funcionamiento familiar.(12) Queda bastante claro que los adolescentes con estilos de vida no saludables, asociados a la escasa práctica de ejercicios físicos y actividades recreativas, incrementan el riesgo para la salud, a partir de mayor consumo de alcohol y otras sustancias.(13)

La prevención temprana desde el área personal, familiar o comunitaria son, sin lugar a duda una alternativa viable para mantener al adolescente alejado de adic-

ciones que ocasionan daños irreparables en su comportamiento y convivencia. Así mismo, se debe continuar la apuesta firme por la aplicación de estrategias preventivas duraderas y estables en el tiempo con el objetivo de conseguir un impacto a largo plazo tanto en relación a adiciones químicas como comportamentales.(14) Los adolescentes que participan en el programa de intervención breve, experimentan una disminución en su patrón de consumo (cantidad, frecuencia y tiempo de abstinencia) de alcohol, mariguana e inhalables, también se reducen los problemas asociados con el consumo además de aumentar su nivel de autoeficacia percibida. La mejoría es mayor en quienes concluyen la intervención breve que en quienes no terminan todas las sesiones.(15)

El modelo biopsicosocial es el modelo actual vigente, por tener una visión global y multifactorial del fenómeno de las adicciones, no centrando sus explicaciones en una única área, tiene en cuenta la unión que existe entre cada uno de sus componentes y como inciden ellos en la adicción. La base de este modelo es la Teoría General de Sistemas en el ámbito de la salud, en el cual se deja a un lado la idea de causa-efecto, y entiende que el sistema es un conjunto de elementos que interactúan entre sí y donde se establece una relación de interdependencia entre cada componente.(16) Se han realizado estudios que abordan un sistema de talleres para la prevención de las adicciones en el contexto universitario, estos permiten elevar el nivel de conocimientos, hábitos, habilidades y valores de los profesionales de la educación, para así lograr su preparación individual, colectiva y profesional, lo que sustenta fundamentalmente en las categorías pedagógicas y principios de la educación para la salud, para alcanzar una formación preventiva profesional pedagógica, en correspondencia con el principio de la doble intencionalidad. La metodología, centrada en el contenido contextualizado, ha favorecido al desarrollo de la prevención de la drogadicción en lo individual y también en el ámbito profesional del docente en formación inicial, al profundizar en los temas identificados en el diagnóstico y las necesidades identificadas en los talleres, al socializar vivencias, experiencias personales y profesionales, que enriquecen las diferentes sesiones de debate y orientación según las demandas del propio grupo, todo ello favorece la adquisición y desarrollo de conocimientos, percepción del riesgo, la proyección de los contenidos en los diferentes contextos y lo más importante, la anticipación.(17)

2 Objetivos

- Conocer los factores pueden influir en las adicciones en la etapa adolescente.

- Conocer medidas de prevención y control de las adicciones en la adolescencia.

3 Metodología

El estudio que se ha llevado a cabo ha sido de tipo descriptivo mediante la revisión de artículos publicados en diferentes fuentes bibliográficas. Se estableció como requisito para la búsqueda el periodo de tiempo desde 2015 hasta el momento actual, adquiriendo así los artículos más actualizados. De esta forma, para este estudio se han utilizado artículos procedentes de diferentes bases de datos, entre ellas destaca Google Académico y que se centraran en los factores que predisponen a los adolescentes al consumo de sustancias, así como en su prevención e intervención. Para el registro sistemático de los artículos se utilizó el programa informático Word 2010, así como para la elaboración del trabajo en firme.
Para la búsqueda de incluyeron diferentes combinaciones de las siguientes palabras clave, tanto en inglés como en castellano: ”Consumo de sustancias” y ”Adolescentes” además de utilizar los operadores boleanos “and” y “or”.
Para determinar la muestra de estudio se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: estudios de naturaleza empírica y artículos publicados en español o inglés. Se excluyeron, comunicaciones a congresos o artículos con sólo resúmenes publicados. El primer filtro para la selección de los artículos se realizó a través de la lectura del título y resumen y el segundo tras la lectura integra de los artículos. Se valoró la calidad de los trabajos seleccionados mediante la lectura crítica según el tipo de estudio. Se tuvieron en cuenta normas éticas relacionadas con los derechos de autor y normas de citación de fuentes bibliográficas.

4 Resultados

La adolescencia es un estado importante en la vida de las personas, y se le considera como uno de los periodos que sufre más transformaciones en la vida de un individuo.(8) Este hecho hace que sea una etapa, en la que evitar la aparición de conductas de riesgo es de vital importancia. En la actualidad la lucha por disminuir el consumo de sustancias legales e ilegales se ha convertido en un tema de salud pública, razón por la cual debe considerarse el abuso de estas drogas como una situación social que requiere prevención, tratamiento y atención continua, con el fin de reducir daños y promover el bienestar del ser humano. La prevención del consumo de alcohol y otras sustancias, es compromiso de todos, que incluye la responsabilidad de vigilar el control entre todas las personas que pueden estar involucradas en escenarios vulnerables a esta problemática.(14)

Desde hace muchos años se ha definido que toda adicción ha de tener cuatro elementos, como son, un fuerte deseo de ejecutar una acción determinada, la incapacidad para detener la conducta, angustia emocional cuando no se hace la actividad, y persistencia en la conducta. Además se ha establecido que cualquier comportamiento que cumpla los seis criterios que se dan a continuación, será definido operacionalmente como adicción:

- Predominancia: se refiere a cuando una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta.
- Modificación del humor: experiencias subjetivas, de modificación del estado de ánimo, que la gente experimenta como consecuencia de implicarse en la actividad.
- Tolerancia: entendida como el proceso por el cual se requiere incrementar la cantidad de una actividad particular para lograr los efectos anteriores.
- Síndrome de abstinencia: estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o repentinamente reducida.
- Conflicto: elemento clave, imprescindible para la consideración de adicción, se refiere a los conflictos que se desarrollan entre el adicto y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones), o dentro de los propios individuos (conflicto intrapsíquico) que están involucrados con la actividad particular.
- Recaída: es la tendencia a regresar a los patrones tempranos de la actividad para que vuelvan a repetirse, restaurando los patrones más extremos de la adicción tras haber logrado y permanecido en situación de abstinencia o control mucho tiempo.(16)

Es fundamental conocer los factores de riesgo que pueden llevar a un adolescente a consumir sustancias, esto ayudaría en gran medida a evitar la adicción en los jóvenes. Debemos tener en cuenta que existen cinco principios generales que deben considerarse cuando se hace referencia a los factores de riesgo:
- Los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un sujeto concreto. Si existe ese factor de riesgo las probabilidades que el sujeto consuma o abuse de las drogas es más elevado que si no existiera.
- Que un sujeto tenga un factor de riesgo no es causa-efecto de una adicción, y por el contrario, el hecho de que no se dé ese factor de riesgo tampoco se vincula con que no se desarrolle la adicción. Es una cuestión de probabilidades, no de causa-efecto, y con los factores de protección sucede lo mismo.

- La cantidad de factores de riesgo mantiene una correlación positiva con la probabilidad de abuso de sustancias; este abuso se ve influenciado y mitigado en relación a la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo involucrados.
- Cada factor de riesgo y de protección se desglosan a su vez en diferentes dimensiones medibles y cada una de éstas influye de manera individual o global en el fenómeno de las adicciones.
- Existen factores de riesgos, sobre los que se pueden actuar de manera directa y por tanto se contribuye a reducir las probabilidades de la adicción; mientras que en otro grupo de factores de riesgo su intervención directa es más difícil, por lo que es necesario atenuar su influencia como mecanismo para reducir las probabilidades del consumo.

Si hablamos de adicciones es necesario dedicarle un espacio a las llamadas adicciones comportamentales o no tóxicas, concretamente a la adicción a la tecnología de la información y comunicación. En las últimas décadas la sociedad ha sufrido una transformación evidente y uno de los motivos y/o causantes de dicho cambio son las tecnologías de la información y comunicación. La aparición de un elevado y diverso número de instrumentos y soportes tecnológicos que han provocado una revolución en la forma de comunicarse y relacionarse con otras personas, de buscar, almacenar y transmitir información, del espacio de trabajo; del concepto de ocio, etc. Pero donde más ha influido es en los jóvenes. Las herramientas socio-culturales tradicionales han sido prácticamente eliminadas por la electrónica y la informática.(16)

La versatilidad conjuntamente a la facilidad de acceso, rapidez de respuesta, comunicabilidad y acceso a la información ha facilitado su incorporación a la vida diaria y en particular a las de los más jóvenes que han nacido con ellas. Cada vez es mayor el tiempo que los menores pasan conectados a Internet: jugando con videojuegos, usando el móvil y conectados a redes sociales. Esta situación genera gran preocupación por la influencia que el uso y fundamentalmente, el abuso de estas tecnologías puede desencadenar en el desarrollo de los menores. No obstante, no podemos olvidar los elevados beneficios que el uso de las tecnologías trae a nuestra vida cotidiana: búsqueda inmediata de información y una oportunidad para ampliar el conocimiento, de aprendizaje, de fomento de la creatividad y de desarrollo de relaciones interpersonales; facilita también la realización de las tareas diarias tanto personales como profesionales, favorece una comunicación inmediata e instantánea, mejora los procesos educativos, pero, junto a estas consecuencias positivas, se encuentran los datos y estudios que alertan de los riesgos derivados de la presencia desmesurada de las nuevas tecnologías en la vida diaria

de los adolescentes y jóvenes.

Una de las principales inquietudes se desencadena por el tiempo total que pasan a diario los menores españoles frente a la televisión, ordenador y el móvil, que además de la evidente reducción de tiempo a otro tipo de tareas habituales de la vida diaria, como estudiar o salir, una de las consecuencias directas que tiene el abuso de las tecnologías es la probabilidad de generar un comportamiento adictivo, o lo que es lo mismo, crear una dependencia y falta de control sobre sus conductas. No es lo mismo sentirse atraído por las nuevas tecnologías y disfrutar de estas, que tener adicción a las mismas. Lo que define la conducta adictiva no es tanto la frecuencia con que se realiza la acción, sino la relación de dependencia que se crea, la pérdida de control por parte del sujeto y la grave interferencia que genera en la vida cotidiana, haciendo que en la mayoría de los casos se deje a un lado estudios, salidas, amistades y la relación con la familia. Para hablar de adicción debe haber además de la pérdida de control, una evidente dependencia, entendida esta como la necesidad subjetiva de realizar forzosamente la conducta y la supeditación de la vida cotidiana al mantenimiento del hábito, como ocurre en las adicciones a sustancias, los individuos adictos al uso de determinada conducta, experimentan un síndrome de abstinencia cuando no pueden realizar dicha acción, caracterizado fundamentalmente por irritabilidad, estado de ánimo disfórico y malestar emocional. El sujeto pasa de realizar la conducta por el placer y el beneficio que esta le provoca a llevarla a cabo para liberarse del malestar y la tensión emocional, es donde se pone de manifiesto la dependencia física y psicológica. En este momento la tecnología pasa de ser un medio a convertirse en un fin.(16)

Según la bibliografía revisada, se ha visto, que las características que incrementan y la capacidad de generar adicción de las tecnologías son: integración con sus iguales, accesibilidad y disponibilidad, satisfacción o placer, comodidad, aceptación y estatus social, realismo y calidad de imágenes, posibilidad de conversar con personas de todo el mundo en tiempo real, alto nivel de participación y manipulación, inmediatez del resultado, rapidez de respuesta, estímulos asociados, economía de la actividad, distorsión del tiempo, anonimato y suplantación de personalidad, desinhibición, dinero virtual y posibilidad de ocultación.

En diferentes estudios se ha demostrado que en torno al 5% de los jóvenes afirma tener problemas frecuentes con la red, sentimientos de culpa, deseo intenso de estar conectados y pérdida de control, además se ha constatado que las puntuaciones medias en agresividad aumentan en aquellos individuos que pasan más

tiempo viendo TV o con videojuegos, siendo mayor si los contenidos son más agresivos. Se ha concluido en otros estudios que la mayor agresividad continúa durante el desarrollo del juego violento y que después, cuando se deja de jugar, se reduce. Sobre este tema se ha comprobado que alrededor de un 5% de los adolescentes hace un uso problemático de la red, no tiene control sobre el tiempo que pasa frente a la pantalla, disminuye el rendimiento académico y manifiesta ansiedad e irritabilidad cuando no se puede conectar.

La importancia del uso y abuso de las tecnologías y sus consecuencias para los adolescentes es un tema de especial interés en el campo de las investigaciones. Una de las consecuencias más analizadas ha sido la relación entre el abuso de Internet y los trastornos de personalidad. Se ha encontrado relación entre abusar de la red y tener problemas de personalidad, perder el control y los trastornos mentales. Por otra parte también se ha relacionado tener baja autoestima y pasar más horas conectados. Además algunos autores han destacado que los usuarios que abusan de la red tienen mayores niveles de ansiedad y disfunción social que en el resto.(16) En otros estudios se ha visto que las reacciones cerebrales de las personas que juegan en exceso con videojuegos son parecidas a las de los alcohólicos o a los adictos al cannabis. Abusar del juego libera cantidades importantes del neurotransmisor llamado dopamina, que activan zonas cerebrales de la satisfacción y la recompensa.

Lo interesante es saber por qué unas personas consumen sustancias y otras no, y por qué dentro del grupo de consumidores algunos individuos generan adicciones tóxicas o no tóxicas y en cambio otros individuos no. En este sentido es clave el factor de riesgo y de protección que rodea a cada sujeto, o sea, aquellos aspectos que favorecen que una persona consuma o no sustancias, sabiendo que el origen de las adicciones es multicausal y que no existe un único motivo que hace que una persona se inicie y/o se mantenga en el consumo de sustancias, es decir, el consumo y abuso de drogas es una conducta que está influenciada por múltiples variables. Por otro lado está la vulnerabilidad de los sujetos a la adicción, la cual es diferente entre las personas. Los estudios científicos han establecido la existencia de una correlación positiva entre mayor número de factores de riesgo y consumo de sustancias y el desarrollo de adicciones.(16)

Si nos referimos a las adicciones de drogas legales o no, existen diferentes patrones de consumo, las diferencias en apoyo familiar entre consumidores y no consumidores resultaron estadísticamente significativa, según la bibliografía revisada, siendo los consumidores de sustancia, los que perciben menor apoyo fa-

miliar. Esto ocurre tanto en patrones de consumo esporádico como habitual en los que la función protectora de la familia es fundamental para contrarrestar la influencia de características comunes en adolescentes, que pueden actuar como factores de riesgo.

Los adolescentes que consumen más de 2 sustancias, por lo general percibe menos problemas derivados del consumo y, por tanto, los hace más vulnerables al mantenimiento de esas sustancias o al inicio del consumo de otras. De todo esto se extrae la necesidad de estableces diferentes perfiles de consumo en el adolescente, de cara al diseño de intervenciones y la puesta en marcha de programas de hábitos saludables desde la Medicina Familiar.(1)

Con respecto a la relación que existe entre los rasgos de la personalidad y el consumo de sustancias, los autores describen que los individuos extrovertidos se caracterizan por una fuerte necesidad de estimulación, este rasgo de búsqueda de sensaciones podría explicar la relación positiva entre la extroversión y el uso de drogas legales e ilícitas. Las personas más necesitadas de estímulos serán más propensas a realizar comportamientos que implican estimulación y riesgo y, por lo tanto, tendrán una mayor probabilidad de usar drogas. El consumo de sus¬tancias está asociado en ambos sexos con mayores niveles de inestabilidad emocional, mayor extroversión y psicoticismo, así como un marcado perfil de búsqueda de sensaciones. Parece estar bastante claro que los adolescentes prosociales, asertivos y socialmente hábiles son menos propensos a usar drogas. Los adolescentes consumidores suelen son más inestables emocionalmente y con menor apertura mental. Varios autores concluyes que los rasgos de personalidad influyen no sólo en el consumo de alcohol, sino también en el consumo de cannabis y cocaína.(2)

Por otra parte, se va visto que los adolescentes que han realizado un consumo intensivo de alcohol en el último año, se han visto implicados de manera significativa en otras conductas de riesgo, especialmente en el caso de peleas, accidentes o lesiones y relaciones sexuales sin protección. Además, son los adolescentes que consumen 6 o más bebidas alcohólicas los que presentan un mayor riesgo de sufrir todo este tipo de consecuencias. Se ha podido corroborar de diferencias estadísticamente significativas entre consumidores intensivos y no intensivos en cuanto al consumo de otras sustancias, especialmente tabaco y cannabis. El porcentaje de jóvenes que podrían estar realizando un consumo de riesgo de alcohol, se incrementa significativamente entre los consumidores intensivos. El consumo intensivo de alcohol se eleva a medida que aumenta la cantidad de

dinero disponible. El entorno familiar, queda claro que es determinante, se ponen de manifiesto que cuando los padres consumen alcohol de manera regular se obtienen también mayores tasas de consumo intensivo entre los adolescentes. No obstante, las mayores diferencias se observan cuando los hermanos también son consumidores de alcohol. Se ha encontrado un porcentaje significativamente mayor de adolescentes con consumo intensivo de alcohol cuando los iguales también lo consumen, se emborrachan, fuman tabaco o cuando consumen otras drogas.(3)

El papel de la familia se ha visto una y otra vez a lo largo de la revisión, que tiene un papel muy influyente en el comportamiento de los jóvenes. Unas restricciones específicas sobre el consumo de cannabis, por ejemplo, por parte de la familia estarían asociadas a un bajo consumo de sustancias. Por tanto, queda constatada la importancia que tienen las relaciones familiares en el desarrollo de los adolescentes. En cuanto a la frecuencia de consumo de tabaco y alcohol, se han obtenido porcentajes elevados en el grupo de adolescentes que conviven con familiares que fuman. De igual modo, se ha visto incrementos significativos, tanto en los sujetos que sus padres le permiten o permitirían fumar como a los que le permitirían tomar bebidas alcohólicas. A su vez queda claro, a lo largo de varios estudios, que los jóvenes que no tienen una buena comunicación con los progenitores tienen un mayor consumo de sustancias.
Se ha encontrado una frecuencia mayor de consumo de alcohol y tabaco en jóvenes que creen no recibir el suficiente afecto por parte de los progenitores.(7)

En algún estudio de los revisados, se ha podido constatar que a mayor consumo de alcohol de forma dependiente por parte de los adolescentes, menor es la funcionalidad familiar que perciben estos. Se ha identificado que el consumo sensato es más alto en los adolescentes que refieren funcionalidad familiar, a su vez, en el consumo de alcohol dañino se ha observado que este es más alto cuando los adolescentes perciben en su familia disfunción moderada. En relación al tipo de consumo de alcohol es importante resaltar que un alto porcentaje de adolescentes de un estudio, refiere tener un consumo dependiente y dañino, algo más de la mitad de los adolescentes del mismo estudio, dice consumir alcohol de manera sensata; es importante resaltar que solo por el hecho de ser menores de edad este consumo no se debería presentar en esta población, es muy preocupante esta situación, teniendo en cuenta la vulnerabilidad que presentan los adolescentes debidos a diversos factores relacionados a su etapa de desarrollo y relación familiar.

También se ha observado que los jóvenes que estudian y trabajan presentan tipos de consumo de alcohol más altos que aquellos que solo estudian, la explicación de esto parece estar dada porque los que además de estudiar, trabajan tienen una mayor accesibilidad a la compra de la substancia, por contar con una remuneración por su trabajo y por consiguiente, un mayor consumo de alcohol, además el trabajo del adolescente implica socializar con personas de mayor edad que forman parte de su círculo laboral, por lo que se incrementa la probabilidad de consumo, incluso excesivo de alcohol. Se identificado además, que entre los adolescentes se encuentra presente el consumo excesivo ocasional de alcohol, el cual incrementa el riesgo de consecuencias negativas a la salud. La sociedad ha aceptado gradualmente este patrón de consumo tanto en hombres como en mujeres, fortaleciéndose la conducta de consumo en el interior de las familias. Queda claro, a lo largo de varios estudios, que cuando los adolescentes experimentan o perciben un conflicto familiar, cuando identifican la existencia de falta o disminución de atención por parte de los padres a los hijos, o cuando sienten escasa relación afectiva de sus padres hacia ellos, les representan dificultades en la dinámica o funcionamiento familiar el cual tiene un papel significativo en el consumo de alcohol en los adolescentes. Hay muestras sólidas de que cuando la familia no se adapta a los cambios que se van sucediendo por parte de sus integrantes, cuando se generan conflictos en la funcionalidad familiar, cuando las muestras de cariño son escasas entre los miembros y cuando no se respetan los espacios de cada integrante, estos factores influyen en el consumo de sustancias en los adolescentes. Las percepciones que tiene el adolescente sobre la funcionalidad de su familia, influyen al inicio y consumo de alcohol en ellos, por lo que esto indica que la dinámica familiar puede ser un factor de riesgo del inicio temprano del consumo de alcohol; por todo ello, el consumo de alcohol puede ser una forma de evadir la realidad que están viviendo en su relación familiar.(12)

En relación al consumo de sustancia y el barrio en el que viven los adolescentes, se han realizado estudios en los que se podido constatar que los adolescentes que perciben alto riesgo en el barrio han tenido muestras claras de consumo más alto. En zonas de alto riesgo, la imposición de los padres, el estilo autoritario, es fundamental para evitar los problemas de drogadicción de los hijos. El estilo educativo adecuado para disminuir la probabilidad de que los hijos se impliquen en conductas de consumo y el riesgo percibido en el barrio son dos variables que están significativamente relacionadas con el consumo adolescente. El estilo educativo indulgente, caracterizado por el afecto de los padres y no por la dureza, alta aceptación e implicación y baja severidad e imposición, actúa como factor de protección para el consumo entre los adolescentes. Tanto el estilo indulgente

como el autorizativo comparten el afecto de los padres, alta aceptación e implicación, pero únicamente el autorizativo se caracteriza además por la dureza e imposición parental, alta severidad e imposición. Aunque diversos estudios realizados en contextos sociales desfavorecidos han concluido que la imposición y severidad de los padres, aspecto que caracteriza a los estilos autorizativos y autoritario, ejerce un efecto protector frente al consumo de sustancias.
En este aspecto hay contradicciones en la bibliografía revisada, en otros estudios, los resultados no permiten concluir que la imposición de los padres disminuya la probabilidad de consumo de los hijos; puesto que, los hijos de familias autorizativas y autoritarias muestran índices de consumo de sustancias superiores a los adolescentes de familias indulgentes, tanto en contextos sociales de bajo riesgo como de alto riesgo. Parece haber una insipiente tendencia de que fundamentalmente el afecto, el diálogo, el apoyo y la implicación de los padres sin la combinación con la imposición y severidad parental son esenciales para proteger a los hijos del problema del consumo de tabaco y otras sustancias. Por otra parte, cada vez cobra más fuerza la idea la idea de que vivir en barrios inseguros se relaciona con una alta prevalencia de consumo y que, por tanto, actúa como factor de riesgo, los adolescentes que perciben alto riesgo tienen índices de consumo de alcohol, tabaco y cannabis superiores en comparación con los adolescentes que perciben bajo riesgo. Respecto al sexo, el consumo de alcohol y cannabis es superior en hombres, pero las diferencias sexuales en consumo de tabaco son menores.(9)

Se ha estudiado también la relación que existe entre la impulsividad y el consumo de sustancia, se han obtenido diferencias significativas de impulsividad disfuncional entre grupos de adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol, siendo el primer grupo el más impulsivo en su variante disfuncional. Existen también diferencias entre personas que consumen alcohol y personas con problemas de alcoholismo, estos últimos tienen rasgos claros de impulsividad, valorado a través de escalas validadas. Por otra parte, la impulsividad se ha mostrado factor relevante en las conductas de recaída, por ejemplo, en el consumo de tabaco. (11)

En la bibliografía revisada, se habla poco de la relación entre el consumo de sustancia y la conducta delictiva de los adolescentes, sin embargo se visto que el porcentaje de adolescentes que consumen alguna sustancia es más elevado en el grupo de jóvenes infractores. Además considerando la edad de inicio en el consumo, suelen ser más precoces en utilizar tabaco y cannabis los chicos y chicas infractores. El consumo en jóvenes infractores, en comparación con sus homólogos no infractores, presentan unos porcentajes de consumo de sustancias sig-

nificativamente más elevados, detectándose asimismo un porcentaje de policonsumidores superior en este grupo. Cabe mencionar, no obstante, que no toda la población infractora está involucrada en el consumo de drogas.

Cuando se analiza la frecuencia de consumo en función del género entre los adolescentes infractores no se detectan diferencias, lo que indica que en este colectivo los patrones de consumo de sustancias son muy similares entre el sexo masculino y el femenino. El perfil de los jóvenes infractores presenta una gran precocidad en el inicio del consumo de drogas situándolos en un nivel de riesgo mayor que los no infractores. Existe evidencia de que los adolescentes que consumen drogas a edades muy tempranas tienen más problemas de indisciplina, rendimiento o de fracaso escolar, además, el consumo prematuro de sustancias adictivas está directamente relacionado con las actividades pre delictivas, y actúa como una variable predictora de la reincidencia delictiva. Esta relación no es de causalidad, ni tampoco se conoce cuál es el orden de los factores droga-delincuencia versus delincuencia-droga. También se ha comprobado que a más abuso de drogas, más probabilidades hay de que persista la conducta antisocial. Por otra parte, el consumo de drogas tiene una repercusión negativa en la conducta de los adolescentes a nivel psicológico, psicopatológico, escolar y social. Hay diferentes estudios que reflejan que los adolescentes que consumen alcohol y otras drogas presentan mayor incidencia del trastorno negativista desafiante, trastornos disociales y otros cuadros clínicos como la depresión o la hiperactividad. (4)

Si se habla de la conducta prosocial en relación al consumo de sustancias entre la población adolescente, se ha visto que las chicas presentan niveles más altos de conducta prosocial que los chicos. Algunos autores has detectado que las adolescentes presentan en mayor medida conductas prosociales producto a la implicación familiar, la religión, las habilidades sociales y la creencia en el orden moral, y los adolescentes muestran conductas prosociales más vinculadas a la comunidad. Este hecho parece estar justificado por las normas sociales y el proceso de socialización que influyen de forma distinta en ambos sexos. Las chicas aprenden a inhibir, ceder o anteponer en mayor medida las respuestas emocionales, necesidades y deseos que los chicos. Además, existe una mayor empatía en las chicas que en los chicos, que a su vez está muy relacionada con la prosocialidad. Una de las variables que mejor predice el consumo de alcohol y cannabis entre la población adolescente es la conducta prosocial. De esta manera, la probabilidad de consumir alcohol o cannabis es menor entre los adolescentes con conductas

prosociales. Por lo que queda clara la relación entre la conducta prosocial y el consumo de sustancias.

En otros estudios también se ha estudiado la asociación con la asertividad, variable que también está muy estrechamente ligada a la prosocialidad, y el consumo de drogas. Los comportamientos prosociales desempeñan un papel fundamental en la formación y aceptación de relaciones positivas e interpersonales. Con todo lo anterior, se vuelve a poner de manifiesto la importancia de promover conductas prosociales en la prevención del consumo de tabaco y otro tipo de sustancias tanto legales como ilícitas. Las conductas prosociales son un claro factor de protección a tener en cuenta en la elaboración de programas prevención del consumo de drogas.(5)

El incremento de consumo en el sexo femenino es algo que se ha estado presentando en los últimos años. Muchos estudios reportan que las mujeres que se encuentran bajo los efectos de bebidas alcohólicas afirman que se sienten bien, que les permite divertirse o ser audaces, e incluso huir de la realidad, por lo que se hace necesario identificar las causas del inicio de consumo, las cuales favorecen el aumento de la adicción, así como el consumo de diferentes sustancias. Algunos estudios dejan constancia de la alarmante situación de los adolescentes de 12 a 14 años de edad que empiezan a consumir bebidas alcohólicas por la presión grupal. En cuanto a la asertividad y la resiliencia, se ha evidenciado que tanto hombres como mujeres actúan de forma guiada de acuerdo a sus intereses más profundos, que expresan sus sentimientos con honestidad y ejercen sus derechos respetando los de los demás. (6) En muchos estudios se ha sugerido que la realización de actividad física es un factor protector para la utilización de sustancias adictivas. Algunos estudios realizados con jóvenes han encontraron un efecto protector de la actividad física para un menor consumo de Cannabis.

Se ha observado que la realización de actividades de ocio o recreativas en adolescentes produce un bienestar psicológico, mejora el rendimiento académico y la propia identidad en el adolescente. En este mismo sentido, la disminución de actividades recreativas por parte de los adolescentes se asocia con un sentimiento de malestar psicológico y el uso de sustancias adictivas. Se ha visto que el aburrimiento, el tiempo libre no utilizado, y la falta de actividades recreativas en la comunidad por parte de los adolescentes, son factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

Queda bastante claro que las actividades recreativas son un factor protector para los riesgos que pudieran presentarse en las fallas o problemas en las relaciones fa-

miliares, y que puede conducir a la utilización de sustancias psicoactivas. Parece existir una relación entre programas de actividades recreativas y la aplicación de la disciplina familiar, el manejo de emociones fuertes, una comunicación familiar eficaz y menor uso de sustancias psicoactivas. No obstante, algunos autores han encontraron como factor de riesgo para la adicción, al tipo de persona con quien los jóvenes realizan las actividades recreativas (amigo, novio, o compañero de la escuela).

Según los estudios revisados, los hombres tienden a una mayor realización de actividad física que las mujeres. Existen reportes que mencionan que la actividad física disminuye como avanza la edad de la persona, siendo más notoria esta disminución durante la adolescencia. Asimismo, la disminución de realizar actividad física es mayor en las chicas, que en los chicos. Se deben impulsar programas deportivos o de actividad física comunitarios y/o escolares para frenar la disminución de la actividad física en los adolescentes y aumentarla en las jóvenes.
Se ha visto que el consumo de alcohol y el consumo de tabaco, en general, son más frecuentes entre los chicos. Algunos estudios con adolescentes muestran la importancia del nivel socioeconómico como apoyo para la movilidad social, nivel educativo, competencias laborales o personales, resiliencia, apoyo y/o vigilancia familiar, y una disminución en el inicio o mantenimiento del uso de sustancias psicoactivas. (8)

Como se ha visto a lo largo de la revisión, las políticas de prevención deben ser en las que se vuelquen el mayor esfuerzo tanto a nivel de la familia, comunidad, sistema sanitario y gobiernos.

Las estrategias de prevención buscan generar factores protectores que disminuyan la vulnerabilidad al consumo de alcohol y el de otras sustancias psicoactivas tanto legales como no legales, y las conductas de riesgo asociadas a estos, mediante el avance de habilidades y capacidades para la toma de decisiones, la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, así como el fortalecimiento de las redes familiares y comunitarias, la integración y la inclusión social. Por medio de estas estrategias se pueden prevenir posibles efectos negativos en individuos, comunidades y la sociedad en general.

Cualquier estrategia que se desee implantar, debe tener en cuenta el planteamiento de acciones que reduzcan los factores de riesgo y los daños que se presentan en diferentes niveles. Sin embargo, es importante resaltar que estos riesgos y daños no precisamente se presentan cuando hay consumo de sustancias

psicoactivas, siendo una aproximación a las situaciones potenciales a las que se puede enfrentar el individuo consumidor de de este tipo de sustancias y su impacto en diferentes niveles. El objetivo principal de la prevención es gestionar de la manera más efectiva estos riesgos para evitar daños y consecuencias negativas. En el marco de la protección social, la prevención es una estrategia para manejar o gestionar más efectivamente el riesgo social. Se pone en marcha antes de que el riesgo se ponga de manifiesto y buscan la reducción de la probabilidad de un choque adverso que traiga consecuencias negativas para la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades. En este caso, los choques se refieren a los factores de riesgo que operan en los niveles macrosociales, microsociales y personales.

La prevención universal, es sin lugar a duda, la mejor alternativa para combatir el consumo de drogas a nivel mundial. Desde las últimas dédacas se han venido desarrollando diferentes programas preventivos de consumo de drogas. Actualmente existe una amplia evidencia científica sobre el éxito de los programas escolarizados con un enfoque de habilidades cuyo objetivo ha sido la prevención de consumo de drogas en niños y adolescentes. Se plantea la importancia de que los adolescentes adquieran destrezas que les permita establecer las aptitudes necesarias para su desarrollo personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria. Estas destrazas deben ser a nivel social, cognitivo y emocional. Se ha demostrado que estas habilidades son eficaces no solo en la prevención del consumo de drogas, sino en una amplia gama de conductas de riesgo en niños y adolescentes tales como en la prevención del embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual, prevención de la violencia, etc.

Existe un programa universal para estudiantes, que les enseña habilidades sociales, cognitivas y emocionales, además de proporcionar conocimientos sobre drogas y desmitificar creencias erróneas asociadas a éstas, que es el Programa de entrenamiento en habilidades para la vida. Este programa ha sido cuidadosa y ampliamente evaluado en los últimos años a través de diversos estudios que han probado su eficacia. Las evaluaciones del programa han demostrado consistentemente reducciones de consumo de tabaco, alcohol y marihuana en estudiantes que recibieron el programa en relación con los controles, además de observarse reducciones significativas en el uso de drogas ilegales y mejoras en una variedad de factores de riesgo y protectores para el abuso de drogas en adolescentes.(14)

Hay otros programas que tienen como principal objetivo la conformación de estilos de vida que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona y

proporcionar con ello unas condiciones que permitan la mejora de la calidad de vida en familias y comunidades, por tanto, prevenir el desarrollo de adicciones. Está dirigido a adolescentes, jóvenes y adultos y cuenta con material específico para cada población.(14)
Algunos programas tienen por objetivo e desarrollo en niños de las habilidades para la vida que les permitan manejar adecuadamente las situaciones de riesgo y fortalecer factores protectores como la comunicación y la unidad familiar, aumentando de este modo el autoconcepto y la habilidad de manejo de presión social, para prevenir el abuso de drogas. Estos programas se instrumentan en escuelas públicas para que éstos repliquen el programa con los estudiantes.(14)

Las habilidades para la vida son recursos psicosociales e interpersonales que ayudan a los individuos a tomar decisiones con conocimiento de causa, comunicarse de forma efectiva y desarrollar unos recursos para poder manejar y gestionar de manera autónoma, una vida saludable y productiva. Las habilidades para la vida pueden aplicarse a acciones dirigidas hacia uno mismo, hacia otras personas, o hacia el entorno local. Su objetivo consiste en favorecer la salud y el bienestar en todos estos niveles.

Se ha comprobado que las habilidades para la vida permiten un mejor vivir y se forjan como factores protectores para la prevención de conductas de riesgo como el consumo temprano de sustancias psicoactivas, ha quedado claro que la capacidad de empatía y de relacionarse con el otro, puede, de alguna forma, beneficiar la consecución de recursos psíquicos para la resistencia ante situaciones de riesgo, de manera especial en la etapa adolescente, en la que el proceso de identificación es fundante de la proporción subjetiva.

En cuanto a la responsabilidad social, se hace fundamental el abordaje y poder profundizar en la temática del consumo de las sustancias psicoactivas en adolescentes, con el fin de propiciar reflexión académica frente a los abordajes tradicionales que se han tenido acerca del fenómeno; además de promover el enfoque de las habilidades para la vida como una propuesta de intervención, desde una mirada crítica, que no solo se limite al enfoque de la asistencia sino que se configure como un enfoque transversal a la configuración del sujeto.

Desde la década de los años 90, se comenzó a reconocer la existencia de una transformación cultural y en los estilos de vida, lo que ha generado que en la mayoría de los casos los niños y adolescentes no estén completamente preparados para enfrentar esos nuevos desafíos a los que los enfrenta el mundo contemporáneo y teniendo en cuenta este punto de partida, se ha venido proponiendo el trabajo

fundamentalmente con estos grupos de edades, desde un enfoque de las habilidades para la vida que facilite el desarrollo saludable de la población, basados en múltiple evidencia que demuestra que la formación en las habilidades para la vida previene problemas psicosociales y de salud. Las habilidades para la vida se relacionan directamente con el concepto de competencia social y son entendidas como el grupo de habilidades que favorecen a las personas para enfrentarse con éxito a las exigencias y situaciones de la vida cotidiana.(14)

Todo ello a su vez está muy relacionado con el modelo de la promoción de la salud, el cual apunta a mejorar la calidad de vida a partir de intervenir los determinantes de la salud, que va unido al modelo de la prevención de enfermedades, en cual se pretende informar sobre los riesgos de las mismas y de este modo fortalecer en los actores del contexto la capacidad para promover el bienestar.

En diferentes estudios se ha demostrado la importancia de la intervención breve. Se ha visto que los adolescentes que participan en programas de intervención breve, mantienen una reducción en su patrón de consumo tanto en cantidad, como en frecuencia y en el tiempo de abstinencia de alcohol, tabaco y otras sustancias; se ven disminuidos los problemas asociados con el consumo además de incrementar el nivel de autoeficacia percibida. La mejoría es mayor en quienes concluyeron la intervención breve que en quienes no terminaron todas las sesiones.(15)

El profesorado, por su parte, debe ser capaz de situar a su alumnado ante la necesidad de desarrollar su autonomía personal, tratar críticamente la información y aprender a vivir en grupos diversos, resolver problemas y formar decisiones de manera autónoma.(16)

La educación para la salud tiene la intención de desarrollar las posibilidades personales del alumnado para que pueda intervenir en la mejora de su calidad de vida. Las competencias en salud tratan de conseguir comportamientos, desarrollar estilos de vida, con dimensiones tanto personales como sociales; es una forma de articular educación y vida, es el vínculo necesario del trabajo en la escuela con la realidad de la vida, con el presente y futuro del adolescente. El trato que la escuela actual otorga a la Educación para la Salud se centra fundamentalmente en desarrollar actitudes y motivaciones que facilitan la modificación de conductas, de modo que se pueda educar a cada sujeto en la responsabilidad que cada uno tiene sobre su propia salud y la necesidad de intervenir en el entorno con una implicación social que permita mejorar la salud tanto desde el punto de vista personal como comunitario.(16)

Las actividades dirigidas a la promoción de estilos de vida, basadas de manera exclusiva en estrategias orientadas a los cambios de comportamiento individuales, corren el peligro de culpabilizar a las personas de su posible falta de salud, de tratar la enfermedad como el resultante de un fracaso personal, dejando de lado los riesgos del entorno e ignorando la conexión que existe entre los comportamientos individuales y las normas y estímulos sociales. Por ello, la Educación para la Salud no se puede considerar como un conjunto de acciones encaminadas únicamente hacia el sujeto. De ahí la importancia de la dar una visión comunitaria y social a la salud. Actualmente es necesario contemplar la salud en términos positivos, dinámicos, holísticos y ecológicos, en la cual, la educación, la intervención comunitaria y todo lo social juega un papel clave. Las políticas de salud tratan de reorientar los servicios sanitarios para responder de manera efectiva a las nuevas necesidades de salud de la sociedad. El papel de la promoción y Educación para la Salud es fundamental en el desarrollo de dichas políticas.(16)

El cuidado de la salud está vinculado con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la recuperación. La promoción de la salud, es la perspectiva donde tiene mayor cabida la Educación para la Salud, convirtiéndose en la guía para todas las acciones encaminadas a facilitar una vida saludable. La promoción y educación para la Salud deben responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades desarrolladas.(16)

Es evidente que uno de los contextos más adecuados para abordar la educación para la salud es la escuela, porque ahí se recoge a un importante número de población adolescente y además porque se encuentran en un proceso de crecimiento físico, psíquico y social. La salud como valor debe ser uno de los ejes claves del proceso educativo, por lo que la escuela es el entorno socioeducativo adecuado para el fomento del individuo en todas sus dimensiones. El papel que desempeñan los centros educativos en la prevención y promoción de la salud de los adolescentes es esencial, no sólo por su función educativa sino también porque su entorno físico y social influye en la salud. La escuela y los servicios sanitarios y sociales son sin lugar a dudas, los escenarios más importantes para llevar a cabo la promoción de la salud.

Los objetivos y estructuras de la escuela se han consolidado como ámbito idóneo para el desarrollo sistemático de la educación para la salud, pero sin olvidar para este desarrollo, la influencia de la familia y la comunidad. La escuela, tiene la gran responsabilidad de educar a los alumnos en el cuidado de la salud, para ello es necesario que la sociedad en su conjunto dirija sus esfuerzos tanto económi-

cos como sociales, políticos y educativos entre otros, para poder garantizar el principio de equidad en salud.(16)

La educación para la salud dentro del ámbito escolar y entendida desde el punto de vista educativo, se convierte en una línea fundamental de actuación para promover la salud de una forma global. Para fomentar y potenciar la salud es necesaria la educación de las pautas de conducta, teniendo en cuenta que pocos comportamientos son innatos, nuestras conductas son por lo general, aprendidas. Es muy importante tener presente que la niñez y la adolescencia son las etapas más adecuadas para adquirir nuevos modelos y estilos de vida, y estas etapas transcurren principalmente en el colegio, además, la escuela es uno de los escenarios clave para la socialización de los sujetos, después de la familia, puesto que por ella pasan durante unos años de su vida toda la población. A través de esta socialización se van a adquirir conocimientos, valores y aspectos culturales, la escuela es el ámbito idóneo para formar a la población para la vida, favorecer una buena toma de decisiones sobre su salud y la de su contexto más cercano, en ella se potencia el análisis crítico del entorno, siendo capaces de discernir aquellas condiciones que desencadenan una enfermedad y las soluciones para poder superarlas, los centros docentes pueden favorecer y coordinar la comunicación entre todos los componentes del sistema educativo (alumnos, docentes, familias y personal no docente del centro escolar) y los agentes sociales.(16)

En educación para la salud es muy importante ampliar los conocimientos y la adquisición de habilidades por parte del discente, pero es mucho más relevante la adquisición de conductas saludables, se debe tener en cuenta que se logra el estado de salud no por lo que sabemos sino por lo que hacemos. Las acciones educativas que están orientadas a la promoción de la salud no se deben quedar en acciones informativas, porque de esta forma no se garantizan comportamientos coherentes con los conocimientos aprendidos, sino que es imprescindible hacer énfasis en la creación de actitudes positivas hacia la salud que se puedan traducir en pautas de conductas saludables y responsables. Centrarse en aumentar la información a través de conocimientos sobre conductas saludables y las de riesgo, en la creencia de que con ello se modifican actitudes y comportamientos, es una estrategia que ha resultado ser ineficaz. Es necesario incidir en el entorno de manera que se modifiquen ciertas condiciones de vida.

El objetivo final de la educación es sin dudas el desarrollo integral como persona de cada sujeto a través de la adquisición de conocimientos, habilidades, valores, normas y actitudes relacionadas con ellos. Pero desde la mirada de la educación

para la salud es necesario ir más allá, de manera que la escuela de respuesta a las necesidades que la sociedad y su contexto más cercano le plantea, o sea que debe responder a los problemas originados por el estilo de vida. Potenciar diferentes pautas de conducta es labor de la escuela, siendo la edad escolar el momento idóneo para ello.(16)

Se han realizado estudios en escuelas, con talleres de prevención de consumo de sustancias los cuales has posibilitado fortalecer el trabajo con los docentes en formación inicial y los ponen en mejores condiciones para desarrollar la labor preventiva sobre el consumo de drogas legales en su proceso de formación. Sin embargo, existen aspectos importantes relacionados con la prevención para su formación profesional que es necesario profundizar en ellos.(17)

El empleo del trabajo grupal y en equipos para la realización de diferentes talleres preventivos ha permitido a los docentes en formación inicial desarrollar habilidades profesionales y para la vida, asumir una conciencia de total rechazo al consumo de sustancias legales, percibir el riesgo de sus actos y del otro, apropiarse de los métodos para la orientación sistemática de sus estudiantes en la escuela de nivel medio y lograr protagonismo en la búsqueda de información en diferentes fuentes con sentido crítico además de reflexivo, los cuales se han expresado mediante las vivencias personales de los participantes y manifiestos en su actuación individual y también profesional. Esto revela la pertinencia del desarrollo de la prevención del consumo de sustancias y su contribución para un adecuado estado de bienestar físico, psíquico y mental.(17)

En los estudios publicados, la adolescencia se considera una etapa perfecta para satisfacer el desarrollo de nuevas experiencias y el contacto con iguales. Este proceso suele generar situaciones de estrés que puede incrementar el empleo de distintas drogas tanto ilegales como legales.
Se debe poner especial atención en los adolescentes en general y sobre todo en aquellos que muestren alguna conducta de riesgo, con el fin de proponer acciones para disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores. Los resultados obtenidos han permitido obtener información relevante para cumplir con los objetivos de esta revisión bibliográfica. Se ha podido incorporar información sobre los factores de riesgo que llevan a los adolescentes al consumo de sustancias además de conocer medidas de prevención e intervenciones eficaces que puede llevar a cabo el personal de enfermería.

Para el consumo de sustancias existen una serie de factores tanto de protección como de riesgo. Algunos de los factores de protección para el consumo de alcohol

son el apego y el miedo a las drogas, y para el consumo de tabaco se encuentran el apego o el apoyo social entre otros. También como factores de protección se ha visto el desarrollo de habilidades sociales y la creencia en el orden moral. Al hablar de drogas en general, la familia se muestra como el pilar fundamental en la prevención del consumo, siendo el estilo educativo parental una variable que puede favorecer el correcto ajuste psicosocial del menor, además, si se habla mucho del estilo educativo indulgente, como claro factor de protección en el consumo.(11)

En cuanto a los factores de riesgo ha destacado la exposición a situaciones y hechos estresores, el estrés, los factores familiares, la influencia del grupo de iguales, factores individuales como la autoestima o el bajo autocontrol y rasgos de personalidad como la impulsividad.(11)

Entre los diversos factores de riesgo ambientales para el uso de sustancias adictivas, se encuentran la convivencia con amigos que usan sustancias, disminución de supervisión por parte de los padres, disponibilidad de drogas, convivencia con un miembro de la familia que utiliza drogas y los problemas y conductas agresivas familiares.(8)

5 Discusión-Conclusión

- Los factores que pueden influir en las adicciones, en la etapa adolescente son, la vulnerabilidad del adolescente, propia de la etapa que viven, el entorno familiar, la conducta impulsiva, la relación familiar y la falta de actividades recreativas y práctica de ejercicios, viéndose como factores protectores la conducta prosocial y la asertividad y resiliencia, entre otros.
- Para el control de las adicciones en la adolescencia, la mejor medida es la prevención en sí misma. Se ha visto que controla y disminuye el riesgo de consumo de sustancias la intervención breve y el modelo Bio-psico-social, con una visión global y multifactorial del fenómeno de las adicciones.

- Sin embargo, existe una limitación notable en el estudio y es que en los estudios revisados se han usado instrumentos diferentes para la medición de las variables, lo que dificulta comparar los resultados con estudios similares. Sería interesante, después de todo lo visto en esta revisión, hacer un estudio analítico en el área de salud donde trabajo, dentro de los escuelas, para detectar los principales factores que llevan a los adolescentes al consumo de sustancias, cuales son las más consumidas y posteriormente poder hacer programas de prevención desde las escuelas primarias, haciendo una intervención primordial, incluyendo

a las familias en el programa y además poder abordar el problema del consumo con los jóvenes que ya han entrado en contacto con sustancias para lograr una disminución y evitar el policonsumo.

6 Bibliografía

- 1. Molero-Jurado MM, Pérez-Fuentes MC, Gázquez-Linares JJ, Barragán-Martín AB. Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias: Atenfam.2017;24(2) 56-61.
- 2. Gonzálvez MT, Espada JP, Guillén-Riquelme A, Secades R, Orgilés M. Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. Adicciones.2016; 28(2) 108-115.
- 3. Golpe S, Isorna M, Barreiro C, Braña T, Rial A. Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. Adicciones. 2017; 29(4); 256-267.
- 4. Faílde Garrido JM, Dapía Conde MD, Alonso Álvarez A, Pazos Millán E. Consumo de drogas en adolescentes escolarizados infractores. Educación XX1.2015; 18(2); 167-188.
- 5. Hernández-Serrano O, P. Espada J, Guillén-Riquelme A. Relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de droga en adolescentes. Anales de psicología. 2016; 32, (2) (mayo); 609-616.
- 6. de Lira Pérez RE, Álvarez Aguirre A, Casique Casique L, Muñoz Alonso LR, Mendoza Ayala MA. Resiliencia, asertividad y consumo de alcohol en adolescentes. RIDE.2016; 6 (12): 554-569.
- 7. Barragán Martín AB, Martos Martínez A, Simón Márquez MM, Pérez-Fuentes MC, Molero Jurado MM, Gázquez Linares JJ. Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia. Eur. J. Develop. Educa. Psychop.2016; 4, (1); 49-61.
- 8. I Ortiz M, Ortiz-Márquez M. Factores de riesgo en adicciones y su relación con actividades deportivas y recreativas. FEADEF. 2018; Retos 34: 71-79.
- 9. C. Fuentes M, Alarcón A, García F, Gracia E. Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. Anales de psicología. 2015; 31(3) (octubre): 1000-1007.
- 10. Chavez Vera MD, Estévez Gutiérrez A, Olave Porrua L, Momeñe J, Vázquez D, Iruarrizaga Díez I. Estudio de las relaciones entre adicciones comportamentales, impulsividad y consumo de sustancias en adolescentes: Validación del MULTICAGE CAD 4 y del DEN en Ecuador. Revista española de drogodependencias. 2018; 43 (3): 13-38.

- 11. Pérez-Fuentes MC, Gázquez JJ, Molero MM, Cardila F, Martos A, Barragán AB, et al. Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. European j investiga. 2015; 5 (3): 371-382.
- 12. Alonso-Castillo MM, Yañez-Lozano A, Armendáriz-García NA. Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. Health and Addictions. 2017; 17 (1): 87-96.
- 13. Saltos-Solís MM, Rivera-Saltos GA. Estilo de vida factor predisponente del consumo de alcohol en la adolescencia. Pol. Con.2018; 3(5) 160-181.
- 14. Klimenko O, Plaza Guzmán DA, Bello Cardales C, García González JJ, Sánchez Espitia NC. Estrategias preventivas en relación a las conductas adictivas en adolescentes. Psicoespacios. 2018; 12 (20): 144-172.
- 15. Rodríguez Durán CA, Echeverría L, Martínez KI, Morales-Chainé S. Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico. RIIAD [Internet]. 1ene.2017 [citado 22may2019];3(1):16-7. Available from: http://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2017.1.03.
- 16. Chorén Rodriguez S. Competencias en prevención de las adicciones en la edución obligatoria española [tesis doctoral]. Valencia. 2018.
- 17. Alexey Silva Trujillo A, Vernaza Arroyo GD, López Toranzo J. Talleres para la prevención de las adicciones en el contexto universitario de la carrera química. Revista Caribeña de Ciencias Sociales. [revista on- line] 2019. https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/03/prevencion-adicciones-universitario.html
- 18. García del Castillo, J.A, López-Sánchez, C. (2012). Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias. Madrid: Editorial Síntesis.

Capítulo 12

ENFERMERÍA EN LA DERMATITIS ATÓPICA

EVA FULGUEIRAS GARCIA

1 Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad pruriginosa, inflamatoria y crónica que afecta aproximadamente al 20% de la población mundial, iniciándose sobre todo en la infancia. Su prevalencia se ha triplicado en los últimos años por lo que se ha convertido en un problema de salud pública. Además, es uno de los principales motivos en la consulta dermatológica y supone un importante gasto a nivel sanitario.

Se trata de una enfermedad que produce altercaciones tanto a nivel físico como emocional, provocando una importante afectación de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, por lo que el abordaje debe ser multidisciplinario.La educación terapéutica permite a los pacientes conocer su enfermedad y adquirir habilidades para llevar a cabo un correcto manejo de la misma. La intervención de la enfermera a nivel docente supone una mejora de la calidad asistencial. En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión y actualización bibliográfica de aspectos más fundamentales de la DA y las intervenciones de la enfermera a nivel técnico y educativo. Finalmente se ha llegado a la conclusión de que la función docente de la enfermera permite a los pacientes gestionar adecuadamente su enfermedad logrando así mejorar su calidad de vida.

La dermatología es una especialidad médico-quirúrgica encargada del estudio de la estructura y las funciones de la piel y sus anejos; mucosas, pelo y uñas, así como de las enfermedades que los afectan y los métodos de prevención de los

mismos. Las enfermedades cutáneas o dermatosis han estado presentes a lo largo de la historia. Las primeras clasificaciones dermatológicas se remontan a Galeno, sin embargo, fueron Plenk y Willian quienes recopilaron las principales lesiones cutáneas en el siglo XVIII. La dermatitis atópica, también llamada la epidemia no infecciosa del siglo XXI, esuna enfermedad relativamente frecuente. Se calcula que afecta aproximadamente al 20% de la población mundial, siendo uno de los principales motivos de consulta dermatológica, ya que ocupa entre el 15 y 30% de éstas consultas a nivel mundial.

La prevalencia de la DA varía de unas zonas geográficas a otras, siendo mayor en aquellas zonas situadas más al norte y con mayor desarrollo industrial y en familias con un estatus socio-económico alto. Según un estudio realizado en España en el año 2005, son más frecuentes los brotes en las zonas del país con clima más frío que en las zonas cálidas. Estudios posteriores también han demostrado diferencias significativas de prevalencia en las tres zonas geográficas, siendo superior en la atlántica. En relación al sexo y la raza no se presentan diferencias significativas pero el estilo de vida y los factores ambientales desempeñan un importante papel en el desarrollo de la enfermedad.

En relación a la edad, predomina en niños y adolescentes. Entre el 70-90% de los casos de DA aparecen antes de los cinco años. En general, entre el 5 y el 10% de la población infantil española sufre manifestaciones en algún momento. Rara vez se inicia en la edad adulta. Se define la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como "la percepción que tiene el individuo de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento, en diversos ámbitos de su vida; en especial, de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional o social".

El papel de la enfermera a nivel docente es fundamental, ya que supone un mayor conocimiento de la enfermedad por parte de los enfermos y sus familiares, además de suponer una mejora en la calidad asistencial.

2 Objetivos

Objetivo general.
- Describir las actuaciones de enfermería en el manejo de la dermatitis atópica.

Objetivos específicos.
- Analizar la etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica.

- Valorar el impacto físico y psíquico de la dermatitis atópica a nivel socio- sanitario.
- Mostrar la relevancia de la intervención de enfermería para el correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- Definir recomendaciones generales para el paciente con dermatitis atópica.

3 Metodología

El trabajo que se presenta es una revisión bibliográfica sobre la Dermatitis Atópica y la actuación de enfermería respecto a los pacientes que la padecen. La búsqueda bibliográfica comenzó en diciembre de 2015 y finalizó en mayo de 2016. Las bases de datos que se han utilizado son: PubMed, Scielo, CUIDEN, Dialnet, Google y Google académico. Además se ha obtenido información de la biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid, así como de la Biblioteca del Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid. También se ha llevado a cabo una entrevista con el Jefe de Servicio de Dermatología del Hospital Río Hortega y con una enfermera de las consultas de Dermatología del centro Arturo Eyries de Valladolid. Palabras clave empleadas en la búsqueda: "dermatitis atópica", "actuación de enfermería", "rol de enfermería" "nursing care", "atopic dermatitis" "atopic eczema".

El proceso para la realización del trabajo ha sido:
- Selección de aquellas fuentes que contienen información actualizada y rigurosa de la dermatitis atópica.
- Selección de fuentes con información relevante y fiable sobre la actuación de enfermería y sus intervenciones respecto a la enfermedad.
- Recopilación de las reseñas bibliográficas de interés respecto al tema. Se han encontrado 50 fuentes bibliográficas en total y se han seleccionado 44 de ellas para el trabajo.
- Desarrollo del trabajo con la información bibliográfica encontrada y aplicando el estilo Vancouver.

4 Resultados

La piel es un órgano con múltiples funciones entre las que destaca su función protectora, actuando como barrera frente a los agentes externos. La termorregulación, la producción de vitamina D, la impermeabilización, la absorción de rayos

ultravioleta o la detección de estímulos sensoriales son también otras de sus funciones. Además, la piel tiene un papel fundamental en la comunicación psicosocial, especialmente a nivel facial. El aspecto de la piel determina la imagen de la persona por lo que un estado patológico de la misma supone un importante impacto a nivel psicosocial. La alteración de la piel puede dar lugar a enfermedades o dermatosis. Entre ellas se encuentra la dermatitis, una dermatosis de tipo inflamatorio. Las más frecuentes son la dermatitis atópica, dermatitis por contacto, dermatitis seborreica, dermatitis asteótica, dermatitis perioral, neurodermatitis, eccema numular y liquen simple crónico.

Dermatitis atópica. Definición.
La dermatitis atópica (DA) es una dermatosis reactiva, pruriginosa de tipo crónico e inflamatorio que se caracteriza por la disfunción de la barrera de la epidermis. Es una enfermedad recidivante, dado que suele iniciarse en la lactancia y tiende a reaparecer en la edad escolar tras una mejora. Es más rara su aparición en adultos. Se caracteriza fundamentalmente por la presencia de prurito y sequedad cutánea o xerosis. El rascado de la piel hace que aumente la inflamación y en consecuencia la necesidad de rascarse, formándose lo que se conoce como un ciclo de prurito-rascado.

La atopia se define como un estado genético de hipersensibilidad que predispone a los individuos a padecer aquellas enfermedades relacionadas en su mayoría con respuestas mediadas por Inmunoglobulina E (IgE) y a sufrir alteraciones de la inmunidad celular.
La atopia cutánea es un estado de hiperreactividad que se da en lo que se conoce como "pieles atópicas", caracterizadas por ser pieles secas y fácilmente irritables que manifiestan signos y síntomas de inflamación ante determinados factores externos. La DA es, por tanto, la manifestación en la piel de este desorden.

El paciente atópico puede sufrir diferentes procesos patológicos como consecuencia de la respuesta exagerada a estímulos ambientales. Estos procesos son rinoconjuntivitis, asma y dermatitis atópica y se conocen como tríada atópica. La DA marca el inicio de lo que se conoce como marcha atópica, que se define como una aparición secuencial de las enfermedades que forman la triada atópica, siendo la DA la primera en aparecer. Se calcula que 1/3 de los pacientes con DA terminarán desarrollando asma y 2/3 padecerán rinitis alérgica.

Causas. A pesar de que la causa precisa de la DA es desconocida, se ha demostrado que es una enfermedad en la que intervienen múltiples factores.
- Factores genéticos. Entre el 70-80% de los pacientes que sufren DA tienen an-

tecedentes familiares de atopia. La influencia genética es difícil de determinar, pero el componente materno es el más importante. Se ha relacionado la DA con un defecto en el gen SPINK5 y con la mutación del gen que codifica la Filagrina (FLG) lo que favorece las lesiones inflamatorias en la barrera cutánea y predispone no sólo a su desarrollo, sino también a la progresión de la enfermedad alérgica a otros órganos (marcha atópica) Estas mutaciones se dan en el 50% de los casos y aumenta el riesgo de DA hasta 6 veces.

- Factores inmunológicos. La alteración de la inmunidad innata provoca una alta reactividad cutánea causando exacerbación ante los estímulos externos. Además, la alteración de la inmunidad adaptativa induce al aumento de IgE por lo que contribuyen a la fisiopatología de la enfermedad. Los pacientes atópicos presentan una alteración de su respuesta humoral como consecuencia del aumento de los niveles de IgE, y una alteración celular lo que facilita la reacción con los antígenos ambientales.
- Factores constitucionales. Alteraciones de la reactividad vascular. Los vasos tienden a contraerse (vasoconstricción) lo que produce palidez centrofacial y dermografismo blanco. Además se producen alteraciones de la fisiología de la piel, disminución del umbral del prurito, alteración de la eliminación de sudoración y alteración del manto lipídico de la piel.
- Factores exógenos o ambientales. Entre los factores ambientales de la DA se encuentran el estrés, ya que produce cambios a nivel inmunológico; alérgenos de tipo alimentario (huevo, leche, trigo, soja, cacahuete) y de tipo aeroalérgenos (ácaros de polvo, epitelio de animales, hongos); irritantes; clima con temperatura extrema y microorganismos: staphylococcus aureus, presente habitualmente en la piel de los atópicos, produce la secreción de unas toxinas llamas superantígenos. Éstos inducen corticorresistencia. El rascado debilita la barrera cutánea y facilita la acción de estas bacterias; Malassezzia furfur, relacionado con la DA por la producción de autoantígenos, actuando como autoalérgeno. Es conveniente tener en cuenta la "hipótesis de la higiene" teoría impulsada en 1989 por David Strachan. Esta hipótesis sugiere que la menor exposición de los niños a los gérmenes que se produce en las zonas desarrolladas tiene como consecuencia una maduración inadecuada de su sistema inmunológico. La exposición temprana a alérgenos medioambientales y a agentes infecciones no patogénicos supondría una disminución en la prevalencia de DA.

Alteración barrera cutánea. La disfunción de la barrera de la piel da lugar a múltiples consecuencias:

- Disminución de la producción del factor humectante natural, lo que favorece

la pérdida transepidérmica de agua y tiene como consecuencia la alteración del gradiente hídrico de la piel.
- Disminución de los ácidos grasos y ceramidas y alteración de sus proporciones habituales.
- Alteración del pH de la piel.
- Adherencia de bacterias como el Staphylococcus aureus a la piel debido a la disminución de péptidos antimicrobianos. Más del 90% de los pacientes afectados están colonizados por esta bacteria a nivel cutáneo.
- Aumento de permeabilidad a los antígenos exógenos, lo que hace que se generen respuestas inmunológicas inadecuadas al entrar en contacto con ellos, dando lugar a la presencia de piel seca e irritable.

Clínica. El individuo con atopia es más propenso a sufrir lesiones cutáneas a lo largo de toda su vida. Éstas varían de unas personas a otras y en un mismo paciente a lo largo de los años, aunque tienen aspectos comunes. Hay que destacar que el principal síntoma de la DA es el prurito y se manifiesta como un picor de gran intensidad que junto con el rascado es el causante de la mayoría de los cambios cutáneos objetivables. La DA tiene carácter crónico debido a su larga duración, con aparición de brotes donde se agudiza el picor. Las lesiones se manifiestan en tres formas, pudiendo coexistir lesiones en diferentes estados de evolución:
- Agudas: prurito, xerosis, pápulas eritematosas, vesículas con exudado seroso tras el rascado. Afecta a algún segmento del cuerpo
- Subagudas: prurito moderado, xerosis, pápulas y placas engrosadas y escamosas, pálidas y excoriadas. Lesiones diseminadas que afectan a varios segmentos del cuerpo.
- Crónicas: prurito intenso, xerosis, placas engrosadas (liquenificación) y pápulas fibróticas, costras hemáticas. Lesiones generalizadas.

Diagnóstico. El diagnóstico de la DA se basa en las manifestaciones cutáneas y la historia clínica del paciente, ya que no hay pruebas de laboratorio específicas de la enfermedad. Los antecedentes familiares y personales son criterios de gran utilidad. El picor y la recurrencia de la enfermedad, junto a la morfología y distribución típica son los principales datos clínicos a tener en cuenta. A lo largo de la historia se han propuesto diferentes formas de diagnóstico. En 1980, Hanifin y Rajka establecieron una serie de criterios clasificados como “mayores” o “menores” que se basan en la experiencia clínica y están aceptados universalmente. Para realizar el diagnostico de DA es necesario que el paciente cumpla tres criterios

mayores y al menos tres criterios menores. Son aplicables a niños y adultos.

Gravedad y calidad de vida. Instrumentos de medición de la gravedad de la enfermedad. SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) es la herramienta con mayor validación. Evalúa tres aspectos:
- Extensión de la enfermedad, a través de la regla de los 9.
- Características clínicas (gravedad de las mismas) teniendo en cuenta la presencia de eritema/pigmentación, pápulas/edema, exudación/costra, excoriación, liquenificación/prutigo y xerosis. Donde 0- ausente, 1-leve, 2-moderada, 3-grave .
- Síntomas subjetivos a través de una escala visual análoga en relación al prurito y la pérdida de sueño, valorando cada síntoma de 0 a 10 (máxima puntuación 20).

Tratamiento. En la actualidad no existe un tratamiento curativo de la enfermedad, por lo que el abordaje debe estar dirigido al alivio y reducción de los signos y síntomas. En el tratamiento se incluyen tanto las medidas farmacológicas como las medidas generales que debe seguir el paciente.
Tratamiento farmacológico.
- Corticoides tópicos (CT): es el tratamiento fundamental de la DA en la fase aguda o brote. Tienen acción antiinflamatoria y vasoconstrictora. La potencia del corticoide utilizado debe tenerse en cuenta, utilizando uno más suave en la zona de la cara, párpados y pliegues, y uno más potente en zonas como las palmas y plantas de manos y pies. Se debe tener precaución con su uso en niños, especialmente lactantes, debido a la inmadurez de su barrera cutánea. Tiene efectos secundarios poco frecuentes, sin embargo su uso prolongado puede producir lesiones como atrofia cutánea.
- Inmunomoduladores tópicos, inhibidores de la calcineurina. (IT): son el tratamiento de segunda línea en DA, y se utilizan a corto plazo o de forma intermitente. Como efecto secundario pueden ocasionar ardor en la zona de aplicación que cede con la continuidad del tratamiento. Pertenecen a este grupo el Tacrolimus y el Pimecrolimus, que pueden usarse en adultos y niños de más de 2 años.
Antihistamínicos: indicados para disminuir el prurito. Pueden ser de primera generación, utilizados por su efecto sedante, que favorecen el sueño de los pacientes que tienen gran prurito, o de segunda generación. Se ha comprobado que su asociación con corticoides y/o inmunomoduladores tópicos reduce de manera importante el prurito.
- Corticoides orales: se emplean como terapia sistémica cuando los tratamien-

tos tópicos no son suficientes. Son los más utilizados en pacientes con brotes graves. Su uso debe hacerse en ciclos cortos debido al riesgo de efectos secundarios sistémicos, y riesgo de desarrollar una disminuición de su efecto o taquifilaxia.
- Inmunomoduladores sistémicos, como la ciclosporina, modifican la respuesta inmunológica anómala que da lugar a la DA. Su uso es excepcional, debido a sus efectos secundarios a nivel sistémico.
- Fototerapia: este tratamiento está indicado en lesiones extensas o resistentes a los tratamientos tópicos de uso habitual. Su principal indicación es la psoriasis aunque también se usa en DA debido a su elevado índice coste-efectividad. Existen varias modalidades (UVA-1, PUVA, UVB, UVB banda estrecha) y son eficaces frente al prurito y la inflamación típica de la DA. A largo plazo puede producir fotoenvejecimiento y fotocarcinogénesis. Puede causar recidivas al suspender el tratamiento y es un adyuvante al tratamiento tópico en los pacientes corticodependientes. No está recomendado en menores de 12 años.
- Antibióticos: la enfermedad puede cursar con sobreinfección especialmente por Staphylococus aureus, por lo que se recomienda el uso de antibióticos tópicos como mupirocina o ácido fusídico en caso de que la enfermedad presente sobreinfección en lesiones de escasa extensión. En el caso de infección extensa, se recomienda el tratamiento con antibióticos orales como cefalosporinas, que pueden asociarse a CT.
- Inmunoterapia: aunque su eficacia es evidente en enfermedades como el asma o rinitis, todavía se requiere más investigación de su uso en DA, ya que sólo se ha observado mejora en casos aislados, reduciendo el uso de CT y el índice SCORAD.

Tratamiento farmacológico según la gravedad:
- Formas leves: corticoide tópico de potencia baja-media durante 5-10 días
- Formas moderadas: corticoide tópico durante períodos breves en las reagudizaciones; inmunomoduladores tópicos de mantenimiento al principio de brotes leves o moderados para disminuir el uso de corticoides; antihistamínicos por vía oral durante el prurito intenso.
- Formas graves: corticoides orales inicialmente disminuyendo progresivamente la dosis en ciclos cortos hasta corticoides tópicos; inmunomoduladores sistémicos en caso de requerir tratamiento continuado con corticoides tópicos; deben realizarse medidas de aseo e higiene generales en todas las etapas.

Actuación de enfermería en dermatitis atópica. Educación terapéutica:
Al tratarse de una enfermedad de causa multifactorial, los pacientes con DA re-

quieren un tratamiento integral por parte de un equipo multidisciplinario, abordando aspectos biopsicosociales. A menudo los pacientes tienen un concepto erróneo de su enfermedad, lo que les lleva a restar importancia al cumplimiento terapéutico, por eso es fundamental la educación terapéutica. El objetivo de la educación terapéutica es mejorar el tratamiento del paciente permitiéndole ser autónomo, adquirir y poner en práctica una serie de habilidades para vivir mejor su patología. Diversos estudios han demostrado que la educación terapéutica ha supuesto una mejora en su calidad de vida, la disminución del SCORAD y también una reducción en el gasto económico debido a la enfermedad.

El papel de la enfermera es fundamental, tanto en la realización de técnicas y procedimientos como a nivel docente. Entre sus funciones principales se encuentran educar al paciente sobre su enfermedad o a los cuidadores en caso de que el paciente sea un niño, favorecer la relación terapéutica paciente-enfermera y conseguir adherencia al tratamiento. El contacto directo de la enfermera con el paciente favorece un mayor conocimiento de su situación personal, social y de los aspectos psicológicos que le afectan en relación con su enfermedad. Mediante la empatía, la escucha activa y la comunicación bidireccional, se favorece la relación terapéutica lo que supone el aumento de la calidad asistencial.

Escuelas de la atopia. Los ámbitos en los que la enfermera puede ejercer su función docente son variados. Además de las consultas convencionales, se han creado las denominadas "Escuelas de la Atopia". Éstas escuelas han surgido en todo el mundo como una medida adicional en el tratamiento de la DA. A través de estos talleres se lleva a cabo la educación terapéutica del paciente. La necesidad de integrar la educación terapéutica en el tratamiento médico de los pacientes con DA ha surgido debido a múltiples factores:

- El crecimiento de pacientes con esta enfermedad en los países desarrollados.
- La necesidad de crear una estrategia de cuidados para la enfermedad crónica con el fin de mejorar el estado de salud a largo plazo y mejorar la calidad de vida del paciente previniendo posibles complicaciones.
- La voluntad por parte de los pacientes de seleccionar estrategias terapéuticas y gestionar su propia enfermedad.
- La voluntad de implicación por parte del personal sanitario.
- La complejidad del tratamiento, ya que son los pacientes y sus familiares los responsables de su aplicación y adaptación a las condiciones de la enfermedad, por lo que deben adquirir las habilidades necesarias para controlar la enfermedad.
- El beneficio que supone a los pacientes y familiares, especialmente a aquellos que carecen de un tratamiento eficiente o de apoyo social.

- La adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, habilidades prácticas (aplicación del tratamiento según la gravedad) y habilidades de relación (saber aconsejar a otros y a quién acudir durante un brote grave)

Entre los objetivos que el equipo hospitalario intenta alcanzar se encuentran: desdramatizar la enfermedad, lograr que el paciente entienda la enfermedad y exprese sus sentimientos respecto a la misma, mostrar la importancia de los consejos y medidas higiénico-dietéticas, lograr la comprensión del tratamiento y una adherencia al mismo y resolver todas las dudas que el paciente pueda tener sobre la DA. Las consultas se realizan a lo largo del año de manera individual o grupal. La consulta individual. Se basa en la propuesta de un programa dividido en tres etapas:

- Primera etapa: la finalidad es establecer una relación terapéutica de confianza y escucha con el paciente haciendo un intercambio de conocimientos a través de una entrevista de preguntas abiertas. El objetivo no es centrarse sólo en los síntomas, sino también abordar las dificultades que encuentra el paciente, cómo afecta la enfermedad a su calidad de vida y sus necesidades. Mediante la información que proporciona se establece lo que se denomina "diagnóstico educativo".
- Segunda etapa: en esta etapa se proponen varios objetivos con el fin de conseguir la autonomía del paciente en determinados aspectos.
- Tercera etapa: la evaluación. Consiste en un seguimiento del paciente, procurando el cumplimiento de los objetivos previamente establecidos, con el fin de ayudar y acompañar al paciente hasta el final de su tratamiento.

La consulta colectiva.

Los talleres o grupos de terapia interactivos se organizan en presencia de médicos, enfermeras y psicólogos, junto con un grupo de seis pacientes aproximadamente. Durante estas reuniones, los pacientes tienen la posibilidad de expresarse libremente sobre la enfermedad, sus temores, y las dificultades que encuentran en el día a día. Mediante herramientas pedagógicas, juegos de rol, folletos educativos, y actividades como "El Reloj de la Atopia", los talleres sirven como medio de aprendizaje para compartir experiencias y conocimientos.

Medidas generales y recomendaciones para pacientes con DA.

Además del tratamiento farmacológico, los pacientes deben llevar a cabo una serie de medidas generales en su vida diaria. Para ello, es necesario instruir a los pacientes mediante una serie de recomendaciones. Aseo e higiene: en la actualidad se recomienda el baño breve, de unos cinco minutos, y con agua templada (30-33ºC) ya que debe evitarse el calor excesivo y el contacto prolongado con el

agua. Además es preferible que el baño se lleve a cabo por la tarde o antes de dormir, para disminuir el estrés, la sequedad y el picor. También se recomienda después de practicar deporte por la aparición de sudor, causante del prurito.

El lavado de manos es fundamental, especialmente en los niños es necesario instruirlos para que lleven a cabo el lavado después de jugar. Se recomienda usar jabones con un pH neutro o con tendencia a la acidez, similar al de la piel. Debe evitarse el uso de esponjas en la aplicación del gel, ya que la fricción puede irritar la piel. En caso de existir infección por lesiones de rascado, pueden utilizarse detergentes antibacterianos. Está desaconsejado el uso de perfumes. La piel debe secarse con toallas suaves de algodón, siempre "a toques" y dejándola ligeramente húmeda para la aplicación posterior de cremas hidratantes. Las uñas deben estar cortas y limpias.
Es preferible el baño en el mar antes que en las piscinas, siendo imprescindible la ducha posterior para eliminar los restos de sal y cloro y la aplicación de cremas hidratantes. Se recomienda evitar el contacto con cloro en la medida de lo posible, por su efecto irritante.

Vestimenta: se recomienda el uso de ropa suelta y de algodón, evitando la lana, plástico o fibras sintéticas tanto para vestir como para la ropa de cama. Los calcetines se recomienda que sean de hilo o de algodón para la correcta transpiración del pie. Es importante lavar la ropa antes de su uso, evitando las lejías, suavizantes y jabones perfumados. También está recomendado eliminar las etiquetas y evitar el contacto con adornos, especialmente si contienen níquel. El calzado debe ser de piel, tela o loneta y en el caso del calzado deportivo, su uso debe restringirse solo a la práctica de deporte ya que la suela de estos zapatos es sintética, lo que impide la ventilación.
Hidratación de la piel

Los preparados tópicos mejoran la función de la barrera cutánea y disminuyen el uso de corticoides, por lo que son la base del tratamiento de mantenimiento. Hay que insistir en su aplicación continuada porque reducen significativamente las recaídas. La pauta recomendada de aplicación es de dos veces al día, salvo en casos en los que no se observe recurrencia, que puede reducirse a una vez al día o aplicarlos de manera intermitente.

Alimentación: actualmente, las dietas restrictivas son un tema de controversia. Algunos autores consideran que el consumo de alimentos como el huevo, cacahuetes, trigo y soja en niños menores de 2 años favorece la aparición de DA hasta en un 20% de los casos.

Un estudio realizado en 2010, aconseja evitar dietas ricas en ácidos grasos poliinsaturados, ya que favorecen la producción de IgE y por el contrario, fomenta las dietas ricas en antioxidantes, como la dieta mediterránea. Desde el punto de vista preventivo, en el caso de los niños con DA algunos autores recomiendan evitar los frutos cítricos, así como el uso de chupete ya que se les desencadena con facilidad un brote en la piel de la zona peribucal.

Además, en los adultos con DA, los excitantes como el café, el cacao o el alcohol pueden aumentar el prurito. También el consumo de fresas y marisco en grandes cantidades pueden desencadenar prurito debido a que son alimentos con alto contenido en histamina o liberan esta sustancia. En relación a la lactancia materna, a pesar de que su efecto preventivo también sigue siendo objeto de controversia, se recomienda en cualquier caso durante los primeros meses de vida debido a los aspectos beneficiosos de la misma.

Ejercicio físico

La sudoración es uno de los factores que puede desencadenar el prurito, por ello está desaconsejada la realización de actividades que provocan exceso de sudor. No obstante, está demostrado que el ejercicio físico tiene influencia positiva a nivel psicológico en estos pacientes, produciendo además una mejora en su respuesta al calor tras tres semanas de ejercicio. Además, la transpiración favorece la eliminación de sustancias de desecho cutáneas, por lo que sí que se recomienda el ejercicio regular, siempre y cuando no se realice de manera intensa. Es conveniente la ducha tras la realización de deporte y el uso de calzado adecuado.

Factores medioambientales: el clima templado y húmedo (20ºC) favorece la humidificación de la piel, siendo más beneficioso que el frío y seco ya que incrementa la xerosis y el prurito. Además se debe tener precaución con las calefacciones de aire caliente ya que resecan mucho el ambiente y pueden ser un factor agravante. La humidificación ambiental con instalaciones adecuadas es beneficiosa, sin embargo, el uso de recipientes de agua o pequeños humidificadores tiene poca eficacia, además de favorecer la colonización de hongos en sus filtros.

La exposición solar también está permitida siempre que el paciente no tenga lesiones activas, ya que produce escozor, ni se observe una mala tolerancia. Se recomienda el uso de cremas protectoras para evitar las quemaduras. Deben evitarse las horas en las que el sol es más fuerte, desde las 12h a las 16h, y la exposición los días en los que el paciente recibe fototerapia. La ventilación del hábitat familiar también es muy importante, y especialmente se recomienda ventilar la habitación del paciente al menos 5 minutos cada día. Se recomienda el uso de as-

piradores para limpiar el polvo a nivel del suelo pero también en aquellos lugares donde se acumula polvo con facilidad como alfombras, cortinas, peluches, etc.

5 Discusión-Conclusión

La DA afecta a una gran número de personas a nivel mundial, habiendo aumentado su proporción en los últimos años hasta convertirse en un problema de salud pública. Es una enfermedad que provoca alteraciones a nivel físico y emocional, causando una importante alteración de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Supone una importante carga económica en el gasto socio-sanitario de un país, así como para los propios pacientes, ya que en el tratamiento están incluidos diferentes fármacos y terapias.

Es esencial para el control de la enfermedad atender a los síntomas más frecuentes, destacando como principal el prurito. Dado que no existe tratamiento curativo, el tratamiento farmacológico debe estar encaminado a aliviar las manifestaciones clínicas de la enfermedad. El abordaje de la enfermedad debe realizarse por un equipo multidisciplinario para englobar todos los ámbitos en los que influye la enfermedad, siendo fundamental el papel de la enfermera. La educación terapéutica permite a los pacientes aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad y lograr mayor adhesión al tratamiento.

Las intervenciones de enfermería a nivel docente aumentan la calidad asistencial y reducen el gasto económico y sanitario. Su función está orientada a mejorar el ámbito físico y emocional del paciente, consiguiendo así una mejora en su calidad de vida. La creación de nuevas herramientas informáticas a disposición de los pacientes es un gran avance ya que facilitan la gestión de su enfermedad.

6 Bibliografía

- Hospital Universitario Puerta del Mar. Servicio de Dermatología. [Online].; 2009 [Citado 15 Diciembre 2015] .
- Martínez F, Moreno M. Tratado de Dermatología. Segunda ed.: Aula Médica; 1998.
- Ávila D, Ramos B. Tratamiento psicológico para el manejo de la dermatitis atópica. Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica. 2011; 2(1).
- Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. Quinta ed.: Mc Graw Hill; 20

- Escribano Ceruelo E.. Dermatitis atópica: una enfermedad emergente. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 [Citado 15 Diciembre 2015] ; 11(Suppl 15): 11-14.
- Alonso E, Boné J, Febrer M, García J, González M, al. e. Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño. SEICAP. [Online].; 2011 [Citado 2 Enero 2016].
- Bagazgoitia L., Gutiérrez M., García Blesa C., Hernández Martín A., A. Torrelo. Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica: ¿Es posible la prevención?. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 [Citado 03 Enero 2016] ; 11(Suppl 15): 31-47.
- Ferrándiz C. Dermatología Clínica. Cuarta ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- Fonseca C. Dermatitis Atópica. Asociación Española de Pediatría. [Online]. [Citado 3 Enero 2016]. Disponible en:
- https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatopica.pdf.
- Wolff K, Johnson R, Saavedra A. Atlas de Dermatología Clínica. Séptima ed.: Mc Graw Hill; 2013.
- Laguna C, Vilata J. Dermatitis atópica del adulto. [Online].; 2006 [Citado 4 Febrero 2016]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2006/mc061b.pdf
- Garatachea Vallejo N, Márquez Rosa S. Actividad física y Salud. Díaz de Santos ed. Madrid: Fundación Universitaria Iberoamericana; 2009.
- Daudén Tello E, Mora A, Lara Surinyac N, Sánchez Pérez J. Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud en población pediátrica y adulta española con dermatitis atópica. Estudio PSEDA. Actas Dermo-sifiliográficas. 2013; 104(1).
- Jo SJ , Kim DH, Li K, Kim CM, Kim KH, Kim DW,et al. Quality of Life and Disease Severity Are Correlated in Patients with Atopic Dermatitis. J Korean Med Sci. 2012 Nov;27(11):1327-1332. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2012.27.11.1327.
- Conde Taboada A, González Barcala FJ, Toribio J. Dermatitis atópica infantil: revisión y actualización. [Online].; 2008 [Citado 12 Febrero 2016]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-pdf-13127793-S

Capítulo 13

HISTORIAS DE VIDA RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

LOURDES CABELLO GUTIÉRREZ

SARA PORRES FERNÁNDEZ

MARIA GRACIELA ARTIME GUTIÉRREZ

ELENA VIÑA MUÑIZ

1 Introducción

Se entiende la vejez, como la última etapa en la vida del ser humano, el paso de los años, y de las diferentes etapas, niñez, adolescencia, madurez, hasta llegar al envejecimiento, a ser un adulto mayor. Vejez como fase final del proceso de envejecimiento. Como afirma De Beauvoir (1983), el proceso de envejecer no se basa en una estadística, sino que es la evolución de un procedimiento.

2 Objetivos

- Describir qué son las historias de vida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Resultados

A través de las Historias de vida, la persona adulta hace un recorrido a lo largo de su vida, que pone de manifiesto los momentos más bajos de su existencia. Es uno de los métodos más usados, ya que describe el proceso de vida de forma biográfica, nos permite conocer como es la persona, y tener un perfil de ella a lo largo del tiempo. De acuerdo con Taylor y Bodgan (1984), el objetivo de la investigación cualitativa es el de proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven.

Las historias de vida (HV), permiten realizar un estudio de la vejez, desde la autopercepción y el significado que le da la persona mayor a sus vivencias (Villar, 2006), dando la oportunidad de conocerse a sí mismo, dotando de significado a los cambios que hemos experimentado, ofreciendo un sentido de unidad (verse como un todo coherente en el espacio y en el tiempo) y de propósito (ver nuestra vida presente como una progresión lógica desde el pasado y orientada hacia un futuro deseado) (McAdams, 2001).

Todas las personas mayores tienen una vida para contar, por eso la revisión de vida en esta etapa de la vejez, es una herramienta mediante la cual se puede obtener mucha información acerca de todo el pasado de la persona, y de cómo le gustaría conducir su futuro. Como menciona Haight (1992), las historias de vida, son muy útiles en un momento crítico, como es la última etapa de la vida.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios han demostrado que las HV son un mecanismo efectivo para la detección de la depresión en el anciano. Gracias a las HV, se puede hacer una valoración de las diferentes etapas de la vida de las personas, y como durante todas ellas hay momentos y situaciones en los que se puede llegar a padecer depresión, y como, cuando se llega a la vejez con una serie de circunstancias que se arrastran de las anteriores etapas, o circunstancias vividas en la propia vejez,

se ponen de manifiesto los puntos más bajos en la vida.

6 Bibliografía

- De Beauvoir, S. (1983). La vejez. Barcelona: Edhasa.Haight, B. (1992). Long term effects of a structured life review process. Journals ofGerontology, 47(5), 312-315.
- McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. Review of General Psychology, 5, 100-122
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1984).Introducción a los métodos cualitativos. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidos.
- Villar, F. (29 de Junio de 2006). Historias de vida y envejecimiento.

Capítulo 14

TUBERCULOSIS PULMONAR EXPLICADA MEDIANTE UN CASO CLINICO

MARÍA PÉREZ RODRÍGUEZ

ADRIANA SUÁREZ MESA

1 Introducción

La tuberculosis pulmonar es una infección bacteriana contagiosa que compromete los pulmones y que se puede propagarse a otros órganos.

Causas.
Es causada por la bacteria Mycobacterium tuberculosis (M tuberculosis). La tuberculosis pulmonar (TB) es contagiosa. Esto quiere decir que la bacteria puede propagarse fácilmente de una persona infectada a otra no infectada. Se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada. La infección pulmonar resultante se denomina TB primaria. La mayoría de las personas se recupera de la infección de TB primaria sin manifestación mayor de la enfermedad. La infección puede permanecer inactiva (latente) por años. En algunas personas, se activa de nuevo (reactivación). La mayoría de las personas que presentan síntomas de una infección de TB resultaron primero infectadas en el pasado. En algunos casos, la enfermedad puede reactivarse en cuestión de semanas después de la infección primaria.

Las siguientes personas están en riesgo de TB activa o reactivación de TB:
- Las personas mayores.

- Los bebés.
- Las personas con sistemas inmunitarios debilitados, por ejemplo, debido a VIH/sida, quimioterapia, diabetes o medicamentos que debilitan el sistema inmunitario.

El riesgo de contraer TB aumenta si la persona/el paciente:
- Está entorno a personas que padecen TB.
- Vive en condiciones de vida insalubres o de hacinamiento.
- Padece desnutrición.

Los siguientes factores pueden incrementar la tasa de infección tuberculosa en una población:
- Aumento de las infecciones por VIH.
- Aumento del número de personas sin hogar (ambiente de pobreza y desnutrición).
- Cepas de TB resistentes a los medicamentos.

Síntomas.
La fase primaria de la TB no causa síntomas. Cuando los síntomas de la TB pulmonar se presentan, pueden incluir:
- Dificultad respiratoria.
- Dolor en el pecho.
- Tos (algunas veces con expectoración de moco).
- Expectoración con sangre.
- Sudoración excesiva, especialmente en la noche.
- Fatiga.
- Fiebre.
- Pérdida de peso.
- Sibilancias.

Pruebas y exámenes. El médico realizará un examen físico. Este examen puede mostrar:
- Dedos hipocráticos en manos y pies (en personas con enfermedad avanzada).
- Inflamación o sensibilidad de los ganglios linfáticos en el cuello u otras zonas.
- Líquido alrededor del pulmón (derrame pleural).
- Ruidos respiratorios inusuales (crepitaciones).

Los exámenes que se pueden ordenar incluyen:

- Broncoscopia (examen en el que se usa un broncoscopio para visualizar las vías aéreas).
- Tomografía computarizada del tórax.
- Radiografía de tórax.
- Prueba de sangre para secreción de interferón gamma, como la prueba Quantiferon QFT-Gold para comprobar la infección de tuberculosis (activa o infección en el pasado).
- Examen y cultivos del esputo.
- Toracocentesis (procedimiento para remover fluido del espacio entre el revestimiento externo de los pulmones y la pared torácica).
- Prueba cutánea con tuberculina (también llamada intradermorreacción con tuberculina o prueba PPD).
- Biopsia del tejido afectado (se hace en pocas ocasiones).

2 Objetivos

- Detallar la tuberculosis pulmonar a través de un caso clínico real, exponiendo la prevención y el tratamiento en caso de contraerla.

3 Caso clínico

Febrero de 2019.
Motivo de consulta: tos crónica en paciente derivado por su médico de atención primaria (MAP). Paciente de 55 años. Trabajadora de la limpieza. Casada. Exfumadora de hace aproximadamente un mes. Previamente 20 cigarros/día desde los 30 años. Previamente 10-15 cigarros/día (cantidad acumulada aproximadamente 35 paquetes/año). No bebedora habitual. No alergias medicamentosas conocidas, ni hipertensión, ni diabetes mellitus, ni dislipemia.

Desde hace un año tos no productiva. La tos se ha incrementado. Niega disnea. Niega criterios de bronquitis crónica. Pérdida de unos 5kg de peso en los últimos 6 meses. Astenia y cansancio fácil. Acudió a su MAP y le realizaron Rx de tórax, le indicaron acetilcisteína y se nos remite para estudio. No sudoración vespertina. No palpitaciones, no ortopnea. Duerme con una almohada. No edemas, no oliguria. No estornudos. No prurito. No obstrucción nasal. No rinorrea acuosa. No lagrimeo. No epigastralgia. No pirosis. No reflujo gastroesofágico. No naúseas ni vómitos. No distensión abdominal. Hábito intestinal normal. No disuria, ni polaquiuria, ni oliguria, ni poliuria. Nicturia de 4-5 (refiere beber mucha agua para

la tos). Duerme bien con orfidal, no roncadora habitual, tristeza, se encuentra depresiva. No cefalea, no mareo, no vértigo, ni pérdida de conciencia. No pérdida de fuerza. No parestesias. Buen estado de nutrición e hidratación. No cianosis. No puntos dolorosos craneofaciales. No adenopatías periféricas ni axilares. No soplos. Abdomen blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias. Peristalsis conservada. No signos de irritación peritoneal. Saturación basal 95%. Rx tórax múltiples infiltrados intersticiales bilaterales, de predominio en ambos lóbulos superiores, a descartar enfermedad intersticial. Callos de fractura costales derechos. Diagnóstico: EPOC Gold I. Revisión en 6 meses.

Abril 2019.
Paciente de 55 años que, ante el empeoramiento del cuadro antes descrito, acude a urgencias derivada desde su MAP. Refiere cuadro catarral con tos de predominio nocturno y expectoración de predominio matutino de 1 año de evolución, perdida de peso de 6kg en los últimos 8 meses y astenia desde hace 4. No hemoptisis. No viajes al extranjero. No contacto con gente con diagnóstico de tuberculosis.
Temperatura 37ºC diurna. IMC 15,39 (estado crítico). Eupneica en reposo. Normohidratada, normocoloreada y normoperfundida. Importante delgadez.

Alteración en la analítica de sangre de la PCR. TAC: No se identifican defectos de replección en ramas pulmonares ni segmentarias que sugieran la presencia de tromboembolismo. Importante alteración del parénquima pulmonar, pendiente de estudio. Se revisa estudio de imagen torácica. Importante destrucción de la práctica totalidad del lóbulo superior izquierdo (LSI), con bronquiectasias tortuosas. Engrosamiento pleural asociado e irregular y cicatrices apicales con significativa pérdida de volumen en hemitórax izquierdo. Bronquiectasias en lóbulo superior derecho (LSD). En lóbulo inferior izquierdo (LII) y pulmón derecho, sobre todo en LSD, se identifican extensas áreas con patrón de árbol en brote y nodulillos peribronconvasculares, que confluyen formando conglomerados, la mayoría de ellos cavitados, que sugieren patología infecciosa de diseminación broncógena.

No se ven derrames pleurales significativos. Ganglios prominentes en todos los compartimentos mediastínicos, en el contexto de proceso infeccioso diseminada. No se ven calcificaciones en ninguno de ellos. Cultivo microbiológico de esputo: positivo para tuberculosis, no se detectan mutaciones. Diagnóstico: infección pulmonar por tuberculosis. Se confirma diagnóstico mediante baciloscopia positiva iniciándose el tratamiento al día siguiente del ingreso, con disminución progresiva de la expectoración y desaparición de la fiebre. Al ingreso dada la fiebre noc-

turna de 40ºC se inicia tratamiento con Augmentine 1g/c8horas que se mantiene durante 7 días ante positividad de cultivo bacteriológico de esputo. Tras 9 días de ingreso se decide alta con tratamiento ambulatorio y revisión mensual en consulta externa de Neumología. Recomendaciones: evitar espacios cerrados con conglomeración de personas.

Fármacos: RIMSTAR (rifampicina 150mg/ isoniazida 75mg/ pirazinamida 400mg/ etambutamol 275mg) 3 comprimidos al día juntos por la mañana en ayunas. No comer nada en hora y media. Familia conviviente: marido e hija. Hija vacunada al nacimiento del Bacilo. Deben realizarse Quantiferon ambos para discriminar la vacuna y comprobar resultados.

Mayo 2019.
Revisión en consulta de Neumología. Continúa con algo de tos seca, que refiere a nivel de garganta con irritación de la misma que asocia a inhalador. Disnea de pequeños esfuerzos que le limita la realización de actividad física con aparición de sensación de opresión torácica. Continúa con RIMSTAR. Rx de tórax: importante pérdida de volumen en hemitórax derecho, leve mejoría del infiltrado en LSD y LSI. Marido e hija han dado negativo en Quantiferon, no precisan tratamiento. Repetir control de Quantiferon en dos meses, si negativo alta.

Junio 2019.
Revisión en consulta de Neumología. Continúa con RIMSTAR. Clínicamente estable desde el punto de vista respiratorio. Refiere notar disnea de esfuerzo al agacharse, al coger un peso, si apura el paso. No refiere aumento de la tos. No expectoración. Tuvo hemoptisis en alguna ocasión. El aumento de la disnea lo relaciona desde que inició el tratamiento. Rx de tórax: importante pérdida de volumen de todo el hemitórax izquierdo con lesiones pleuroparenquimatosas izquierdas que han experimentado mejoría respecto a previas pero con importante retracción cicatricial. Lesiones derecha más llamativas en LSD que han mejorado respecto a previas. Suspender RIMSTAR. Empezar con RIFINAH (Rifampicina 300mg/ Isoniazida 150mg) 2 comprimidos todos los días media hora antes del desayuno.

Julio 2019.
Revisión en consulta de Neumología. Continúa con RIFINAH. Clinicamente se encuentra algo mejor. Ha ganado apetito y peso. No fiebre. Ha mejorado la tos. No expectoración. Rx de tórax: igual a previa. Marido e hija han repetido quantiferon

y ha resultado negativo, por lo que son alta.

Septiembre 2019.
Revisión en consulta de Neumología. Continúa con RIFINAH. Clínicamente se encuentra regular. Refiere notar hormigueos en manos y pies. Refiere también ligera sensación de forma puntual de falta de aire con necesidad de toser. Buen apetito. Ha engordado unos 10 kg. No refiere dolor torácico, es solamente sensación de falta de aire. No expectoración. Hace poco ejercicio físico. Rx de tórax: En general se observan lesiones cicatriciales con mejoría del proceso agudo.

4 Discusión-Conclusión

Tratamiento.
El objetivo del tratamiento es curar la infección con fármacos que combatan las bacterias de la TB. La TB pulmonar activa se trata con una combinación de medicamentos (por lo regular 4). La persona toma los medicamentos hasta que los resultados de los exámenes de laboratorio muestran cuál es el medicamento que funciona mejor. Algunos pacientes posiblemente necesiten tomar muchas píldoras diferentes en momentos diferentes del día durante 6 meses o más. Es muy importante que se tomen las píldoras de acuerdo con las instrucciones del médico.

La enfermedad de tuberculosis se puede tratar tomando varios medicamentos durante un periodo de 6 a 9 meses. En la actualidad hay 10 medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de la tuberculosis. Entre los medicamentos aprobados, los fármacos de primera línea contra la tuberculosis, que componen los principales esquemas posológicos de tratamiento, incluyen los siguientes: Isoniazida (INH), Rifampina (RIF), Etambutol (EMB), Pirazinamida (PZA).

Cuando las personas no toman sus medicamentos para la TB de manera adecuada, la infección puede volverse mucho más difícil de tratar. Las bacterias de la TB pueden volverse resistentes al tratamiento, lo cual significa que los fármacos ya no hacen efecto. Si una persona no está tomando los medicamentos de acuerdo con las instrucciones, es probable que los sanitarios tengan que vigilarlo para que tome los medicamentos recetados. Este método se denomina terapia con observación directa. En este caso, los fármacos se pueden administrar 2 o 3 veces por semana.

El paciente posiblemente necesite quedarse en la casa o que lo hospitalicen durante 2 a 4 semanas para evitar la propagación de la enfermedad a otros hasta que ya no sea contagioso. El médico está obligado legalmente a notificar su enfermedad de TB a la Secretaría de Salud local. El equipo de asistencia sanitaria se asegurará de que usted reciba la mejor atención.

Expectativas o pronóstico.
Los síntomas a menudo mejoran en 2 a 3 semanas después de comenzar el tratamiento. Una radiografía de tórax no mostrará este mejoramiento hasta semanas o meses más tarde. El pronóstico es excelente si la TB pulmonar se diagnostica a tiempo y el tratamiento eficaz se inicia rápidamente. Posibles complicaciones: la TB pulmonar puede causar daño permanente a los pulmones si no se trata oportunamente. También puede propagarse a otras partes del cuerpo.

Los medicamentos usados para tratar la TB pueden causar efectos secundarios como:
- Cambios en la visión.
- Lágrimas y orina de color anaranjado o pardo.
- Salpullido.
- Inflamación del hígado.

Se puede hacer un examen de la visión antes de iniciar con el tratamiento, de manera que el médico pueda vigilar cualquier tipo de cambios en la salud de los ojos.

Prevención.
La TB es una enfermedad que se puede prevenir, incluso en aquellos que han estado expuestos a una persona infectada. La prueba cutánea para la TB se emplea en las poblaciones de alto riesgo o en personas que pueden haber estado expuestas a esta enfermedad, como los trabajadores de la salud. A las personas que han estado expuestas a la tuberculosis se les deben hacer pruebas cutáneas tan pronto como sea posible y un examen de control en una fecha posterior si la primera prueba es negativa. Una prueba cutánea positiva significa que el paciente ha estado en contacto con la bacteria de la TB. No significa que tenga la enfermedad activa o que sea contagioso. El tratamiento oportuno es muy importante para controlar la propagación de la tuberculosis desde aquellos que tengan la TB activa hacia aquellos que nunca han estado infectados con esta enfermedad. Algunos países con una alta incidencia de TB les aplican a las personas una vac-

una llamada BCG para prevenir la TB. Sin embargo, la efectividad de esta vacuna es limitada y no se usa en todos los países. A las personas que hayan recibido la vacuna antituberculosa (BCG) aun se les pueden hacer pruebas cutáneas para la TB. Analice los resultados del examen (si es positivo) con el médico.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000077.htm
- https://www.alamy.es/imagenes/tuberculosis-pulmonar.html
- http://tuberculosisweb.galeon.com/diagnostico.html
- https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/treatment/tbdisease.htm

Capítulo 15

PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL LINFEDEMA EN MUJERES

MANUEL CUENCA SAURA

CORAL FUEGO CARTÓN

1 Introducción

El linfedema es la acumulación de linfa en los espacios intersticiales, principalmente en el tejido adiposo subcutáneo. Habitualmente se debe a una dificultad en el retorno de la circulación linfática. El linfedema constituye, sin la menor duda, la afección más relevante de los vasos linfáticos. Es una enfermedad crónica invalidante y un importante problema estético. El linfedema es la secuela más importante del tratamiento del cáncer de mama, sobre todo si la mastectomía ha sido radical con posterior tratamiento radioterápico. El traumatismo quirúrgico y la propia radioterapia interrumpen y destruyen las vías normales de drenaje linfático de la extremidad correspondiente. Se estima que una de cada cuatro mujeres desarrollará esta complicación.

Frecuentemente existe un periodo de latencia entre la intervención y la aparición del cuadro. Éste es variable, pudiendo ser de semanas, meses o años. El 75 % de los linfedemas aparecen en el primer año tras la cirugía. La interrupción de las vías de drenaje del sistema linfático, ya sea producida de forma congénita o por otros procesos, hace que éste sea insuficiente para transportar el líquido linfático, originando su acúmulo. El líquido del linfedema es rico en proteínas

y contiene fibroblastos, con lo cual tiende a producirse fibrosis de la dermis y del tejido celular subcutáneo, lo que a su vez ocasiona la obliteración progresiva de los linfáticos dérmicos y, secundariamente, más acumulación del líquido del linfedema.

El tejido linfedematoso tiene un contenido inferior de oxígeno, mayor distancia entre los vasos linfáticos debido a la inflamación y la acumulación de fluido, deterioro del drenaje linfático y función macrófaga reducida, poniendo al paciente en riesgo de padecer infecciones y celulitis. Al no existir otra ruta para el transporte de las proteínas de los tejidos, el tratamiento para los pacientes con linfedema avanzado y, a la vez, fibrosis crónica, es más complicado que antes de desarrollar dicho padecimiento. Además, una vez que estos tejidos se han expandido el edema reaparece mucho más fácilmente.

Pueden clasificarse en dos grandes grupos:
- Primario: es un trastorno poco común en el que tanto los ganglios como los vasos linfáticos no existen o son anormales. Afectan comúnmente a las extremidades inferiores y rara vez son bilaterales.
- Secundario: es más frecuente que el linfedema primario y está causado generalmente por la obstrucción o interrupción del sistema linfático, lo que suele ocurrir en segmentos proximales. de los miembros, es decir, en los ganglios linfáticos. Los principales sitios de obstrucción son los grupos de ganglios pélvicos, inguinales y axilares.

Los factores que se relacionan con la aparición del linfedema son:
- Cáncer de mama.
- Disección ganglionar en la región axilar, inguinal o pélvica.
- Radioterapia en la región axilar, inguinal o pélvica o radiación supraclavicular.
- Cicatrización de los conductos linfáticos.
- Cáncer avanzado.
- Tumores intrapélvicos o intraabdominales. malnutrición y la obesidad.

Respecto a las manifestaciones clínicas del linfedema puede decirse que no suele desarrollarse de forma brusca, por lo que los primeros síntomas pueden ser la sensación de pesadez en el brazo o el endurecimiento de algunas zonas del mismo, siendo las más habituales las que soportan presión, como la cara anterior del brazo y la región del codo en caso de linfedema del brazo. Rara vez el aumento de volumen se produce de forma brusca, por lo que conocer estos primeros síntomas puede evitar la progresión del linfedema instaurando un tratamiento precoz.

Otros signos y síntomas son:
- Aumento del perímetro de la extremidad afectada.
- Fóvea: depresión que se mantiene durante algún tiempo después de presionar sobre la piel edematosa con un dedo. El edema con fóvea manifiesta una hinchazón de corta duración.
- Trastornos sensoriales (parestesias) en la mano o en el pie.
- Rigidez de los dedos de manos o pies.
- Tirantez de la piel, con susceptibilidad a romperse.
- Reducción de la resistencia a infecciones, lo cual provoca episodios frecuentes de celulitis o la aparición de linfangitis.
- La temperatura y coloración cutáneas normalmente son iguales en ambos lados y sin cambios.

2 Objetivos

- Describir la educación sanitaria que debe realizar la enfermera en la aparición de linfedema.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español. También hemos obtenido gran información en libros de texto de distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron 101 estudios y de ellos fueron seleccionados 6 artículos. Se utilizaron algoritmos booleanos como "and" y "or" para llevar a cabo dicha búsqueda. Los descriptores utilizados fueron: "prevención", "cuidados", "enfermería", "linfedema, "factores de riesgo".

4 Resultados

El linfedema es una enfermedad crónica invalidante, que consiste en acumulación de linfa en los espacios intersticiales en el tejido adiposo. Los linfedemas pueden ser primarios por herencia genética o secundarios por obstrucción del sistema linfático como neoplasias y traumatismos. Como factores de riesgo están: cáncer

de mama, radioterapia, tumores que causen linfadenopatías e incluso la malnutrición o la obesidad. La sintomatología presente es aumento del perímetro de la extremidad, fóvea, parestesias e inmunosupresion que favorecen la celulitis. La enfermedad se puede clasificar en estadios 1-4, según la gravedad. El tratamiento se divide en dos fases: descompresión y mantenimiento. Las complicaciones más prevalentes son la infección, neoplasias y atrofias cutáneas. Especial atención se merece la prevención:

- Elevar el miembro.
- Medición del perímetro braquial.
- Evitar la ropa apretada.
- Extremar la higiene.
- Extremar los cuidados de la piel para no producir lesiones.
- Terapias de ejercicios.

Los cuidados de enfermería en la aplicación del tratamiento se realizan en dos fases para que aumenten su efectividad:

Fase I o de descompresión: Las medidas a aplicar en esta fase incluyen:

- Cuidados higiénicos de la piel: el cuidado de la piel tiene una importancia fundamental en el tratamiento del linfedema ya que es la puerta de entrada de múltiples infecciones y, debido al aumento del volumen de la extremidad afectada, la piel se vuelve más delicada.
- Medidas preventivas generales.
- Drenaje linfático manual: es una de las técnicas más importantes empleadas en el tratamiento del linfedema. El drenaje linfático manual debe ser realizado por un fisioterapeuta especialmente formado en el tratamiento del linfedema.
- Vendaje compresivo: es un paso esencial en el tratamiento del linfedema y se coloca inmediatamente después del drenaje linfático manual. El vendaje compresivo elástico en uno o en dos sentidos, tiene como objetivos incrementar la absorción de linfa de los tejidos, disminuir el flujo del sistema venoso y aumentar su retorno. El vendaje influye en la reabsorción de líquidos y proteínas presentes en los distintos tipos de edema gracias al aumento de la presión intersticial y a otros mecanismos que tienen en común el soporte elástico. A la hora de aplicar un vendaje compresivo en una extremidad edematosa, es necesario tener en cuenta varios factores para asegurar el éxito de la técnica, como la elección del material apropiado a cada caso así como la técnica de vendaje y la evaluación de la condición clínica del paciente.
- Presoterapia: la presoterapia de aire y la presoterapia de mercurio tienen la función de movilizar el edema y favorecer su reabsorción.

Fase II o de mantenimiento.
- Medias de compresión: en esta fase la compresión de la extremidad afectada se consigue empleando medias de compresión adaptada al tamaño de la extremidad. Esta media debe llevarse puesta siempre durante todo el día.
- Ejercicios: los ejercicios serán los mismos que se realizan en la prevención del linfedema.
- Aplicación de tratamiento prescrito: antibioterapia para el tratamiento precoz de la erisipela, celulitis bacteriana o linfangitis; diuréticos, estos fomentan la disminución del líquido vascular, pero no afectan al exceso de depósitos proteínicos y podrían acelerar la fibrosis de tejido conectivo; analgésicos.
- Cuidados al paciente quirúrgico: indicado en linfedemas secundarios con escasa fibrosis, poca respuesta a otros tratamientos, de menos de un año, de evolución y, si es posible, sin linfagiopatía. Opciones quirúrgicas: extirpación del tejido que contiene los linfáticos anormales, la liposucción o, menos frecuente, el transplante de tejidos desde áreas con tejidos linfáticos normales hasta donde el drenaje linfático sea anormal.
- Técnicas de relajación: como ayuda para mejorar el dolor.
- Estimulación nerviosa transcutánea eléctrica (TENS): también para control del dolor.
- Medidas preventivas generales.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas preventivas son fundamentales, puesto que una vez que se establece el linfedema no existe un tratamiento curativo eficaz. La prevención del linfedema, como decimos, debe iniciarse inmediatamente tras la cirugía y requiere una serie de cuidados diarios por parte del paciente, así como un seguimiento regular por parte de un equipo multidisciplinar, el cual debe identificar precozmente a aquellos pacientes con riesgo de desarrollar un linfedema.

También es importante que el equipo multidisciplinar evalúe los conocimientos del paciente relativos a su enfermedad y al riesgo de desarrollar un linfedema, así como instruir adecuadamente sobre las medidas preventivas. En el momento del alta, el paciente debe llevar unas nociones básicas que luego se complementarán en su centro de salud. Asimismo el paciente que sea diagnosticado en fase inicial o sucesivas debe conocer con detalle todas estos consejos para ayudar a que la evolución sea más lenta.

6 Bibliografía

- Cuidado nutricional no linfedema pós-mastectomia [Internet]. [citado 26 de marzo de 2019]. Disponible en: http://www.mastology.org/wp-content/uploads/2017/01/
MAS-v27n1_31-35.pdf
- de Miguel Benadiba C, Martín López de Abajo M, Teixeira Taborda A, Sánchez Tarifa P, Gijón Moreno L. Gestión económica del tratamiento del linfedema. Revista de Senología y Patología Mamaria. 1 de octubre de 2016;29(4):157-62.
- García AG, Ducajú GM, Conejero AM, Hernando FJS. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la enfermedad linfática aguda. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 1 de octubre de 2017;12(41):2458-61.
- García AG, Horcajo RR, Hervás LS, Hernando FJS. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la enfermedad linfática crónica. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado.Oct 2017;12(41):2462-5.
- Segovia-Hermoza Y, Quispe-Ocampo E, Súbelete-Medina J, Segovia-Hermoza Y, QuispeOcampo E, Súbelete-Medina J. Discrepancias sobre terminología anatómica: ganglios linfáticos o nódulos linfáticos. Investigación en educación médica. Sep 2018;7(27):89-90.

Capítulo 16

ESCLEROSIS MULTIPLE: LA ENFERMEDAD DE LAS MIL CARAS Y DE LOS MIL PRONOSTICOS

MARIA MERCEDES GARCÍA PEREZ

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica crónica autoinmune que se caracteriza por el desarrollo de lesiones desmielinizantes en el sistema nervioso central. Afecta a 2.5 millones de personas en todo el mundo ,700.000 en Europa y 55.000 en España. La causa de la enfermedad es desconocida, aunque se sabe que su desarrollo se asocia a una combinación de factores genéticos, y factores ambientales e infecciosos (infecciones virales y parasitósis: diversos virus han sido propuestos como agentes generadores de la EM, como el virus de Epstein-Barr, de la varicela o del herpes zóster). Entre los factores ambientales se incluyen la deficiencia de vitamina D, toxinas ambientales, la dieta y hábitos nocivos como el tabaquismo.

El cuadro clínico de la EM es muy heterogéneo y por ello es denominada la enfermedad de las mil caras. Incluye un amplio espectro de síntomas que varían entre pacientes e, incluso, en el mismo individuo: nos podemos encontrar pacientes con manifestaciones neurológicas leves hasta casos con una enfermedad rápidamente progresiva y discapacitante.

Al diagnóstico se llega cuando en la evaluación neurológica se encuentran síntomas y signos compatibles, acompañado de la demostración por resonancia magnética (IRM) de lesiones desmielinizantes en el sistema nervioso central.

Los criterios de McDonald actualizados en 2017 son los admitidos internacionalmente para el diagnóstico de EM. Se han definido cuatro subtipos de esclerosis múltiple:

- Recurrente-remitente (EMRR) es la forma más común de la enfermedad presentándose en el 85% de los casos, se caracteriza por exacerbaciones periódicas imprevisibles de disfunción neurológica («ataques» o «brotes») que duran semanas o meses, alternados por períodos de resolución completa o parcial de los síntomas («remisiones»).
- Secundaria progresiva (EMSP) se presenta tras 10 a 20 años de una EMRR. Consiste en un empeoramiento progresivo y gradual de la discapacidad con o sin exacerbaciones agudas. Entre un 30 y un 50% de los pacientes con la forma recurrente-remitente eventualmente evolucionarán a una forma secundaria progresiva.
- Primaria progresiva (EMPP) alrededor del 10% al 15% de los pacientes lo presenta. En este subtipo no se presentan los ataques o brotes, comienza de manera insidiosa y empeora gradualmente desde el inicio de la enfermedad progresando más rápido en su incapacidad respecto de los otros subtipos.
- Progresiva-recurrente (EMPR) (o también, progresiva-remitente o progresiva-recidivante). Esta clasificación representa el subtipo más agresivo de la enfermedad que afecta entre un 3% a un 5% de los casos. Progresa en forma continua desde el inicio de la enfermedad, presentando exacerbaciones severas periódicas. Este subtipo se considera una forma más severa de la EMPP

La actividad de la enfermedad se establece considerando: cantidad de brotes en un tiempo determinado; grado de discapacidad; lesiones cerebrales visibles en la resonancia magnética. La enfermedad se considera «no activa», cuando los tres parámetros mencionados no han avanzado.

Los brotes. Un brote o una recaída de la esclerosis múltiple consiste en la aparición de nuevos síntomas o un empeoramiento de los existentes. Los factores evitables que pueden desencadenar un brote de la esclerosis múltiple son:

- El calor, ya que los ambientes calurosos empeoran de forma transitoria los síntomas de la enfermedad. Se recomienda, por tanto, no exponerse a las altas temperaturas, bañarse con agua templada en invierno y hacerlo frío en verano, y protegerse del calor excesivo en los meses cálidos. Las recaídas tienden a ocurrir con más frecuencia durante la primavera y el verano, y se reducen en las estaciones de más frío, lo que demuestra la gran asociación de la temperatura con el agravamiento de la enfermedad. El denominado fenómeno de Uhthoff consiste en el empeoramiento clínico debido al aumento de la temperatura corporal. El deporte aumenta la gravedad clínica y por ello se desaconsejan ejercicios ex-

tenuantes y la fatiga.
- Infecciones: un catarro, un resfriado o una diarrea aumentan el riesgo de recaída. Las vacunas con virus vivos atenuados también aumentan la aparición de brotes. La vacuna contra la gripe es inocua y no provoca recaídas como se ha demostrado en diversos estudios recientes. La vacuna del tétanos también se considera inocua, aunque no ha sido estudiada con detalle.
- El embarazo: los últimos tres meses de embarazo ofrecen una protección natural contra la recaída, mientras que los primeros meses, y especialmente las primeras seis semanas, el riesgo aumenta entre un 20 y un 40 %.
- El estrés emocional. Varios estudios han concluido que el estrés contribuye en gran parte a la aparición de la enfermedad, si bien los resultados no son del todo concluyentes.
- La contaminación ambiental. Niveles de contaminación elevados se asocian a un mayor riesgo de sufrir brotes, especialmente en los 3 días anteriores al brote. El tabaquismo también es un posible inductor de recaída.

Síntomas.
Los síntomas se desarrollan a lo largo de varios días, expresándose de acuerdo a la zona afectada y en un tiempo variable y en la mayoría de los casos van a ir disminuyendo y eventualmente resolverse en semanas o meses. Los síntomas usualmente son múltiples. Pueden quedar síntomas remanentes crónicos, especialmente los sensitivos. Las manifestaciones dependen de la localización del foco de desmielinización, pero típicamente se presenta como un trastorno sensitivo y/o motor en una o más extremidades (50% de los pacientes), neuritis óptica (síntoma inicial en el 25% de los pacientes), diplopia, ataxia, vejiga neurogénica, fatiga, disartria, neuralgia del trigémino (en menos del 10%), nistagmo, vértigo. El signo de Lhermitte es un rasgo clínico frecuente de la esclerosis múltiple; se trata de una sensación de tipo eléctrica que recorre la espalda en sentido caudal hasta las piernas, cuando el cuello es flexionado. Dicha sensación se da en el 30% o más de los pacientes. El fatiga es otro de los síntomas comunes.

2 Objetivos

- Describir cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes con EM, a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

Mujer diagnosticada de EM RR desde los 29 años sin tratamiento, tras estar durmiendo en la playa despierta con hemiparesia motora y sensitiva de cuerpo derecho. Acude a su hospital de referencia donde se le realiza tomografía axial computerizada para descartar patología tumoral y después resonancia magnética siendo diagnosticada de enfermedad desmielinizante. Como antecedentes, tío paterno fallecido diagnosticado de EM y episodio de varicela cuando la paciente tenia 20 años. Primer brote sensitivo-motor hemicorporal derecho y segundo brote 8 años después de tipo sensitivo leve en cara coincidiendo con postparto. La paciente presenta 4 lesiones en sustancia blanca supratentorial que no se han visto modificadas con el paso del tiempo. Todo ello es compatible con diagnostico de EM aunque sin cumplir criterios diagnósticos.

4 Discusión-Conclusión

La esclerosis múltiple o enfermedad de las mil caras tiene un pronóstico y evolución variable. Los numerosos estudios en marcha sobre tratamientos y hábitos de vida abren un importante abanico y esperanza ante la evolución de esta enfermedad. Mientras tanto unos hábitos de vida saludables son los más recomendables.

5 Bibliografía

- Universidad de Harvard .El plato de comer saludable 2011.Hegen, H.; Bsteh, G.; Berger, T. (septiembre de 2018). «'No evidence of disease activity' – is it an appropriate surrogate in multiple sclerosis?» ['No hay evidencia de enfermedad activa' - ¿es un sucedáneo apropiado en la esclerosis múltiple?]. Eur J Neurol (en inglés) 25 (9): 1107-e101. PMID 29687559. doi:10.1111/ene.13669.
- Koriem, Khaled Mohamed Mohamed (mayo de 2017). «Corrigendum to 'Multiple sclerosis: New insights and trends'» [Corrección de «Esclerosis múltiple: consideraciones y tendencias nuevas»]. Hainan Medical University, ed. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine (en inglés) (El Cairo, Egipto: Elsevier B.V.) 7 (5): 493 504. doi:10.1016/j.apjtb.2017.02.001. Consultado el 13 de enero de 2018.
- Didonna, Alessandro; Oksenberg, Jorge R. (noviembre de 2017). «Chapter 1. The Genetics of Multiple Sclerosis» [Capítulo 1. La genética de la esclerosis múltiple]. Zagon, I. S.;

- McLaughlin, P. J., eds. Multiple Sclerosis: Perspectives in Treatment and Pathogenesis [Internet] [Esclerosis múltiple: perspectivas en el tratamiento y la patogenia [Internet]] (en inglés). Brisbane, Australia: Codon Publications. PMID 29261259. doi:10.15586/codon.multiplesclerosis.2017.ch1.
- Zahoor, Insha; Haq, Ehtishamul (noviembre de 2017). «Chapter 5. Vitamin D and Multiple Sclerosis: An Update» [Capítulo 5. Vitamina D y esclerosis múltiple: una actualización]. - Zagon, I. S.; McLaughlin, P. J., eds. Multiple Sclerosis: Perspectives in Treatment and Pathogenesis [Internet] [Esclerosis múltiple: perspectivas en el tratamiento y la patogenia [Internet]] (en inglés). Brisbane, Australia: Codon Publications. PMID 29261266. doi:10.15586/codon.multiplesclerosis.2017.ch5.
- García Merino, A.; Ara Callizo, J.R.; Fernández Fernández, O.; Landete Pascual, L.; Moral Torres, E.; Rodríguez-Antigüedad Zarrantz, A. (marzo de 2017). «Consenso para el tratamiento de la esclerosis múltiple 2016». Sociedad Española de Neurología, ed. Neurología (English Edition)(Elsevier España, S.L.U.) 32 (2): 113-119. doi:10.1016/j.nrl.2016.02.026. Consultado el 13 de enero de 2018.

Capítulo 17

DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA

SHEILA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La piel es un órgano con funciones específicas durante toda la vida. La piel cubre los músculos, los huesos y los órganos internos, pero también realiza funciones importantes: protege, regula, siente, produce la vitamina D, mantiene un buen estado interno (impide que el cuerpo pierda sustancias esenciales, como agua, sales y proteínas). La incontinencia urinaria puede causar problemas dermatológicos en la zona genital, siendo la más común la dermatitis asociada a la incontinencia. La dermatitis asociada a la incontinencia es una inflamación de la piel que aparece en la zona genital como consecuencia del contacto de la piel con un irritante como en este caso sería la orina.

2 Objetivos

- Definir la dermatitis asociada a la incontinencia y dar a conocer las medidas para su prevención y tratamiento.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, para la que se usaron como palabras clave: prevención, dermatitis, incontinencia, higiene, piel.

4 Resultados

Los daños en la epidermis pueden alcanzar distintas profundidades, en algunos casos se ve afectada toda la epidermis y queda expuesta una dermis húmeda y exudativa. También se puede extender más allá del perineo por la extensión del contacto de la piel con la orina o las heces. Otra lesión posible sería la aparición de reacciones alérgicas a productos para la incontinencia pero son poco frecuentes. Los pacientes pueden tener varios síntomas: molestias, dolor, escozor, prurito u hormigueo. Puede haber sensación de dolor, incluso con la epidermis intacta. Estos pacientes también son propensos a contraer infecciones cutáneas secundarias, siendo la más frecuente la candidiasis. Un tratamiento inadecuado de la incontinencia también puede desarrollar dermatitis:

- La exposición a la orina y las heces por cambios poco frecuentes de los productos para la incontinencia o por una limpieza inadecuada.
- Los absorbentes para la incontinencia pueden aumentar la hidratación, al mantener la humedad contra la superficie de la piel, sobretodo si tienen una capa exterior de plástico.
- La limpieza frecuente de la piel con agua y jabón no es recomendable para la función de barrera de la piel, ya que elimina lípidos, aumenta la sequedad y genera fricción.
- Usar una técnica de limpieza agresiva (por ejemplo, utilizar toallitas estándares de limpieza) puede aumentar las fuerzas de fricción y erosionar la piel.

Hay dos intervenciones fundamentales a la hora de prevenir y manejar la dermatitis en la incontinencia:

- Identificar y tratar las causas reversibles de la incontinencia (infección del tracto urinario, estreñimiento, diuréticos) para disminuir o eliminar el contacto de la piel con la orina y/o las heces.
- Cuidado de la piel para proteger la piel expuesta a la orina o las heces.

En cuanto al tratamiento, las estrategias generales son: eliminar los irritantes y manejar la exposición a la orina o las heces, tratar las infecciones cutáneas. Las indicaciones generales a tener en cuenta serian:

- Limpieza suave y secado meticuloso, pero sin fricción.
- Hidratación: si la piel ya esta macerada usar productos emolientes.
- Protección: debe hacerse de forma continuada. Incluye el cambio frecuente de absorbentes y el uso de productos que impidan el contacto con sustancias agresivas.

5 Discusión-Conclusión

La dermatitis asociada a la incontinencia es un problema frecuente tanto en el ámbito sanitario como en la comunidad. La dermatitis puede presentarse en cualquier persona que padezca una incontinencia, por eso es importante conocer los factores que empeoran la situación para realizar un enfoque global en el cuidado de la piel. Es muy importante conocer los factores y causas de la incontinencia para realizar una adecuada prevención y una mantener una piel intacta.

6 Bibliografía

- Abrams P, Artibani W. ¿Qué es la incontinencia urinaria de esfuerzo? Belgium: Ismar Healthcare; 2004.
- Brenes FJ, Cózar JM, Esteban M, Fernández-Pro A, Molero JM. Documento de consenso. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para Atención Primaria. Semergen. 2013
- Brenes FJ, Cózar JM, Esteban M, Fernández-Pro A, Molero JM. Pautas de Actuación y Seguimiento en Incontinencia Urinaria.Madrid: IMC; 2013.
- Sánchez de Enciso M, Vázquez Seijas E, López Silva MC, Rodríguez Fernández C. Incontinencia Urinaria en la mujer: un problema frecuente y olvidado. Med General. 2006
- Schröder A, Abrams P, Anderson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. 2010.
- Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. 2011
- Verdejo Bravo C. Incontinencia urinaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010
- Álvarez-Nieto, J et al. Guía de buen uso de absorbentes de incontinencia urinaria. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Consejería de Sanidad. Xunta de Galicia. 2007. Disponible en: https://www.sergas.es
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas clínicas. Técnicas específicas. Eliminación. Renal. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2002
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas clínicas. Técnicas generales. Higiene y bienestar. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2002
- Perry A, Potter P. Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos. 4.ª ed. Higiene. Cuidados del periné femenino. Cuidados del periné masculino. Madrid: Harcourt Brace. 1998

Capítulo 18

SECUELAS CICATRICIALES, FUNCIONALES Y FISIOLÓGICAS EN MUJERES SOMETIDAS A VIOLENCIA DE GÉNERO CON AGENTES QUÍMICOS

CORAL FUEGO CARTÓN

MANUEL CUENCA SAURA

1 Introducción

El ataque con ácidos ha tenido una fuerte incidencia en algunos lugares del mundo, se ha vinculado con ataques de género puesto que la mayoría de sus víctimas son mujeres, se puede mencionar que a pesar de que el ataque con ácido se ha convertido en un fenómeno mundial sin embargo contextos como los asiáticos en Camboya, Bangladesh y la India se ha observado que tienen un alto grado de comisión, los factores situacionales, sociales, culturales han agravado el hecho. La mayoría de las mujeres que son literalmente quemadas con químicos consecuencia de la violencia de género sufren una serie de secuelas cicatriciales, funcionales y como no, psicológicas que marcan su vida para siempre. Los ataques con ácido son definidos por el Centro Virtual de Conocimientos para eliminar la violencia contra las mujeres y las niñas de la ONU, como el acto de arrojar ácido a una persona, generalmente a la cara de forma premeditada, causando

trauma psicológico, dolor agudo, desfiguración permanente, infecciones posteriores, ceguera, los actores cometen este acto por venganza, rechazo, deshonor, celos entre otros.

El ácido, al ser un producto corrosivo produce un fenómeno de necrosis cutánea causada por la coagulación de la sangre, producida por la destrucción de las células y seguidamente del tejido muscular y óseo. La gravedad de las heridas causadas por los ácidos, depende de la concentración del agente químico, la cantidad a la que se tuvo contacto, el tiempo en que duro la exposición, y de que tan agresiva sea la composición química. Tomando en cuenta lo anterior, se puede entender por qué estas heridas producen deformación de la zona que fue expuesta a él acido; y es que la evolución natural de la lesión cutánea con agentes corrosivos es la formación de una escara, luego se presenta su desprendimiento y por último se presenta la formación de una úlcera secundaria que no cierra con facilidad y rapidez ya que evoluciona muy lentamente (tres a seis meses).

Enfermería tiene una función fundamental ante la actuación de los cuidados en estas mujeres sensibilizadas y fragilizados por agresiones tan brutales en las que el arrojo que productos químicos a su cara, cuello, manos y genitales producen quemaduras de tercer grado. Se necesita un abordaje multidisciplinar para actuar frente a estas situaciones borde-line y una gran profesionalidad para tratar sensiblemente a estas víctimas que requieren de cuidados específicos. Será por ello que todos los profesionales de centros especializados en el tratamiento de quemaduras y/o en Unidades de Cuidados Intensivos actualicen continuamente conocimientos sobre los determinados cuidados y funciones que deben de llevar a cabo en zonas dianas de las víctimas.

Generalmente se requiere de profesional experto en este tipo de cuidados, siendo fundamental el traslado inmediato a Unidades de Quemados para reducir la morbilidad de la lesión con autoinjertos o apósitos biológicos inmediatos tras la retirada de tejido necrótico. A posteriori los cuidados de respiración, uso de drogas y analgésicos-sedantes, reposición de líquidos e iones, nutrición y eliminación serán fundamentales y necesarios para la recuperación física de la víctima. Además la gran carga psicológica que conlleva estas circunstancias irá asociada de cooperación entre médicos distintas especialidades, psicólogos, terapeutas, agentes judiciales y familiares. Las mujeres que son afectadas por esta situación no mueren, pero tampoco están bien física y emocionalmente ya que trae consigo secuelas bastante grandes y la recuperación de estos ataques tiene un proceso lento. Además, la persona aparte de tener que realizar una serie de

cirugías, todas necesarias y enfocadas a mejorar su calidad de vida, también tiene que sobrepasar las dificultades que tenga con la sociedad.

2 Objetivos

- Conocer actuaciones específicas del profesional de enfermería ante situaciones de violencia de género por agresión con agentes químicos.

3 Metodología

La búsqueda se realizó en bases de datos de Ciencias de la Salud como Cuiden, Pubmed, Lilacs, Medscape, CINHAL, Scielo y Embase. También se consiguieron algunos artículos en bases de revistas como Elsevier y en guías clínicas de Fisterra y en Medicina Basada en la Evidencia. Se consideraron los estudios buscados durante el periodo de tiempo de 2009-2019. Se encontraron 47 artículos relacionados con el tema, de los cuales nos interesamos por 4 estudios por su afinidad e interés. Descriptores: "mujeres", "quemaduras", "agentes, "químicos", "violencia de género".

4 Resultados

Los principales cuidados que los profesionales de enfermería ejercen en las Unidades de Quemados sobre estas mujeres irán destinados a:
- La permeabilidad y soporte de la vía aérea.
- El tratamiento de los signos de toxicidad sistémica.
- La administración de analgésicos potentes y sedación, en casos necesarios.
- El aporte de fluidos, iones y nutrición.
- El cuidado de las lesiones en piel realizando irrigaciones continuas con Lactato Ringer durante periodos de 30 minutos varias veces al día en las zonas lesionadas hasta conseguir un PH neutro. También se llevan a cabo curas oclusivas con gasas parafinadas para preparación del tejido en futuras cirugías plásticas con autoinjertos.
- Protección ante nuevas agresiones.

En España los juzgados de violencia sobre la mujer adoptan las medidas, y las órdenes de protección las ejecutan los servicios sociales o instituciones asistenciales dependientes de las administraciones públicas, como hospitales y servicios de orientación jurídica de los colegios de abogados. Ejemplos de medidas son la

salida obligatoria del inculpado, el cambio de vivienda, el alejamiento, la prohibición de comunicación y la suspensión de la patria potestad o la custodia.

Por el lado de los juzgados, en muchos casos los jueces no aplican la normativa desde una perspectiva de género, y en cambio sí llenos de prejuicios y de predisposiciones socioculturales, profieren sentencias en forma mecánica. Todo lo anterior refleja el escaso peso jurídico que se les concede a los casos de esta jurisdicción, los que en efecto no se resuelven en el plano puramente normativo, sino que están relacionados con asuntos sociales, psicológicos y culturales. Y es que la jurisdicción de familia es subvalorada por el derecho, justamente por ocuparse de problemáticas en su mayoría de mujeres. En general, se piensa que estas son ideales para atender los asuntos de familia, porque los comprenderían mejor; sin embargo, a la hora de la verdad, en la toma de sus decisiones priman los imaginarios culturales patriarcales que se construyen, socializan y circulan en la sociedad.

5 Discusión-Conclusión

La creciente violencia de género asociada a agresiones por quemaduras químicas se da cada vez más frecuentemente en poblaciones en desarrollo. La principal búsqueda de esta situación por parte del agresor es provocar en la víctima unas "cicatrices de por vida" que le recuerden su vínculo con el maltratador acompañado de enormes problemas emocionales, de conciliación, incapacidades laborales y sentimentales y en muchos casos, rechazo social y familiar.

El abordaje de estas víctimas será multidisciplinar tanto a nivel sanitario como judicial y su adaptación a la nueva situación será complejo y difícil a lo largo de su vida necesitando de una continuidad tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. La persona que ha sufrido una lesión en el rostro queda con cicatrices que poseen un aspecto no solo repugnante sino doloroso, esto sin embargo puede ser reparable a través de varias cirugías estéticas o a través del tiempo, pero no siempre es así cuando se presenta la imposibilidad de reparar los tejidos, adicionalmente la víctima conserva un infortunado y permanente recuerdo del hecho delictuoso, crea complejos psicológicos, por ello objetivamente el legislador ha tenido en cuenta tales fundamentos para trascender en sanciones más severas.

Es importante que el profesional de enfermería esté capacitado para actuar ante estas situaciones, tanto por la patología que presenta la paciente a causa de la quemadura y para actuar ante las situaciones de maltrato. Conocer la legislación

y los recursos necesarios para estos casos es importante.

6 Bibliografía

- Ambrosoni María, Telechea Héctor, Cristiani Federico, Manaro Beatriz, Pizarro Marcela, Menchaca Amanda. Severely burned patients: a treatment proposal for the Intensive Care Unit of Pereira Rossell Hospital Center. Arch. Pediatr. Urug. 2018; 89(2): 129-134.
- Castillo, P. Quemaduras. Conceptos para el médico general. May 2018. Cuadernos de Cirugía 17(1): 58-63. ISSN 0718-2864.
- Gaviria-Castellanos J.L., Gómez-Ortega V., Gutiérrez P. Quemaduras químicas por agresión: características e incidencia recogidas en el Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia. 2015; Cir. Plást. Iberolatineam. 41 (1): 73-82.
- Puerta Hoyos G.I., Bernal Vélez M., Jaramillo Sandoval S. Protocolo de Atención Integral de Urgencias a Víctimas de Agresiones con Agentes Químicos. 2014.

Capítulo 19

CASO CLÍNICO. EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ITS POR PARTE DE LA MATRONA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

LAURA LAVANDEIRA CORCHO

LAURA CAMPOS RIOPEDRE

PATRICIA CAMPO GONZALEZ

CRISTINA LEMA GONZÁLEZ

AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN

1 Introducción

Se denominan infecciones de transmisión sexual (ITS), al conjunto de patologías causadas por diferentes agentes infecciosos y parasitarios, en las que el mecanismo de transmisión sexual tiene gran importancia epidemiológica, aunque no siempre es exclusivo de esta vía, como es el caso del VIH o la hepatitis B. Son causadas por bacterias, virus, protozoos y parásitos (Domingo, 2003).

Cabe señalar, que las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, como por ejemplo, las transfusiones de sangre u otros productos sanguíneos. Muchas ITS, en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis

B primaria, el VIH y la sífilis, pueden transmitirse también de madre a hijo, durante el embarazo o el parto. Además, es necesario saber que una persona puede tener una ITS, sin manifestar síntomas de esta enfermedad, por lo que hace muy complicado su diagnóstico (Mallorius, 2013).

Las infecciones de transmisión sexual son un gran problema de salud pública, tanto por su magnitud, como por sus complicaciones e incluso sus secuelas tales como: la enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, embarazo ectópico, cáncer de cérvix, entre otros, si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

Estos riesgos, por norma general son conocidos por la población, pero quizás no se les muestra tanta atención como a otros riesgos relacionados con las relaciones sexuales sin protección, como es el embarazo no deseado. Hoy en día, cada vez en mas frecuente encontrarse e en la consulta con jóvenes que no utilizan ningún tipo de método barrera en sus relaciones, y cuando acuden a consulta pidiendo información, su gran preocupación es no tener un embarazo no deseado, restando importancia a contraer una infección de transmisión sexual. Respecto a lo mencionado anteriormente, según el Plan Nacional Sobre el SIDA de nuestro país, España cuenta tanto con el mayor número de casos de VIH positivo, como la tasa de incidencia más significativa en la Unión Europea, además, cabe destacar que la tasa de incidencia en mujeres es casi tres veces mayor a la de la Unión Europea, siendo cada vez más jóvenes los contagiados (Velasco, S. 2002).

Por tanto, la prevención así como la educación para la salud es el primer paso para detener esta pandemia, en España existen varios programas de prevención en los que el personal de enfermería tiene un papel fundamental. En relación a esto, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, refleja en la ordenación de servicios para la atención sanitaria del paciente con infección de VIH, que el nivel de Atención Primaria es el más adecuado para garantizar una atención integral al VIH/SIDA, centrando la prevención no solo a nivel individual, sino también a nivel global en la consulta tanto del médico como de la enfermera. En este punto son de clave importancia la enfermera de atención primaria y la matrona, ya que ambas son las que primero pueden detectar un problema o dedicarse a la educación para la salud y prevenirlo de antemano.

2 Objetivos

En este capítulo se presenta un caso clínico real de una mujer de 20 años que acude a la consulta de matrona derivada por su ginecóloga para realizarse el

test de Papanicolau, en el cual por varios comentarios de la usuaria la matrona decide citar de nuevo a la paciente para darle consejos sobre educación sexual y prácticas sexuales seguras.

Objetivo principal
-Realizar plan de cuidados individualizado centrado en la educación para la salud y la prevención de las ITS

Objetivos específicos
-Realizar valoración enfermera mediante la entrevista clínica.
-Identificar diagnósticos enfermeros de acuerdo a problemas encontrados según la taxonomía NANDA.
-Detectar posibles diagnósticos de riesgo relacionados con el tema a tratar
-Nombrar objetivos e intervenciones de acuerdo a cada problema.
-Evaluar posibles futuras intervenciones para continuar con el cuidado de la usuaria.
-Valorar intervención interdisciplinar si fuera necesario con resto de equipo de atención primaria.

3 Caso clínico

Paciente de 20 años, acude a la consulta de matrona de su centro de salud derivada por su médico de atención primaria para la realización de una citología rutinaria. Sin antecedentes médicos relevantes, NAMC, es la primera consulta con la matrona. Durante la realización de la prueba, la usuaria se muestra nerviosa, con cierta reticencia a realizarse la prueba. Verbaliza temor dar positivo ya que varias amigas han dado positivo a papiloma y confiesa tener relaciones sexuales sin protección. La matrona, tranquiliza a la usuaria y concierta una nueva cita en la consulta, con mas tiempo, ya que la usuaria se muestra abierta a información a consejos sanitarios y educación acerca del tema.

Se procedió a valorar a la paciente según los patrones de salud de Marjory Gordon, identificándose en cada patrón los problemas enfermeros, nombrando los considerados como diagnósticos enfermeros según la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

PATRON 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD
Considera su estado de salud como “sano”, aunque hace referencia varias veces a que “tiene miedo a pillar algo”. Respecto a su historial médico, no existen alergias

conocidas ni antecedentes médicos relevantes. Nunca ha estado ingresada. Confiesa que no va mucho al médico porque "no le gusta" y solo fue a la realización de la prueba obligada por una amiga. Nunca antes había acudido a la consulta de enfermería en su edad adulta.
Se muestra agradecida con la enfermera en la consulta, confiesa sentirse mas tranquila que con su doctor. Pregunta dudas que tiene acerca de anticonceptivos orales y métodos de barrera. Se muestra receptiva a consejo médico.

PATRON 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO
Refiere tener una alimentación equilibrada. Realiza 4 comidas al día con predominio de consumo de verduras y legumbres. Bebe aproximadamente 1.5 litros de agua al día. Bebe alcohol los fines de semana cuando sale con las amigas unas 3 cervezas. No fuma ni consume otro tipo de drogas. El estado de la piel y mucosas es bueno, con buena coloración e hidratación. No se muestran lesiones en la piel en la primera valoración.

PATRON 3- ELIMINACIÓN
No refiere problemas de eliminación tanto urinaria, fecal o de la piel. Realiza deposición todos los días de característica normal, sin necesidad de ayuda externa. No presenta problemas de incontinencia. Refiere un nivel de sudoración normal de acuerdo con la actividad física.

PATRON 4- ACTIVIDAD EJERCICIO
Independiente para todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Realiza ejercicio con regularidad, acude al gimnasio 2 veces por semana y resto de días sale a caminar y pasear. Dentro de las actividades de ocio mas recurrentes se encuentran: tomar algo con las amigas, salir a pasear al perro, leer y ver series en plataformas digitales. Respecto a las constantes vitales se encuentran dentro de la normalidad. No hay reflejado en su historia clínica alteraciones. Constantes el día de la entrevista TA 120/60 mmHg, FC 64lpm Sat O2 98%. Eupneica.

PATRON 5: SUEÑO- DESCANSO
Duerme unas 6 horas diarias, se acuesta muy tarde porque afirma quedarse hasta muy tarde leyendo o viendo series porque tiene dificultades para conciliar el sueño. Refiere estar acostumbrada a dormir poco desde siempre y no suele ser un problema para ella. Los últimos días refiere tener también problemas porque cuando se acuesta en la cama piensa en los posibles resultados de la citología.

PATRON 6: COGNITIVO- PERCEPTUAL

No refiere alteraciones en los sentidos hasta el momento. Ocasionalmente tiene dolor de cabeza que relaciona a cuando lee demasiado o duerme menos de 6 horas y suele solucionarse con toma de analgésico vía oral.

PATRON 7: AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO
Refiere estar contenta con su vida actual, lo único que menciona respecto a ella misma actualmente es que pensar que puede tener una ITS le aterra desde que una amiga suya tuvo una. A veces este pensamiento no le deja dormir y le distrae de tareas cotidianas.

PATRON 8: ROL RELACIONES
Vive con 2 amigas, trabaja desde hace unos meses en la empresa familiar. Está contenta con su círculo social, refiere hacer varias actividades a la semana con ellas. Ve a sus padres y a su hermana varias veces a la semana ya que viven cerca, es independiente económicamente aunque manifiesta querer trabajar fuera del negocio familiar pero necesita más experiencia. No tiene problemas con sus padres ni con las amigas. Actualmente no tiene pareja estable.

PATRON 9: SEXUALIDAD/ REPRODUCCIÓN
Durante la entrevista, la usuaria cuenta en la consulta que desde hace varios meses tiene relaciones con el mismo chico, pero no lo considera su pareja estable y además no usa protección porque los preservativos "no le gustan" y los anti-conceptivos orales le dan "miedo por los efectos secundarios". Su mayor temor es no quedarse embarazada, pero tras un caso positivo a una ITS en su círculo cercano de amigas teme haber contraído una, o hacerlo en un futuro. Menarquia a los 12 años. Hasta la fecha no ha tenido embarazos, su menstruación es normal, sin dolor con ciclos de unos 27 días.

PATRON 10: ADAPTACIÓN/ TOLERANCIA AL ESTRÉS
Refiere hablar de sus problemas con su madre. Ahora mismo el problema que mas le importa es lo referente a las relaciones sexuales, dice que con su madre no puede hablarlo. Lo ha hablado con sus amigas y ya que ellas se encuentran en su misma situación parece ayudarla. No se identifican crisis adaptativas en el pasado.

PATRON 11: VALORES- CREENCIAS
No se considera una persona religiosa, no influye en sus decisiones de salud.

4 Discusión-Conclusión

Este es un breve ejemplo de un caso que puede darse en cualquier consulta de atención primaria, o incluso en ámbito hospitalario. Los diagnósticos, objetivos e intervenciones elegidos son solo una muestra aplicada al caso concreto. Cada paciente debe ser valorado individualmente aunque esto sirva de guía para posibles casos similares.

Se ha elegido la consulta de la matrona en atención primaria para la muestra, debido a que la consulta de enfermería proporciona un lugar mas íntimo y resulta idóneo para realizar una buena valoración y el desarrollo de un plan de cuidados adecuado. Gracias a que en la consulta la propia enfermera puede gestionar el tiempo, tiene mas autonomía y hay mas privacidad para poder desempeñar un rol adecuado a la situación particular.

La importancia de la enfermera dando consejo sanitario no solo se aplica a este ámbito en concreto de la educación sexual, sino que siempre tenemos que tener en cuenta que somos uno de los pilares de la educación sanitaria en cualquier temática de hábitos saludables en la vida diaria.

Como resumen de este capítulo, recalcar la importancia de la atención de enfermería en la prevención del VIH y otras ITS, mediante la correcta elaboración de un plan de cuidados individualizado, en el que destaca la educación sanitaria del paciente acerca del proceso de la enfermedad y cómo prevenir las prácticas de riesgo.

5 Bibliografía

- Cecilia, J.N & otros. (2001) Prevención y asistencia de la infección por VIH en atención primaria. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- García R, Tejuca M, Tejuca A, Carmona MC, Salces E, Fuentes (2002) Plan de cuidados personalizado aplicando taxonomía II NANDA, NOC y NIC. Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
- Hernández M.D., Madrid J.G. (2012) Educación para la salud aplicada a la educación sexual. Medicina de la Adolescencia. Barcelona: Océano
- Instituto de Salud Carlos III. (2016). Informes específicos del VIH/SIDA. Disponible en http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fdvigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/informes-especificos-

vih-sida.shtml
[Consulta: 3 de Enero de 2020]
- Organización Mundial de la Salud. (2003) Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Ginebra: Ed. OMS; p.1-5.
- Organización Mundial de la Salud (2012).Prevención y Tratamiento de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión Sexual. Recomendaciones de Salud Pública. Programa contra VIH/SIDA Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud
- Organización de las Naciones Unidas. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. (1986). Disponible en http://www.org/spanish/HPP/OttawaCharterS. [Consultado el 10 de Enero de 2020]
- Pritchard P, (1981) Manual de atención primaria de salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos
- Varín, G.M (2012). M. Infecciones de Transmisión Sexual. Aspectos psicosociales, clínicos, diagnósticos y tratamiento. En Vicario, M., Redondo, A. & Barca, G. (2012). Medicina de la adolescencia. Barcelona: Océano.

Capítulo 20

HERIDAS POR ARMA BLANCA

JULIA IBÁÑEZ LÓPEZ

IRENE LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Un arma es todo elemento que puede potenciar la fuerza humana y blanca es aquella de diversa estructura caracterizada por presentar un extremo aguzado y por lo menos un borde cortante o afilado.

Bajo el concepto de arma blanca se agrupa un sinnúmero de instrumentos de forma aplanada, de estructura variada, que poseen uno ó más bordes cortantes y cuya extremidad puede ser puntiaguda o roma. Se pueden clasificar según su forma (laminada o cilíndrica) o según el tipo de herida que producen (punzante, cortante…)

2 Objetivos

- Describir las características propias de las lesiones producidas por arma blanca.
- Abordar la problemática medico legal que este tipo de actuaciones conlleva, tanto a nivel especifico como general.

3 Metodología

Se ha realizado una selección de artículos a través de bases de datos como Pubmed, Scielo, Dialnet y Science Direct. Utilizando como palabras clave: ”armas”, ”arma blanca”, ”heridas”, ”heridas punzantes”.

4 Resultados

No existe ninguna regla general que permita en todos los casos establecer con certeza la etiología médico legal de una herida por arma blanca. Este diagnóstico es, en realidad, un juicio valorativo de los caracteres que presentan las heridas en cada caso particular, a los que deben unirse los derivados del lugar del hecho y aun los antecedentes sumariales si se quiere que aquel juicio se ajuste fielmente a los hechos. Es por ello que en este diagnóstico tiene un gran interés la íntima colaboración entre el juez instructor y el perito médico. El diagnóstico dependerá de la localización, orden y número de heridas, número de armas, examen de la ropa, posición de la víctima y agresor y violencia de los golpes.

5 Discusión-Conclusión

Existen las armas blancas de fácil acceso (cualquiera puede poseer una, siendo esta reconocida como la herramienta u objeto capaz de dañar mediante bordes afilados o puntiagudos). Así bien a pesar de todas las normas, reguladas, que impiden tanto el uso como la tenencia ilícita de armas blancas , no sería difícil encontrarnos lesiones producidas por otro tipo de objetos no necesariamente regulados por la ley.

Así, en conclusión la necesidad de conocer este tipo de lesiones no se fundamenta exclusivamente en el arma en sí (como puede pasar con las lesiones producidas por armas de fuego) sino que pueden ser lesiones de frecuencia importante haciendose necesario su conocimiento ante la posibilidad de su identificación.

6 Bibliografía

- Fuertes Rocañín J.C., Cabrera Forneiro J., Serrano Gil A.:Esquemas en ciencias forenses y derecho sanitario. Arán Ediciones, 2006
- DALLA VOLTA, L.: Trattato di Medicina Legale. Società Editrice, Milano, 1935.
- FONT RIERA, G.: Atlas de Medicina Legal y Forense. J. M. Bosch, Barcelona, 1996.
- GISBERT CALABUIG, J. A.: Medicina Legal y Toxicología, 3ª ed., Fundación García Muñoz, Valencia, 1985.
- PONSOLD, A.: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 2ª ed. Georg Thieme, Stuttgart, 1957.

- RIU, J. A., y TAVELLA DE RIU, G.: Lesiones. Aspectos médico-legales. Librería Akadia y Lema Editora, Buenos Aires, 1994.
- ROJAS, N.: Las heridas. Estudio médico-legal. López Editores, Buenos Aires, 1926.

Capítulo 21

ENFERMERIA. VACUNA PREVENTIVA DEL HERPES ZÓSTER

ADELA GILGADO DAVILA

1 Introducción

El herpes Zoster es el resultado de la reactivación del virus de la varicela Zoster, siendo más frecuente en pacientes con edad avanzada y con la inmunidad disminuida. El curso clínico del herpes zoster en pacientes seguidos en Atención Primaria y con edades inferiores a 60 años es benigno y sin complicaciones.

La principal complicación del herpes Zoster es la neuralgia postherpética, que es el dolor que aparece en el dermatoma afectado, después de la resolución de las lesiones cutáneas. Es difícil establecer unas pautas de actuación en el manejo del herpes Zoster, debido a que no existen protocolos de consenso. En general, a pesar de la limitada evidencia al respecto, los antivirales se reservan para aquellos pacientes con riesgo elevado de una enfermedad severa y/o de aparición de neuralgia post-herpética, como ancianos, inmunocomprometidos y con herpes Zoster oftálmico.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Sintetizar la información disponible sobre el herpes Zoster y su vacuna

Objetivos secundarios:.
- Elaborar recomendaciones dirigidas a los diferentes niveles de decisión del Sistema Sanitario.

-Valorar la eficacia y seguridad de una nueva vacuna (Zostavax) para la prevención de herpes Zoster.

3 Metodología

La metodología se basó en una búsqueda estructurada en bases, lectura crítica de la información localizada, síntesis de los resultados y valoración de los mismos en relación al contexto del Sistema Nacional de Salud.

La búsqueda se centró en localizar ensayos clínicos aleatorizados y estudios de pruebas diagnósticas, y las bases de datos usadas fueron: MedLine y EMBASE. También se buscó en la Agencia Europea del Medicamento (EMEA),

4 Resultados

La incidencia del herpes Zoster aumenta con la edad. Es más frecuente en pacientes por encima de 50 años y es raro en personas menores de 15 años.

Además de ser más frecuente en pacientes ancianos, en éstos el dolor y la erupción del Zoster al igual que en pacientes inmunocomprometidos es más severa. En cuanto al sexo, no existen diferencias en la presentación del herpes Zoster.

Etiologia.
El virus del herpes Zoster puede producir dos tipos de patologías:
- Varicela: más frecuente en la edad infantil.
- Herpes zoster: más frecuente en adultos.

El herpes Zoster se produce por la reactivación del virus varicela Zoster, que tras la infección primaria se encuentra en estado de latencia en los ganglios de los nervios raquídeos posteriores y en los ganglios sensitivos de los pares craneales.

No se conocen claramente los factores que producen la reactivación del virus. La mayoría de los enfermos no tienen antecedentes de exposición a otras personas con infección por virus de varicela Zoster, pero sí es más frecuente en pacientes con la inmunidad disminuida como ocurre en los pacientes con patología como cáncer (especialmente los pacientes con leucemia y linfoma), infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) y el uso prolongado de corticoides añadiendo en otros estudios a los diabéticos.

Aunque en algunos trabajos se indica que el herpes Zoster pudiera ser un indicador de patología maligna encubierta, en otros trabajos de revisión se encuentra que no hay evidencia suficiente para sostener esta teoría.

Clínica.
El herpes Zoster suele padecerse una única vez, tan sólo en 1 a 5% de los enfermos vuelven a presentarlo otra vez y menos del 1% lo padecen más de dos veces. La recidiva suele afectar al mismo dermatoma .

Fase prodrómica: el herpes Zoster suele comenzar con dolor de tipo punzante, parestesias o prurito, que precede normalmente a la aparición de las lesiones.

Este dolor se localiza en un dermatoma de forma unilatera, y varía desde una mayor sensibilidad al tacto o disestesias, que son más frecuentes en el paciente más joven, hasta dolor intenso mantenido o intermitente, más frecuente en el anciano. Algunos pacientes, alrededor de un 5% (usualmente niños) también pueden presentar febrícula, linfadenopatía, malestar general, fotofobia y cefalea de forma concomitante.
Puede no existir ninguno de estos signos y síntomas descritos, siendo la erupción cutánea la primera manifestación.

Fase aguda: las alteraciones dermatológicas comienzan con una erupción maculopapulosa eritematosa, que aparece típicamente entre las 48 y 72 horas posteriores a la aparición del dolor, pero puede aparecer pasada una semana o más tiempo.

Las características de la erupción cutánea son que tiene una localización metamérica, unilateral, y cuyas lesiones elementales son eritema, pápulas, vesículas.

Estas lesiones rápidamente evolucionan hacia la formación de vesículas8 (12-24 horas), luego a pústulas (en 3-4 días) y finalmente a costras (en 7-10 días). El proceso se repite en brotes durante 7 días aproximadamente, explicando la distinta antigüedad de las lesiones de una misma zona y la curación suele ser en 10-15 días.
En los sujetos inmunocompetentes las lesiones pueden ser escasas y continuar formándose sólo durante 3 a 5 días, pero pueden pasar 2 a 4 semanas antes de que la piel vuelva a la normalidad. En sujetos inmunodeprimidos la formación de las lesiones continúa durante más de una semana y las costras no aparecen en la mayoría de los enfermos hasta varias semanas de la enfermedad. En sujetos

inmunodeprimidos y pacientes ancianos la clínica es más intensa y extensa.

La infectividad dura desde que aparecen las vesículas hasta que las lesiones se han secado, por lo que los pacientes deberían evitar entrar en contacto con mujeres embarazadas, inmunodeprimidos y personas que usen crónicamente esteroides.

Los dermatomas más afectados son los que van de D3 a L25 . Si se afectan las ramas del trigémino, pueden aparecer lesiones en la cara, boca, ojos (herpes zoster oftálmico) o lengua. Si se afecta la rama sensitiva del nervio facial (síndrome de Ramsay Hunt) aparecen lesiones en el conducto auditivo y la lengua.

Fase de neuralgía post-herpética: la neuralgia post-herpética (NP), según algunos autores es el dolor que aparece en el dermatoma afectado por el herpes Zoster, después de la desaparición de las lesiones cutáneas otros autores delimitan el tiempo y lo definen bien como el dolor que aparece al menos 30 días después de la desaparición de las lesiones cutáneas; o bien como el dolor que aparece al menos 3 meses después de la salida del episodio agudo .

El dolor puede ser quemante, lancinante y además se asocia con hipoestesia . Incluso el roce con la ropa, las sábanas o el viento provoca el dolor.

Diagnóstico.
El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Pero en ocasiones es preciso confirmarlo mediante pruebas complementarias (que no se suelen usar en Atención Primaria). Las pruebas son las siguientes: citodiagnóstico de Tzanck (la única realmente útil en urgencias, por la rapidez de ejecución y la sencillez de interpretación); biopsia y estudio histopatológico; cultivo del virus; técnicas de biología molecular y serologías .

Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con distintas entidades y se puede realizar el diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas y el del dolor del episodio agudo o de la neuralgia post-herpética.

Vacunación herpes Zóster.
Indicaciones.

Vacunación de la población sana mayor de 60 años susceptible de padecer herpes Zoster y neuralgia causada por el virus de la Varicela-Zoster (VVZ); población no inmunodeprimida ni con factores de riesgo que contraindiquen la administración

de la vacuna.

Número de pacientes.
Según cifras obtenidas en los hospitales españoles, a partir del CMBD (Conjunto mínimo de datos) durante los años 1999 y 2000, se registraron un total de 3083 hospitalizaciones en España debido a varicela (ICD-9-CM 052) y 6324 debido a herpes-zoster (ICD-9-CM 053), con una incidencia anual de 4,1/105 habitantes, y 8,4/105 habitantes, respectivamente. El 78% de las hospitalizaciones debidas a herpes-zoster se presentaron en pacientes mayores de 50 años. Esta cifra es 5 veces mayor que en adultos de 31-50 años y 14 veces más que en población de 21-30 años. Se produjeron un total de 230 muertes debidas a herpes-zoster, con una tasa de mortalidad del 3,6% (CI95% 3,0-4,3).

Esta tasa aumenta hasta un 4,16% en mayores de 50 años. Los días de hospitalización a causa de herpes-zoster ascendieron a 40090, ocasionando un gasto de 7 millones de euros. Más del 80% de esta cantidad pertenecía a gastos ocasionados por hospitalizaciones en personas mayores de 50 años.

Informes, estudios e investigación vacuna para la prevención del herpes de Zóster.

Resultados Efectividad clínica Se han localizado un total de 3 ensayos clínicos, un informe de Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria y un estudio de coste efectividad. El informe de evaluación, elaborado por "The Canadian Coordinating Office for Health Technology Assesment" (CCOHTA) describe la vacuna como efectiva y segura para reducir la incidencia. El ensayo clínico realizado por Oxman7 describe el parámetro "reducción del dolor asociado a Herpes-Zoster" (HZ Burden of Illness (HZ-BOI)) como una puntuación que considera una serie de factores como intensidad, incidencia y duración del dolor. Se encontró una reducción en el grupo vacunado del 61,1%.

ZOSTAVAX

Prospecto:

Polvo y disolvente para suspensión inyectable en jeringa precargada vacuna frente a herpes Zoster (virus vivos)

Lea todo el prospecto detenidamente antes de ser vacunado, porque contiene información importante para usted.
- Conserve este prospecto, ya que puede tener que volver a leerlo.

- Si tiene alguna duda, consulte a su médico o farmacéutico.
- Esta vacuna se le ha recetado solamente a usted, y no debe dársela a otras personas.
- Si experimenta efectos adversos, consulte a su médico o farmacéutico, incluso si se trata de efectos adversos que no aparecen en este prospecto. Ver sección 4.

Contenido del prospecto.
- Que es ZOSTAVAX y para qué se utiliza.
- Qué necesita saber antes de recibir ZOSTAVAX.
- Cómo usar ZOSTAVAX.
- Posibles efectos adversos.
- Conservación de ZOSTAVAX.
- Contenido del envase e información adicional.

Qué es ZOSTAVAX y para qué se utiliza:

ZOSTAVAX es una vacuna indicada para prevenir el herpes zóster y la neuralgia post-herpética (NPH) relacionada con zóster, dolor del nervio de larga duración que sigue al herpes zóster.

ZOSTAVAX está indicada para la vacunación de individuos de 50 años de edad o mayores. ZOSTAVAX no puede utilizarse para tratar zóster ya existente o el dolor asociado a zóster existente. Qué necesita saber antes de recibir ZOSTAVAX.

No debe recibir ZOSTAVAX:
- Si es alérgico (hipersensible) a alguno de los componentes de esta vacuna (incluyendo neomicina o a alguno de los demás componentes incluidos en la sección 6)
- Si tiene trastornos sanguíneos o cualquier tipo de cáncer que debilite su sistema inmune
- Si su médico le ha informado de que tiene debilitado el sistema inmune como resultado de una enfermedad, medicamentos, u otro tratamiento
- Si tiene una tuberculosis activa no tratada
- Si está embarazada (además, se debe evitar el embarazo hasta pasado 1 mes de poner la vacuna, ver Embarazo y lactancia).

Advertencias y precauciones.

Consulte a su médico o farmacéutico antes de recibir ZOSTAVAX si ha experimentado alguna de las siguientes situaciones:

- Si tiene o ha tenido cualquier problema médico y cualquier alergia.
- Si tiene fiebre.
- Si tiene infección por VIH.

Antes de recibir esta vacuna, informe a su médico si usted ha sufrido alguna vez una reacción alérgica a alguno de los componentes (incluyendo neomicina o alguno de los componentes incluidos en la sección 6).

Como sucede con muchas vacunas, ZOSTAVAX puede no proteger completamente a todas las personas vacunadas.

Si usted tiene un trastorno de la coagulación o niveles bajos de plaquetas, la vacuna se debe administrar bajo la piel debido a que puede producir una hemorragia después de la administración en el músculo.

Riesgos de reacción a una vacuna:
Con cualquier medicamento, incluyendo las vacunas, existe el riesgo de tener alguna reacción.
Después de la vacuna viva contra el herpes, es posible que una persona presente:
- Enrojecimiento, dolor, hinchazón o picazón en el sitio de la inyección;
- Dolor de cabeza.

Por lo general estos eventos son leves y desaparecen por sí solos.
Pocas veces, la vacuna viva contra el herpes puede ocasionar sarpullido o herpes.
- Algunas personas se desmayan después de los procedimientos médicos, incluyendo la vacunación. Sentarse o recostarse aproximadamente 15 minutos puede ayudar a evitar el desmayo y lesiones ocasionadas por una caída. Indique a su proveedor si siente mareos o tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas pueden tener dolor de hombro que puede ser más grave y durar más que el dolor de rutina que puede seguir a las inyecciones. Esto sucede muy poco.
- Cualquier medicamento puede ocasionar una reacción alérgica grave. Dichas reacciones a una vacuna se calculan aproximadamente 1 en un millón de dosis, y podría suceder de unos pocos minutos a unas pocas horas después de la vacunación.

Como con cualquier medicamento, existe una muy remota probabilidad de que una vacuna ocasione una lesión o enfermedad grave.

Otros medicamentos y ZOSTAVAX:

Informe a su médico o farmacéutico si está utilizando o ha utilizado recientemente o pudiera tener que utilizar cualquier otro medicamento o vacuna.

ZOSTAVAX se puede administrar al mismo tiempo que la vacuna antigripal inactivada. Las dos vacunas se deben administrar como inyecciones separadas en diferentes sitios del cuerpo.

Para obtener más información acerca de la administración simultánea de ZOSTAVAX y la vacuna antineumocócica de polisacáridos, consulte con su médico o profesional sanitario.

- Cómo usar ZOSTAVAX:

ZOSTAVAX se debe inyectar bajo la piel o en el músculo, preferentemente en la parte superior del brazo.

Si usted tiene un trastorno de coagulación o niveles bajos de plaquetas en la sangre, la inyección le será administrada bajo la piel. ZOSTAVAX se administra en dosis única.

- Posibles efectos adversos:

Al igual que todas las vacunas y medicamentos, esta vacuna puede producir efectos adversos, aunque no todas las personas los sufran.

Raramente (pueden afectar hasta 1 de cada 1.000 personas), se pueden producir reacciones alérgicas. Algunas de estas reacciones pueden ser graves y pueden incluir dificultad para respirar o tragar. Si experimenta una reacción alérgica, llame a su médico inmediatamente.

Se han observado los siguientes efectos adversos:
- Muy frecuentes (pueden afectar a más de 1 de cada 10 personas): Enrojecimiento, dolor, hinchazón y picor en el lugar de inyección).
- Frecuentes (pueden afectar hasta 1 de cada 10 personas): Calor, cardenales, bulto duro y erupción en el lugar de inyección*; dolor de cabeza*; dolor en el brazo o pierna*; dolor articular, dolor muscular; fiebre; erupción
- Poco frecuentes (pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas): Náuseas; inflamación de ganglios (cuello, axila).
- Raras (pueden afectar hasta 1 de cada 1.000 personas): Urticaria en el lugar de inyección
- Muy raras (pueden afectar hasta 1 de cada 10.000 personas): Varicela; herpes

Zóster; daño en la retina causado por inflamación provocando cambios en la visión (en pacientes bajo tratamiento inmunosupresor).

- Conservación de ZOSTAVAX:

- Mantener esta vacuna fuera de la vista y del alcance de los niños.
- No utilice esta vacuna después de la fecha de caducidad que aparece en el envase después de CAD. La fecha de caducidad es el último día del mes que se indica.
- Conservar y transportar refrigerado (entre 2ºC y 8ºC). No congelar. Conservar el vial en el embalaje exterior para protegerlo de la luz.
- Los medicamentos no se deben tirar por los desagües ni a la basura. Pregunte a su farmacéutico cómo deshacerse de los envases y de los medicamentos que ya no necesita. De esta forma, ayudará a proteger el medio ambiente.

El principio activo es:
Virus varicela-zóster, cepa Oka/Merck (vivos, atenuados) no menos de 19.400 UFP (unidades formadoras de placa).
(MRC-5). Los demás componentes son:
- Polvo
- Sacarosa, gelatina hidrolizada, cloruro sódico, dihidrógeno fosfato potásico, cloruro potásico.
- L-glutamato monosódico monohidrato, fosfato disódico, hidróxido sódico (para ajustar el pH) y urea.

Aspecto del producto y contenido del envase.

La vacuna es un polvo para suspensión inyectable contenido en un vial de dosis única, el cual debe ser reconstituido con el disolvente suministrado con el vial de polvo.

El disolvente es un líquido transparente e incoloro. Antes de ser mezclado con el disolvente, el polvo de la vacuna es una masa cristalina compacta de color blanco a blanquecino.
Un envase de ZOSTAVAX contiene un vial y una jeringa precargada con o sin agujas fijas. Puede disponer de una o dos agujas separadas en el acondicionamiento secundario de la presentación que contiene la jeringa precargada sin la aguja fija.

ZOSTAVAX está disponible en envases de 1, 10 ó 20 con o sin agujas. Puede que no se comercialicen todos los tamaños de envases.

Titular de la autorización de comercialización y responsable de la fabricación.

Titular de la autorización de comercialización: MSD VACCINS, 162 avenue Jean Jaurès, 69007 Lyon, Francia.

Esta información está destinada únicamente a profesionales sanitarios:

Instrucciones para la reconstitución.

El disolvente es un líquido transparente e incoloro. Antes de mezclar con el disolvente, el polvo de la vacuna es una masa cristalina compacta de color blanco a blanquecino. Cuando está completamente reconstituida, la vacuna es un líquido semi-turbio a traslúcido, de blanquecino a amarillo pálido.

Inyectar el contenido completo de la jeringa precargada en el vial que contiene el polvo. Agitar suavemente para disolver completamente. Extraer todo el contenido de la vacuna reconstituida utilizando la misma jeringa. Inyectar la vacuna. En el envase externo pueden estar disponibles 1 o 2 agujas separadas en la presentación que contiene la jeringa precargada sin aguja fija. La aguja debe ponerse en el extremo de la jeringa con un movimiento de rotación de un cuarto de giro (90°) para asegurar la unión.

Es recomendable que la vacuna se administre inmediatamente después de la reconstitución para minimizar la pérdida de potencia. Desechar la vacuna reconstituida si no se utiliza antes de
30 minutos.

La vacuna reconstituida se debe inspeccionar visualmente para detectar cualquier partícula extraña y/o variación del aspecto físico antes de la administración. En caso de observar alguna de estas circunstancias, desechar la vacuna.

Los productos no utilizados o los materiales de desecho se eliminarán de acuerdo con las exigencias locales.

Una vez diagnosticado clínicamente (placas eritematosas cubiertas de vesículas agrupadas con distribución unilateral y metamérica y asociadas a parestesias o dolor) el herpes zoster, el médico de Atención Primaria debe derivar a aquellos pacientes inmunodeprimidos y a los pacientes con zoster oftálmico al especialista y en el resto de pacientes valorar el beneficio del tratamiento con antivirales. Lo que siempre hay que tratar es de forma sintomática el dolor y revisar a los pacientes con herpes zoster para la detección precoz de complicaciones, princi-

palmente la neuralgia post-herpética.

5 Discusión-Conclusión

El herpes zoster puede ocurrir en cualquier persona que haya tenido varicela pero es más común con el aumento de la edad y en los pacientes inmunocomprometidos. El diagnóstico es clínico pero en los casos atípicos puede recurrirse al ensayo por inmunofluorescencia directa.

El acyclovir, el valacyclovir y el famciclovir están aprobados para el tratamiento del herpes zoster pero no en las embarazadas. Estas drogas, dicen son bien toleradas y similares en cuanto a la eficacia y seguridad. Sin embargo, aclaran, debido a sus mejores características farmacocinéticas y regímenes de dosificación más simples, se prefieren el valacyclovir y el famciclovir. En los pacientes de más edad, sobre todo los que tienen más de 60 años con dolor intenso en su presentación, como el caso presentado al principio, son los más indicados para el tratamiento antiviral.

El tratamiento antiviral es obligatorio en los pacientes con herpes zoster oftálmico para prevenir las complicaciones oculares y para reducir la duración y la gravedad de los síntomas agudos se pueden agregar corticosteroides, siempre que no haya contraindicaciones. No escatimar los analgésicos potentes ni usar terapias simples. Recurrir a la combinación farmacológica y si es necesario consultar con el especialista en el manejo del dolor.

6 Bibliografía

1. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Varicela. En: Manual de vacunas en línea de la AEP [en línea] [consultado el 15/02/2019]. Disponible en http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-41
2. Civen R, Marín M, Zhang J, Abraham A, Harpaz R, Mascola L, et al. Update on incidence of herpes zoster among children and adolescents after implementation of varicella vaccination, Antelope Valley, CA, 2000 to 2010. Pediatr Infect Dis J. 2016;35:1132-6.
3. Ochoa Sangrador C, Andrés de Llano JM. La vacuna de la varicela parece reducir el herpes zóster en la población vacunada. Evid Pediatr. 2016;12;65.

4. Galea S, Sweet A, Beninger P, Steinberg S. Postmarketing safety profile of varicella vaccine. J Infect Dis. 2008;197:S165-9.
5. Song H, Morley K, Trowbridge R. Herpes zoster at the vaccination site in immunized healthy children. Pediatr Dermatol. 2018;35:230-3.
6. Díaz-Rueda L, Núñez-Ramos R, Maroñas Jiménez L, Rojo Conejo P. Herpes zóster en inmunocompetente vacunada frente a varicela. An Pediatr (Barc). 2015;82:e217-e218.
7. Schmader K, Gnann JW Jr, Watson CP. The epidemiological, clinical, and pathological rationale for the herpes zoster vaccine. J Infect Dis. 2008;197(Suppl 2):S207-15.
8. Thomas SL, Hall AJ. What does epidemiology tell us about risk factors for herpes zoster? Lancet Infect Dis. 2004;4:26-33.
9. Franco E, Gabutti G, Bonanni P, et al. [Herpes Zoster and its prevention in Italy. Scientific consensus statement]. Ig Sanita Pubbl. 2014;70:111-27.
10. Conde-Glez C, Lazcano-Ponce E, Rojas R, et al. Seroprevalences of varicella-zoster virus, herpes simplex virus and cytomegalovirus in a cross-sectional study in Mexico. Vaccine. 2013;31:5067-74.
11. Forbes HJ, Bhaskaran K, Thomas SL, et al. Quantification of risk factors for herpes zoster: population based case-control study. BMJ. 2014; 348:g2911.
12. Pellissier JM, Brisson M, Levin MJ. Evaluation of the cost-effectiveness in the United States of a vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. Vaccine. 2007;25:8326-37.
13. Kawai K, Preaud E, Baron-Papillon F, Largeron N, Acosta CJ. Cost-ef - fectiveness of vaccination against herpes zoster and postherpetic neu - ralgia: a critical review. Vaccine. 2014;32:1645-53.
14. Solana R, Tarazona R, Gayoso I, Lesur O, Dupuis G, Fulop T. Innate immunosenescence: effect of aging on cells and receptors of the innate immune system in humans. Semin Immunol. 2012;24:331-41.
15. Maue AC, Yager EJ, Swain SL, et al. T-cell immunosenescence: lessons learned from mouse models of aging. Trends Immunol. 2009;30:301-5.
16. Gershon AA, Gershon MD, Breuer J. Advances in the understanding of the pathogenesis and epidem

Capítulo 22

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA OBESIDAD MÓRBIDA

IRENE LÓPEZ GONZÁLEZ

JULIA IBÁÑEZ LÓPEZ

1 Introducción

Cuando alguna enfermedad es producida por diversos factores, surgen diferentes definiciones y explicaciones etiológicas. Tal es el caso de la obesidad, cuyo análisis conceptual puede ser tan diverso dependiendo del enfoque con que se aborde. Su definición varía desde el concepto más claro y simple (alteración de la composición corporal caracterizada por un exceso de grasa), hasta la más compleja (desequilibrio entre el aporte y el gasto energético que es producido por una serie de alteraciones genéticas, bioquímicas, dietéticas y conductuales).

Además, el problema se complica aún más cuando se involucran diferentes factores de una población como son la etnia, los hábitos dietéticos y la disminución de la vulnerabilidad a las enfermedades que previamente limitaban la esperanza de vida y que le confieren la oportunidad de ganar peso.

La genética parece establecer el escenario de la obesidad, sin embargo, la dieta, el ejercicio y el estilo de vida son los que determinan la magnitud del problema. Es conveniente analizar la fisiopatología de la obesidad desde un enfoque holístico.

Factores biológicos.
- Genéticos: La obesidad tiene en muchas ocasiones una base genética, por lo que, al igual que sucede con otras enfermedades, si los progenitores o familiares han

padecido obesidad, existirá una predisposición genética a engordar a no ser que se cuiden los hábitos desde la infancia.

La causa genética de esta predisposición suele ser la alteración de determinados genes que controlan el apetito. Esos genes son los responsables de generar leptina, una sustancia que llega a través de la sangre al hipotálamo, que es el centro de control de la saciedad. La leptina provoca la pérdida de apetito y estimula al organismo a desarrollar actividades y quemar energía. Las personas que tienen estos genes alterados suelen tener mucho más apetito y queman aproximadamente un 30% menos de energía.

- Neuroendocrinos: Síndrome hipotalámico, síndrome de Cushing, hipotiroidismo, síndrome de ovarios poliquísticos, hipogonadismo, deficiencia de la hormona del crecimiento, pseudohipoparatiroidismo, síndrome del comer nocturno, trastorno alimentario por atracón.

- Iatrogénicos: Fármacos, daño hipotalámico.

Factores sociales.
En estos incluimos como pilar fundamental el estilo de vida, tabaquismo, sedentarismo hábitos dietéticos, bienestar económico y valores sociales.

Factores psicológicos.
Los factores psicológicos, que durante un tiempo fueron considerados como una importante causa de la obesidad, se consideran actualmente como una reacción a los fuertes prejuicios y la discriminación contra las personas obesas. Uno de los tipos de trastorno emocional, la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres jóvenes obesas, las cuales han llegado a el grado de obesidad mórbida tras un proceso que además de incluir aspectos fisiopatológicos, también incluyen aspectos psicológicos que van acompañando a la mujer hasta que alcanza el grado de obesidad mórbida.

La aceptación temprana de su obesidad, incluyéndola en su día a día como algo intrínseco a su personalidad y su aspecto físico, los aumentos de peso en situaciones fisiológicas como puede ser la gestación donde tienden a ganancias elevadas muy por encima de lo recomendable y que tras el parto pierden un porcentaje muy pequeño de este peso. Todo esto conduce a una inseguridad extrema y malestar en ciertas situaciones sociales , familiares, maritales y de pareja que llevan a la mujer a una situación psicológica muy poco favorable cara a una intervención multidisciplinar ya que el perfil que ofrece es el de una persona abocada a la

obesidad de por vida

El perfil psicológico de un paciente obeso generalmente obedece a estos patrones:
- Conscientes de su enfermedad pero no de la gravedad.
- Comorbilidad con los trastornos de personalidad es dependiente y compulsivo.
- No existencia de un trastorno psiquiátrico específico.
- La edad de inicio de la obesidad juega un papel importante en la configuración del perfil psicológico.
- La obesidad mórbida temprana hace que se convierta en un patrón de personalidad más desfavorable para adherirse a un tratamiento médico/psicológico.

Un paciente con un bajo grado de motivación casi irremediablemente tendrá pésimos resultados en cualquier tipo de tratamiento. Las motivaciones pueden ser de distinto tipo, tales como: estado de salud, estética, laborales, mixtas, etcétera. De ahí la magnitud de la situación psicológica para el abordaje de esta enfermedad.

Las dos formas más comunes de evaluar su peso y medir los riesgos para la salud relacionados con éste son:
-El índice de masa corporal (IMC): consiste en relacionar el peso con la estatura del sujeto. En la actualidad se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso (en kg) por la talla (en metros al cuadrado).Utilizado el IMC, se considera normal un valor de 18.5 a 24.9 kg/ m2. Un valor entre 25 a 29.9 se considera actualmente como pre-obesidad; obesidad clase I cuando el IMC va de 30 a 34.9; clase II entre 35 y 39.9, y clase III u obesidad mórbida si el IMC supera los 40. Sujetos que tienen un IMC de 50 o más están en la categoría de obesidad extrema.
-La circunferencia de la cintura (su medida de la cintura en centímetros).
Se determina dividiendo la circunferencia a nivel del ombligo y el máximo de circunferencia de las caderas y los glúteos. Este índice es mayor en el hombre que en la mujer debido a la distribución de la grasa corporal. Tiende a aumentar con la edad. Un índice mayor de 1 en el hombre y de 0.9 en la mujer es predictor de aumento del riesgo de anomalías metabólicas. Una circunferencia de la cintura mayor de 102 cm en el hombre y de 88 cm en la mujer es diagnóstico de obesidad, aún cuando el IMC no lo evidencie.

El examen físico suele ser seguido por varias pruebas de laboratorio y posiblemente, interconsultas a otros especialistas. Analítica de sangre completa, pruebas metabólicas, otras determinaciones de hormonas (testosterona, cortisol, insulina), ecografía de estómago.

2 Objetivos

- Ofrecer información sobre la obesidad mórbida abarcando su fisiopatología, las pruebas diagnósticas empleadas y los tratamientos interdisciplinarios.

3 Metodología

Para ello, hemos revisado datos bibliográficos, artículos, documentos y manejo de internet accediendo a enlaces de Google académico y TESEO entre otros, hemos utilizado palabras clave tales como "obesidad mórbida", "fisiopatología de la obesidad", "morbid obesity", "tratamiento multidisciplinario de la obesidad", "IMC" o ¨macronutrientes¨

4 Resultados

La valoración de un paciente con obesidad mórbida es difícil y requiere especial dedicación y profesionalidad por parte del equipo terapéutico. Lo más probable es que estos pacientes hayan sido vistos por varios profesionales sanitarios antes de llegar a una consulta de obesidad. En general estos pacientes obesos mórbidos rara vez vienen con una valoración detallada que aborde su problema principal (la obesidad mórbida) y sus comorbilidades.

Un enfoque multidisciplinar ideal incluye, como mínimo, los representantes de cinco especialidades: enfermería, medicina, fisioterapia, nutrición y psicología/psiquiatría y en muchos casos, cirugía. El equipo debe evaluar en detalle la salud del paciente.

Nuestros esfuerzos, además de tratar su obesidad y comorbilidades, deben dirigirse a desarrollar un estilo de vida saludable que le permita seguir a largo plazo recomendaciones claras y basadas en la evidencia científica.

- Modificaciones dietéticas.

La composición en macronutrientes, es decir en carbohidratos, proteínas y grasas, de diferentes dietas en la pérdida de peso es un asunto de gran interés, y diferentes ensayos clínicos han tratado de comparar su eficacia. La mayoría de estudios han indicado que las dietas bajas en calorías provenientes de los carbohidratos ayudan a los pacientes a alcanzar una pérdida de peso mayor a corto plazo que las dietas bajas en grasa. La dieta es una herramienta que debe ser utilizada de una manera consciente, teniendo en cuenta que es un elemento más del

plan terapéutico.

La intervención dietética tiene como objetivos alcanzar un balance energético negativo, conseguir un peso saludable en la persona obesa y lograr la instauración de hábitos alimentarios saludables para mantener el peso perdido. La intervención dietética debe ser realizada en función de las características fisiopatológicas y psicosociales de la persona obesa, además de ser adaptada a las preferencias alimenticias del paciente.

- Actividad física.
El aumento en la actividad física es un componente importante del tratamiento médico de la obesidad, dado que supone un aumento en el gasto energético. Existe una evidencia de categoría A (evidencia de meta-análisis o ensayos clínicos con asignación aleatoria) que nos indica que con, o sin dieta asociada el efecto de la actividad física es positivo tanto para la pérdida de peso como para su mantenimiento. Desde la publicación en 1999 del informe: "A one year follow-up to Physical Activity and Health: A report of the Surgeon General" por parte del máximo responsable de la Sanidad en los EEUU, se ha acumulado un amplio cuerpo de conocimientos basados en la Evidencia acerca de los beneficios de la actividad física. Las evidencias se suceden, pero en los pacientes con obesidad mórbida la literatura es escasa.

En pacientes con obesidad mórbida existen pocos estudios aleatorizados evaluando el impacto de una prescripción personalizada de actividad física. En definitiva, la evidencia disponible en lo que a la actividad física se refiere, indica que las personas físicamente activas viven más años que las personas sedentarias y lo hacen con una mayor calidad de vida, mejorando su descanso, reduciendo el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, DM2, HTA, dislipemias y cáncer de colon.

Con relación a la obesidad, parece ayudar a la pérdida de peso (aunque no induce a una pérdida de peso por sí misma) y, en una dosis suficiente, ayudaría al mantenimiento del peso perdido.

-Farmacológico.
- Orlistat: Inhibidor de la absorción de grasas. Además de inhibir la lipasa gástrica, la inhibición de la lipasa pancreática es la responsable de su acción terapéutica al bloquear aproximadamente el 30% de la grasa ingerida o proveniente de la dieta. Dosis administrada: 120 mg 3 veces/día. Cuando se consume mucha grasa se presenta diarrea oleosa.

- Anorexigenos a nivel de serotonina y noradrenalina: Supresores del apetito. Sibutramina: retirada del mercado por producir problemas cardíacos.
- Anorexigenos a nivel de adrenalina, dopamina y serotonina: estado de saciedad, disminución del apetito… Anfetamina y dextroanfetamina: se han dejado de usar por su elevado riesgo de abuso. Existen otros medicamentos actualmente con menos riesgo y por tanto más eficaces.
- Medicamentos con otras indicaciones que están siendo estudiados para el tratamiento de la obesidad. Antidepresivos (bupropion), antiepilépticos (topiramato), antidiabéticos orales (metformina).
Previenen aumento de peso, leve inducción a la pérdida de peso, disminución de la ingesta… En estudio.
- Termogénicos: termogénesis no inducida por el ejercicio. Sustancias que contienen derivados de alcaloides de la ephedra (efedrina) y cafeína.Suprimen el apetito. Pueden provocar aumento de azúcar en sangre, temblor, aumento de la presión arterial.

Puesto que muchos de estos medicamentos sirven para ayudar al tratamiento de la obesidad, pero no para reducir el peso por sí mismos, consideraremos el más importante actualmente al Orlistat.
Por ejemplo, medicamentos como los antidepresivos se usan para tratamiento de desordenes obsesivos compulsivos, los fármacos anorexigénicos se usan para disminuir el apetito, obtener un estado de saciedad.

En cambio con los efectos del Orlistat se ha podido llegar a la reducción de peso al 10% durante el primer año de tratamiento y manteniéndose hasta 4 años con tratamiento continuo. Además entre los beneficios de éste, están la reducción de colesterol LDL y la disminución de Hb glicosilada en pacientes diabéticos tipo 2.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de la bibliografía y datos existentes respecto a la obesidad mórbida concluimos que el manejo de este tipo de obesidad deberemos abarcarlo desde la perspectiva de la salud integral, sin pensar que el todo es la suma de las partes sino que cada una de ellas tiene una importancia relevante de forma individual. El diagnóstico de este problema de salud se centrará entre otros parámetros en el índice de masa corporal (IMC) y en función de los resultados obtenidos clasificaremos el tipo de obesidad.

Teniendo en cuenta el concepto de salud integral definido por la OMS como ¨el

conjunto de factores biológicos, emocionales y espirituales que contribuyen a un estado de equilibrio en el individuo¨ es importante mencionar que su tratamiento debe ser interdisciplinario ya que su etiología es multifactorial, ocupándose de todos aquellos estados de la salud, tanto física como mental, que acompañan y producen comorbilidad asociada a esta patología.

La obesidad mórbida, en definitiva, puede parecer a priori un problema al que una persona llega por un descuido continuado en sus hábitos alimenticios y saludables, pero no debemos obviar el hecho que existen varios factores que influyen en el proceso y que no siempre son de manejo del paciente. Para ello el personal sanitario en su totalidad debe ofrecer soluciones y apoyo en cada una de sus disciplinas tanto en la prevención y el tratamiento como en el mantenimiento.

6 Bibliografía

- Hernández Jiménez S. Fisiopatología de la obesidad. Gac Méd Méx [Internet] 2004 [acceso 28 septiembre 2014]; 140 (2): 27-40.
- Dmedicina. Enfermedades digestivas y obesidad [Internet] Madrid: Unidad Editorial Revistas S.L; 2009.[acceso 23 septiembre 2014] Disponible en: http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/obesidad.
- Martín C, Díaz J, Motilla T, Montero P. Nutrición y dietética. Madrid:Difusión Avances Enfermería;2002.
- Tur JJ. Tratamiento multidisciplinar de la obesidad mórbida [tesis]. Instituto universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS):Universidad Islas Baleares;2013.
- Cuevas A, Reyes M.S. Lo ultimo en diagnostico y tratamiento de la obesidad: ay lugar a? para la terapia conservadora?. Rev M? Chile [Internet].2005 [acceso 3 octubre 2014];133(6):713-722.
- Rodríguez L. Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatogenia. Rev Cubana Endocrinol [Internet] 2003 [acceso 27 septiembre 2014]; 14(2).
- Rubio M.A, Ballesteros M.A, Sánchez A, Torres A.J. Manual de obesidad morbida. Buenos Aires:Editorial Panamericana; 2006
- Marques-Lopes I, Russolillo G, Lopes-Rosado E, Bressan J. Dietas adelgazantes. ANALES Sis San Navarra [Internet]. 2002 [acceso 9 octubre 2014]; 25(1): 163-173.

Capítulo 23

ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO INFANTIL

CINTIA LORENTE GARCÍA

1 Introducción

El maltrato infantil se produce desde que existe la humanidad, pero sólo hasta hace un par décadas, con los cambios que se han producido a nivel cultural, los profesionales y la sociedad se han concienciado de este problema.

Actualmente, la OMS, define el maltrato infantil como: "los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil".

Este tipo de maltrato, está teniendo un incremento preocupante en los últimos años. El maltrato infantil se encuentra en todo tipo de clases sociales, pero se produce con más frecuencia en personas de clase social baja, desempleados, alcohólicos.

En nuestro país el número de niños maltratados ha aumentado paralelamente al número de parados y al incremento del alcoholismo. Ante este aumento se ha producido una necesidad de mejorar los mecanismos de coordinación interinstitucional en la prevención y la atención, lo cual ayude a una mejor formación y

coordinación de los profesionales para lograr una detección precoz, una mejoría de la situación del niño y un descenso en el número de casos.

En el siglo XX nace la primera Declaración de los Derechos del Niño, consecuencia directa de los efectos que la Primera Guerra Mundial provoca en la infancia y representa el momento en el que definitivamente se toma conciencia de la responsabilidad de la sociedad y el Estado en asegurar el futuro de los menores. Fue creada por: La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) la cual aportó una nueva visión de los niños como sujetos de derechos, que antes no existía.

Los derechos de la infancia se basan en cuatro principios fundamentales:
-La no discriminación: todos los niños tienen los mismos derechos.
-El interés superior del niño: cualquier decisión, ley, o política que pueda afectar a la infancia tiene que tener en cuenta qué es lo mejor para el niño.
-El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo: todos los niños y niñas tienen derecho a vivir y a tener un desarrollo adecuado.
-La participación: los menores de edad tienen derecho a ser consultados sobre las situaciones que les afecten y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta.

En los 31 años transcurridos desde que se aprobó la CDN (1989) se han conseguido logros importantes en diferentes ámbitos. Como, por ejemplo, en la escuela, donde la Convención compromete a los gobiernos impartir educación obligatoria y gratuita a todos los niños, al menos en la enseñanza primaria.

En España, en 1990, se amplió la edad de escolarización obligatoria hasta los 16 años y, más recientemente, se ha extendido la educación gratuita a los niños de entre 3 y 6 años.

Otro logro importante se produce a nivel social. Las familias que no sean capaces de cuidar y proteger a sus hijos, o que no dispongan de los medios para hacerlo, los gobiernos tendrán la obligación de ayudarlas o de ocuparse de los niños buscándoles una familia de adopción o de acogida, o una institución adecuada.

En España, la Ley de Protección Jurídica del Menor de 1996 establece los procedimientos para que estos procesos se hagan siempre teniendo en cuenta, en primer lugar, el interés del niño o niña que va a ser acogido o adoptado.

Tipos de maltrato:

Se identifican cinco tipos de maltrato divididos en dos grupos:

Por acción:
-Maltrato físico.
-Maltrato emocional.
-Abuso sexual.

Por omisión:
-Negligencia.
-Abandono emocional.

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la prevención y detección precoz de estas situaciones, pero diversos estudios demuestran el desconocimiento de los profesionales de enfermería respecto a su función en este tema.

Debido a esta carencia en el ámbito asistencial, se cree que es pertinente esta revisión bibliográfica debido a que es necesario comprobar qué es lo que se sabe realmente sobre el tema a estudio. Para ello se ha buscado información en diferentes bases de dados del ámbito de ciencias de la salud.

2 Objetivos

- Conocer el papel del profesional de enfermería ante la detección de maltrato infantil.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática actualiza, mediante una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las distintas bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud y otros recursos de información, como son: Pubmed, Dialnet, Scielo y Enfispo.

Para ello se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): abuso infantil (child abuse), niño (child), enfermería (nurse), indicadores de maltrato infantil, maltrato (abuse).

Las fórmulas de búsqueda fueron “Child abuse AND nurse”, “Indicadores maltrato infantil”, “child abuse”, “Maltrato AND infantil”.

Se incluyeron aquellos artículos que contaran con algunas de las palabras claves en su título, teniendo en cuenta solo aquellos que fueran publicados a partir del

año 2010.

Tras la búsqueda en las diferentes bases de datos y teniendo en cuenta los diferentes criterios de inclusión y exclusión, se encontraron un total de 9 artículos pertinentes.

4 Resultados

Tras realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva, queda reflejado la importancia del profesional de enfermería a la hora de detectar el maltrato infantil y activarse el protocolo de actuación con los diferentes profesionales.

No obstante, muchos enfermeros no son conscientes del importante papel que desempeñan, limitándose a comunicar el problema y desentendiéndose del mismo, por mero desconocimiento.

Es evidente que los profesionales de enfermería deben estar actualizados y formados en esta materia ya que son el primer eslabón de la cadena a la hora de la detección del maltrato. Por lo que deben saber identificar los signos y síntomas que deben identificar o que les debe de hacer sospechar de que algo está pasando.

Una vez detectado este problema deben trabajar coordinados con distintos profesionales dentro del personal sanitario como son: pediatras, psiquiatras, radiólogos o trabajadores sociales. A su vez este personal sanitario debe coordinarse con otros 4 estamentos claves para la reducción de casos de maltrato infantil como son el Educativo, Policial, Social y Judicial.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería debemos ser conscientes del desconocimiento que hay sobre este tema en el ámbito sanitario. Hay que tener presente en todo momento que es muy importante el trabajo que podemos desempeñar para la detección precoz de nuevos casos y la ayuda a aquellos que ya lo han sufrido. Por lo que debemos estar motivados para estar actualizados en todo momento.

Debemos conocer cuáles son las consecuencias que tiene el maltrato infantil sobre aquellos niños que lo padecen. La mortalidad y morbilidad que este fenómeno conlleva, las secuelas tanto físicas como neurológicas y lo costoso que es la rehabilitación de estos niños. Además, todo enfermero debe conocer los tipos de

maltrato y cuáles son los que más casos presentan, las edades con mayor riesgo, la incidencia que este fenómeno tiene en nuestro país etc.

La enfermería es un punto clave dentro del trabajo sanitario el cual representa uno de los 5 ámbitos que deben coordinarse para hacer frente a este problema. Dentro del ámbito sanitario los enfermeros debemos estar coordinados siempre tanto con Pediatras, Psicólogos, Radiólogos… Todos aportarán conocimiento de sus respectivos campos que deben unificarse para abordar un posible caso de maltrato infantil.

Una de las partes más importantes del trabajo que debe desempeñar un enfermero para la detección de un caso, es la búsqueda de posibles indicadores. No solo físicos, sino que debemos fijarnos en la actitud tanto del niño como de los posibles agresores.

Cuando hay algo que nos llama la atención debemos buscar en su historia clínica algún factor de riesgo como puede ser un caso de maltrato anterior, algún trastorno de los padres, alguna enfermedad o problema del niño, cual es la situación social y económica de esa familia… Todo esto puede ayudarnos para identificar un posible caso. Entrevistar tanto al niño como a los padres. Debemos conocer las diferentes técnicas que hay para hablar con un niño el cual puede estar sufriendo malos tratos. Tanto en la manera de dirigirse a él o el tipo de preguntas que hacer, como la adecuación del ambiente donde vaya a producirse esta entrevista. Lo mismo ocurrirá en el caso de los padres.

Los puntos anteriores deben darnos suficientes datos por lo menos para tener una sospecha firme, pero en ocasiones pueden ayudarnos a su confirmación las técnicas de imagen. Radiografías, resonancias, ecografías… pueden ser muy importantes para confirmar esta sospecha, incluso en algunos casos sirven para identificar problemas que no había sido vistos en la exploración física.

Por último, se debe cubrir adecuadamente el parte de lesiones, y remitirlo al juzgado de atención de guardia donde otros profesionales continuaran con el proceso.

6 Bibliografía

1. Enfermería Salamanca. Actuación de enfermería ante el maltrato infantil [Monografía en Internet] Salamanca: 2014 [Consultado el 19 de Marzo de 2019] Disponible en: enfermeriasalmanca.blogspot.com.es.

2. Unicef. Derechos del niño [sede Web] Madrid; 2010 [Consultado el 19 de Marzo de 2019] Disponible en: www.unicef.es/infancia/derechos-delnino.
3. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. Ginebra.OMS; 2010. Nota descriptiva 150.
4. Consejería de bienestar social. Maltrato infantil: Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias; 2007.
5. Dialnet [Base de datos en Internet] Universidad de la Rioja; 2001 [acceso 23 de Marzo de 2019] Pérez MT, El niño maltratado: perspectiva médica. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=119484
6. Arruabarrea R, Aller T, Gómez E. Cuadernos de Bienestar y Protección infantil [Monografía en Internet] Valladolid: 2010 [Consultado el 23 de Marzo de 2019]
7. Instituto Madrileño del menor y la familia. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Comunidad de Madrid; 1998.
8. Pubmed [base de datos en Internet] Bethesda: National Library of Medicine; 1966 [fecha de acceso 28 de Marzo de 2019] Aragao S, Ferriani Md, Vendruscollo TS, Souza L, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children.
9. Scielo España [base de datos en Internet] Madrid; 1997 [fecha de acceso 30 de Marzo de 2019] Giménez J, Pérez E, Dujovny M, Diaz F.G. Secuelas neurológicas del maltrato infantil.
10. Scielo España [base de datos en Internet] Madrid; 1997 [fecha de acceso 30 de Marzo de 2019] Soriano Faura F.J. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria.
11. Pubmed [base de datos en Internet] Bethesda: National Library of Medicine; 1966 [fecha de acceso 28 de Marzo de 2019] Ciuffo LL, Rodrigues BM, Tocatins Fr. Interdisciplinary action of nurses to children with suspected sexual abuse. D
12. Scielo España [base de datos en Internet] Madrid; 1997 [fecha de acceso 30 de Marzo de 2019] Antequera Jurado R. Evaluación psicológica del maltrato en la infancia. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-
76062006000100010&lng=es&nrm=iso
13. Pubmed [base de datos en Internet] Bethesda: National Library of Medicine; 1966 [fecha de acceso 3 de Abril de 2019] Alonso-Marsden S, Dodge KA, O'Donnell KJ, Murphy RA, Sato JM. Family risk as a predictor of initial engagement and follow-through in a universal nurse home visiting program to prevent child maltreatment.
14. Scielo España [base de datos en Internet] Madrid; 1997 [fecha de acceso 6 de Abril de 2019] Gómez I, Serrano I, Martínez MC. Diagnóstico por la imagen de

los malos tratos infantiles.
15. Enfispo [base de datos en Internet] Madrid; 2009 [fecha de acceso 10 de Abril de 2019] Gutiérrez M.P, Millán de las Heras M.J. Reconocimiento del maltrato infantil en el ámbito médico: actuación prejudicial en atención primaria.

Capítulo 24

INMIGRACIÓN: UN RETO PARA LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ

CATALINA ALVAREZ SANCHEZ

ROBERTO PASTOR GONZÁLEZ

1 Introducción

La enfermería es una amplia profesión que presta cuidados a todo grupo de individuos, grupos o comunidades, sea cual sea la circunstancia que acontece en el momento.

España es un país con una población total de 46.722.980 habitantes, de los cuales 4.618.581 pertenecen al colectivo inmigrante. Esto se produce gracias a lo que hoy en día conocemos como fenómeno migratorio, el movimiento de una persona o grupo de las mismas a través de distintas zonas geográficas, separadas por barreras políticas o administrativas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al inmigrante como "personas que residen fuera del país de nacimiento", una definición muy amplia.

La inmigración está en permanente crecimiento debido a los numerosos movimientos migratorios recientes. Además, España es un país elegido por muchos extranjeros como destino, ya sea inmigración procedente de Europa o del resto de continentes. Todo esto implica un importante impacto en el ámbito sanitario, para el cual los profesionales deben de estar adecuadamente formados, consiguiendo así adaptarse a las diversas situaciones que se pueden dar.

2 Objetivos

- Analizar las diferencias existentes entre el colectivo inmigrante y la población autóctona de España, en el ámbito sanitario.
- Dar a conocer información sobre la dificultad que puede suponer en ciertos casos la atención a pacientes inmigrantes.
- Identificar de forma rápida problemas y/o barreras a la hora de atender a este tipo de pacientes, y solventarlos de forma eficiente.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda en 8 bases de datos: Dialnet, Pubmed, SciELO, Biblioteca de la UVA, Cuiden, Cochrane Plus, Google Scholar y la Revista METAS de Enfermería. La selección de artículos se realizó en base a los objetivos planteados, eligiendo finalmente 12 artículos.

4 Resultados

Al examinar estos estudios, se encontraron diferentes resultados que fueron agrupados en tres grupos: maternidad, racismo y prejuicios por parte del colectivo enfermero, y uso que el colectivo inmigrante realiza del sistema sanitario español.

En cuanto al apartado de maternidad, se analiza el uso de la anestesia epidural, comparando mujeres autóctonas con extranjeras. A pesar de que los estudios analizados están llevados a cabo en diferentes hospitales de diferentes comunidades autónomas españolas, destaca que el colectivo inmigrante siempre presenta un porcentaje inferior acerca del uso de este tipo de anestesia. Esto es debido a diferencias culturales entre etnias, acompañado de una importante barrera idiomática entre sanitarios y pacientes extranjeros.

Acto seguido, en el apartado de racismo y prejuicios por parte del personal de enfermería, analizado mediante unas encuestas, cabe destacar el importante factor de la edad del personal que responde, ya que el de mayor edad presenta más respuestas negativas relacionadas con los inmigrantes. Está presente el racismo hacia los pacientes extranjeros, pero especialmente cuando estos son marroquíes. Puede ser debido a que son el colectivo extranjero mayoritario es España.

Para acabar, acerca del uso que los inmigrantes de nuestro país hacen del sistema sanitario de salud español, se confirma que no utilizan más estos servicios que

la población autóctona, con una excepción: los servicios ginecológicos. Esto es explicado por la edad de la población de mujeres extranjeras, ya que es notablemente inferior que la edad media de mujeres españolas.

Dentro de cada apartado, se observa una destacada homogeneidad entre los resultados obtenidos en su mayoría, siendo sencillo plantear unos objetivos a largo plazo que posibiliten la desaparición de las diferencias negativas entre la población nativa y el colectivo inmigrante.

5 Discusión-Conclusión

Es esencial fomentar la investigación en este campo, siendo el personal de enfermería parte activa de este proceso, ya que es un fenómeno que tiene estrecha relación con esta profesión. Es un hecho que existen unas barreras, tanto idiomáticas como culturales, entre los sanitarios y los pacientes inmigrantes, las cuales podrían ser superadas con el aumento de la formación intercultural sanitaria.

6 Bibliografía

- http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/11/pdf 9.
- https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40074/3/Cultura_Cuidados_39_14 .pdf.
- https://www.enfermeria21.com
- http://scielo.isciii.es/
- http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-51-e03227.pdf.
- https://www.enfermeria21.com

Capítulo 25

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SANCHEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos pediátricos incluyen pacientes que tienen pocas probabilidades de alcanzar la edad adulta.

La aplicación en pediatría de cuidados paliativos incluye muchas dificultades: gran variedad de edades, pocos fármacos disponibles aptos para niños, proceso de desarrollo del propio crecimiento e importante repercusión familiar.

2 Objetivos

- Conocer la implicación y las limitaciones del personal de enfermería en la participación del duelo pediátrico.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliografica en bases de datos como son: Pubmed, Cochrane y OMS.
Artículos entre los años 2010-2018, utilizando las palabras clave: cuidados paliativos, pediatría, enfermería, como descriptores.

4 Resultados

Los cuidados de enfermeria han de estar centrados en :
-Planes de cuidados paliativos que incluyan al niño y la familia
-Control del entorno que rodea al paciente para que sea lo más tranquilo posible.
- Prevenir y tratar el dolor.
-Cubrir las necesidades de la familia.

La participación del personal de enfermería es muy beneficiosa para el niño, la familia y para el propio personal.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de los cuidados paliativos radica en la gran repercusión que este tipo de cuidados tiene en toda la familia e incluso en la sociedad. Además, debido a la escasa cantidad de estas unidades en nuestro país, es necesario la creación de guías para el manejo del duelo pediátrico. El apoyo entre las familias y los profesionales sanitarios es fundamental.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Cuidados paliativos pediátricos en el SNS :criterios de atención.
- Sociedad Española de cuidados paliativos (SECPAL) Analisis y evaluacion de los recursos de cuidados paliativos de España. Madrid 2018.
- Pelaez MJ, Madrid A, cuidados paliativos pediatricos. Rev. Esp. Pediatrica (internet) 290.293.2015.

Capítulo 26

PROBLEMAS DE ACTUALIDAD: PATOLOGÍA DUAL.

IRENE DIAZ SOLDADO

1 Introducción

-La relación entre el uso de drogas y los trastornos psiquiátricos es muy estrecha. El consumo de drogas suele producir trastornos psiquiátricos, y bastantes sujetos con trastornos emocionales utilizan las drogas para mitigar determinados estados emocionales. En otros casos, los fenómenos relacionados con la acción tóxica de las drogas en el organismo, son los elementos causales de trastornos como la intoxicación, el síndrome de abstinencia o el delirium. Por último, la evolución de la propia dependencia, con las complicaciones físicas, psicológicas y sociales, puede cristalizar en trastornos psiquiátricos como las depresiones.

-El problema de la patología psiquiátrica asociada al uso de sustancias es distinguir cuando está relacionada con la ingesta o con la abstinencia, y cuando se trata de trastornos independientes. Es decir, diferenciar los trastornos inducidos por la intoxicación, aguda o crónica, o por la abstinencia, de la auténtica comorbilidad. El término de comorbilidad psiquiátrica indica que existe una cierta asociación entre los trastornos psiquiátricos y los problemas por el uso de drogas. En ese sentido se señalan los trastornos que suelen preceder a la dependencia, los que pueden darse consecutivamente o aparecer durante la evolución de la dependencia.

-Cuando se habla de patología dual se quiere hacer especial hincapié en que los dos tipos de trastornos están presentes, de forma independiente (no son inducidos por la sustancia) en el momento de hacer el diagnóstico clínico.

-Los conocimientos actuales demuestran que las personas consumidoras de sustancias de abuso con comorbilidad psiquiátrica presentan un mayor número de admisiones en servicios de urgencias, mayores tasas de hospitalizaciones psiquiátricas y una mayor prevalencia de suicidio que aquellas sin trastornos mentales comórbidos. Además, muestran más comportamientos de riesgo, que generan mayor problemática orgánica (por ej. infecciones por el VIH, por el VHC, etc..), así como problemas sociales (por ej. mayores tasas de desempleo, falta de vivienda, etc…) y más comportamientos violentos o criminales. Por otra parte, la práctica clínica ha demostrado que los trastornos comórbidos son recíprocamente interactivos y cíclicos, con mal pronóstico para ambos si no se abordan de manera conjunta. Es decir, las personas consumidoras de sustancias con comorbilidad psiquiátrica tienen mayor riesgo de cronicidad, su tratamiento es más difícil y costoso, y las posibilidades de recuperación son más reducidas.

-Hay dos hipótesis principales que explican la comorbilidad:

La adicción y los otros trastornos psiquiátricos son expresiones sintomáticas distintas de anomalías neurobiológicas preexistentes similares .
La administración repetida de drogas, a través de mecanismos de neuroadaptación, origina cambios neurobiológicos que tienen elementos comunes con las anomalías que median ciertos trastornos psiquiátricos.

TIPOS DE TRASTORNOS DUALES

No es fácil plantear las interacciones de trastornos psicopatológicos y adictivos en los casos y las diferentes realidades que pueden ofrecer. Quizás sea esta una de las claves de la resistencia a la patología dual. Sobre los trastornos duales se han dado distintas hipótesis, alguna de las cuales han hecho una gran contribución al campo de las adicciones. Desde una óptica muy general pueden destacarse dos tesis que resultan contrarias hasta cierto punto:

-Una está representada por la denominada hipótesis de la automedicación, descrita por primera vez por Khantzian (1985), según la cual el consumo de un determinado tipo de sustancia de abuso tendría su punto de partida en un autotratamiento de un trastorno psicopatológico previo.
-La segunda posición está representada entre otros por Miller (1993), que sitúan los trastornos psiquiátricos como consecuencia de la problemática adictiva.

Parece claro que ambas hipótesis tienen sentido dentro de los trastornos duales e, incluso, no tienen por qué ser las únicas.

De esta manera, se puede destacar a Meyer (1996) que amplía las posibilidades de comorbilidad y propone hasta seis formas posibles de relación entre psicopatología y adicción a sustancias:

1.- Trastornos de los ejes I y II del DSM pueden propiciar el desarrollo de toxicomanías como efecto indeseable de medicamentos prescritos por el médico.

2.- Trastornos de los ejes I y II del DSM pueden propiciar desarrollo de toxicomanías como conductas de "automedicación".

3.- El consumo de sustancias psicótropas puede "inducir" trastornos psíquicos que remiten rápidamente con la abstinencia.

4.- El consumo de sustancias psicótropas puede "inducir" trastornos psíquicos que no remiten con la abstinencia.

5.- Los trastornos psíquicos pueden modificar la sintomatología, curso y evolución de los trastornos por consumo de sustancias psicotropas.

6.- Los dos trastornos pueden presentarse simultáneamente y no estar relacionados.

FACTORES ETIOLÓGICOS

Se han postulado diversas teorías sobre una posible relación entre los trastornos por uso de sustancias y los trastornos psiquiátricos comórbidos. La teoría de la neurotoxicidad propone que los trastornos psiquiátricos surgen como consecuencia de los efectos tóxicos, directos e indirectos, de la droga sobre el sistema nervioso central. Las disfunciones a largo plazo de sistemas de neurotransmisión como el serotoninérgico, gabaérgico y noradrenérgico, pueden explicar la elevada frecuencia de trastornos de ansiedad de los dependientes de drogas, especialmente de los trastornos inducidos. Esos mismos sistemas junto a la disfunción dopaminérgica se han relacionado también con la sintomatología depresiva. Los efectos de sustancias como el etanol sobre la absorción y metabolización de principios vitamínicos se han propuesto como factores etiológicos del síndrome de Wernicke-Korsakoff y de la demencia alcohólica. Si bien es cierto que esta teoría explica bastante bien los trastornos inducidos y los que aparecen durante la evolución de la dependencia, no ofrece, por el contrario, explicación sobre la presencia de los trastornos psiquiátricos que preceden a la dependencia.

La teoría de la automedicación explica el mayor riesgo de determinados pacientes al uso de drogas. Según esta hipótesis, los pacientes tributarios de de-

terminados síntomas psiquiátricos que se ven aliviados por el uso de distintas drogas, tendrían más riesgo para desarrollar dependencia de éstas. De hecho, determinados sujetos diagnosticados de trastorno de angustia, o de fobias sociales utilizan el alcohol para disminuir dichos síntomas.

TRATAMIENTO

-En el caso de psicosis o esquizofrenia, no hay duda de que los neurolépticos constituyen el tratamiento de elección de los síntomas psicóticos. Con relación a las conductas agresivas, se utilizan distintas estrategias: los neurolépticos por su capacidad de disminuir la transmisión dopaminérgica; b) las drogas con capacidad de actuar sobre el sistema serotoninérgico como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o los agonistas del receptor 5-HT-1 (buspirona y eltoprazina); c) las que disminuyen la actividad noradrenérgica como los betabloqueantes y la clonidina.

Los neurolépticos también son muy utilizados en el manejo de los síntomas de violencia en pacientes con trastornos de personalidad, ya sea trastorno límite o antisocial, o esquizofrénicos. Hay evidencias de que los antipsicóticos atípicos (risperidona y olanzapina) son más eficaces que los clásicos en el tratamiento de la agresividad de los sujetos esquizofrénicos.

La risperidona se ha mostrado más eficaz que el haloperidol y que el placebo en el control de los síntomas agresivos en un estudio multicéntrico, prospectivo y controlado. Otros trabajos menos sofisticados también han encontrado dicho efecto. En 60 sujetos diagnosticados de trastorno límite de la personalidad tratados con risperidona y seguidos durante un año, se redujeron los síntomas psicóticos (58%), las conductas impulsivas (41%) y el consumo de drogas (66%).

-Desde la toma de conciencia de la magnitud y especificidad de la problemática de los trastornos duales se han intentado desarrollar programas terapéuticos ajustados a los mismos. Los modelos terapéuticos básicos que se han tenido en cuenta han sido los siguientes:

1.- Tratamiento secuencial: Es el modelo históricamente más común de tratamiento de los pacientes duales. En este modelo el paciente es tratado primero en un sistema o red de tratamiento (Salud Mental o Drogodependencias) y posteriormente por el otro. El tratamiento secuencial es doble pero no simultáneo ni integrado.

2.- Tratamiento paralelo: Se trata del planteamiento terapéutico que implica al

paciente simultáneamente en programas o recursos de tratamiento de Salud Mental y de Drogodependencias. Al igual que en la modalidad anterior, se utilizan recursos terapéuticos existentes en ambas redes por parte de los propios equipos, aunque con mayor coincidencia en el tiempo. Sin embargo el grado de coordinación entre ambos tratamientos es variable y probablemente insuficiente.

3.- Tratamiento integrado: Este modelo combina elementos o recursos terapéuticos tanto de la red de Salud Mental como de la de Drogodependencias en un programa de tratamiento unificado para pacientes con trastornos duales. Idealmente, este tipo de tratamiento se daría desde un mismo equipo que integrara a profesionales formados en los dos campos, capaces de seguir al paciente en su evolución y abordar su doble trastorno.

2 Objetivos

- Describir la patología dual.
- Diferenciar los tipos de trastornos duales.
- Señalar los factores etiológicos relacionados con la patología dual.
- Indicar las distintas líneas de tratamiento para la patología dual.
- Revisar la relación entre el consumo de tóxicos y la patología psiquiátrica.

3 Metodología

Para la obtención de datos de la revisión bibliográfica se realizó una búsqueda sistemática de documentos de sociedades científicas relacionados con el tema a estudio, en la literatura actual, para identificar los componentes esenciales de la patología dual y su situación. Las fuentes de documentación fueron bibliotecas virtuales electrónicas como Scielo, Medline y Pubmed.
Las palabras clave para la búsqueda de artículos fueron: “patología dual”, “trastorno dual”, “psiquiatría”, “salud mental”, “consumo de drogas”, “tóxicos”, “patología psiquiátrica”.
A partir de dicha información se realizó una revisión crítica de la literatura centrada en la viabilidad de incorporar dicha información a la presente revisión.

4 Resultados

-De acuerdo con la bibliografía consultada, se ve que en diversos estudios epidemiológicos se encontraron elevadas tasas de prevalencia para el abuso de sustancias

(exceptuando el tabaco) entre los pacientes psicóticos, que oscilan entre el 25 y el 58%. Así el estudio ECA refiere que la prevalencia de abuso de sustancias asociado a la esquizofrenia es del 47% (Reiger y col 1990). Las tasas de comorbilidad entre psicosis y dependencia de sustancias encontradas entre los pacientes esquizofrénicos que reciben tratamiento en régimen de ingreso oscilan entre el 15 y el 60% (Brady y col 1991a, Kovasznay y col 1993), mientras que en pacientes en tratamiento ambulatorio se encuentran alrededor del 30% (Mueser y col 1990, Barbee y col 1989, Dixon y col 1991, Fowler y col 1998).

-Diferentes estudios, ya sea en población clínica o en población general, han puesto de relevancia la elevada comorbilidad de los trastornos depresivos de ansiedad y de personalidad entre los consumidores de drogas.

-El estudio epidemiológico ECA (Epidemiologic Catchment Area, Regier et al., 1990), utilizando criterios DSM-III establecía que el trastorno de la personalidad antisocial estaba presente en el 15-25% de los sujetos con abuso o dependencia de alcohol, mientras que en individuos con dicho trastorno de personalidad, el 50-70% presentaban un diagnóstico adicional de abuso o dependencia de alcohol (ECA, 1990). Los estudios clínicos llevados a cabo en dependientes del alcohol también ha mostrado elevadas tasas de comorbilidad, estimándose que el 18% presentan un diagnóstico adicional de Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) y el 21% de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

5 Discusión-Conclusión

-Como conclusión, es destacable que entre pacientes dependendientes de opiáceos, se considera que el 24% presenta un TPA y el 17% de TLP (trastorno límite de la personalidad). Se estima que el 50% de estos pacientes tienen trastornos por uso de sustancias. El trastorno de la personalidad antisocial se caracteriza por agresividad, impulsividad, incapacidad para adaptarse a las normas sociales y despreocupación por la seguridad de los otros. Entre el 20-50% de los sujetos con TPA tienen trastorno de abuso de drogas. Es más, entrando en el ámbito nacional, estudios realizados en nuestro país, como el que se llevó a cabo entre los pacientes psicóticos atendidos en el Centro de Rehabilitación de Alcalá (Madrid) encuentran que el 53% consume algún tipo de sustancias (exceptuando el tabaco), con repercusión en el tratamiento de rehabilitación en el 30% de los casos (Fernández 1998). Otro estudio ambulatorio en nuestro país encontró una elevada prevalencia en el momento del estudio o con anterioridad, de consumo de alcohol (45%), cannabis (33%) y cocaína (9%), y cumplían criterios de depen-

dencia actual o pasada para el alcohol el 20%, para el cannabis el 22% y para la cocaína el 9% de la muestra (Arias y col 1997).

-Las sustancias de uso y abuso más comunes entre los pacientes psicóticos, además de tabaco, son el alcohol y cannabis y, más recientemente, la cocaína. La relación entre la esquizofrenia y el consumo de cannabis en los jóvenes ha sido un área de especial interés, debido a la alta prevalencia del consumo de cannabis entre los jóvenes de la UE. La prevalencia de la comorbilidad de consumo de sustancias y el trastorno bipolar oscila entre el 40% y el 60%. Durante la fase maníaca del trastorno bipolar con frecuencia se produce el consumo de grandes cantidades de alcohol u otras sustancias, en particular estimulantes y cannabis. Durante la fase de depresión el consumo de sustancias también puede aumentar, y los datos indican que el alcohol puede exacerbar la depresión, y el consumo de estimulantes y cannabis puede precipitar un episodio maníaco o un episodio de síntomas mixtos.

6 Bibliografía

1. San Molina L, Dueñas Herrero R, Arranz Marti B. Aspectos generales de la patología dual. Monografías de psiquiatría [internet] 2004 [consultado enero 2020] vol 16, n.4, pag 1-6.
2. Rubio G. Qué es la patología dual: alteraciones de conducta y abuso de sustancias. Revista española de sanidad penitenciaria [internet] 2000 [consultado enero 2020] vol 2, n.3.
3. Torrens M, Mestre-pintó JI, et al. Patología dual: una perspectiva europea. Revista editorial adicciones [internet] 2017 [consultado enero 2020] vol 29, n.1, pag 3-5.
4. Arias F, Szerman N, Vega P, et al. Psicosis y drogas: Estudio sobre la prevalencia de patología dual. Revista de patología dual [internet] 2015 [consultado enero 2020] vol 2, n.1, pag 4
5. Palma Sevillano, C, Cañete Crespillo, J, Farriols Hernando, N,et al. First episode psychosis: clinical characteristics and substance abuse style in patients at the acute care unit. Anales de Psicología [internet] 2005 [consultado enero 2020] vol 21, n.2, pag 286-293.
6. Roncero C, Matalí J, Yelmo S. Paciente psicótico y consumo de sustancias: patología dual. Elsevier: trastornos adictivos [internet] 2006 [consultado enero 2020] vol 8, n.1, pag 1-5.
7. Roncero C, Collazos F, Valero S, Casas M. Consumo de cannabis y desarrollo de

psicosis: estado actual. Actas españolas de psiquiatría [internet] 2007 [consultado enero 2020] vol 34, n.3, pag 182-189.
8. Torrens Melich, M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Revista adicciones [internet] 2008 [consultado enero 2020] vol 20, n.4, pag 315-319
9.Casas M, Gual A. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Revista adicciones [internet] 2002 [consultado enero 2020] vol 14, n.1, pag 195-219

Capítulo 27

MUERTE SÚBITA EN EL DEPORTE

MARIA DEL MAR ALONSO APARICIO

PALOMA ROJO JAMBRINA

1 Introducción

A través de los medios de comunicación leemos cada vez con más frecuencia casos de muerte súbita en deportistas profesionales y en otras personas que no lo son. Pensamos que si se realiza una prevención adecuada estos hechos se pueden evitar o disminuir cuantitativamente. La muerte súbita, acontece cada vez con más frecuencia puesto que la población se incorpora a la práctica del deporte de forma mayoritaria.

Los profesionales de la salud tenemos un compromiso con la identificación de los factores de riesgo en prevención de la salud.

La realización de reconocimientos médicos que incluyan pruebas como: test de esfuerzo y analítica general, facilita la prevención de la muerte súbita, porque aporta información de patología cardiovascular y presencia de malformaciones.

Una oportunidad para realizar este estudio es el momento en que la población visita los centros de Atención Primaria. Aquí se puede comenzar con las recomendaciones específicas en cada caso, es una oportunidad válida porque se establece contacto con la persona desde el conocimiento de su estado de salud. Somos receptivos a sus necesidades, animamos sus capacidades y podemos realizar un seguimiento de su evolución.

Lo sanitarios estamos capacitados para ofrecer recomendaciones a la población acerca de qué tipo de deporte y con qué intensidad podrá realizarse en cada caso

de la manera más personalizada posible. Así podremos incluir el deporte en un estilo de vida saludable, sin riesgo de muerte súbita.

2 Objetivos

Detectar factores de riesgo reales y potenciales previos a la práctica del deporte, especialmente de alta intensidad.

3 Metodología

Revisamos diversos artículos en Scielo, que tratan el tema que nos ocupa y tras excluir los que están obsoletos o no incluyen factores de riesgo, seleccionamos seis que cumplen criterios de inclusión.

Se excluyen otros por no ser artículos de acceso libre, no abarcar la muerte súbita relacionada con la práctica del deporte y tener un periodo de publicación superior a los 15 años.

4 Bibliografía

- Argentina en Movimiento. (2000). Hábitos deportivos de la población argentina. Investigación realizada por la Secretaría de Turismo y Deporte de la Nación, con el soporte calificado del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
- Blumenthal, J.; Babyak, M.; Moore, K.; Craighead, W.; Herman, S. y Khatri, P. (1999). Effects of exercise training on loder patients with major depression. Archives of Internal Medicine, 159, 19, 2349-56.
- BrainWork. (2002). The Neuroscience Newsletter, 12.
- Bredemeier, B. (1994). Children's moral reasoning and their assertive, aggressive, and submissive tendencies in sport and daily life. Journal of Sport and Exercise Psychology, 16, 1-14.
- Carratala, V. y Carratala, E. (1999). El judo en edades tempranas. Una propuesta de competición. Ponencia en el I Congreso sobre la actividad física y el deporte en la universidad. Universidad de Valencia. Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.
- Clínica Alemana. (2002). Sedentarismo chileno: ¿preocupante o una exageración?. Santiago. Disponible en: http://www.alemana.cl

Capítulo 28

PROBLEMÁTICA DE LA RESISTENCIA BACTERIANA A LOS TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS.

ANTONIO MARTINEZ SANCHO

JOSE ANTONIO ALONSO CASANI

ALEJANDRA IGLESIAS PRIETO

LARA LOMBRAÑA NORIEGA

JOSÉ MANUEL PELAEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Actualmente las resistencias bacterianas a los antibióticos, constituyen una alarma creciente, el uso inadecuado de los antibióticos es uno de los factores influyentes más importantes, el incumplimiento de horarios en la toma de los medicamentos, y el fin del tratamiento. Las prescripciones inadecuadas por parte de los facultativos, especialmente en patología del tracto respiratorio superior, cuyo origen es vírico y en los que se utiliza el tratamiento antibacteriano como prueba para comprobar que se trata de una enfermedad vírica. Es en este tipo de enfermedades donde se registran, según estudios sobre consumo de antibióticos, un mayor número de prescripciones innecesarias.
Otro foco principal de la resistencia bacteriana es el ámbito hospitalario. Nuestro país cuenta con una deficiencia en cuanto a programas de prevención y control

de las infecciones, especialmente las de origen nosocomial. Los centros hospitalarios, debido a los casos complicados que llegan remitidos de atención primaria, cuando estos no son capaces de atajar la enfermedad, acogen pacientes con características complejas, infecciones con bacterias resistentes a los antibióticos de uso común y en la mayoría de los casos de difícil erradicación. Las infecciones nosocomiales son un problema en auge y es por eso que se requiere de unos programas de prevención adecuados a las características de cada centro hospitalario. Es fundamental que se informe sobre lo importante del lavado de manos tras cada paciente entre otros términos fundamentales para evitar este tipo de infecciones. A menos infecciones, menos uso de antibióticos en el paciente hospitalario.
El aumento de las resistencias por la masiva utilización de antibióticos a escala mundial, han evocado que cepas con esos mecanismos de resistencia, que en algunos casos nos dejan sin alternativas para su ofensiva. Cada vez más nos encontramos pacientes con multirresistencia a gran variedad de gérmenes, haciendo que disminuya la posibilidad de acabar con la infección, que se prolongue la estancia hospitalaria, que se vean necesarios a tratar con medicamentos mucho más costosos y lo que es más importante, que aumente el riesgo de mortalidad.
Ante la evidencia de esta problemática a nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS), han establecido la creación de un plan global que combata la resistencia a antimicrobianos, un plan en el que se vean integrados a países de todo el mundo y cuya finalidad es la de concienciar y educar sobre el problema de la resistencia antimicrobiana, optimizar el uso de los antibióticos, disminuir las infecciones nosocomiales y la diseminación de los microorganismos resistentes, así como realizar una inversión para la lucha de estos microorganismos.

2 Objetivos

Objetivo principal

- El objetivo de este estudio es obtener una actualización de la situación en que se encuentra la resistencia de los microorganismos a las antibioterapias, tanto en España como a nivel global.

Objetivos secundarios

- Analizar las investigaciones que se realizan por parte de las empresas farmacéuticas en la lucha contra la resistencia de los microorganismos frente a los antibióticos.
- Evaluar los planes de actuación de los centros hospitalarios nacionales para la

identificación, control y tratamiento de las infecciones nosocomiales.
- Estudiar los distintos tipos de microorganismos infecciosos y analizar cuáles de ellos son más propensos a la resistencia bacteriana actualmente según en qué países.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las principales fuentes de información científico-sanitarias de investigación, pubmed y scielo. Aplicando principalmente los ítems de búsqueda "resistencia" "antibióticos" "España" "mal uso".
Tras una lectura exhaustiva de los artículos que nos han parecido más relevantes, intentamos sacar una correlación entre todos ellos, para hallar una norma que aglutine en la forma más correcta y precisa posible, una dialéctica que defina la problemática de la resistencia bacteriana por el mal uso que se está aplicando a los antibióticos, no sólo desde la medicina de atención primaria, a la cual se la tacha como principal causante de este "atraso científico" , sino también desde los hospitales, y el grado de culpa que tienen los pacientes por su a veces inconsciente valentía a la hora de tomar medicación no prescrita por su médico y también por sus insaciables réplicas por conseguir esta pauta de tratamiento innecesario.
Tras esto aplicamos una conclusiones, reflexionando sobre la temática expuesta y que confiamos que tenga una repercusión positiva en la lucha por un correcto trato de la temática.

4 Resultados

Pocos podrían pensar cuando el gran científico Alexander Fleming descubrió lo que iba a ser uno de los descubrimientos del siglo, el gran descubrimiento de la penicilina allá por los años 1928, que en realidad estaba dando a la medicina un arma de doble filo, un arma, el cual, con el mal uso de este acabaría destruyendo su eficacia a una gran velocidad. A los tres años de la comercialización a la sociedad de la penicilina, se descubrieron las primeras resistencias por un mal uso de los antibióticos. Es en 1945 cuando se empiezan a objetivar este tipo de casos y cuando se empieza a descubrir que el alumbramiento de la penicilina no iba a ser la solución perfecta que todos habían creído. Así en ese mismo año cuando Fleming recibe un nobel de ciencia, advierte que un mal uso de retoño de la ciencia, la penicilina, podría causar problemáticas en la cura de las infecciones que trata de curar. Tenemos que entender que la resistencia bacteriana es algo natural en los

microorganismos para su supervivencia, pero esta realidad es exacerbada por el mal uso de los antimicrobianos, un errado programa de prevención, una medicina mal adiestrada o sin una motivación asistencial, una escasa capacidad de los laboratorios para detectar en estadío prontío estas resistencias bacterianas y así poder atajarlas y una mala regulación del uso de los medicamentos.

No todos los antibióticos tienen el mismo sistema de acción contra los microorganismos. Por ejemplo a familia de las penicilinas, carbapenemas, cefalosporinas o vancomicina, actúan dañando la síntesis de las paredes celulares bacterianas. Las quinolonas y rifampina actúan directamente sobre el ADN y el ARN bacteriano. Otros pueden actuar también sobre las proteínas o el metabolismo de las bacterias.

Actualmente podríamos decir que un microorganismo posee una resistencia intrínseca a un antibiótico cuando las características de los primeros los hacen invulnerables a estos mecanismos de acción que tiene el antibiótico. Este tipo de resistencia no se ve nunca afectada por el abuso de antibióticos, sino todo lo contrario, sería valioso desde el punto de vista en que podríamos determinar qué antibiótico se ajusta mejor frente a un determinado microorganismo. En contraposición, las bacterias podrían adquirir nuevas resistencias, adoptando nuevas características mutando sus genes o transfiriendo su material genético entre las bacterias. Así, este cambio en el material genético haría que las nuevas características adquiridas puedan dotar a la bacteria de resistencia a un antibiótico, modificando la membrana bacteriana y evitando que entre el antibiótico y pueda así ejercer su función. Otro tipo de resistencia es la aparición de sistemas de defensa, como la utilización de enzimas para descomponer los antibióticos. Si una bacteria utiliza más de uno de estos sistemas defensivos, puede ser resistente a multitud de antibióticos, lo que origina una resistencia multifármacos.

Es cierto que las mutaciones bacterianas son muy escasas, un evento por cada 100000000. Pero debido a la globalización del problema este se acentúa notablemente convirtiéndose en un problema importante a nivel mundial. Los más preocupantes son los sistemas de transferencia de genes que permiten compartir el material genético entre bacterias. Estos funcionan compartiendo los plámisdos conjugativos. Así el ADN que está separado del cromosoma bacteriano, puede replicarse independientemente y desplazarse entre las bacterias transportando genes con resistencia a antibióticos, haciendo que se multiplique la resistencia a los antibióticos en las próximas generaciones de esa colonia bacteriana.

José L. Martínez dice: "En la mayoría de los casos la resistencia surge cuando el antibiótico mata a las bacterias susceptibles y únicamente las pocas que son resistentes prevalecen y se reproducen". Es decir, los antibióticos propiamente di-

chos no causan una resistencia, en cambio hacen que se seleccionen las bacterias resistentes e incrementan la prevalencia proporcional.
Proceso de transformación de una bacteria en resistente ante un antibiótico.
1. Transformación: transferencia por una bacteria de ADN libre extracelular procedente de la lisis de otras bacterias.
2. Transducción: Transferencia de ADN cromosómico de una bacteria a otra mediante un bacteriófago, es decir, el virus que infecta bacterias)
3. Transposición: Traspaso de un elemento de ADN que puede contener material genético para la resistencia a distintos antibióticos.
4. Conjugación: Se produce un intercambio de material genético entre dos bacterias, una actuaría como donante y la otra como receptor, a través de un contacto físico entre ambas.

La utilización de antimicrobianos, plantea un problema, y es la dificultad para elegir el tratamiento adecuado frente a un determinado agente microbiano. Existen un gran número de tratamientos antibióticos, lo que hace que sea una tarea casi imposible conocer las características y aplicaciones de todos y cada uno de ellos, aunque el médico prescriptor sea especializado en la materia. Es por ello que los facultativos prescriptores, utilizan la normal, equivocada de la seguridad que crea prescribir los antibióticos que tienen un mayor espectro de acción, lo que en ocasiones causa una utilización sin control de los mismos, olvidándose por completo de lo que debería ser una máxima. Buscar el tratamiento antibiótico adecuado para cada infección microbiana específica.
Directrices de la OMS para un uso correcto de la prescripción antimicrobiana:
1. Utilizar siempre un antibiótico, para el cual se haya comprobado la sensibilidad del germen causante de la infección a tratar.
2. En caso de no ser posible la primera opción, utilizar, dentro de lo posible, un antibiótico que presente un espectro antibacteriano estrecho.
3. Administrar el fármaco a la dosis y vías de administración adecuadas.
4. Administrar el antibiótico el tiempo más corto posible.
5. Utilizarlo siempre que sea posible por administración de vía parenteral.
6. No utilizar dos antimicrobianos de una misma familia.
7. Prescribir un bactericida junto a un bacteriostático en caso de verse obligados a utilizar dos.
8. Beneficiarse de las sinergias de los fármacos administrados.
9. Tener en cuenta el bending de proteínas plasmáticas que requiere el antibiótico indicado y aprovechar el efecto post-antibiótico del medicamento.

Entre las resistencias que más preocupan, se encuentra el Staphylococcus aureus

resistente a la meticilina, un germen que siempre fue asociado a las enfermedades nosocomiales y que en la actualidad es un gran causante de las infecciones causadas en la sociedad. Hasta hace unos años el tratamiento elegido era la cefalexina, sin embargo este tratamiento no tiene utilidad sobre el germen resistente. Tampoco los betalactámicos son eficaces contra S. aureus meticlino ni aunque se combinen con betalactamasas como la amoxicilina o el tazobactam.
Otro grupo preocupante es el de la familia de Enterobacterias, que vieron incrementada su resistencia en los últimos años, debido especialmente a mecanismos que se diseminan con gran facilidad como es la producción de las enzimas de tipo betalactamasas. Las de espectro ampliado tienen capacidad de hidrolizar aminopenicilinas y cefalosporinas de primera generación, mientras que las de espectro extendido actúan inactivando a aquellas cefalosporinas de tercera y cuarta generación.
Así mismo es preocupante la resistencia a fluoroquinolonas, como el ciprofloxacino y el levofloxacino, los cuales tienen una buena respuesta terapéutica y una fácil administración por vía oral, pero tienen la desventaja de ser resistentes entre ellos.

Dentro de la gran problemática de las resistencias a antibióticos, no podemos cerrar este tema sin la mención de parte de culpa a la agricultura y ganadería de todo el mundo. Pues si con las personas los antimicrobianos no son utilizados como realmente se esperaría de ellos, es en estos dos grandes campos donde debido a no darle tanta importancia al campo y los animales como se le daría a un ser humano, los tratamientos utilizados distan mucho de su correcta administración especialmente en la posología utilizada, pero no sin menospreciar duración de tratamientos y elección del antimicrobiano.
En 2014 se realizó una asamblea de salud mundial, donde se consensuó la necesidad de un plan de acción global para combatir este peligroso tema de salud. Un programa que involucre a países de todo el mundo y que esté enfocado a concienciar y educar sobre la resistencia antimicrobiana, hacer un uso óptimo de los recursos antimicrobianos, disminuir la incidencia de la infección y la diseminación de los microorganismos más resistentes y asegurar una inversión que sea sostenible en el tiempo para luchar contra la resistencia antimicrobiana. Es decir, crear un plan de intervención común a países de una gran variedad geográfica, para así poder dictaminar una serie de pautas comunes que unifiquen la lucha contra esta problemática mundial, para evitar que enfermedades que durante años no han causado peligro para la vida del ser humano sean hoy un dictamen de muerte para el paciente infectado.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de artículos revisados apuestan por las investigaciones científicas para la obtención de nuevos fármacos que suplementen el ataque a estas bacterias resistentes, pero aun así sigue siendo de vital importancia la prevención de estas resistencias así como las prácticas obsoletas y obviamente mal realizadas en la utilización de los fármacos.

Parece ser que se está notando una tendencia por parte de los laboratorios a no investigar nuevas moléculas antibióticas , pues no ven rentables este tipo de tratamientos en la ecuación costes de investigación-beneficios de comercialización. Es destacable que en los últimos 20 años no se hayan descubierto ninguna nueva familia de antibióticos, lo que podría resultar muy peligroso viendo el avance de las resistencias bacterianas a los tratamientos ya conocidos.

Cada día siguen apareciendo nuevas resistencias bacteriológicas en todo el mundo y propagando estos nuevos mecanismos de resistencia que ponen un ancla a los tratamientos de unas enfermedades que parecía teníamos controladas. Unas de las pocas enfermedades que tenían cura, puesto que a medicina muchas veces parece más enfocada a tratar la sintomatología de una enfermedad que en curarla.

6 Bibliografía

1 Casellas JM. Resistencia a los antibacterianos en América Latina: Consecuencias para la infectología. Rev Panam Salud Pública. 2011; 30(6):519-28.

2 Marston HD, Dixon DM, Knisely JM, Palmore TN, Fauci AS. Antimicrobial resistance. Jama. [Internet]. 2016. Consultado: 2017 Mar 20; 316(11): 1193-1204.

3 Souli M. An Outbreak of Infection due to b-Lactamase Klebsiella pneumoniae Carbapenemase 2–Producing K. pneumoniae in a Greek University Hospital: Molecular Characterization, Epidemiology, and Outcomes. CID. 2010; 50:364-73.

4 Organización Panamericana de la Salud (OPS), USAID. Informe Anual de la Red de Monitoreo. Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos. San José, Costa Rica: OPS/OMS. 2010.

5 Melgarejo N, Martinez M, Franco R, Falcón M. Enterobacterias resistentes a Carbapenemes por producción de KPC, aisladas en hospitales de Asunción y Departamento Central. Revista de Salud Pública del Paraguay. 2013;3(1):30-5

6 Medina-Morales DA, Machado-Duque ME, Machado-Alba JE. Resistencia a antibióticos, una crisis global. Rev. Méd. Risaralda. 2015; 21(1):74

7 Ruvinsky S, Mónaco A, Pérez G, Taicz M, Inda L, Kijko I, et al. Motivos de la

prescripción inadecuada de antibióticos en un hospital pediátrico de alta complejidad. Rev Pan Sal Publ. 2011; 30(6):580-5.

Capítulo 29

ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.

MARIA TERESA MILLAN LUCINDO

LUZ PARRON DURAN

1 Introducción

Los recién nacidos prematuros que se encuentran ingresados en la uci neonatal están expuestos a múltiples factores de riesgo, como procedimientos invasivos y dolorosos, sobreestimulación ambiental, numerosas manipulaciones, interrupción del vínculo madre-hijo e imposibilidad de llevar a cabo una lactancia materna eficaz.

Además, las características organizativas y arquitectónicas de las unidades de cuidados intensivos hacen que se conviertan en ambientes hostiles para el recién nacido, la familia e incluso para los propios profesionales. Son muchas las líneas estratégicas que pueden llevarse a cabo para humanizar los cuidados intensivos neonatales y para ello se requiere un cambio de actitud y compromiso, considerando como el eje central del cuidado al conjunto neonato-familia-profesional.

Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la planificación, ejecución y evaluación de intervenciones basadas en los cuidados centrados en el desarrollo que tienen como objetivo favorecer el neurodesarrollo del neonato y la participación de la familia en el cuidado de sus hijos.

2 Objetivos

-Conocer las intervenciones necesarias que hacen posible una mayor humanización en las ucis neonatales.
-Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre los beneficios de la implantación de los cuidados centrados en el desarrollo en UCI neonatal.
-Favorecer la relación de los familiares con el personal sanitario.
-Conseguir una mayor implicación de los padres en el cuidado de su hijo.
-Proteger y mejorar el neurodesarrollo del recién nacido, mediante la implantación de una serie de medidas.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dialnet, Scielo, CuidenPlus y Google académico, así como planes de cuidados de distintos hospitales. Se han tenido en cuenta, fundamentalmente, artículos de los últimos cinco años.
Palabras clave: uci neonatal, prematuro, humanización, cuidados centrados en el desarrollo, familia.

4 Resultados

Para conseguir humanizar las ucis neonatales debemos desarrollar una serie de intervenciones tanto sobre el macro como el microambiente, y que son:
- control de la luz, del ruido y de la temperatura (bienestar ambiental)
- agrupación de los cuidados/manipulaciones/intervenciones y cuidado de la posición del neonato.
- prevención activa del dolor.
- cuidado canguro.
- promoción y el apoyo a la lactancia materna.
- implicación de los padres en el cuidado de sus hijos (atención centrada en la familia)
- comunicación e información.
- atención en el duelo perinatal.
- cuidados a los profesionales.

BIENESTAR AMBIENTAL

El control de la luz y el ruido en las unidades neonatales mejora el ritmo circadiano, aumentando los períodos de sueño y facilitando el descanso de los bebés; mejora el estrés del neonato disminuyendo la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la actividad motora y las alteraciones de la tensión arterial y aumenta la saturación de oxígeno y la ganancia de peso. El nivel de ruido no debe superar los 40dB de día y 35dB de noche y la intensidad lumínica se adecuará entre 10 y 600 luxes.

Intervenciones:

-Disponer de luz natural, luces regulables para adaptar la intensidad a situaciones concretas.

-Paneles para separar los bebés cercanos a las fototerapias, así como cubrir las incubadoras con cobertores.

-Proteger los ojos de los bebés cuando haya que realizarle algún procedimiento.

-Disminuir el tono de voz y limitar las conversaciones cerca de los bebés.

-Evitar el uso de radios y teléfonos.

-Abrir/cerrar las incubadoras cuidadosamente y no apoyar objetos sobre ellas.

-Bajar el volumen de las alarmas.

-Disponer de un sonómetro para medir el ruido ambiental.

AGRUPACIÓN DE LOS CUIDADOS Y MÍNIMA MANIPULACIÓN

Basado en la filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo, a finales de la década de los 80 se diseñó el programa NIDCAP® (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) en Estados Unidos. Este programa integra las intervenciones de los cuidados centrados en el desarrollo y en la familia desde una perspectiva individualizada. Se realizan observaciones conductuales del bebé que incluyen la función fisiológica (respiración, color y función visceral), función motriz (tono, postura y movimiento), la organización del estado, la atención/interacción y la autorregulación (llanto, fácil/difícil de consolar). La finalidad es observar las reacciones y respuestas del neonato por un profesional entrenado en neurodesarrollo y reorientar las intervenciones para ofrecer unos estímulos y cuidados personalizados que ayuden a mejorar su desarrollo, capacitando también a la familia en el cuidado de su hijo

Intervenciones:

-Seguir una secuencia lógica de actuación con el fin de evitar manipulaciones innecesarias.

-Proporcionar cuidados individualizados acordes a sus necesidades y no hacerlo de forma rutinaria, agrupando la atención en periodos breves.

-Preparar material que se vaya a utilizar previamente y comprobar que nuestras manos están calientes y limpias antes de tocar al niño.

-Facilitar el paso de la etapa de sueño hacia la de vigilia con estímulos táctiles suaves sin despertarlo bruscamente.
-Usar preferentemente monitorización no invasiva y cambiar los sensores aprovechando manipulaciones para evitar quemaduras y escoriaciones cutáneas.
-Usar los apósitos adhesivos del tamaño más pequeño posible y para retirarlos humedecer para evitar lesiones cutáneas.
-Cambiar de postura cada 3 horas más o menos de acuerdo con la estabilidad del recién nacido.
-Proporcionarle nidos y posturas en flexión a los prematuros que ingresen a la Unidad para mejorar la evolución motora y su desarrollo general.
-Mantenerlo en un ambiente térmico neutro.

PREVENCIÓN Y ALIVIO DEL DOLOR

Un recién nacido ingresado en una unidad neonatal experimenta a diario una gran cantidad de manipulaciones y procedimientos dolorosos o estresantes, que puede producirle alteraciones en las respuestas fisiológicas y conductuales tales como alteraciones en la frecuencia cardíaca, en la frecuencia respiratoria y en la tensión arterial; desaturación de oxígeno; náuseas y vómitos; agitación, llanto y perturbación en su ciclo de sueño-vigilia.

Intervenciones:

Medidas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor (administración de sacarosa oral al 24 % dos minutos antes del procedimiento doloroso, método canguro, contención y succión no nutritiva)

MÉTODO CANGURO

El método canguro o también conocido como piel con piel consiste en colocar al neonato entre los pechos de la madre o padre, en posición ventral. La cabeza vuelta hacia un lado y ligeramente extendida, las caderas están flexionadas y las piernas extendidas en una postura que recuerda a la de una rana. Los brazos también están flexionados y el abdomen del bebé debe quedar a la altura del epigastrio de la madre o del padre. Esta postura facilita el acceso al pecho y por tanto a la lactancia materna, por lo que con ambos juntos conseguimos mejores resultados.

Ventajas del método canguro:

-disminuye la morbi-mortalidad neonatal.
-reduce el dolor en el prematuro.
-favorece un correcto neurodesarrollo del neonato.
-favorece el vínculo afectivo de la madre y padre con el recién nacido.
-mejora la ganancia de peso y las constantes vitales.

-regula la temperatura.
-beneficios económicos, con reducción de los días de ingreso.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche materna es la alimentación enteral de elección para los bebés prematuros y sus beneficios están demostrados tanto en bebés prematuros, recién nacidos con problemas de salud y recién nacidos a término sanos.

Para favorecer la protección y el apoyo a la lactancia materna en las unidades neonatales deben disponer de políticas y protocolos de promoción de la lactancia materna.

Intervenciones:

-Establecer protocolos de información a los padres sobre las distintas opciones para la alimentación del bebé enfatizando el beneficio de la leche materna sobre todo en los bebés de riesgo.
-Adecuación de espacio y equipamiento para extracción de leche 24 horas/día, mediante la creación de boxes individuales que favorezcan el alojamiento conjunto y el cuidado canguro.
-Acceso de las madres a extractores de leche eficaces y eficientes.
-Disponibilidad de refrigeradores/congeladores para almacenar la leche materna.
-Formación de los profesionales sobre lactancia materna.
-Coordinación / creación bancos de leche materna.

ATENCION CENTRADA EN LA FAMILIA

El ingreso de un hijo en la uci neonatal provoca en los padres una reacción de angustia, produciéndose unos sentimientos de incertidumbre por la situación de salud del niño, sumado a un estado de shock e incluso sentimientos de culpa en los padres.

Los profesionales de enfermería han de establecer nuevas formas de relación con los padres y las familias, invirtiendo en calidez humana al incorporar a los padres en los cuidados de sus hijos, formando parte prioritaria de los mismos.

Intervenciones:

-Elaboración de protocolo de acogida del paciente pediátrico / neonatal al ingreso.
-Hoja informativa o tríptico con normas y horarios, servicio de información, contacto telefónico.
-Unidades neonatales de puertas abiertas, fundamental para favorecer la participación de los padres en el cuidado de sus hijos, el cuidado canguro y fomentar el establecimiento y la duración de la lactancia materna exclusiva a demanda.
-Participación de los padres en el cuidado de sus hijos. Las recomendaciones del Ministerio de Sanidad sobre la atención centrada en la familia están orientadas

a mantener el entorno familiar como el entorno natural de desarrollo del bebé desde su nacimiento, donde la participación de los padres en el cuidado favorece la implicación y la responsabilidad, incrementando su confianza y seguridad en los cuidados que prestan a sus hijos, de forma que la hospitalización impacte lo menos posible en el desarrollo de los vínculos familiares.

-Visitas de familiares: favorecer las visitas de los abuelos y los hermanos, parte fundamental del núcleo familiar.

-Creación de programas para integrar a los hermanos de los bebés prematuros hospitalizados en la uci neonatal en los cuidados mediante talleres o juego simbólico.

-Diseño de las unidades: El diseño de habitaciones individuales permite que los padres permanezcan con sus bebés sin restricciones, fomentando el vínculo parental; mejora la privacidad y la comodidad, aumenta la participación de los padres en el cuidado de sus hijos y facilita el cuidado canguro y en la lactancia materna.

-Retirar barreras innecesarias: batas, calzas y en especial, mascarilla y guantes, salvo en casos especiales, realizando formación constante en lavado de manos.

-Facilitar la permanencia de objetos de apego (chupetes, muñecos, biberones.

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN. APOYO A LAS FAMILIAS

El personal sanitario debe cuidar la comunicación con la familia, de forma que se realice con sensibilidad, empatía, de forma regular y privada y que sea sensible a la diversidad cultural de cada entorno familiar.

Intervenciones:

-Integrar a la familia en la planificación y toma de decisiones relacionadas con el cuidado de sus hijos, teniendo en cuenta sus deseos, valores, creencias y expectativas.

-Formación a familiares en cuidados básicos.

-Elaborar un protocolo estandarizado de información conjunta médico-enfermera a padres que establezca dónde y cuándo, por qué y para que se informa (lenguaje comprensible, lugar privado, tener en cuenta situaciones/momentos clave, considerar tiempos de espera de las familias…)

-Identificar las necesidades de las familias del paciente crítico.

-Escucha activa (saludar, mostrar empatía y ofertar disponibilidad), facilitar la consulta y seguimiento telefónico.

-Animar a explicar sus dudas, necesidades, temores o creencias.

-Realizar cuestionarios de satisfacción.

-Buzón de sugerencias.

-Ofrecer apoyo psicológico especializado dentro del propio hospital.

-Facilitar la accesibilidad a los servicios religiosos.
-Ofrecer la posibilidad de aseo-ducha dentro del hospital.
-Disponer de una sala específica para que puedan comer o descansar.
-Facilitar el contacto con asociaciones diversas: de niños prematuros, de duelo perinatal, de familiares de niños con patologías concretas o grupos de apoyo.
-Minimizar el impacto visual que puede provocar la entrada en una uci neonatal, que es un lugar hostil, donde los padres se encuentran con múltiples aparatajes, monitores, ruidos de alarmas mediante el uso de cobertores con telas infantiles, decoración de las paredes o cristaleras, uniformes de los profesionales.

HUMANIZAR EL DUELO PERINATAL

Humanizar el duelo perinatal es un enorme desafío para nuestra sociedad y también para los profesionales de la salud, pues implica empatizar con el sufrimiento de las familias que han tenido esta pérdida, reconocer su dolor y duelo, así como también ofrecer apoyo, contención y orientación en estos momentos. Los gestos y palabras de los profesionales que intervienen en ese momento tan doloroso pueden ser recordados incluso años después y tienen un impacto muy grande en los padres y su entorno, por lo que resulta necesario saber qué decir o hacer para favorecer un duelo no patológico.

Intervenciones:

-La comunicación no verbal tal como el lenguaje corporal, la actitud, el contacto visual, el tono de voz, la expresión facial, el tacto y la postura son muy importantes. El tacto (un abrazo, un apretón de manos) será un buen apoyo e incluso el silencio será mejor compañía que ofrecer consuelo mediante comentarios inapropiados para este momento.
-Ayudar a tener recuerdos de su bebé, si lo desean: fotos con su bebé, un mechón de pelo, brazalete identificativo del bebé y las huellas de las manos y los pies… Si no lo quieren, es recomendable guardarlos durante algún tiempo. A veces en este momento no se encuentran con fuerzas para enfrentare a ello y pasadas unas semanas pueden arrepentirse de no haber llevado con ellos esos recuerdos.
-Hacer sentir tu presencia, pero con discreción. Cuida la terminología, utilizando el nombre del bebé. Puedes usar: – "Siento lo que les ha pasado" – "Me imagino cuánto querrían a ese bebé" … Debes evitar: – "Sé fuerte" – "No llores" …
-Disponer de conjuntos de ropa para vestir al bebé o preguntar a los papás si quieren vestirle con ropa elegida por ellos.
-Tener un lugar o una habitación para que puedan despedirse del bebé en la intimidad. Darles el tiempo suficiente. Dar la libertad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos.
-Ofrecer apoyo psicológico si así lo desean.

-Ofrecerles información sobre grupos de apoyo de muerte perinatal.
-Inhibición de la lactancia materna en madres que han estado extrayéndose leche. En algunas ocasiones, la madre en un gesto de generosidad puede pensar que su leche puede ser útil para otros bebés. En estos casos ofreceremos la posibilidad de ponerse en contacto con el banco de leche para que sea informada sobre la donación de leche materna.

CUIDANDO A LOS PROFESIONALES
El "síndrome de burnout" o "síndrome del desgaste profesional", es una enfermedad profesional que se caracteriza por 3 síntomas clásicos: agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional. Además influye en la calidad de los cuidados, los resultados sobre el paciente, y la satisfacción del paciente, y se relaciona con el recambio de profesionales en las organizaciones.
Intervenciones:
-Evaluar factores relacionados con burnout la UCIN (satisfacción laboral, ansiedad, depresión e implicación laboral)
-Realización de cursos que aborden distintos aspectos en relación con el desgaste profesional y formación en habilidades de comunicación.
-Implementación de un proceso de información conjunta médico-enfermera a padres.
-Instaurar un protocolo de intercambio de información diaria entre los profesionales con sesión diaria del equipo.
-Mejorar la comunicación entre profesionales: de calidad y sin pérdida de información.
-Formación conjunta (cursos, jornadas, etc.) donde haya intercambio de conocimientos y experiencias.
-Protocolización de la actividad médica y enfermera de los procedimientos más frecuentemente realizados.
-Mejora de las condiciones laborales, con adecuadas plantillas y turnos de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades de cuidados intensivos neonatales han experimentado en los últimos años importantes cambios. Los avances tecnológicos y científicos, el diagnóstico precoz, los tratamientos y los cuidados han logrado disminuir la mortalidad y morbilidad neonatal a nivel mundial.
El enfoque actual de la prestación de cuidados en las unidades neonatales está

encaminado no solo a garantizar el máximo bienestar físico y fisiológico de los neonatos, sino a asegurar su mejor desarrollo neurológico y de maduración a corto y largo plazo y favorecer la interacción con sus padres. Por ello, cada vez son más las unidades que están poniendo en marcha iniciativas de humanización en los cuidados del bebé, la familia y sus necesidades.

Humanizar los cuidados en las unidades neonatales supone una filosofía del cuidado que beneficia al recién nacido prematuro y/o con problemas de salud y a su familia; contribuye al crecimiento de la enfermería como ciencia y dignifica a la persona como ser humano.

6 Bibliografía

1. Romero Daza A. Danies Valverde J. De La Hoz Gutiérrez G. Mendiola Pino I. Iniciativas de cuidados humanos en neonatología: nuevo desafío practico de enfermería. Rev. Cultura del cuidado. 2018; 15(1) 15-22.

2. Plan de mejora de la humanización en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Hospital General Universitario de Alicante. Noviembre 2018.

3. La Calle GH, Martin MC, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(1):9-13.

4. Broncano Vargas YN. Cuidado humanizado al neonato prematuro y familia: una perspectiva de enfermería.

5. Momentos clave para humanizar el paso por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Rev Pers Bioét 2007;11(2) 138-145

6. Osuna Guerrero M, Pastor-Montero SM. Estrategias de humanización en las unidades neonatales: revisión bibliográfica. Biblioteca Lascasas, 2018; V14. Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11609.php

7. Fernández Arizmendi Z. Humanizar la atención en las unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos: La implicación de los padres en los cuidados.

8. Trabajo de fin de grado Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla. 2015. Disponible en https://repositorio.unican.es

Capítulo 30

DEPORTE Y ESTILO DE VIDA

MARIA DEL MAR ALONSO APARICIO

PALOMA ROJO JAMBRINA

1 Introducción

Los profesionales de la salud, conocemos la importancia de un estilo de vida saludable. Esto implica hábitos tales como: deporte y buena alimentación.

La mejor medicina es la preventiva, y el deporte previene o mejora patología como: hipertensión, diabetes, obesidad, etc.

Existe evidencia científica de que la pronta actuación ante un accidente cardiovascular, resulta eficaz en un porcentaje altisimo de los casos-

2 Objetivos

- Informar a las personas que trabajan en deporte de la necesidad de tener unos conocimientos en fundamentalmente dos cosas: RCP básica y manejo de la DESA.

3 Metodología

Revisamos publicaciones en Sciielo y publimed, para incluir en este estudio 10 artículos actuales. Rechazamos otros publicados hace más de 10 años y que no abordan el tema con el enfoque que buscamos.

4 Bibliografía

1. López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez Á. Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. Manual de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada Pediátrica y Neonatal, 5.a ed. Madrid: Publicación de Libros Médicos; 2006. [Links]

2. Biarent D. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 6. Paediatric life support. Resuscitation. 2010;81:1364-88. [Links]

3. Handley AJ, Koster R, Monsieurs K, Perkins GD, Davies S, Bossaert L. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Resuscitation 2005; 67S1: S7-23. [Links]

4. Nolan J. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 1. Introduction. Resuscitation 2005; 67Sl 1: S3-6. [Links]

5. Zheng ZJ, Croft JB, Giles WH, Mensah GA. Sudden cardiac death in the United States, 1989 to 1998. Circulation 2001; 104: 2158-63. [Links]

6. Tan EC, Severien I, Metz JC, Berden HJ, Biert J. First aid and basic life support of junior doctors: A prospective study in Nijmegen, the Netherlands. Med Teach 2006; 28: 189-92. [Links]

7. Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J. Effect of bystander cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden. Resuscitation 2000; 47: 59-70. [Links]

8. Jansen JJ, Berden HJ, van der Vleuten CP, Grol RP, Rethans J, Verhoeff CP. Evaluation of cardiopulmonary resuscitation skills of general practitioners using different scoring methods. Resuscitation 1997; 34: 35-41. [Links]

9. Uribe M, Bianchi V, Carvajal C, Kauffman R. Assessment of knowledge of cardiopulmonary resuscitation. Rev Med Chile 1992; 120: 1231-4. [Links]

10. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2005; 112SIV: IV-1-IV 211. [Links]

Capítulo 31

PROFESIONAL SANITARIO Y VIOLENCIA EN EL TRABAJO.

MARIA DEL MAR ALONSO APARICIO

PALOMA ROJO JAMBRINA

1 Introducción

La calidad asistencial, se ve seriamente afectada por diversos factores: sobrecarga de trabajo, estrés y violencia por parte de la población.

Las agresiones a los sanitarios son cada día más frecuentes, tanto en el ámbito de la asistencia especializada como en atención primaria. Nos preguntamos las causas y también las acciones que pueden evitar estas situaciones. Sabemos dentro de la atención especializada que las áreas más expuestas son: urgencias y salud mental.

Además sabemos que el tipo de agresiones física y verbales varían en las diferentes categorías profesionales.

Una de las actuaciones pertinentes a llevar a cabo es:
- Incrementar la presencia de seguridad en dos áreas fundamentales; urgencias y psiquiatría.
- Mejorar el abordaje de pacientes con patología mental y proporcionar un acompañamiento más estrecho por parte de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado a personas que precisan atención médica procedentes de centros penitenciarios.

2 Objetivos

- Revisar los protocolos de actuación ante situaciones de violencia por parte del personal de seguridad en las unidades de Urgencias y Psiquiatría.
- Facilitar formación a los sanitarios en el manejo de situaciones conflictivas que puedan desembocar en violencia.
- Prevenir en definitiva que las situaciones violentas en todas sus formas se produzcan en el ámbito sanitario, puesto que afecta a la calidad asistencial; se producen más bajas laborales, absentismos, etc.

3 Metodología

Revisamos numerosos artículos publicados en Scielo, de acceso libre, que enumeran casos de agresiones ocurridas contra el personal sanitario y descartamos publicaciones duplicadas y/o con más de 10 años de edición. Incluimos 8 artículos que aborda nuestro tema de manera interesante debido a que documentan las agresiones, medidas de protección y protocolos de actuación.

Se revisan protocolos de actuación en el ámbito hospitalario y en Atención Primaria respecto a casos de agresiones a profesionales de la salud.

4 Bibliografía

1. INSHT. NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración; 1998.
2. OIT/CIE/OMS/ISP. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2002.
3. Martínez Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios: aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. Med Clin (Barc). 2007;128(8):307-10.
4. Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2002.
5. Ayranci U. Violence Toward Health Care WorKers in Emergency Departments in West Turkey. J Emerg Med. 2005;28(3):361-5. http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2004.11.018.
6. Sanuzun F, Keradokovan A. Violence Towards Nursing Staff in Emergency Deparment in one Turkish City. Int Nurs Rev. 2005;52(2):154-60. http://dx.doi.

org/10.1111/j.1466-7657.2005.00420.
7. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. J Clin Nurs. 2004;13(1):3-10. http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00807.
8. Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull C. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. J Nurs Scholarsh. 2010;42(1):13-22. http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x.

Capítulo 32

LOS TURNOS DEL PERSONAL SANITARIO Y REPERCUSIONES EN LA SALUD

MARIA DEL MAR ALONSO APARICIO

PALOMA ROJO JAMBRINA

1 Introducción

Conocedores de que es imprescindible trabajar a turnos en sanidad, asumimos los trastornos que esto ocasiona en salud y queremos identificarlos. El realizar el trabajo en este tipo de jornadas, produce envejecimiento y numerosas patologías de estos profeisonales.

2 Objetivos

El efecto en salud que provoca el cambio de los ciclos circadianos es evidente de manera científica tanto para los trabajadores que lo desempeñan como para los pacientes.
Los turnos provocan cambios neurobioquímicos, que repercuten en el estado físico y animico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Bibliografía

- Fundación para la prevención de riesgos laborales. Los tiempos de la organización del trabajo: incidencia de los riesgos psicosociales en los sistemas de trabajo a turnos. Disponible en: http://extranet.ugt.org/saludlaboral/oprp/Documentos
Noticias/libro turnos.pdf (Acceso: 18/04/2012).

Capítulo 33

HIGIENE POSTURAL EN SALUD INFANTIL.

MARIA DEL MAR ALONSO APARICIO

PALOMA ROJO JAMBRINA

1 Introducción

Problemas de salud que encontramos en adultos, especialmente en el sistema locomotor, son causados en numerosas ocasiones por ”malas posturas” en edades tempranas que ocasionaron contracturas y dolor en su momento.
La frecuencia, cada vez mayor, de dolor de espalda y patologías de la columna vertebral nos ponen en alerta sobre la importancia de la prevención mediante la adquisición de unos correctos hábitos posturales.
Al menos un 80% de la población tendrán algún episodio de dolor de espalda, siendo uno de los problemas más frecuentes con los que se acude a la consulta del médico y, una de las tres causas más frecuentes de incapacidad laboral en nuestro país.
En pediatría, uno de cada tres niños ha consultado alguna vez por dolor de espalda.

2 Objetivos

Objetivo Principal:
- Prevenir desde pediatría malas posturas y formar en edades tempranas sobre higiene postural.

Objetivo Secundario:

- Prevenir lesiones en la edad adulta tales como escoliosis y cifosis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Rivas Hernández R, Santos Coto CA. Manejo del síndrome doloroso lumbar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010; 26(1).
- Mayo Clinic. Dolor de espalda [Internet]. Rochester, Minnesota: Mayo Clinic; 2018.
- Illés ST. Low back pain: when and what to do. Orv Hetil. 2015;156 (33):1315-20.
- Candivat Rubio R. Sacrolumbalgia. Periódico Granma [Internet]. 2018.
- Chavarría Solis J. Lumbalgia. Causas, diagnóstico y manejo. Rev Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. LXXI ;2014:(611):447-54.
- Chacón Borrego F, Ubago Jiménez JR, La Guardia García JJ. Educación e higiene postural en el ámbito de la Educación Física. Papel del maestro en la prevención de lesiones. 2018.
- Macedo RB, Coelho MJ, Sousa NF. Quality of life, schoolbackpackweight and nonspecificlow backpain in children and adolescents. J Pediatr (Rio J). 2015;91(33):263-69.
- Chou L, Cicuttini FM. People whith low back pain perceiveneeds for non-biomedical services in worplace, financial, social and hous cholddomain: a systematic review. J Physiother. 2018;64(2):74-83.

Capítulo 34

PREVENCIÓN Y MANEJO DEL SÍNDROME DE ”ESTAR QUEMADO” EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ BOYERO

GRACIELA GRANDA CASTAÑO

LUCÍA GARCÍA MARTÍNEZ

ALEJANDRO PELAZ GARCÍA

1 Introducción

El síndrome de “estar quemado” o Burn-Out se puede considerar como una respuesta ante el estrés laboral crónico, siendo sus principales características definitorias el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo principalmente en profesiones cuyo desempeño se circunscribe a la atención de personas como es la enfermería.

Existen circunstancias más proclives que otras a su desarrollo aunque parece estar en relación directa con la ratio de pacientes por enfermera así como con el tiempo de exposición a los estresores. Este último factor se vuelve especialmente relevante en pacientes de larga estancia hospitalaria, ya que la enfermera puede llegar a experimentar sentimientos negativos hacia los mismos tales como hostilidad y cansancio emocional.

2 Objetivos

- Realización de un plan de cuidados estandarizado conforme a la taxonomía NANDA- NIC-NOC.
- Unificar criterios de atención y procurar el máximo de calidad de la misma.

3 Caso clínico

Enfermera en planta de hospitalización, 40 años, que tras varios años de ejercicio profesional y coincidiendo con un aumento de carga asistencial en los últimos meses, comienza a sentirse irascible, agotada emocionalmente y con menos paciencia para el trato con los pacientes, especialmente aquellos de larga estancia hospitalaria y/o especialmente demandantes.

4 Discusión-Conclusión

Tras la entrevista personal inicial y según la valoración enfermera realizada de acuerdo a las necesidades básicas de Virginia Henderson, se encontraron alteradas las siguientes necesidades básicas:
- Dormir y descansar: definidas por la incapacidad de gestión de la fatiga y el potencial de energía y dinamismo propios así como dificultad para encontrarse con iniciativa renovada.
- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: a consecuencia de la exposición mantenida al estresor.

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS NANDA EVALUADOS:
- Ansiedad que vendría definida por el aumento de la tensión en el trabajo y la irritabilidad hacia el paciente, así como una disminución en la productividad en relación con los propios factores estresantes.
- Cansancio del rol del cuidador caracterizado por la ira y la frustración experimentadas en el puesto de trabajo relacionadas con la duración de los cuidados. ü 00251 Control emocional inestable que puede desembocar en un absentismo laboral debido a los estresores y/o a un trastorno del estado de ánimo.
- Disconfort definido por una insatisfacción situacional relacionada con unos posibles recursos humanos escasos.

OBJETIVOS (NOC):
- Autocontrol de la ansiedad.
- Resistencia del papel del cuidador ü Equilibrio emocional.

- Estado de comodidad.

DESARROLLO/INTERVENCIONES (NIC):
- Mejorar el afrontamiento tratando de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante y facilitando la canalización constructiva de esos sentimientos negativos hacia el mismo.
- Terapia de relajación como estrategia complementaria a otras medidas.
- Cuidados por relevo controlando la resistencia del cuidador.
- Control del estado de ánimo, valorando la opción de remitir a psicoterapia (terapia cognitivoconductual, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo) cuando sea conveniente.
- Aumentar los sistemas de apoyo anticipando la respuesta psicológica a la situación así como remitiendo a programas de prevención y/o tratamiento.

CONCLUSIONES:
Una buena prevención primaria y/o secundaria resulta vital ante el Burn Out en enfermería no sólo por las consecuencias a nivel personal sino también organizativo, ya que deriva en un mayor absentismo laboral y una disminución de la calidad asistencial. Mantener una buena dotación de personal para reducir la ratio asistencial de la enfermera, así como vigilar la posible aparición de sintomatología negativa hacia el paciente ayudaría a prevenir o atajar de manera temprana las consecuencias que el estrés crónico puede llegar a producir.

5 Bibliografía

- Sanclemente Vinué I, Elboj Saso C , Iñiguez Berrozpe T. Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión. Metas Enferm dic 2014/ene 2015; 17(10): 17-23.
- Torres Moreno-Cid MD, Sámchez Castro S, Salamanca Castro AB. Enfermera con Síndrome de Burn Out. Enfermería Docente. 2015; 2 (104)
- Arrogante Maroto O, Aparicio -Zaldívar EG. Herramientas para hacer frente al burnout en el personal de enfermería. Rev ROL Enferm 2017; 40(3): 170 -177
- Astursalud. Portal de Salud del Principado de Asturias. [Internet]. Principado de Asturias:Elsevier; [citado 05 Nov 2018] nnnconsult. Disponible en: http://nnnconsult.asturias.csinet.es

Capítulo 35

AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

MAITE RODRÍGUEZ ANTÚNEZ

NEREA OTEO GARCIA

NURIA OSCARIZ PIEDRAFITA

MARÍA CARRILLO DE ALBORNOZ LEZAUN

1 Introducción

La autoexploración mamaria es un método sencillo basado en la observación y palpación que la mujer realiza sobre sus propias mamas.

Es un método sencillo e importante para el diagnóstico de patología benigna de mama.

2 Objetivos

- Exponer la técnica de autoexploración mamaria.

- Promover su realización como forma de prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

CUÁNDO REALIZARLA:

- Mensualmente a partir de los 20 años, debe convertirse en un hábito.

- La semana después de la menstruación.

TÉCNICA DE INSPECCIÓN:

Hay que colocarse delante del espejo y mirar buscando que las dos mamas tengan simetría, que no existan alteraciones en la forma del complejo areola – pezón.

PALPACIÓN:

- Con la mano contra lateral explorar la mama.

- La dividimos en cinco cuadrantes: los cuatro que marca una cruz y el quinto es el complejo areola – pezón.

- Exploramos cuadrante por cuadrante y finalmente exprimimos el pecho desde el interior hacia el pezón para observar la posible salida de algún tipo de líquido.

5 Discusión-Conclusión

La autoexploración mamaria es un método muy útil para detectar una tumoración benigna, un quiste o un fibroadenoma.

La prevención es importante, por eso hay que hacer la autoexploración periódicamente y durante toda la vida, incluso embarazada y después de la menopausia.

6 Bibliografía

- ¿Cómo realizar la autoexploración mamaria? [Internet]. Heroízate - El poder de la sociedad. 2019 [cited 11 June 2019]. Available from: https://www.heroizate.com/noticia/seis-pasosautoexploracion-mamaria.

- Autoexploración para prevenir el cáncer de mama - Palabra de enfermera [Internet]. Palabra de enfermera. 2019 [cited 11 June 2019]. Available from: http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/2017/10/11/autoexploracion-mamaria-prevencion-cancer.
- Los cinco pasos de la autoexploración de mama - EfeSalud [Internet]. EfeSalud. 2019 [cited 11 June 2019]. Available from: https://www.efesalud.com/pasos-autoexploracion-mama/

- Autoexploración mamaria - EGOM - Ginecología y Obstetricia [Internet]. EGOM - Ginecología y Obstetricia. 2019 [cited 11 June 2019]. Available from: http://egom.es/autoexploracion-mamaria

Capítulo 36

ALTERACIONES BIOPSICOSOCIALES DEL PACIENTE SOMETIDO A AISLAMIENTO INFECCIOSO.

MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ BOYERO

GRACIELA GRANDA CASTAÑO

LUCÍA GARCÍA MARTÍNEZ

ALEJANDRO PELAZ GARCÍA

1 Introducción

Las Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) por gérmenes multirresistentes representan un reto tanto para las autoridades sanitarias en términos económicos, pues prolongan estancias hospitalarias e incrementan el consumo de recursos, como para pacientes y familiares.

Las medidas exigidas para evitar la transmisión de estos agentes infecciosos requieren la aplicación de medidas de aislamiento como el uso de habitación individual, vestimenta específica para profesionales y familiares, la limitación de las visitas y traslados del paciente. Estas provocan un grave impacto psicoemocional motivado por la soledad, el miedo, la incertidumbre o la sensación de impotencia asociadas a su situación clínica.

2 Objetivos

- Conocer como se forma un plan de cuidados.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 83 años que debido a una infección tras una intervención quirúrgica de artroplastia total de cadera, lleva 3 meses sometida a aislamiento de contacto por MRSA (Staphylococcus aureus resistente a la meticilina) presentando cada vez mayor demanda del personal de enfermería para actividades de la vida diaria que antes realizada de forma autónoma, mostrándose irritable, con labilidad emocional y signos iniciales de síndrome depresivo.

4 Discusión-Conclusión

Principales diagnósticos NANDA evaluados:
- Deterioro de la interacción social: detrimento del funcionamiento social relacionado con los obstáculos ambientales y para la comunicación.
- Ansiedad: angustia relacionada con crisis situacional y factores estresantes propios del aislamiento.
- Riesgo de soledad: definido por el aislamiento físico y social así como las deprivaciones físicas y/o emocionales característicos de esta situación.
- Deterioro de la resiliencia: caracterizado por el aislamiento social así como la baja autoestima relacionados con la percepción de vulnerabilidad propia del proceso.

Objetivos (NOC):
- Autoestima.
- Comunicación.
- Severidad de la soledad.
- Nivel de estrés.
- Resiliencia personal.
- Afrontamiento de problemas.

Desarrollo (NIC):
- Apoyo emocional: comentar la experiencia emocional con el paciente realizando afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Mejorar el afrontamiento: tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante del aislamiento, alentando la verbalización de sentimien-

tos, percepciones y miedos así como una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia
- Escucha activa: mostrar interés por el paciente utilizando la comunicación no verbal.
- Mejorar el sueño: explicando la importancia de un sueño adecuado durante la situación de estrés psicosocial que supone el aislamiento.
- Control del estado de ánimo: ayudando a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo.
- Potenciación de la autoestima: ayudando al paciente a aceptar la dependencia de otros.
- Facilitar las visitas: comentando las normas de visitas con los miembros de la familia/allegados

Conclusión:
La protocolización de las actuaciones enfermeras según las necesidades de cuidados que presentan los pacientes sometidos a aislamiento clínico, contribuye a mejorar la calidad de la atención y a consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

5 Bibliografía

- Sieguel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Isolation Precautions: preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. [Internet] 2007. [Actualizado Oct 2017; citado 10 Nov 2017]. Disponible en: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html
- Tarzi S, Kennedy P, Stone S, Evans M. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus:psycological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. J Hosp Infect. 2001 Dec;49(4):250-4.
- Astursalud. Portal de Salud del Principado de Asturias. [Internet]. Principado de Asturias:Elsevier; [citado 10 Nov 2017] nnnconsult. Disponible en: http://nnnconsult.asturias.csinet.es

Capítulo 37

ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN DEL TRAUMA RELACIONAL Y LA FIBROMIALGIA, Y ABORDAJE POR PARTE DE ENFERMERÍA.

SANDRA GARCÍA MONGIL

RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ

PATRICIA RODIL MARTÍNEZ

MARTA GONZÁLEZ DÍEZ

OLAYA DEL RÍO MORENO

1 Introducción

La definición más aceptada es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP), que lo define como una experiencia sensorial y/o emocional desagradable, asociada a una lesión tisular, real o potencial, que se describe como producido por éste.
Cuando una persona presenta dolor generalizado, mayor de uno en la escala visual análoga de dolor, de al menos 3 meses de evolución (dolor crónico) y localizado a la exploración física en un mínimo de 11 “puntos dolorosos”, de 18 previamente definidos en los que el umbral de dolor es más bajo, 9 simétricos anatómicamente; se considera que el paciente en cuestión cumple criterios diagnósticos para la fibromialgia (FM).

En 1990 el Colegio Americano de Reumatología (ACR) establece los criterios diagnósticos para esta enfermedad, permitiendo así, mejorar los estudios y avanzar en el tratamiento de estos pacientes. Dos años después, en la declaración de Copenhague, la patología es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tipificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades. Todo esto propicia que en 1994, sea finalmente reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).
La fibromialgia se considera el segundo trastorno reumático más común, después de la osteoartritis (Clauw, Daniel J., 2015). En la segunda mitad del siglo XX el diagnóstico de esta patología ha ido en aumento progresivo. Se calcula que entre el 2 y el 4% de la población sufre fibromialgia en España, aproximadamente 1 millón de personas, de las que el 90% son mujeres, según datos de la Sociedad Española de Reumatología (SER).
Según el último estudio EPISER, publicado 2001 por la SER, sobre la prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española mayor de 20 años, el 2,4% de la población presenta fibromialgia, dentro del cual el 4,2% está representado por mujeres, frente al 0,2% por hombres, lo que indica un claro predominio de la enfermedad en el sexo femenino considerándose la causa más frecuente de dolor musculoesquelético crónico difuso. Este mismo estudio dio a conocer que existía un pico de prevalencia entre los 40 y los 49 años de edad (L. Carmona et al, 2000). Aunque cabe destacar que la FM puede desarrollarse a cualquier edad, incluso en la infancia.
En 1999, Simon Wessely y cols incluyen esta patología en el término genérico de síndromes somáticos funcionales (SSF), insistiendo en la fuerte asociación que presentan los síntomas somáticos y el distrés emocional, presentando todas ellas una serie de elementos comunes.
Tanto la etiología como la fisiopatología de la fibromialgia es desconocida a pesar de ello, hay determinados factores que en la actualidad se asocian al riesgo de padecerla:
• El sexo, con una proporción aproximada mujer-varón de 9:1.
• Antecedente familiar, frecuente en familiares de primer grado.
• Presencia de otros síndromes de dolor crónico.
• Presencia de estrés emocional significativo.
• Factores sociodemográficos (edad, empleo, nivel de ingresos…)

La teoría del origen psicógeno podría dar explicación a la ausencia de hallazgos orgánicos, a las respuestas anárquicas a los tratamientos y a la imposibilidad de establecer pronósticos por la amplia variedad evolutiva del cuadro. A pesar de todo, los múltiples abordajes realizados por psiquiatras y psicólogos no han sido

capaces de demostrar la existencia de una psicopatología concreta. Todo esto es destacado por la enfermera M. Elisa Castro Peraza en 2007 a través de un estudio de casos en el que la paciente, tras una vida ausente de FM, llega un año determinado en el que se enfrenta a tres hechos negativos muy importantes que señala como posibles desencadenantes de su enfermedad.
No existen pruebas de laboratorio ni hallazgos radiológicos específicos para el diagnóstico de la fibromialgia. En su lugar encontramos el Fibromyalgia Impact Questionnaire en su adaptación al español (S-FIQ), que sirve para hacer una valoración del dolor y el grado de afectación clínica sobre la calidad de vida en estos pacientes.

Durante años, los traumas emocionales, físicos y abusos sexuales en la infancia y la edad adulta, se han discutido como posibles factores etiológicos de la FM. En un estudio del ACR en 2011, se concluyó que existen asociaciones significativas entre la FM y el abuso físico de auto-reporte en la infancia y la edad adulta, y el abuso sexual en la infancia y edad adulta.
Estudios como el de W. Hauser et al. (2011), entre otros, también fueron capaces de encontrar asociaciones significativas entre personas con fibromialgia y que sufrieron abusos en la infancia y en la etapa adulta.
Por tanto el objetivo principal de este estudio es averiguar si se puede describir una correlación entre la existencia de trauma relacional en una persona, con todo lo que conlleva sobre el enfoque psicológico para el tratamiento del individuo.
En tal caso, el tratamiento debería de ser a través de un enfoque multidisciplinar y se debe considerar al enfermo desde el punto de vista biopsicosocial, involucrando de manera complementaria el tratamiento farmacológico (analgésicos y antiinflamatorios, miorelajantes, antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y otros), físico/rehabilitador, psicológico, educacional y grupos de apoyo.
La función de la enfermería en pacientes con FM es asesorar e informar sobre el plan de cuidados, además de valorar la evolución del proceso. Este plan de cuidados ha de ir dirigido a la mejora de la calidad de vida, ayudando al afrontamiento de síntomas y mejorando su bienestar, de manera que el plan será individualizado ajustado a cada propio paciente. Aunque también pueden beneficiarse los pacientes de terapias de educación grupal. Un buen plan estratégico de afrontamiento ayudará a disminuir su dependencia de los servicios sanitarios, lo que repercutirá favorablemente en la sanidad.

Este estudio puede ser útil para generar una nueva hipótesis que, posteriormente, se podrá contrastar con un estudio analítico correlacional y de prevalencia, en el que se pretenderá determinar si dos variables pueden estar relacionadas y varían

conjuntamente (tomando como variable independiente al trauma y como variable dependiente la fibromialgia) y analizar la prevalencia de esta relación. Para ello, este estudio examinará si las modificaciones de una variable producen cambios en la otra variable que se estudia, aumentándola o disminuyéndola.
Se utilizará una muestra constituida por hombres y mujeres, con más de dieciocho años y que hayan cumplido los criterios diagnósticos de fibromialgia durante al menos 6 meses hasta el momento del estudio.
Para la obtención de los sujetos a estudiar tendremos un periodo máximo de 3 meses, en este tiempo habremos de conseguir un mínimo de 20 pacientes, no habrá límite superior.
Teniendo en cuenta que la validez del estudio dependerá en gran medida de la representatividad de la muestra. Es preciso incluir medidas que aseguren que no se producirán demasiadas pérdidas de los sujetos participantes, pues esto puede producir un sesgo en el momento de analizar los resultados.
Una vez seleccionada la muestra, se citará a los participantes y se les harán los siguientes cuestionarios y entrevistas. En estos cuestionarios, el significado de los elementos y puntos de escala de respuesta son abiertos a la interpretación idiosincrásica por los encuestados, por esto mismo en el presente estudio serán analizados por personas específicamente preparadas para ello. Los cuestionarios utilizados serán los siguientes:
• FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire).
• PIB (Parental Bonding Instrument).
• RQ (Relationship Questionnaire).

2 Objetivos

Revisión de un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, ya a que busca explicar la esencia de la experiencia de los sujetos desde su punto de vista; observacional, longitudinal, y retrospectivo, ya que la aparición de los elementos estudiados (trauma y fibromialgia) ha tenido lugar de manera previa al estudio.

3 Metodología

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

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

4 Bibliografía

1. Torres, L., & Troncoso, S. (2006). Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, Pacientes reumáticos y un grupo control. Revista latinoamericana de Psicología, 38(2), 285-298
2. Raphael, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J. E., & Gallagher, R. M. (2006). Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. Pain, 124(1), 117-125.
3. Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. Revista Latinoamericana de Psicología, 38(3), 493-507.
4. Carmona, L. (2001). Proyecto EPISER 2000: Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. Revista Española de Reumatología, 28(1), 18-25.
5. Melero, R., & Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. Clínica y Salud,19(1), 83-100.
6. Martínez, Claudio, & Santelices, María Pía. (2005). Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. Psykhe (Santiago), 14(1), 181-191.
7. Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. F., & Andrés, J. D. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 11(6), 45-51.
8. Villanueva, V. L., Valía, J. C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M. J., & Andrés, J. D. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 11(7), 50-63.
9. Restrepo-Medrano, J. C., Ronda-Pérez, E., Vives-Cases, C., & Gil-González, D. (2009). ¿ Qué sabemos sobre los Factores de Riesgo de la Fibromialgia?.Revista de Salud Pública, 11(4), 662-674.
10. Waller, E., Scheidt, C. E., Endorf, K., Hartmann, A., & Zimmermann, P. (2015). Unresolved trauma in fibromyalgia: A cross-sectional study. Journal of health psychology.

Capítulo 38

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE LA DERMATITIS ATÓPICA

TAMARA MERCEDES HERNÁNDEZ RAMÍREZ

1 Introducción

La dermatología es una especialidad médico-quirúrgica encargada del estudio de la estructura y las funciones de la piel y sus anejos; mucosas, pelo y uñas, así como de las enfermedades que los afectan y los métodos de prevención de los mismos. Las enfermedades cutáneas o dermatosis han estado presentes a lo largo de la historia. Las primeras clasificaciones dermatológicas se remontan a Galeno, sin embargo, fueron Plenk y Willian quienes recopilaron las principales lesiones cutáneas en el siglo XVIII.

La dermatitis atópica, también llamada la epidemia no infecciosa del siglo XXI, esuna enfermedad relativamente frecuente. Se calcula que afecta aproximadamente al 20% de la población mundial, siendo uno de los principales motivos de consulta dermatológica, ya que ocupa entre el 15 y 30% de éstas consultas a nivel mundial.

La prevalencia de la DA varía de unas zonas geográficas a otras, siendo mayor en aquellas zonas situadas más al norte y con mayor desarrollo industrial y en familias con un estatus socio-económico alto. Según un estudio realizado en España en el año 2005, son más frecuentes los brotes en las zonas del país con clima más frío que en las zonas cálidas. Estudios posteriores también han demostrado diferencias significativas de prevalencia en las tres zonas geográficas, siendo superior en la atlántica. En relación al sexo y la raza no se presentan diferencias

significativas pero el estilo de vida y los factores ambientales desempeñan un importante papel en el desarrollo de la enfermedad.

En relación a la edad, predomina en niños y adolescentes. Entre el 70-90% de los casos de DA aparecen antes de los cinco años. En general, entre el 5 y el 10% de la población infantil española sufre manifestaciones en algún momento. Rara vez se inicia en la edad adulta.

Se define la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como "la percepción que tiene el individuo de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento, en diversos ámbitos de su vida; en especial, de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional o social"
El papel de la enfermera a nivel docente es fundamental, ya que supone un mayor conocimiento de la enfermedad por parte de los enfermos y sus familiares, además de suponer una mejora en la calidad asistencial.

2 Objetivos

- Valorar el impacto físico y psíquico de la dermatitis atópica a nivel socio- sanitario.
- Mostrar la relevancia de la intervención de enfermería para el correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

3 Metodología

El trabajo que se presenta es una revisión bibliográfica sobre la Dermatitis Atópica y la actuación de enfermería respecto a los pacientes que la padecen. La búsqueda bibliográfica comenzó en diciembre de 2015 y finalizó en mayo de 2016.
Las bases de datos que se han utilizado son: PubMed, Scielo, CUIDEN, Dialnet, Google y Google académico Además se ha obtenido información de la biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid, así como de la Biblioteca del Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid.
También se ha llevado a cabo una entrevista con el Jefe de Servicio de Dermatología del Hospital Río Hortega y con una enfermera de las consultas de Dermatología del centro Arturo Eyries de Valladolid.
Los criterios de búsqueda aplicados son:

Palabras clave empleadas en la búsqueda: “dermatitis atópica”, “actuación de enfermería”, “rol de enfermería” “nursing care”, “atopic dermatitis” “atopic eczema”.
El proceso para la realización del trabajo ha sido:
- Selección de aquellas fuentes que contienen información actualizada y rigurosa de la dermatitis atópica.
- Selección de fuentes con información relevante y fiable sobre la actuación de enfermería y sus intervenciones respecto a la enfermedad.
- Recopilación de las reseñas bibliográficas de interés respecto al tema. Se han encontrado 50 fuentes bibliográficas en total y se han seleccionado 44 de ellas para el trabajo.
- Desarrollo del trabajo con la información bibliográfica encontrada y aplicando el estilo Vancouver.

4 Bibliografía

- Hospital Universitario Puerta del Mar. Servicio de Dermatología. [Online].; 2009 [Citado 15 Diciembre 2015] . Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es
- Martínez F, Moreno M. Tratado de Dermatología. Segunda ed.: Aula Médica; 1998.
- Ávila D, Ramos B. Tratamiento psicológico para el manejo de la dermatitis atópica. Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica. 2011; 2(1).
- Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. Quinta ed.: Mc Graw Hill; 20
- Escribano Ceruelo E.. Dermatitis atópica: una enfermedad emergente. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 [Citado 15 Diciembre 2015] ; 11(Suppl 15): 11-14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000300001&lng=es.

Capítulo 39

DESNUTRICIÓN EN ANCIANOS NO INSTITUCIONALIZADOS

DAVID QUIRÓS NIETO

ELENA NIETO VIYELLA

1 Introducción

A comienzos del siglo XXI, se superaron los seis millones de personas mayores de sesenta y cinco años, lo que representó más del 15% de la población total española. Las estimaciones para las próximas décadas elevan esta cifra. Así se ha calculado que el índice de envejecimiento de nuestro país puede llegar al 20,3% en el año 2021, y al 22,3% en el 2026, encontrándose España entre las regiones con un mayor envejecimiento de la población (2º puesto en el 2014 tras Japón).

Hoy en día es indiscutible la relación existente entre la alimentación y el estado de salud. Las consecuencias de una buena nutrición para la expectativa de vida, la influencia de los hábitos dietéticos sobre la incidencia de enfermedades asociadas a la vejez y la implicación de la malnutrición en la morbilidad de los ancianos son temas de salud de gran interés.

En las personas mayores, el estado nutricional requiere una atención particular. Los ancianos presentan unas características peculiares que determinan su correcta o incorrecta alimentación. Constituyen un colectivo en el que concurren diferentes situaciones de riesgo nutricional. Algunas se deben a los cambios fisiológicos propios del proceso de envejecimiento, otras derivan de su estado socio-económico y familiar y también es destacable la coincidencia de diversas

enfermedades y la consecuente polimedicación. Todo ello contribuye a que sea un grupo poblacional con un especial riesgo de desnutrición.

Así es, en el anciano tiene lugar una disminución global de sus funciones fisiológicas: disminución de la funcionalidad del aparato masticatorio, cambio en la percepción del sentido del gusto (la percepción de los aromas y sabores puede verse alterada por la ingesta de algunos medicamentos), disminución de la sensibilidad a la sed (de la sensación de sed) y alteraciones en el funcionamiento del aparato digestivo, entre otras. Los cambios fisiológicos y patológicos asociados al envejecimiento determinan modificaciones de los hábitos de consumo alimentario y del aprovechamiento de los nutrientes.

Desde el momento de la ingesta, la falta de dentición adecuada y la pérdida de la funcionalidad de las papilas gustativas (determinados sabores como el dulce y el salado están afectados) puede llevar al anciano a una selección de alimentos no siempre adecuada a sus necesidades energético-proteicas. Además, con la edad decrece la producción de todas las secreciones digestivas, especialmente la salivar, lo que dificulta la adecuada elaboración del bolo alimenticio, de la deglución y los reflejos digestivos pueden alterarse. Esto influye en que la persona anciana evite comer alimentos que requieran una intensa masticación para su deglución. También se presentan diversos fenómenos de malabsorción (por ejemplo, puede haber un crecimiento bacteriano en el intestino debido a la disminución de la secreción de ácido. Un crecimiento excesivo puede llevar a un funcionamiento inadecuado de las sales biliares, la malabsorción de las grasas y la consecuente diarrea).

El agua puede ayudar a disgregar alimentos mal masticados, a su absorción y a la excreción de catabolitos; reduce el trabajo osmótico del riñón y previene contra la litiasis. Durante el envejecimiento decrece el compartimento hídrico (extracelular) y consecuentemente existe una mayor dificultad para mantener un adecuado balance hídrico. Si a ello se añade una pobre ingesta de líquidos su consecuencia podrían ser serios problemas de deshidratación, capaces de derivar en confusión e irritabilidad. Por tanto la ingesta hídrica debe ser una de las consideraciones dietéticas prioritarias.

Los hábitos alimentarios se ven muy condicionados por factores psicosociales como la disponibilidad de los alimentos, la capacidad de desplazamiento, etc., pero sobre todo son la depresión (es la causa más común de pérdida de peso en las personas de edad avanzada, tanto en los institucionalizados como en los que viven en sus domicilios) y la demencia factores importantes en la malnutrición

del anciano. Se ha visto que la progresiva incapacidad de los ancianos para realizar sus actividades cotidianas se relaciona con un peor estado nutricional.

Por último, comentar que las personas ancianas son las que padecen un mayor número de enfermedades crónicas (lo que conlleva un mayor consumo de fármacos) y muchas de las cuales pueden influir directamente en el estado nutricional (insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial (HTA), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), artritis, osteoporosis, diabetes mellitus, etc.).

Efectivamente, más del 50% de los medicamentos dispensados a cargo de la seguridad social, en todas las comunidades españolas, son prescritos en recetas de pensionistas. Por tanto, a los cambios sociales, psicológicos, fisiológicos y metabólicos asociados a la edad avanzada hay que añadir el consumo de medicamentos que en muchas ocasiones interfieren la normal disponibilidad de diversos nutrientes debido a la posible interacción que se puede establecer entre ellos. Su utilización crónica puede originar implicaciones nutricionales: supresión o estímulo del apetito, lesión de las células de la mucosa absortiva, disminución de la utilización de los nutrientes, entre otras. Recíprocamente, las situaciones de malnutrición pueden alterar la farmacocinética de muchos medicamentos.

Desde hace tiempo se viene observando que la malnutrición (proteico-energética) es la deficiencia más común en la población geriátrica; existe una habitual predisposición a la desnutrición, constituyendo en los países desarrollados el grupo con mayor prevalencia de dicho trastorno.

En los últimos años, han aparecido diferentes estudios al respecto que referencian datos del 3% y del 5% para ancianos que viven en su domicilio. El porcentaje aumenta en el caso de los hospitalizados en servicios médicos hasta un 20% - 40%, encontrándose en los servicios quirúrgicos en el intervalo de 40% - 60% y en los institucionalizados puede alcanzar cifras por encima del 60%.

Aún conociendo los signos y síntomas que pueden aparecer cuando hay desnutrición pocas veces se piensa en ello. La malnutrición-desnutrición no está necesariamente ligada al propio proceso de envejecimiento y el conocimiento de los distintos factores de riesgo debería permitir prevenirla y diagnosticarla de manera precoz, antes de que los marcadores biológicos se vean alterados.

2 Objetivos

Objetivos generales

- Detectar los factores que afectan a la nutrición en los ancianos para, posteriormente, conseguir una disminución de la malnutrición, de las complicaciones asociadas y de la necesidad de hospitalización e institucionalización.
- Concienciar a nivel de atención primaria para el establecimiento de tareas preventivas hacia la malnutrición del anciano.
- Detectar el riesgo de malnutrición-desnutrición del grupo de ancianos anteriormente mencionado.

Objetivos específicos
- Conocer la prevalencia y la tipología de la malnutrición en ancianos.
- Detectar qué factores influyen en la malnutrición de los ancianos.
- Detectar si los factores psicosociales son predominantes en la malnutrición de los ancianos.
- Ofrecer recomendaciones y cuidados nutricionales al anciano.

Hipótesis
Los factores psicosociales de los ancianos no institucionalizados influyen en su malnutrición.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal desde Noviembre del 2014 a Febrero del 2015, en varios Centros de Atención Primaria del Principado de Asturias.

Población:
La población objeto de estudio son todos los individuos mayores de 65 años, independientemente del sexo, edad o raza, que no se encuentran institucionalizados. En el caso de este estudio, se considera esta población como infinita para el cálculo del tamaño muestral al no poder calcular con exactitud el número total de personas mayores de 65 años no institucionalizadas en el Principado de Asturias en el periodo de tiempo al que se refiere el estudio.

Muestra:
El grupo de individuos o subconjunto de la población anterior, la cual ha sido accesible para los investigadores, según los diferentes centros de Atención Primaria del Principado de Asturias a los que tuvieran acceso. El tamaño de la muestra en el estudio es de 50 pacientes.

Variables a utilizar

Variable dependiente:
- Presencia de malnutrición: la unidad de medida va a ser el cuestionario utilizado, el MNA.

Variables independientes:
- Edad.
- Sexo: masculino y femenino.
- Estado marital: casados, solteros, separados y viudos.
- Ingresos.
- Nivel de educación: no saben leer ni escribir, estudios de primaria incompletos, estudios de primaria, estudios de bachiller y estudios universitarios.
-Número de hijos: sin hijos y uno o varios hijos.
- Incapacidad para la adquisición y preparación de alimentos.
- Trastornos de ansiedad y síndrome depresivos.
- Alteraciones sensoriales.
- Clasificación para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): se valorará por el índice de Katz.
- Tipo de vivienda.
- Vivir solo u acompañado (por cónyuge u otros familiares).
- Historia de enfermedades actuales.
- Consumo actual y pasado de alcohol y tabaco.

La recogida de la información se llevó a cabo utilizando un cuestionario específico que fue aplicado al paciente por personal de enfermería y que consta de tres partes:
1- Un formulario que recoge datos personales: edad, sexo, talla, peso, nivel de instrucción, estado civil, si habita solo o acompañado y enfermedades que presenta.
2- Un método de screening nutricional validado que se utiliza para determinar el riesgo de malnutrición. Consta de nueve preguntas, a cada una de las cuales se le asigna una puntuación. Si la respuesta es afirmativa se marca con un aspa y la suma de todas las respuestas señaladas da lugar a la puntuación total del test. Los valores obtenidos permiten identificar a los sujetos malnutridos (resultado ≥ 17 puntos), a los individuos con un riesgo probable de malnutrición (entre 7 y 16 puntos) y a los que no presentan riesgo de malnutrición (puntuación total entre 0 y 6 puntos). Este test tiene un valor predictivo positivo del 95% y negativo del 81%.
3- Se realizará una encuesta a todos los pacientes mayores de 65 años en el centro correspondiente para determinar el estado nutricional. Se utilizará el MNA

(Mini Nutritional Assessment) ya que se ha mostrado más apropiado (frente al NSI utilizado en ancianos sanos) en ancianos ingresados en hospitales y residencias o simplemente en ancianos frágiles; además de tener en cuenta el ítem pérdida de apetito. Es un test validado para detectar distintos grados de riesgo de desnutrición y que está formado por 18 preguntas que valoran parámetros antropométricos, médicos, dietéticos y de autopercepción de salud y nutrición. La puntuación máxima es de 30 puntos; las puntuaciones ≥ 24 determinan un buen estado nutricional; entre 17 y 23,5 indican riesgo de desnutrición y valores < 17 determinan desnutrición. Para la cumplimentación de la encuesta se estará con el paciente para el posible surgimiento de dudas y evitar así un sesgo. Además de la encuesta, se tomarán algunas medidas antropométricas más, con un calibrador Holtain (precisión ± 0,2 mm), que serán el pliegue tricipital y el perímetro abdominal. A partir de estas dos, hallaremos el área muscular del brazo y el perímetro magro.

Asimismo, se recogerán datos sobre el estado marital, ingresos, nivel de educación, situación familiar, historia de enfermedades actuales, medición de la autonomía del paciente para realizar las AIVD y ABVD, alteraciones sensoriales, incapacidad para la adquisición y preparación de alimentos, vivir solo, tipo de vivienda, alteraciones psicológicas (trastornos de ansiedad y síndromes depresivos), con quién convive y consumo actual y pasado de tabaco y alcohol. Se realizará un cuestionario que se validará posteriormente para la recogida de datos de los factores psicosociales. La posibilidad de realizar extracciones sanguíneas es una puerta que dejamos abierta a futuros trabajos, debido a la no clara relación de la mayoría de los parámetros analíticos con la desnutrición específicamente en ancianos. La concentración sérica de prealbúmina como la de proteína ligada al retinol han demostrado ser los parámetros más sensibles en el diagnóstico de desnutrición proteico-energética; sin embargo su determinación no se realiza en la práctica habitual. Al no realizarse en la práctica habitual, su determinación supondría un elevado gasto, ya que se pretendía recoger estos datos de la historia clínica. Además, la correcta medida de la ingesta proteico-energética permite detectar tempranamente a personas con riesgo de desnutrición.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión son:
- Mayores de 65 años.
- Residentes en el Principado de Asturias.
- Carecer de enfermedades invalidantes.

Criterios de exclusión
La institucionalización de pacientes con enfermedad neurológica avanzada de los cuales no se pueda obtener información de familiares o cuidadores, pacientes intervenidos quirúrgicamente o que hayan tenido un ingreso hospitalario en un tiempo menor a un mes y de duración ≥ 2 meses; y el idioma.

Métodos estadísticos
Para el estudio de la relación entre el vivir solo y otras variables categóricas se utilizará la prueba de la chi cuadrado, y para la comparación de variables cuantitativas entre los individuos que vivan o no solos se empleará la prueba de la T de Student. Se realizará un análisis estratificado por sexo, grupos de edad e IMC. En todos los cálculos se aceptará como nivel de significación una $p < 0,05$. Si fuera pertinente se realizará una regresión logística entre la variable dependiente y la/s variable/s independiente/s calculando si es significativa. Si es así, se calculará el Odds Ratio y su intervalo de confianza. La bondad del ajuste de la regresión logística se medirá por el test de Hosmer y Lemeshow.

4 Resultados

De las 50 personas incluidas en el estudio, 27 (54%) son mujeres y 23 (46%) varones. Tienen una edad media ± desviación estándar de 76,9 ±0,94, un índice de masa corporal (IMC) de 24,22 Kg/m2 ±0,52 y presentan un buen nivel de autonomía.

El 12% de los encuestados vive solo en su domicilio, el 60% habitan acompañados del cónyuge, el 26% de otros familiares, y sólo el 2% convive con personas que no son familiares.

Respecto al estado civil, están casados el 68%, viudos el 30%, separados el 2%, no encontrándose ninguno soltero.

En relación al nivel de educación, cursaron estudios de primaria el 54%; estudios primarios incompletos el 28%; poseen el grado de bachiller el 8%; no leen ni escriben el 6%, y son universitarios el 4%.

Entre las enfermedades asociadas al envejecimiento se observa una mayor prevalencia en la hipertensión arterial en un 48% de la población considerada, seguida de la cardiopatía 34%, hipercolesterolemia 30%, diabetes mellitus 24%, y alteraciones neurológicas 24%. Las patologías menos prevalentes son la EPOC y la nefropatía, ambas con un 12%.

Refiriéndose, por último, al test realizado a cada anciano para detectar el riesgo de desnutrición y teniendo en cuenta los tres rangos de puntuación anteriormente mencionados, se aprecia que el 66% de los sujetos considerados en el estudio presenta bajo riesgo de desnutrición, el 24% presenta riesgo probable de desnutrición, y el 10% está desnutrido.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados mostrados anteriormente están de acuerdo con que a partir de la edad adulta hay una disminución progresiva de la talla que es más acusada a partir de los sesenta años. El peso se estabiliza hacía los 70 años y a partir de este momento disminuye progresivamente con la edad.

El American Comité on Diet and Health considera que para individuos mayores de 65 años el IMC debe encontrarse entre 24 y 29 Kg./m2 mientras que otros autores consideran valores normales entre 20-30 Kg./m2. La población objeto de este estudio se ajusta a dichos intervalos, encontrándose más próximos a los límites inferiores, lo que puede resultar beneficioso ya que los hombres y mujeres con un IMC elevado pueden duplicar el riesgo cardiovascular a partir de la edad de referencia de 65 años.

La población adulta del Principado de Asturias se siente razonablemente satisfecha con su alimentación y, a pesar de conocer las características de una dieta saludable y equilibrada, no son capaces de seguirla, estando su patrón de consumo alejado de las recomendaciones dietéticas.

Esto puede verse acentuado en el caso de los ancianos sobre todo cuando viven solos, un 12% en este caso. Efectivamente, se ha referenciado que hay personas mayores que viven solas que tienen dificultades para abastecerse de alimentos, mencionando lo difícil que resulta para algunas de ellas el alcanzar los alimentos de las estanterías de los supermercados y tiendas de comestibles.

Otras fuentes de dificultad relacionadas son el desconocimiento de las formas de conservación y congelación y de cómo distribuir los alimentos adecuadamente durante el día. Desconocimiento que puede resultar particularmente interesante cuando se tiene en cuenta el estado de educación que presenta el colectivo aquí estudiado.

Además, el anciano que vive solo, por lo general, come mal, cocina poco, se alimenta de productos preparados y consume muchos dulces y pasteles, todo lo

cual le sitúa en riesgo de malnutrición.

Dentro del grupo vulnerable que constituyen las personas de edad avanzada se han establecido grupos de mayor riesgo con respecto a su estatus nutricional: muy ancianos, enfermos, los que viven solos, los de ingresos bajos, los de poca formación y los consumidores crónicos de fármacos, entre otros.

Existen referencias que ponen de manifiesto que la desnutrición calórico-proteica es una situación común, potencialmente seria, y a menudo, infradiagnosticada, entre la población mayor.

Los resultados obtenidos en este trabajo muestran que el 10% de las personas estudiadas presenta desnutrición, valor superior al de prevalencia nacional (3-5%) en el mismo segmento poblacional y además en un 24% aparece un riesgo probable.

En este contexto, la valoración y asistencia nutricional sistemática permitirá evitar y/o corregir este trastorno alimentario y disminuir de esta manera las complicaciones a medio-corto plazo.

Una alimentación inadecuada en las personas mayores aumenta la vulnerabilidad del sistema inmunológico, el riesgo de infecciones, también produce atrofia muscular, niveles altos de glucosa y/o lípidos en sangre, debilidad, apatía, incrementa el riesgo de fracturas óseas y de inmovilidad. Como consecuencia, la calidad de vida empeora ya que predispone a la aparición de otras patologías y aumenta el riesgo de necesitar hospitalización y/o institucionalización del anciano.

Con respecto al 66% de los ancianos incluidos en el estudio que no tienen riesgo de malnutrición-desnutrición o es muy pequeño, los objetivos desde un punto de vista dietético deben dirigirse al mantenimiento de una alimentación equilibrada y a la corrección de las alteraciones metabólicas presentes.

Este puede ser el caso de la hipertensión que, junto con la hipercolesterolemia y la enfermedad coronaria, son los trastornos más abundantes en el colectivo estudiado. Alteraciones que pueden adquirir mayor importancia cuando se tiene en cuenta que las enfermedades cardiovasculares causan el 70% de la mortalidad en personas mayores de 75 años.

Conclusiones

1. La malnutrición-desnutrición es un trastorno nutricional que está presente en la población anciana estudiada.

2. Es importante detectar de forma fácil y rápida tanto el riesgo como la presencia de desnutrición para poder establecer las medidas oportunas.
3. Se pone de manifiesto una vez más el papel que la educación nutricional puede desempeñar en este tipo de población que cada vez es más numerosa.

6 Bibliografía

- Acevedo F, Agarwal N, Cayten CG, Levighton LS, Pitchumoni CS. Predictive validity of various nutritional variables for mortality in ederly people. Am J Clin Nutr 1988; 48: 11 8-73.
- Alimentación y Nutrición en la Comunidad de Madrid. Diagnóstico de situación, 2007. Boletín informativo del Observatorio de Alimentación de la Comunidad de Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación, 2007.
- Aranceta J. Pautas dietéticas nutricionales para la vejez. Nutrición Clínica 1988; VIII(6): 34-40.
- Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2004.
- Arroyo-Fernández J, Buitrago F, Vergeles-Blanca JM,. Valoración de la malnutrición en el anciano. FMC 1998; 1: 43-52.
- Audibert L, Ribera JM, Serra JA, Toribio R. Nutrición y envejecimiento. Tiempos Médicos/Nutrición en Geriatría 1988; Sept: 6-12.
- Beck J, Bula C, Nokolaus T, Stuck A, Walther J. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. Soc Sci Med, 1999; 48: 4 45-69.
- Bolibar I, Muñoz MV, Sacristán V, Salvá A. Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en geriatría: el "Mini Nutritional Assesment" (MNA). Rev. Gerontol., 1996;6:3 19-28.
- Bollera MR, Ranzoni S, Taglieri G, Vetta F,. The impact of malnutrition on the quality of life in the elderly. Clin. Nutr., 1999; 18: 2 59-67.
- Boorman J, Close J, Coles SJ, Little J, Perkins A, Ward J, et al. Development of a screening tool for assessing risk of undernutrition in patients in the community. J Hum Nutr. Dietet., 1998; 11: 3 23-30.
- Butler RN. Quality of Life: can it be an endpoint? Am J Clin Nutr 1992; 55:12 67-70.
- Cabezas G, Cuéllar L, Izaola O, Luis Román DA de, Rojo S, Terroba MC, et al. Mini Nutritional Assessment (MNA) como método de evaluación nutricional en pacientes hospitalizados. An Med Interna., 2005; 22:313-316.

- Cabrera E, Fortuny M, Ginestí M, March G, Zabalegui A. Apoyo social y estado nutricional de las personas mayores de 65 años. Comunicación oral. VII Encuentro de Investigación de Enfermería (INVESTEN). Instituto de Salud Carlos III. Noviembre, 2003.
- Cabrera E, Foryuny M, March G, Zábalegui A. Nutrición y envejecimiento. Una visión general. Metas de Enfermería, 2005; 8(5): 16-22.
- Carbajal A, Moreiras O, Perea I, Ruiz B, Varela-Moreira G. Nutrición y salud de las personas de edad avanzada en Europa: Euronut-Seneca. Estudio en España. Rev Esp Geriatría. Gerontol., 1993; 28: 197-242.
- Casimiro Peytaví C, García de Lorenzo y Mateos A, Usuán L. Evaluación del riesgo nutricional en pacientes ancianos ambulatorios. Nutr Hosp. 2001;XVI(3): 97-103.
- Cederholm T. Psychological effects of generalized nutritional deprivation in the elderly. Scandinavian J Nutr., 2003; 47(3):143 -146.
- Cervera, P.; Clapes, J.; Rigolfas, R. (1993). Alimentación y dietoterapia. 2ª ed. Interamericana-Mcgraw-Hill. Madrid.
- Chacón B, Santi Cano M J. Importancia de la encuesta dietética en la detección temprana de desnutrición en el anciano. Med. Clín., 1992;98(7):250-253.
- Codina C, Massó J, Poza E, Ribas J, Vitales T. Farmacología y Nutrición en Geriatría: su interrelación. El Farmaceútico de Hospitales, 1989; 15: 17-26.
- De Groot CPGM, Van Staveren WA. Nutrition and the ederly. An European collaborative study in cooperation with the World Health Organization (WHO-SPRA) and the International Union of Nutritional Sciences (IUNS) committee on geriatric nutrition. Manual of operations. EURONUT report 11. Holanda Wageningen, 1988.
- Delgado Porres I, Ruiz Moreno A, Olalla Gallo MA, Vázquez M. ¿Están nuestros ancianos desnutridos? Valoración del estado nutricional. Rev Rol-Enf 2006;29(1):28-36.
- Domínguez Maeso A, Sol Arroyo MJ del. Aportación de la consulta de enfermería a la nutrición geriátrica. Gerokomos. 2002:13(3):143-147.
- Esteban M, Fernández-Ballart J, Salas-Salvadó J. Estudio nutricional de la población anciana en función del régimen de institucionalización. Nutr. Hosp., 2000; 15: 105-113.
- Fernández S, González C, Gutiérrez M, Lasheras C, Menéndez A. Nutrición en el anciano. Nutrición Clínica, 1994; XIV/83 (2): 45-55.
- Fernández X, Serra Prat M. Pérdida de apetito en ancianos no institucionalizados y su relación con su capacidad funcional. Medicina Clínica, 2008;130(14):5 3-31.
- García P. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospital-

izados. An Med Interna, 2004; 21: 26 1-2.
- García Peris P, Cuerda Compés C. Valoración nutricional en el anciano: aspectos prácticos. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 2000;35 S4:2-8.
- García-Talavera N, Martín-Pozuelo G, Morillas J, Reina AB, Zafrilla P. Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. Nutr Hosp 2006;21(6): 6 6-50.
- Generalitat de Catalunya. Libre Blanc de les Activitats Preventives per a la gent gran. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999.
- Ham RS. Idicators of poor nutritional status in olders Americans. Am Farm Physician, 1992; 45: 2 19-28.
- Hodges LC, Staab AS. Enfermería Gerontológica. México Interamericana,1998.
- Ley Orgánica 15/1999. Ley de Protección de Datos de Carácter Personal de 13 de Diciembre. B.O.E. de 14-12-1999.
- Morales P y cols. Relación entre involución psicofísica del anciano y su estado nutricional. Nutrición Hospitalaria, 1989; 4(5): 276-282.
- Moreiras O. Alimentación, Nutrición y Salud. Rev Esp Geriatr.-Gerontol., 1995;30(1): 37-48.
- Muñoz Cobos F, Ortiz Fernández MD. Valoración nutricional en ancianos frágiles en atención primaria. Aten. Prim., 2005; 35(9):4 5-60.
- Muñoz E, Torralba I, Tubau E. Dificultad de las personas mayores de 65 años que viven solas para abastecerse de alimentos. Enfermería Clínica, 2001; 7(2):9-80.
- Nogués R. Factores que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición. Nutrición Clínica, 1995; XV/79(2): 39-44.
- Pinyol Martínez M, Ricart Casas J. Desnutrición en pacientes en atención domiciliaria. Aten Primaria. 2004;34(5):238-43.
- Quintero R. Nutrición en los ancianos. Geriatrika, 1993; 9(1):14-18.
- Ramón JM, Subirá C y Grupo Español de Investigación en Gerontología. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. Med Clin (Barc) 2001:11 7:7 66-70.
- Repullo Picasso, R. (1980). Dietética razonada. La alimentación en la enfermedad y la salud. Ed. Marban. Madrid.
- Ribera JM. Problemas nutricionales de la ancianidad en el mundo desarrollado. Alim Nutr. Salud, 1997; 4(1): 6-10.
- Salvá A. Fisiología nutricional en el anciano. Jano, 1996; LI(1189):17 73-75.
- Sastre A. Nutrición y Envejecimiento. Nutrición en la segunda etapa de la vida: "sectud". Revista de Nutrición Práctica, 1999; 3: 5-22.
- Serra JA. Nutrición y personas mayores. Revista de Nutrición Práctica, 2000; 4:7-14.

Capítulo 40

EJERCICIO FÍSICO, GRAN ALIADO PARA MEJORAR LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.

IRIA SANTOS PANIAGUA

1 Introducción

En el siglo XXI, la depresión y la ansiedad son enfermedades mentales muy frecuentes y una de las principales causas de discapacidad.

La depresión es un trastorno emocional que provoca un sentimiento continuo de tristeza y pérdida de interés en realizar actividades. Afecta al pensamiento, el comportamiento y los sentimientos. La ansiedad es un sentimiento de pánico y de descontrol de la situación desproporcionado.

El tratamiento farmacológico junto a las terapias psicológicas mejoran mucho la patología, pero el ejercicio físico complementa la mejoría.

2 Objetivos

- Analizar los efectos beneficiosos del ejercicio físico en la depresión y ansiedad.
- Comprobar cómo realizar ejercicio físico mejora estas patologías.

3 Metodología

Ésta revisión bibliográfica ha sido efectiva por la lectura de Guías de práctica clínica. Bases de datos online consultadas, como Pubmed, Medline, Cuiden,

Cochrane, y Cinahl.

Los artículos filtrados en esta búsqueda han sido resultado de combinaciones de los descriptores: ”Ansiedad”, ”Depresion”, ”Ejercicio”, y ”Salud”, y los operadores booleanos ”AND” y ”OR”.

No hemos descartado ningún artículo por su fecha de publicación. Sólo seleccionamos artículos en idioma inglés o castellano, artículos de publicación libre. Búsqueda bibliográfica de 25 trabajos. Se han excluido aquellos que pongan en duda su rigor científico.

4 Resultados

La actividad física mejora a nivel psicológico nuestro estado de ánimo, ya que libera la hormona de la felicidad, las endorfinas. Aumenta nuestro estado de ánimo y favorece nuestro bienestar mental y físico. Mejora la autoestima y la sensación de seguridad, facilita el manejo de emociones negativas como la ira, la angustia y la agresividad, mejora la calidad de sueño, favorece las relaciones sociales, Estimula el sistema inmunológico, mejora el sistema cardiovascular mejorando las cifras de la tensión arterias, incrementa la densidad ósea, ayuda a mantener el peso corporal, aumenta la fuerza muscular, mejora la resistencia a la insulina, mejora la flexibilidad y la movilidad de las articulaciones, y respiratorio reduciendo la sensación de fatiga.

5 Discusión-Conclusión

Tener una vida saludable y realizar de forma sistemática una actividad física mejora y en algunos casos suprime la ansiedad, la depresión ayudando a controlar el estrés y la tensión. A la vez que ayuda a la toma de decisiones y a la disciplina.

Cuanto mayor sea la participación del ejercicio, mayor será el cambio de actitud y la mejoría de la calidad de vida.

El ejercicio físico es favorable como adiestramiento de manejo de los problemas mentales, reduce el aislamiento social, ayuda a relajarse y aumenta considerablemente la autoestima.

6 Bibliografía

- Escalante Yolanda. Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2011 Ago [citado 2020 Ene 30] ; 85(4): 325-328. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400001&lng=es.
- Ortiz Marrón H, Vaamonde Martín RJ, Zorrilla Torrás B, Arrieta Blanco F, Casado López M, Medrano Albero, MJ. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid. Estudio PREDIMERC. Rev Esp Salud Pública. 2011; 85(4): 329-338.
- Herrera E, Brocal D, Sánchez DJ, Rodríguez JM. Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. Cuadernos de Psicología del Deporte. 2012;12(2):31-8.
- Montero J. Efectos del ejercicio físico sobre la depresión de mujeres postmenopáusicas [Tesis de Doctorado de la Facultad de las Ciencias del Deporte]. Universidad de Extremadura; 2017.
- Rodrigues A, Carneseca EC, Paiva CE, Sakamoto B. Impacto de un programa de actividad física sobre la ansiedad, la depresión, el estrés ocupacional y el síndrome del agotamiento en el trabajo de los profesionales de enfermería. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2014;22(2):332-6.
- Cordero A, Masiá MD, Galve E. Ejercicio físico y salud. Revista Española de Cardiología. 2014;67(9):748-53.
- Álvarez FC. Sedentarismo y actividad física. Revista Científica Médica de Cienfuegos ”Finlay”. 2006; 10(número especial):55-60.

Capítulo 41

CÓMO AFECTA EL TRABAJO NOCTURNO Y ROTATORIO EN LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EN SU DESEMPEÑO PROFESIONAL .

MARÍA ISABEL PINTO MORALES

JUDITH ALMUDENA GUERRERO BENITO

1 Introducción

Si reflexionamos un poco nos damos cuenta de que el trabajo nocturno y la turnicidad a la hora del desempeño laboral tuvieron que ser algo que apareció con los primeros hombres que vivían en las cavernas. La necesidad de que alguien vigilase tanto durante el día como durante la noche y alertase ante un posible ataque de animales u otros hombres. Así como el cuidado y atención a las personas enfermas o a las mujeres que se pusiesen de parto en cualquier momento del día o la noche solo se podría cubrir con un reparto de tareas que llevase a que hubiese personas que ejerciesen estas tareas a lo largo de las 24 horas del día en el momento en que se las necesitase.

El desarrollo de las civilizaciones llevó a establecer más claramente este tipo de trabajos con la aparición de profesiones como soldado, vigilante, matrona, médico… que seguían cubriendo necesidades sociales más que productivas.

El uso masivo de la luz artificial por incandescencia, inventada por Thomas Edison en 1879, llevó a que estos tipos de trabajos rotatorios y nocturnos empezasen a desarrollarse a nivel de la producción industrial. En ese momento ya no solo aquellas profesiones que eran necesarias para el buen funcionamiento de la sociedad durante las 24 horas del día trabajaron de noche, ahora también se podía producir las 24 horas del día y dejar atrás los tiempos en los que en la industria productiva solo llevaba a cabo su trabajo durante las horas de luz diurna.

La evolución de acuerdos y desacuerdos entre empleadores y empleados fue derivando en la necesidad de establecer leyes que regulasen el trabajo nocturno. En la actualidad hay dos marcos legales importantes en los que se recogen recomendaciones o convenios sobre el trabajo nocturno:
Uno es La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en donde podemos encontrar el R178, recomendaciones sobre el trabajo nocturno, 1990 y el C171, convenio sobre el trabajo nocturno, 1990.
El otro es a nivel nacional, en donde la regulación del trabajo nocturno y rotatorio está recogido en la sección 5ª del artículo 36 del Real Decreto Legislativo 1/1995, en el que se aprueba en texto refundido de la Ley del Estatuto de los trabajadores y en que se desglosan en cinco apartados que se considera trabajo nocturno y por lo tanto a quién se puede considerar trabajador nocturno; así como dar una base que luego se adaptara en cada convenio colectivo para marcar que ha de haber algún tipo de compensación económica o de reducción de jornada fruto de ese trabajo rotatorio y nocturno, así como marcar el máximo tiempo que alguien puede desempeñar de forma consecutiva este trabajo sino hay acuerdo por parte de ambas partes, empleador y empleado.

Según esto se considera:
Jornada normal es aquella que se lleva a cabo entre las 8 de la mañana y las 6 de la tarde.
Trabajo nocturno aquel que se realiza entre las diez de la noche y las seis de la mañana.
Trabajo rotatorio aquel en el que los trabajadores van ocupando de forma sucesiva los mismos puestos de trabajo con un ritmo continuo o discontinuo para prestar sus servicios en horas diferentes a lo largo de días o semanas.
En el caso de la enfermería hospitalaria que trabaja a turnos para poder cubrir las necesidades de los usuarios durante las 24 horas. Podemos observar que solamente 1/3 de su jornada se realiza dentro de la jornada normal, de modo que los otros 2/3 se realizan fuera de ella en modo de tardes o noches. Así mismo realizan

su trabajo de forma rotatoria, ya que van cambiando sus horarios de trabajo a lo largo de los días y semanas.
Esto supone que estos profesionales tienen todas las ventajas y desventajas de ambas situaciones, el trabajo rotatorio y el trabajo nocturno.

2 Objetivos

- Conocer cómo afecta el trabajo rotatorio y nocturno a la salud de aquellos profesionales que lo llevan a cabo. Cuál es su afectación a corto plazo y a largo plazo.
- Dar a conocer las medidas actuales y aquellas que según el marco legal se deberían implementar para mejorar las condiciones de los trabajadores a turnos y nocturnos.
- Conocer como se ve afectado el desempeño laboral fuera del horario de 8 de la mañana a 6 de la tarde, horas que son consideradas de máximo rendimiento y concentración.

3 Metodología

En un principio se busca establecer el marco legal internacional desarrollado por la Organización Internacional del Trabajo consultando R178 y C171 y el desarrollo de los distintos artículos recogidos en los mismos.
Una vez conocido esto se busca establecer cuál es el marco legal nacional, consultando el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, en su sección 5ª.

Posteriormente se lleva a cabo una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos como Scielo, Pubmed, Dialnet y Medline de publicaciones relacionadas con investigaciones y seguimientos a trabajadores que llevan a cabo trabajo rotatorio y nocturno en los que se recogen las conclusiones obtenidas hasta el momento sobre cómo repercute en su salud y en su capacidad laboral.

4 Resultados

El trabajo a turnos y especialmente el nocturno supone un cambio en el ritmo circadiano.
El ritmo circadiano viene marcado por la biología, es un ritmo sueño-vigilia durante un período de 24 horas que nos lleva a estar mejor preparados durante el día para llevar a cabo el desempeño de cualquier tipo de tarea y durante de la noche para descansar y dormir. Hay muchas profesiones que requieren para su

desempeño durante las 24 horas que el trabajador rompa este ritmo circadiano durante días, semanas, meses y años de su desempeño laboral con las consecuencias en este momento ya conocidas que esto supone.

El trabajo a turnos y nocturno tiene un impacto negativo en la vida del trabajador a nivel físico, psicológico, social y del desempeño de la tarea laboral. Este efecto se va haciendo más evidente en las personas mayores de 40 años y en aquellos que llevan más de 15 años desempeñando dicho trabajo. Es decir que el impacto laboral de trabajar de noches es algo acumulativo de modo que cuantos más años se tengan y más años se realice esta tarea mayor será el impacto en el trabajador. El trabajo nocturno supone que el trabajador tiene que dormir por el día, físicamente el sueño diurno es más ligero, más corto y menos reparador. Si a esto le sumamos que es en el horario diurno en el que se deben realizar las gestiones, y que habitualmente el trabajador nocturno convive con personas que viven en horario diurno y a la que en ocasiones es ineludible que le dedique tiempo de su período de descanso, la cantidad y calidad del sueño del trabajador nocturno es menor y peor que la de aquel que realiza un trabajo diurno. Esto va a suponer un aumento del cansancio y una peor concentración por parte de los trabajadores nocturnos, lo que explica porque hay un aumento del número y la gravedad de los accidentes y errores laborales durante la jornada nocturna.

A nivel físico el impacto de la nocturnidad se ha visto que se relaciona con:
• Aumento de los problemas cardiovasculares: con la aparición con mayor frecuencia de enfermedades coronarias, arritmias e hipertensión arterial.
• Problemas digestivos: estreñimiento, dispepsia, gastritis, úlcera estomacal…
• Síndrome metabólico.
• Obesidad.
• Diabetes tipo II.
• Cáncer colorrectal, de próstata, linfoma no-Hodgkin, endometrio y mama en las mujeres.
• Enfermedades musculo esqueléticas.
• Alteraciones del sueño: insomnio, hipersomnia diurna excesiva.
• Cefaleas.

A nivel psicológico el impacto de la nocturnidad se ha visto que se relaciona con:
• Estrés crónico.
• Depresión y ansiedad.
• Fatiga nerviosa.

• Síndrome de Burnout.
• Neurosis del trabajador nocturno, en donde el trabajador manifiesta trastornos del sueño, astenia psíquica, astenia matutina, trastornos del humor y del carácter y trastornos somáticos.
• Aumento de las adicciones a sustancias legales: café, alcohol, tabaco y fármacos.
• Aumento de las adicciones a sustancias ilegales: drogas.

A nivel social el impacto de la nocturnidad repercute provocando:
• Aislamiento social.
• Dificultades para conciliar trabajo y vida familiar.
• Dificultades para disfrutar de los momentos de ocio.

5 Discusión-Conclusión

El interés por investigar cómo afecta la rotación y la nocturnidad en los trabajadores hasta hace unos años era más bien escaso, si bien ahora cada vez hay más estudios y publicaciones que se interesan por ello.
Lo que queda claro con los estudios realizados y que la propia Organización Internacional del Trabajo reconoce, es que el trabajo rotatorio y nocturno provoca alteraciones en la salud del trabajador.

Así mismo los estudios establecen un período de tiempo que va de los 20 a los 45 años en que el que considera idóneo para llevar a cabo este tipo de trabajo, ya que en este período la adaptación a los cambios en el ritmo circadiano por el organismo se ha visto que es mejor. Fuera de este período, tanto por debajo de los 20 años, como por encima de los 45 años, se ha visto que la capacidad de adaptación del organismo a la turnicidad y la nocturnidad es menor, lo que repercute no solo en la salud del trabajador, sino también en su capacidad de concentración y en el buen desempeño de su labor. Esa peor capacidad de adaptación del organismo facilita que haya más accidentes y errores y que además estos sean más graves.

No solamente se ha visto que el período en que el mejor preparado se está para llevar el trabajo nocturno es aquel que va de los 20 a los 45 años, sino que se ha visto que este tipo de trabajo no debería de desempeñarse más allá de 15 años seguidos. Hay estudios que acreditan que se produce un envejecimiento prematuro de 5 años por cada 15 años de trabajo nocturno.
En un futuro lo deseable sería una legislación nacional mejor adaptada a lo que se va conociendo que supone el trabajo rotatorio y especialmente nocturno para

el trabajador, en la que se legisle y apliquen recomendaciones ya dadas por la Organización Internacional del Trabajo.

Recomendaciones del tipo:
1. Mayor vigilancia de la salud del trabajador nocturno por parte de los servicios de prevención laboral de las empresas. Llevando a cabo reconocimientos cada 6 meses por personal capaz de reconocer síntomas de se estén iniciando patologías o cansancio por el desempeño laboral nocturno.
2. Establecer coeficientes reductores cara a la jubilación para el trabajador nocturno, que compensen este envejecimiento prematuro fruto del desempeño de su trabajo. Recomendación 178 de la OIT en su artículo 24.
3. Establecer mejores coeficientes trabajo nocturno-descanso, de modo que se compensen las horas de trabajo nocturno no solo con un plus económico sino con períodos más largos de descanso. Tipo vacaciones suplementarias para trabajadores a turnos y nocturnos.
4. Establecer pausas durante el período de trabajo para comer o descansar que no sean inferiores a 45 minutos. Recomendacion 178 OIT, artículo 7.
5. Establecer límites de edad para el desempeño del trabajo nocturno y a turnos. Favoreciendo la exención voluntaria de la turnicidad y nocturnidad, sin una enorme merma económica, para aquellos trabajadores de mayor edad y que lleven un período de tiempo más largo trabajando de modo rotativo y nocturno.
6. Establecer un límite en el tiempo para desempeñar el trabajo a turnos y nocturno. Recomendación 178, artículo 23.

En la actualidad esto aún es una utopía en España, si bien hay países en los que ya se ha regulado en este sentido, tal es el caso de en los países nórdicos, donde no está permitido que los mayores de 35 años trabajen por la noche ya que han visto que supone un incremento del gasto a su seguridad social por tener que tratar las patologías desarrolladas en los trabajadores por el trabajo nocturno.
Así mismo las estadísticas demuestran que un 90 % de los siniestros más graves se producen durante el turno nocturno de trabajo, es el caso del accidente de la central nuclear de Chernóbil en 1986 o el del petrolero Exxon Valdez en 1989.

6 Bibliografía

• Organización Internacional del Trabajo, R178,1990 . Recomendaciones sobre el trabajo nocturno.

• Organización Internacional del Trabajo, C171, 1990. Convenio sobre el trabajo nocturno.
• Real Decreto Legislativo 1/1995. Sección 5ª. Artículo 36 de la legislación española.
• Ramírez-Elizondo, Tatiana Paravic-Klijn, Sandra Valenzuela-Suazo,2013. Risk of night shifts in the overall health of professionals nursing.
• CDC. (NIOSH), 1997. El trabajo por turnos en lenguaje sencillo.
• Vicente Herrero MT, Torres Alberich JI, Capdevilla García L, Gómez JI, Ramírez Iñigez de la Torre MV, Terradillos García MJ. Et al, 2016. Trabajo nocturno y salud laboral. Revista Española de Medicina Legal.
• Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS).Comisiones obreras, 6ª edición, noviembre de 2013. La prevención de riesgos en los lugares de trabajo.
• Grau A, Suñer R, García M, 2005. El desgaste profesional y la salud en nuestra sanidad. Gestión clínica y sanitaria.
• De la Cruz de Paz E, 2014. Estrés laboral y síndrome de burnout en los profesionales de enfermería en atención hospitalaria.

Capítulo 42

DESIGUALDAD ENTRE GÉNEROS.

PILAR HERRERO MENENDEZ

1 Introducción

La violencia de género en la actualidad se ha convertido en un problema social, los casos de muerte siguen aumentando exponencialmente a pesar de los esfuerzos institucionales. Esta lacra social requiere un gran estudio de investigación sobre cuáles pueden ser los motivos que llevan a los hombres a atentar contra las mujeres. Tenemos que plantearnos cuál es nuestro grado de responsabilidad individual y colectiva frente a esos motivos y cómo podemos contribuir a su eliminación.

2 Objetivos

Objetivo específico:
- Estudiar y entender las causas y entornos de la violencia de género.

Objetivos secundarios:
- Fomentar valores de igualdad en el ámbito familiar, educativo, social, cultural y político.
- Estudio comparativo de los datos de las víctimas de la violencia de género.
- Factores que intervienen en la adquisición de comportamientos agresivos en las relaciones de pareja.

3 Metodología

La metodología utilizada esta basada estudios de investigaciones cuantitativas e históricos lo que nos permitirá establecer comparaciones con otros estudios y en diferentes espacios temporales. Corresponsabilidad entre los datos ofrecidos por el observatorio Estatal de la violencia sobre la mujer del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; datos sacados del Consejo General del poder Judicial en materia de violencia de género; así como datos del instituto de la Mujer.

4 Resultados

La violencia de género se ha convertido en un creciente problema de salud pública que afecta a hombres y mujeres en todo el mundo de todas las edades, razas, religiones y clases sociales, aunque se estima que las cifras irán disminuyendo gradualmente. De los estudios se desprende que el suceso violento no es el resultado de algo aislado, ya que se produce de manera sistemática. Suelen pasar inadvertidos, es decir, aparecen en un entorno privado y son las mismas mujeres las que se esconden por el pánico que les genera tener que exponer su realidad y por que a veces la imagen de la persona agresora ante la sociedad es modélica. El agresor según los estudios suele ser una persona agresiva e impulsiva y a las víctimas de temperamento débil y tímido. De lo que se recoge que los agresores suelen tener deficiencias en habilidades sociales para comunicar y negociar sus deseos, y las víctimas acusan falta de autoestima y asertividad.

5 Discusión-Conclusión

Todo este engranaje de agresiones es fruto de una auténtica desigualdad entre hombres y mujeres derivada del código patriarcal que rige en la sociedad. Dentro de la dinámica familiar, uno de los temas de gran actualidad que trata de eliminar ese comportamiento machista, es la corresponsabilidad familiar, un nuevo modelo de paternidad y maternidad compartida. Educar en igualdad a los más pequeños es el camino más seguro para evitar los comportamientos machistas y las ideas sexistas, que perpetúan la falsa creencia de superioridad del hombre sobre la mujer.

6 Bibliografía

- http://www.juntadeandalucia.es

- http://repositori.uji.es
- https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154889.pdf
- https://www.redalyc.org/pdf/1798/179814021007.pdf
- https://reunir.unir.net

Capítulo 43

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.

ALBA CANO GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria crónica del tracto intestinal. Puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo desde la boca hasta el ano, aunque lo más común es que afecte al íleon o al colon y recto.
Es una enfermedad crónica que puede aparecer varias veces durante la vida del paciente. Algunas personas tienen períodos duraderos de remisión, en ocasiones durante años, en los que no presentan síntomas. No se puede saber cuándo puede ocurrir una remisión o los síntomas harán de nuevo su aparición.

Etiologia:
Su causa se desconoce. Es una patología que aparece cuando el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error y destruye el tejido corporal sano produciéndose un trastorno inmunitario.
Cuando algunas porciones del tubo digestivo se mantienen inflamadas, en las paredes intestinales se produce un engrosamiento.
Algunos de los factores que pueden provocar esta enfermedad son:
• La genética y los antecedentes familiares (las personas de raza blanca o de ascendencia judía europea tienen un riesgo mas elevado).
• Factores ambientales.
• La tendencia fisiológica a reaccionar de forma exagerada a bacterias normales intestinales.

• El tabaquismo.
Esta enfermedad puede ocurrir a cualquier edad. Pero suele ser más común que se presente en personas entre los 15 y los 35 años de edad.

Síntomas:
Esta enfermedad alterna periodos de actividad (brotes con periodos de remisión). No se puede predecir la duración de los brotes ni el tiempo de duración de los periodos de remisión, puesto que existe gran diversidad entre pacientes. Existen personas que presentan periodos de remisión muy prolongados (años) y otros que presentan brotes de actividad de forma habitual. Esta manifestación intermitente, puede provocar retrasos en su diagnóstico, ya que sus síntomas, en ocasiones in específicos, se confunden con una simple gastroenteritis, por lo cual se debería recoger toda la información posible sobre las características, síntomas y duración de la enfermedad, para poder indicarlas al facultativo y elaborar un diagnóstico y tratamiento correctos.
Entre sus síntomas se encuentran:
• Diarrea: Es uno de los síntomas más frecuentes y el que provoca más errores en el diagnóstico, puesto que también está presente en otras enfermedades intestinales. El origen puede ser múltiple y puede deberse a la propia inflamación intestinal, a la presencia de infecciones bacterianas repetidas, a la aparición de fistulas,alteraciones en la motilidad intestinal, alteraciones en la absorción por parte del intestino de agua y electrolitos o incluso a la presencia de estenosis, que permite el paso de deposiciones muy líquidas.
Pueden acompañarse de dolor anal, incontinencia, tenemos y presentar sangre, moco o pus. La aparición de diarreas escasas puede ser indicio de una afectación del colon, mientras que si son abundantes, puede indicar una afectación del intestino delgado o colon proximal.
• Dolor abdominal: Es otro de los síntomas más frecuentes, y tanto su intensidad como su localización, pueden variar en función de la zona afectada.
• Rectorragia: No suele ser un síntoma tan recurrente como los anteriores, pero puede encontrarse sangre en las heces, pudiendo ser consecuencia de la presencia de úlceras sangrantes en las paredes intestinales.
• Fiebre: Se puede producir durante los brotes graves como consecuencia de la presencia de inflamación intestinal. Aunque también puede ser debida a la presencia de algún otro proceso infeccioso asociado, como los abscesos.
• Anemia: Suele manifestarse en forma de malestar general, cansancio, fatiga, irritabilidad y palidez.
• Pérdida de peso: Las alteraciones en la pared intestinal, pueden provocar un fallo en la capacidad de absorción de nutrientes a nivel del intestino, por lo que

se produce una pérdida de peso.
• Fatiga: Algunos pacientes pueden tener sensación de cansancio o fatiga, que puede llegar a condicionar su calidad de vida. La fatiga puede estar producida por varios factores relacionados con la propia enfermedad, déficit nutricionales, alteraciones del sueño o con factores psicológicos.
• Alteraciones psicológicas: Esta enfermedad no está asociada con ninguna enfermedad mental, pero debido a su cronicidad, al tratamiento y a sus secuelas, puede afectar a la autoestima y calidad de vida de los pacientes, provocandoles un malestar psicológico.
• Retraso en crecimiento y maduración sexual en niños: Esta enfermedad en niños se caracteriza por provocar una disminución en el crecimiento infantil así como un retraso en la aparición de la pubertad.
• Síntomas perianales: Consiste en la aparición de una serie de lesiones, que pueden ser asintomáticas, en la zona del ano y/o del recto.

Tratamiento:
No existen restricciones alimentarias. En algunos pacientes, se pauta un tratamiento nutricional con suplementos orales, que pueden llegar a controlar la inflamación.
El tratamiento farmacológico implica diversos fármacos. Los más comunes son la mesalazina y la sulfasalazina, que son antiinflamatorios. El siguiente escalón lo comprenden los corticoides y la budesonida. Así como los inmunosupresores, que pueden llegar a conseguir evitar el tratamiento prolongado con corticoides. Son fármacos seguros y eficaces, pero es necesario su vigilancia mediante analíticas para evitar que aparezcan efectos secundarios. Por último, se utilizan también antibióticos como son el metronidazol, ciprofloxacino en el tratamiento de la enfermedad perianal. También existen tratamientos biológicos como es el nfliximab, se utilizan para las enfermedades que presentan resistencia y para las fistulas que no ceden.
Solo se recurre al tratamiento quirúrgico en las complicaciones , en algunos abscesos y para aquellos casos que no se controlan con el tratamiento farmacológico.
Después de lograr el control de la enfermedad, se suele necesitar dar un tratamiento de mantenimiento, para el cual se recurre a la mesalazina, los inmunosupresores o el infliximab, evitando los corticoides.
Tiene mucha importancia asociar calcio y vitamina D en los tratamientos con corticoides, y también corregir con suplementos, la disminución de hierro y vitaminas.
Por lo general, la calidad de vida de estos pacientes viene determinada por el grado de afectación física, así como aspectos psicológicos (ansiedad o depresión),

cambios en el estilo de vida, y conocimientos acerca de la enfermedad, los cambios producidos en la relación familiar, así como los cambios sociales y laborales.

2 Objetivos

Generales: Determinar las intervenciones a nivel de enfermería que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Crohn.
Específicos:
• Determinar si los cambios en el estilo de vida es conveniente para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Crohn.
• Identificar cuáles son las intervenciones de enfermería que pueden lograr la mejoría de los síntomas de pacientes con enfermedad de Crohn.
• Determinar qué tipo de apoyo debe realizar la enfermera en un paciente con enfermedad de Crohn

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión, se utilizaron las siguientes bases de datos como fuente de información:
• SciELO(Scientific Electronic Library Online).
• Cuiden Plus.
• Pubmed.
• Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature).
• Biblioteca Cochrane Plus.
• Google académico.

Criterios de inclusión y exclusión:
Previa a la realización de la búsqueda bibliográfica, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión transversales para todas las bases de datos consultadas.

Criterios de inclusión:
• Artículos publicados en los últimos 5 años(2015-2019)
• Publicaciones que proporcionen información relevante sobre el papel de enfermería en el manejo de la Enfermedad de Crohn o aquellos que proporcionen información relevante para los objetivos de la revisión.
• Estar publicados en inglés o castellano.
• Inclusión de los artículos en los cuales la Enfermedad de Crohn estaba implícita, ya que hablaban de la enfermedad inflamatoria intestinal sin especificar.

Criterios de exclusión:
• Artículos que mencionan individuos con enfermedad de Crohn.
• Artículos editoriales y casos clínicos.
• Artículos a los que no se pudiera acceder al texto completo.

4 Resultados

Tras su análisis, los artículos se agruparon en los siguientes epígrafes:
• Manejo de la sintomatología: 3 referencias.
• Apoyo al paciente y a la familia: 3 referencias.
• Promoción o educación para la salud: 9 referencias.
Algunos de los artículos, debido a sus características, podrían haber sido clasificados en más de un epígrafe, pero se clasificaron solo en uno de ellos, en función del contenido global del documento.

A continuación, se presentan los aspectos más relevantes de la información encontrada:
- Recomendaciones dietéticas:
En general se recomienda una dieta nutritiva y los pacientes deben ser quien determinen qué alimentos empeoran sus síntomas y evitarlos. Además, deben ser capaces de comprobar en el envase de los alimentos la presencia de substancias dañinas como, por ejemplo, el carragenano, un aditivo alimentario involucrado en las enfermedades inflamatorias intestinales. La enfermera debe recomendar beber abundantes líquidos y evitar el consumo de alcohol. También es recomendable disminuir el consumo de lácteos, alimentos ricos en grasas y alimentos que provoquen gases.
También debemos recomendar que mantengan una alimentación saludable general y que eviten alimentos que empeoren sus síntomas. Se les debe animar a que escriban un diario de alimentos para encontrar tendencias de alimentos que aumenten la sintomatología. Además, deben reducir la ingesta de hidratos de carbono.
La enfermera debe asesorar sobre la dieta a pacientes y familiares. El consejo general es comer una dieta equilibrada y porciones equilibradas, evitando aquellos alimentos a los que sean intolerantes. Si hay alimentos que provocan un aumento de la actividad de la enfermedad, se debe recomendar que se abstengan de ingerirlos.
Existen alimentos o condimentos alimenticios que pueden producir recaídas. Además, algunos estudios asocian el consumo de grasas (saturadas y monoin-

saturadas), con un fenotipo de enfermedad más activo.
Se deben fomentar hábitos alimentarios regulares.
Se debe individualizar las recomendaciones para cada paciente. En fases de remisión de la enfermedad, no hay indicaciones específicas para el uso de dietas de eliminación restrictivas a excepción de los alimentos que causen problemas en casos individuales. Los pacientes deben realizar una dieta normal, equilibrada y tener un estilo de vida saludable.

- Promoción o educación para la salud:

La educación para la salud indica la necesidad de modificar los estilos de vida. Esta incluye el asesoramiento nutricional o recomendaciones dietéticas, la eliminación de los factores de riesgo que puedan producir una exacerbación de la enfermedad como el hábito tabáquico, ciertos alimentos, el estrés, algunos medicamentos y evitar infecciones entre otros.

- Estrés:

La enfermera debe educar sobre técnicas para disminuir el estrés, ya que este tiene un impacto negativo sobre la enfermedad. Además, no existe evidencia científica de la eficacia de las terapias psicológicas, pero si pueden llegar a ayudar a dar recursos para hacer frente de manera más eficaz a la enfermedad.
El incremento de los niveles de estrés se asocia con exacerbaciones de la enfermedad, aunque las intervenciones psicológicas no hayan demostrado un beneficio terapéutico contundente.
La terapia psicológica en adolescentes puede mejorar el estado mental en relación a la calidad de vida, los problemas emocionales y el afrontamiento de la enfermedad, aunque los resultados pueden ser limitados.
Los factores psicosociales como el estrés, la ansiedad o la depresión, no juegan un papel en la etología de la enfermedad, pero pueden tener un impacto negativo en el curso de su desarrollo y provocar exacerbaciones. Es muy importante que desde enfermería se valore a los pacientes y ofrecer una derivación para la atención psicológica si es necesario, así como informarles de la existencia asociaciones de ayuda.

- Hábito tabáquico:

Desde la consulta de enfermería, a los pacientes fumadores hay que recomendarles dejar de fumar, ya que el tabaco agrava la enfermedad, así como favorece la formación de fístulas.
También aumenta el riesgo de recaída. Es importante mencionar que la contaminación ambiental también aumenta el riesgo de exacerbación (aunque solo fue analizado un estudio).
Es importante que los pacientes con esta enfermedad dejen de fumar, ya que este

hábito aumenta el riesgo de los requerimientos médicos, de las complicaciones relacionadas y de las estancias hospitalarias.

- Manejo de la sintomatología:

A los pacientes con diarrea se les debe recomendar un buen aporte hidroelectrolítico para prevenir la deshidratación, comer en pequeñas cantidades y con mayor frecuencia, evaluar la turgencia de la piel y humedad de las mucosas, recomendar que se pesen diariamente, asegurar una buena protección de la piel, proporcionar medidas de confort y enseñar a observar las heces para evaluar la presencia de sangre.

Respecto a los cólicos abdominales, se debe realizar una evaluación integral del dolor y un manejo correcto de este, así como enseñar a manejar la analgesia pautada. También se les debe enseñar a reconocer los signos y síntomas de complicaciones y explicarles que deben ponerse en contacto con el centro de salud si aparecen, persisten o empeoran los signos o síntomas de la enfermedad.

A los pacientes con diarrea se les debe recomendar un incremento de la ingesta de líquidos para prevenir la deshidratación y valorar los suplementos nutricionales. Los antidiarreicos son útiles en casos de diarrea refractaria, ya que aumenta el riesgo de deshidratación si se tiene tratamiento.

Es recomendable reducir los alimentos ricos en fibra durante las exacerbaciones, fístulas o estenosis. Así como comer en cantidades pequeñas, pero con mayor frecuencia.

Se debe instruir al paciente a verificar un aporte adecuado de calcio y vitaminas y disminuir el consumo de ácidos grasos omega 6 porque resultan proinflamatorios, y aumentar la ingesta de ácidos grasos omega 3 debido a que remite la inflamación. Se debe valorar la desnutrición, ya que algunos pacientes dejan de comer algunos alimentos por miedo a que empeoren sus síntomas, lo que puede dar lugar a carencias nutricionales.

En periodos de diarrea se debe recomendar una adecuada hidratación y si el paciente no tiene apetito puede probar la leche si la tolera. Se debe recomendar realizar dietas hipercalóricas, además, de dietas ricas en fibra, ya que pueden producir obstrucciones mecánicas. Se debe valorar el estado nutricional del paciente y si es necesario realizar una derivación con un nutricionista.

Los pacientes habitualmente presentan problemas de sueño, diarrea, dolor, ansiedad o depresión. Se debe realizar una adecuado manejo del dolor mediante evaluación y seguimiento. Se deben realizar planes individualizados en su manejo, debido a su origen multifactorial. Es conveniente incluir terapias de apoyo, como la cognitivo-conductual, gestión del estrés, terapias de afrontamiento, acupuntura y antidepresivos si fuese necesario.

Respecto a la fatiga puede presentarse tanto en exacerbación como en remisión, su causa puede ser debida a la misma patología o a trastornos del estado del ánimo. Se debe identificar la causa y proporcionar mecanismos de afrontamiento que puedan ayudar a manejarla, como por ejemplo hacer siestas cortas durante el día, intentar reducir el trabajo realizado por la noche, hacer ejercicio con regularidad, dieta equilibrada, buena hidratación… En caso de incontinencia, se deben enseñar ejercicios musculares para reforzar el suelo pélvico, técnicas de evacuación, asesoramiento dietético y farmacológico, información sobre productos para incontinencia, enseñar cuidados de la piel perianal, reentrenamiento intestinal y apoyo emocional. En los casos de fístulas, se ha de garantizar la comodidad del paciente, la protección integral de la piel, manejo de las complicaciones y dar apoyo tanto a él como a la familia.

- Evitar infecciones:

Las personas con esta enfermedad tienen un mayor riesgo de infecciones, debido a la propia patología que provoca pérdida de la integridad de la mucosa, los fármacos utilizados que afectan el sistema inmunitario, los procedimientos quirúrgicos o la desnutrición. Para prevenir infecciones oportunistas se deben administrar las correspondientes vacunas, la quimioprofilaxis y la educación del paciente es fundamental.

En cuanto a las vacunas,el mejor momento para administrarlas es previo a comenzar la terapia con el tratamiento inmunosupresor. Las vacunas con agentes patógenos inactivados pueden ser administradas incluso con tratamiento inmunosupresor, pero posteriormente deberá verificarse su efecto con una serología. Las vacunas con agentes patógenos atenuados o vivos están contraindicadas durante este tratamiento, por lo que deben ser administradas después de 3 meses de su finalización. Si el paciente estuviera a tratamiento con corticoides se pueden administrar al cabo de un mes después de finalizado el tratamiento. Se les debe enseñar a reconocer síntomas de infección como es la fiebre, y explicarles que deben pedir consulta sanitaria si experimentan manifestaciones clínicas.

Los pacientes con tratamiento inmunosupresor están especialmente expuestos a la presencia de enfermedades infecciosas u oportunistas. Los pacientes deben recibir un ciclo completo de la vacuna requerida antes de comenzar el tratamiento.

- Medicamentos:

El uso de anticonceptivos orales y fármacos antiinflamatorios no esteroideos pueden exacerbar la enfermedad. Se le debe explicar al paciente la importancia de cumplir el régimen farmacológico y seguimiento con el personal sanitario, según las recomendaciones.

Los antiinflamatorios no esteroideos en particular pueden empeorar la sintomatología gastrointestinal y aumentar el riesgo de sangrado. Es conveniente fomentar el uso de paracetamol debido a que es bien tolerado por vía oral.
Los resultados epidemiológicos sobre los antiinflamatorios no esteroideos y los medicamentos que contienen estrógenos son contradictorios. El uso de antibióticos disminuye el riesgo de recaída de la enfermedad.
- Apoyo al paciente y a la familia:
La enfermera debe educar a los pacientes sobre su enfermedad e impacto, desarrollar y promover habilidades de manejo para hacer frente a la enfermedad, así como proporcionar apoyo emocional y psicológico, sobre todo en la toma de decisiones informadas y convenientes que aumenten su bienestar y calidad de vida. Además, se deberán instruir sobre los recursos o fuentes de información adecuadas.
Se debe realizar una labor de apoyo a los pacientes para que puedan hacer frente a las preocupaciones sobre la enfermedad, dudas sobre el tratamiento, su imagen corporal, así como la convivencia con una enfermedad crónica y la afectación a su vida diaria.
Se debe proporcionar atención, apoyo y seguimiento por parte de enfermería desde el inicio del diagnóstico y facilitar la accesibilidad al sistema sanitario.
La enfermera debe identificar las necesidades de los pacientes y garantizar la atención necesaria, proporcionar información rigurosa y verificar el paciente la ha entendido, así como aclarar sus dudas y proporcionar apoyo empático.
Además, se debe fomentar el contacto con otros pacientes o grupos de apoyo. Es importante la comunicación y educación a las familias, ya que al involucrarse en el proceso de atención afecta positivamente a la calidad de vida de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las intervenciones de enfermería que ayudan a mejorar la calidad de vida de un paciente con Enfermedad de Crohn son:
1. Promoción y educación para la salud mediante la modificación de los estilos de vida. Incluyendo el asesoramiento nutricional y la supresión de los factores de riesgo que puedan producir una exacerbación de la enfermedad.
2. Reconocer e intervenir activamente en los signos y síntomas de la enfermedad.
3. Brindar apoyo sanitario, psíquico y emocional al paciente y a la familia, y técnicas de afrontamiento eficaces. Facilitar toda la información necesaria que necesite el paciente y recomendar la participación en grupos de apoyo o asociaciones relacionadas con la enfermedad.

Estas intervenciones de enfermería son de fácil aplicación en la práctica clínica, además, son transversales, es decir, pueden ser llevadas a cabo tanto por las enfermeras que trabajan en el hospitalización como por las que lo hacen en atención primaria.
Los resultados arrojan una escasez de investigaciones sobre las intervenciones sanitarias en estos pacientes.
Algunos estudios, combinan las intervenciones dirigidas a pacientes con Enfermedad Inflamatoria
Intestinal, es decir Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa. Sería importante investigar el impacto de las intervenciones enfermeras sobre las dos enfermedades por separado.
En base a la evidencia científica disponible, no está determinado el grado en que las intervenciones enfermeras revierten sobre una mejorar de la calidad de vida de estos pacientes. En consecuencia, enfermería debería investigar y plasmar conocimiento sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para los pacientes con enfermedad de crohn.

6 Bibliografía

(1) American Society of Colon & Rectal Surgeons. ASCRS. 2019 [acceso].Enfermedad de Crohn.
(2) MedlinePlus. ADAM. 2019[acceso].Enfermedad de Crohn. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000249.htm
(3) Dra. Ana Echarri Piudi. ¿Cuales son los signos y síntomas más frecuentes de la enfermedad de
Crohn?.Educainflamatoria. 2019.
(4) Asociación española de gastroenterología. Infogastrum. Entonces doctor, ¿qué es lo que tengo?
(5) V. F. Moreira y A. López San Román. Enfermedad de Crohn. Scielo. 2019 [acceso]. Rev. esp. enferm. dig.vol.97 no.11 Madrid nov.2005.
(6) Burkhalter H, Stucki-Thür P, David B, Lorenz S, Biotti B, Rogler G, et al. Assessment of inflammatory bowel disease patient's needs and problems from a nursing perspective. Digestion. 2015; 91(2):128-41.
(7) Martin TD, Chan SS, Hart AR. Environmental factors in the relapse and recurrence of inflammatory bowel disease: a review of the literature. Dig Dis Sci. 2015 May; 60(5):1396-405.

Capítulo 44

SÍNDROME DE BURNOUT EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

ALBA CANO GARCÍA

1 Introducción

Conocer el grado de implicación y satisfacción de los trabajadores sanitarios es prioritario para poder avanzar hacia un trato humano para el paciente. Cuando un profesional sanitario tiene problemas de estrés, ansiedad o depresión, queda claro que su desempeño laboral no tendrá la misma calidad, ya que, a pesar de presentar los conocimientos para proporcionar los mejores cuidados, se encontrará en un estado psicológico en el que, no solo se verá afectado como persona, sino que también afectará a la calidad asistencial. Por ello, se considera muy importante que, dentro de los avances en investigación, también se invierta tiempo y recursos en garantizar el bienestar de las enfermeras, puesto que son las profesionales que han de brindar la mejor asistencia sanitaria, y, además, están en contacto con el paciente a lo largo de todo el proceso asistencial y tienen un papel fundamental en el sistema sanitario.

Los profesionales de enfermería que llevan a cabo su trabajo en unidades de cuidados intensivos están sometidos a unos niveles de estrés muy elevados, debido a la complejidad de los procedimientos y a las condiciones laborales, lo cual produce el Síndromede Burnout, que se manifiesta mediante problemas físicos y psicosociales, lo que no solo produce un daño en el individuo que lo padece, sino también en la calidad de los cuidado.

Es evidente que en un entorno laboral con menores factores estresantes, existe una mayor satisfacción y productividad por parte de los trabajadores.

El Burnout es un síndrome que afecta a los trabajadores que están sometidos a unas malas condiciones psicosociales en su entorno laboral. Es primordial que se evalúe la calidad del entorno laboral, no solo prestando atención a las condiciones físicas, sino también a los aspectos psicológicos y sociales, en especial en aquellas profesiones con una mayor carga emocional.

Las consecuencias del Burnout se pueden dividir en dos grupos, las consecuencias para el individuo y las consecuencias para la organización.
La organización se ve afectada debido a "la disminución de la calidad asistencial, el absentismo laboral, el aumento de los conflictos entre los miembros del personal y con los clientes, la disminución de la calidad de vida de los empleados, así como su tendencia a abandonar el puesto de trabajo".

En cuanto al individuo, los síntomas del Burnout se pueden dividir en 5 categorías:

- Sintomatología emocional: "Depresión, sentimiento de soledad, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos, sentimiento de impotencia, ansiedad."
- Sintomatología cognitiva: "Pérdida del significado, pérdida de valores, desaparición de las expectativas, modificación del autoconcepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, criticismo generalizado."
- Sintomatología conductual: "Evitación de responsabilidades, absentismo laboral, desvalorización, autosabotaje, agresividad, conductas inadaptadas, desorganización, sobre-implicación, evitación de decisiones, irritabilidad, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas."
- Sintomatología social: "Aislamiento, sentimientos de fracaso, evitación de contacto interpersonal, aumento de los conflictos, irritabilidad en el entorno familiar, evitación profesional, cinismo, hostilidad"
- Sintomatología somática: "Problemas respiratorios (asma, taquipnea, catarros frecuentes), problemas inmunológicos (alergias, infecciones, alteraciones cutáneas), problemas sexuales (disfunciones o alteraciones), problemas osteomusculares (dolor cervical y lumbar, fatiga y rigidez muscular), problemas digestivos (pérdida de apetito, úlceras gastroduodenales, gastritis, diarrea, náuseas), problemas a nivel del sistema nervioso (cefaleas, insomnio), problemas cardio-

vasculares (hipertensión, dolor precordial)."

Los puestos de trabajo en los que se está en contacto directo con personas, el Burnout se ha convertido en un problema muy incidente, y las manifestaciones principales son cansancio emocional, deshumanización y falta de realización personal.
En cuanto a la edad, existe una especial sensibilización al estrés laboral durante los primeros años del ejercicio profesional, la persona que se incorpora al mundo laboral pasa de, una imagen preconcebida a la cotidiana. En el momento en el cual ese ideal se convierte en una realidad se descubren las partes negativas de la profesión (implicación emocional, salario, turnicidad, responsabilidad, falta de recursos…), lo que repercute en un elevado nivel de estrés y baja realización personal.

El denominador común es un entorno laboral, con unas exigencias y un nivel de estrés elevados, rompiéndose así las estrategias de afrontamiento del estrés que pueda tener cada individuo, siendo muy común en el entorno sanitario, especialmente en el personal de enfermería, que tiene una alta implicación emocional y debe proporcionar unos cuidados asistenciales de alto grado.

Es importante determinar cuáles son los estresores a los que está expuesto el personal sanitario para poder comprender mejor y disminuir la incidencia del Burnout, mejorando las condiciones laborales, pero también los mecanismos de adaptación, puesto que muchas veces los mecanismos de afrontamiento no se usan, y es muy importante que el individuo los tenga presentes, puesto que el Burnout además de ser un proceso crónico, se ve incrementado por un proceso agudo que afecta negativamente al individuo, por ejemplo, la muerte de un paciente.

Con respecto al género, el femenino es el más vulnerable a padecer Burnout, en el caso de las enfermeras se debe a que son es su mayoría mujeres y a que en la sociedad todavía sigue existiendo el papel de cuidadora del entorno familiar, por lo que el rol que desempeñan en el medio sanitario siempre las acompaña, además, existen pocos recursos para compaginar la vida laboral con la familiar.

Existen variables como la turnicidad o la sobrecarga laboral, aunque no existe una relación exacta entre el número de horas de trabajo en contacto con pacientes y la aparición del Burnout, se deben incluir estas variables como estresores, e incluso se puede incluir el salario, ya que las condiciones económicas determinan la calidad de vida y la autorrealización. Las variables más relacionadas con el

Burnout son aquellas que podemos definir como “problemas del personal”, entre las cuales se encuentran, una mala gestión del personal, la insuficiencia de recursos y los riesgos de seguridad. Estos tres factores son los más importantes para determinar la satisfacción laboral y el agotamiento de las enfermeras, así como la aparición de otros problemas de salud entre los profesionales.

El Burnout podría evitarse mediante la toma de decisiones desde la gestión, disminuyendo los factores estresantes que afectan a las enfermeras, proporcionando un entorno de trabajo sano en el cual se sientan seguras y valoradas, lo que no solo repercutiría positivamente en el personal de enfermería, sino también en los pacientes.
Se ha demostrado mediante estudios científicos, que utilizando estrategias para identificar los factores estresantes y aumentando las estrategias de afrontamiento, así como haciendo uso de la asertividad y la relajación, se consigue aumentar la calidad asistencial, así como la productividad y la satisfacción laboral.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Investigar sobre la incidencia del Burnout en los equipos de enfermeras intensivistas y sus características.

Objetivos específicos:
- Identificar aquellos factores predisponentes que pueden causar o potenciar la aparición del Burnout. Así como las consecuencias que presenta para el personal de enfermería, para el sistema sanitario y para los pacientes.

3 Metodología

En este trabajo se ha realizado una revisión de la bibliografía en internet. Concretamente, se han utilizado las plataformas Web of Science y EBSCO, que dan acceso a una amplia variedad de bases de datos y recogen las referencias a las publicaciones científicas más relevantes.
Se han aceptado aquellas publicaciones que estudian la relación entre el Burnout y la enfermería en cuidados intensivos y que han sido publicadas en los últimos cinco años, la búsqueda se ha realizado en español e inglés.

4 Resultados

Existe entre los profesionales una alta carga física y emocional para llegar a proporcionar unos cuidados de calidad a los pacientes hospitalizados; con elevados niveles de despersonalización y agotamiento emocional.
La turnicidad influye en el desarrollo del Burnout, debido a que la excesiva carga de trabajo lleva a las enfermeras a sentir que no están desarrollando su trabajo de manera efectiva, existiendo una diferencia significativa entre la presencia de Burnout en los enfermeros que realizan turnos de doce horas y los que no.

En cuanto al tipo de contrato presentan una mayor vulnerabilidad al síndrome de Burnout aquellos profesionales con una plaza en propiedad, se asocia esto a la variable de realización personal en el trabajo; la realización personal es mayor para aquellos sujetos interinos y contratados que para los que tienen una plaza en propiedad.
En cuanto a la variable "hijos" existe un mayor agotamiento emocional en aquellos profesionales que no los tienen, haciendo que en muchos casos los hijos sean un factor protector debido a que cambian la forma de percibir el entorno laboral y se le da más importancia al entorno familiar y social.

Existe también una diferencia significativa en la presencia de la realización personal con relación a la edad, aquellas enfermeras mayores de 36 años obtienen una puntuación más alta de Burnout en la subescala de realización personal, es decir cuanto mayor edad tienen las enfermeras, menos realizadas profesionalmente se sienten.
No se encuentran evidencias en cuanto a la relación del Burnout con el nivel académico, el estado civil o el número de hijos. En cambio, las enfermeras que trabajan en la supervisión tienen menores niveles de cansancio emocional en comparación con las otras enfermeras de la UCI.

Las enfermeras que hacen guardias presentan un mayor cansancio emocional debido, a la alta carga de trabajo, unas jornadas muy largas y un alto ratio de pacientes por enfermera.
También es importante destacar que cuando el agotamiento emocional y la despersonalización aumentan, disminuye la calidad de vida de las enfermeras, repercutiendo esto en la salud física y emocional, así como en sus relaciones sociales y familiares.

El personal de enfermería está en mayor medida expuesto al dolor humano que el resto del personal sanitario, ademas las enfermeras con menos experiencia

pasan por un mayor número de traumas secundarios y presentan un incremento del Burnout que aquellas más veteranas.
El número de profesionales con Burnout es mayor dentro del grupo con sintomatología depresiva, además, cuanto mayor es la despersonalización y el cansancio emocional, más grave es la sintomatología depresiva.

Existe una correlación positiva entre el Burnout ocupacional y el estrés laboral, así como con la depresión. En dicha relación, el Burnout puede suponer un efecto mediador entre el estrés laboral y el nivel de depresión.
Es importante mencionar que en las unidades de cuidados intensivos se presentan numerosos problemas éticos, tanto para el personal de enfermeria, como para el equipo médico. Estos problemas y la toma de decisiones que generan tienen un impacto en la presencia de Burnout en las enfermeras intensivistas.

Las decisiones éticas más habituales están relacionadas con la comunicación de los problemas del paciente a sus familiares, la decisión de continuar o no con los tratamientos, el mantener informado al propio paciente sobre su diagnóstico, el tomar la decisión de terminar con los tratamientos curativos y, por tanto, pasar a los paliativos y la sedación. Siendo la decisión ética más común según los profesionales, la relacionada con mantener o abandonar tratamientos. También existen otros problemas éticos como la toma de decisiones ante las órdenes de no resucitación, la gestión de los recursos y la prioridad en la atención sanitaria; la donación de órganos, la diferencia entre la información que se aporta al paciente y la que se aporta a la familia; el evitar un ensañamiento terapéutico, el nivel de sedación, etc.

Debemos tomar conciencia que es muy importante preparar al equipo de cuidados intensivos en los problemas éticos y en la toma de decisiones, de manera que las diferentes disciplinas estén de acuerdo y discutan las decisiones éticas en equipo para prevenir la aparición del Burnout y garantizar unos cuidados de calidad.
A pesar de que a la gran mayoría de las enfermeras intensivistas les gusta su trabajo, muchas no se encuentran satisfechas profesionalmente, y consideran que el entorno laboral no es el adecuado y experimentan altos niveles de estrés, además, consideran que duermen al menos dos horas diarias menos de las que necesitan para tener una buena salud.

También existe un impacto de las condiciones de trabajo sobre los pacientes de cuidados intensivos, habiendo una correlación; cuanto más tiempo pasan los pacientes ingresados y cuanta mayor es la carga asistencial para las enfermeras,

estos son más susceptibles a una peor calidad en los cuidados y a que se desarrollen incidencias, por tanto, es prioritario enfatizar en la importancia que tienen las condiciones laborales no solo para la satisfacción de los empleados sino para garantizar la calidad de los cuidados.

Se debe concienciar sobre la importancia que tiene la gestión para aumentar los conocimientos y habilidades del equipo de enfermeria aportando formación de manera continuada, así como disminuyendo el Burnout mediante una buena planificación y gestión, para mejorar la calidad de los cuidados y la calidad de vida de las enfermeras.

5 Discusión-Conclusión

Se observa, en general, una incidencia de Burnout media-alta en las unidades de cuidados intensivos. Que va variando en cuanto a las tres variables que lo definen, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Siendo más común entre estos profesionales presentar un alto agotamiento emocional.

Se encuentra una clara relación entre el Burnout y la carga de trabajo de las enfermeras de cuidados intensivos, sumado a la turnicidad, a la alta implicación en su trabajo y a la gran exposición al dolor humano. El Burnout puede suponer un efecto mediador entre el estrés laboral y la depresión. Las enfermeras con este problema tienden a ser menos felices, tienen una peor calidad de vida y duermen menos de lo que necesitan.

En cuanto a los hijos, podríamos calificarlos como un factor protector, ya que, aquellos sujetos que los tienen presentan menos agotamiento emocional. Esto se debe, a que los hijos cambian la percepción del mundo de los padres y se les da menos importancia a ciertos problemas, dando más relevancia al entorno familiar. También es una conclusión importante que cuanto mayores son las enfermeras se sienten menos realizadas profesionalmente, y lo mismo pasa con las enfermeras que tenían una plaza en propiedad.
En cuanto a la jornada laboral, la turnicidad influencia mucho la aparición del Burnout, que es mayor en aquellas enfermeras que realizan turnos de 12 horas. Además, el Burnout es más bajo en las enfermeras que se dedican a la supervisión, y estas enfermeras no suelen tener una turnicidad como la de las enfermeras asistenciales.

Después de estas conclusiones podemos confirmar la hipótesis de que existe una

alta incidencia de Burnout dentro del colectivo de enfermeras intensivistas, y que ello se debe a unas condiciones laborales muy estresantes y a la falta de estrategias dentro del sistema sanitario para promover un buen manejo del estrés y unas condiciones óptimas para el desarrollo saludable de la enfermería. En cambio, cuando mejoran las características del liderazgo y se empodera a los profesionales de enfermería, esto hace que disminuya el Burnout, así como trabajando en equipo con los demás profesionales para la toma de decisiones relacionadas con el paciente, mejorando las competencias y la formación de los enfermeros, y desarrollando protocolos claros, que se cumplan, para disminuir los errores y el estrés laboral.

Cuando se intentan mejorar las condiciones laborales y se toma encuenta la opinión de los profesionales mejoran las características de la unidad, ya que disminuye el Burnout, lo que no solo beneficia a la calidad de vida de los enfermeros, sino que también disminuye los errores a los que está expuesto el paciente, que ha quedado demostrado que aumentan en presencia del Burnout y cuanto más prolongado es el tiempo de ingreso.

La finalidad de la enfermería es proporcionar cuidados a los pacientes y para ello es esencial poder desarrollar la profesión con unas condiciones de trabajo dignas, en un entorno que anime a la participación. Considerando imprescindible que se continúe investigando el Burnout y las condiciones laborales de estas unidades, así como desde la supervisión y la gestión de los hospitales se invierta tiempo y dinero para mejorar las condiciones laborales y la calidad de vida de enfermeros y pacientes.

6 Bibliografía

1. Bernardo Moreno-Jiménez, José Luis González y Eva Garrosa. Desgaste profesional (Burnout), Personalidad y Salud percibida. Empleo, estrés y salud. [Monografía en Internet], Madrid: editorial Pirámide, 2001, [consultado el 11 de enero de 2018].
Disponible en: https://www.uam.es
2. G. Buela Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra. El Burnout, una forma específica de estrés laboral, Manual de Psicología Clínica Aplicada. [Monografía en Internet], Madrid: editorial Pirámide, 1991, [consultado el 12 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/Burnout_forma_estresla
b.pdf

3. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout" (I): definición y proceso de generación. [Internet], [consultado el 9 de enero de 2018]. Disponible en: http://discapacidadprl.org/wp-content/uploads/2016/09/3.2.12.pdf
4. Clara Ivette Hernández-Vargas, Arturo Juárez-García, Elena Hernández-Mendoza, José Antonio Ramírez-Páez. Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. Rev Enferm IMSS. [Revista en Internet],
2005, [consultado el 13 de enero de 2018]; 13(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2005/eim053b.pdf
5. Larissa Santi Fernandes, Maria José Trevizani Nitsche, Ilda de Godoy. Burnout syndrome in nursing professionals from an intensive care unit. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. [Revista en Internet], 2017, [consultado el 3 de marzo de 2018]; 9(2): [aprox 6 p.]. Disponible en: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4199
6. Christina Maslach y Susan E. Jackson. The measurement of experienced Burnout. Journal of occupational behaviour. [Revista en Internet], 1981, [consultado el 11 de enero de 2018]; 2(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty_staff_docs/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf
7. M.I. Ríos Risquez, F. Peñalver Hernández, C. Godoy Fernández. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. [Revista en Internet], 2013, [consultado el 10 de marzo de 2018]; 19(4): [aprox 8 p.].
Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-Burnout-salud-percibida-profesionales-enfermeria-S113023990875832
8. Natasha Khamisa, Brian Oldenburg, Karl Peltzer, Dragan Ilic. Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. Int. J. Environ. Res. Public Health. [Revista en Internet], 2015, [consultado el 17 de enero de 2018]; 12(1): [aprox 4 p.]. Disponible en: http://www.mdpi.com/1660-4601/12/1/652/htm

Capítulo 45

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE HIPOACÚSICO

ELENA CRIADO DOMÍNGUEZ

1 Introducción

La pérdida de alguno de los sentidos, supone una discapacidad que afecta a la necesidad de comunicación de las personas, ya que la percepción de sensaciones nos pone en contacto con el mundo exterior. En el caso del déficit auditivo, paliar esta situación que afecta a la forma de comunicación verbal, utilizando otras formas no verbales, así como buscar soluciones técnicas para resolver la pérdida auditiva, son algunos de los objetivos propuestos por los profesionales de la salud.
"Tradicionalmente, la persona con sordera es concebida como un ser inferior, raro, considerada anormal y dependiente de otras personas. Incluso en la antigüedad clásica, Aristóteles considera que el lenguaje es el vehículo que posibilita la propia condición humana." La pérdida de audición nos impide utilizar el lenguaje, el puente que nos une con otros seres humanos, al perder audición nos vemos privados de poder participar plenamente en el mundo.
La sordera e hipoacusia es el déficit funcional que ocurre cuando un sujeto pierde capacidad auditiva, en mayor o menor grado. Las estadísticas sobre las personas afectadas varían dependiendo de la edad, siendo mayor en las personas ancianas y de la situación en el que se encuentre la persona, variando según la persona que habla y del ruido de fondo.
"La pérdida auditiva ha sido objeto de preocupación entre los profesionales de salud, puesto que es una enfermedad crónica con graves consecuencias para los niños, las familias y la sociedad." "Es una de las quejas más comunes en los adultos mayores de 60 años y un importante contribuyente a las dificultades en la

comprensión del habla". El oído comienza a reducirse a los 30 años, las pérdidas aumentan con la edad, con el uso de casos para oír música y con la exposición al ruido, lo que hace que aparezcan problemas graves en la mediana edad. También se aprecian diferencias de género, siendo los hombres los que pierden el oído antes.Además la pérdida auditiva puede afectar a la salud mental, la claridad del pensamiento y al bienestar emocional.
"Las personas con impedimentos auditivos pueden enfrentarse a problemas relacionados con la comunicación eficaz en el cuidado de la salud y enfermería se enfrenta a dificultades de comunicación al realizar los cuidados a pacientes con discapacidad auditiva." En la profesión enfermera la comunicación permite conocer sus necesidades, conceptualizar sus problemas, hacer frente a ellos e incluso ayudarles a encontrar nuevos patrones de conducta.

2 Objetivos

Analizar las dificultades con las que se encuentran los deficientes auditivos para comunicarse, los problemas que surgen debido a la falta de comunicación y los mejores métodos para ayudarles.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre la atención de enfermería al paciente hipoacúsico y los problemas de comunicación a los que se enfrenta una persona con déficit de audición.
Las palabras clave utilizadas para la búsqueda bibliográfica han sido pérdida y discapacidad auditiva, niños, adultos, cuidados, enfermería y comunicación.
Se han seleccionado artículos con una antigüedad inferior a 10 años, es decir, posteriores a 2002. Se han seleccionado los que tratan sobre problemas de comunicación en la vida diaria, comunicación durante el proceso de atención sanitaria, necesidades de los niños con discapacidad auditiva, cómo enseñar competencias de comunicación, difusión cultura y habilidades sociales y el cuidado de los adultos mayores con pérdida auditiva. Se han rechazado los artículos sobre implantes cocleares y la evolución de los usuarios en la comunicación.
Las bases de datos usadas en esta revisión bibliográfica han sido "Pubmed","Cinhal", "Evidence Based Nursing" y "Bireme".
También se han consultado materiales impresos, especialmente libros y guías sobre audioprótesis.

4 Resultados

CLASIFICACIÓN
Al tratar con un paciente con discapacidad auditiva encontramos distintos tipos de pérdidas y que se clasifican según diferentes criterios: a) Según el momento de la adquisición:
- Prelocutiva: anterior a la adquisición del lenguaje
- Postlocutiva: después de la adquisición del lenguaje b) Según el grado de pérdida:
- Leve: pérdida entre 20 y 40 dB
- Moderada: entre 40 y 60 dB
- Severa: 60-90 dB
- Profunda: más de 90 dB c) Según el tipo de pérdida:
- Neurosensorial: existen lesiones en el oído interno o vía auditiva nerviosa
- Transmisión: la alteración de la transmisión se produce a través del oído externo y medio
- Mixta: cuando existe al mismo tiempo una sordera de transmisión y neurosensorial.

CAUSAS
Las causas que pueden provocar esta deficiencia pueden ser varias, algunas de las más importantes son:
- Patología del oído externo: malformaciones, traumatismos, cuerpos extraños, otitis externas y tumores del oído externo.
- Patología del oído medio: otitis media aguda o crónica
- Otosclerosis
- Enfermedades producidas por el ruido
- Presbiacusia
- Ototoxicidad
- Síndrome de sordera súbita.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
En primer lugar antes de realizar cualquier tipo de prueba se debe realizar una inspección ocular directa, seguida de una otoscopia para observar el conducto auditivo externo y el tímpano.
De tipo subjetivo:
- Acuametría: utilizada como estímulos diapasones de distintas frecuencias.
- Audiometría convencional: se realiza mediante tonos puros producidos por el audiómetro y que son fácilmente analizables.
- Logoaudiometría: estudio audiométrico que utiliza como estímulos palabras.

De tipo objetivo.

- Potenciales evocados del tronco cerebral: estudia las ondas eléctricas producidas en la vida auditiva generalmente desde la cóclea hasta el tronco cerebral.
- Timpanometría: muestra la funcionalidad del oído externo y medio mediante la movilidad timpánica.
- Reflejo estapedial: es un reflejo de protección a estímulos intensos. Está ausente en las sorderas.
- Otoemisiones acústicas: estudias las emisiones acústicas espontáneas de la cóclea, que se pueden detectar en el conducto auditivo externo. Se utiliza en neonatos como screening auditivo.

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN Y ENFERMERÍA.

Es frecuente que las personas con hipoacusia tengan problemas para comunicarse con otras personas e incluso con los profesionales de la salud y en concreto con los de enfermería.

En un estudio en el que participaron 7 hombres y 4 mujeres, entre 20 y 60 años. Todos los participantes tenían sordera severa o profunda. Después de analizar las entrevistas se dividió el estudio en tres categorías: comprensión, necesidad de mediación y sentimientos. Las participantes expresaron que se encuentran con dificultades para comprender a los profesionales de salud. Generalmente no muestran su boca, hablan deprisa y utilizan términos técnicos. El profesional debe evitar ocultar su cara con mascarilla, manos o cabello porque dificultan la lectura de los labios que utilizan muchas personas sordas para mejorar la comunicación.

Generalmente las personas con problemas de audición acuden acompañadas para que les ayuden a entender. Sin embargo, pueden suponer un problema cuando no se les permite participar como un agente activo en tu tratamiento y exponer sus dudas.

En dicho estudio se seleccionaron 433 participantes entre 20 y 90 años para estudiar la comprensión oral durante la vida adulta. Los cambios en la sensibilidad auditiva a través de la vida adulta expusieron la progresiva pérdida de altas frecuencias relacionadas con la edad. El rendimiento en la comprensión oral demostró se mantiene estable hasta los 65 años después del cual hay disminuciones significativas.

La queja más común de los pacientes con pérdida auditiva es la dificultad para entender la conversación en presencia de ruido. Se comparó a una población control con audición normal con una señora de 65 años con el siguiente audiograma. Se le someten tres veces a una serie de pruebas durante un periodo de una semana. A la persona con pérdida auditiva se le incrementaron en 6 dB las consonantes utilizadas en la prueba.

A pesar de aumentar en 6dB el volumen, las puntuaciones fueron menos que en el grupo control. Requiriendo aumentar en 6,8 dB para obtener los mismo resultado que el grupo control. Las mayores dificultades se encuentran en el entendimiento de fonemas oclusivos sordos, correspondiéndole con las altas frecuencias, donde la paciente tiene más pérdida.

En un estudio realizado a 7 niños con pérdidas desde moderada hasta profunda estudia el apoyo proporcionados por la escuela y los médicos. Los resultados de la encuesta muestran que: las familias de niños con problemas de sordera se encuentran sin falta de apoyo social, de salud y de educación. En esta situación los profesionales de la salud deben proporcionar apoyo a las familias. Es importante el papel de las enfermeras en la detección precoz de una deficiencia auditiva. Observando al niño durante las visitas e informando a los padres acerca de los signos de pérdida auditiva.

Una encuesta realizada a enfermeras de entre 22 y 59 años sobre la comunicación con al paciente hipoacúsico muestra que las enfermeras se muestran inseguras al hablar al no conocer la lengua hablada por ellos. La falta de capacidad para transmitir información acerca de su salud, la falta de información e incluso por falta de experiencia. El enfermero deberá adaptar su comunicación a las características del paciente. La comunicación no verbal puede ayudar mucho a estos pacientes debido a que los sordos lo utilizan de una manera más consciente y objetiva. Capar los mensaje nos verbales e interpretarlos adecuadamente ayudará en la comunicación.

Otra alternativa es la comunicación mediante la palabra escrita. En algunos casos para comunicarse las enfermeras utilizan un intermediario algo que no es útil porque no se deja participar al paciente en su propia salud y no se respeta el secreto profesional.

Aspectos que se deben de tener en cuenta en la hoja de valoración de los pacientes con alteraciones auditivas:

- Preguntarle al paciente como prefiere comunicarse. La escritura, lectura labial, lenguaje de signos o la televisión con subtítulos.
- Dedicar un tiempo extra con estos pacientes especialmente cuando se les des indicaciones especiales. Si el paciente usa audífono comprobar si lo lleva puesto. Hablar fuera de zonas de ruido, aire acondicionado, ventanas y apagar la televisión o radio.
- Mantenga la atención en el paciente para que pueda realizar la lectura labial y de los gestos. Situarse cerca del paciente, mirarle a los ojos y hablar más despacio de lo habitual. Asegurarse que solo habla una persona de cada vez.
- Utilizar frase completas, un tono natural de voz y los gestos universales de las

manos.
- Para que el paciente pueda leer el habla debe ; mirarle, haber luz incidente suficiente para ver los labios y los gestos de la cara. No mastique chicle ni coma delante del paciente. Evite situar la mano delante de la cara o la boca.
- El paciente debe repetir las instrucciones que ha recibido. Comprobar que el paciente ha comprendido lo que se le ha mencionado para que no haya confusiones. Si no lo ha entendido se le repetirá e incluso se puede escribir.
- Permanezca en sintonía con las necesidades emocionales del paciente. El paciente debe participar en todas las actividades y conversaciones relacionadas con su plan de cuidados.
- Defienda el derecho del paciente a usar audífonos durante la realización de pruebas o procedimientos diagnósticos, siempre que sea posible. Recordar que el dolor y la fatiga pueden afectar la capacidad de comunicación.

PRESBIACUSIA

"Se considera la presbiacusia como un trastorno de la audición asociado con diferentes tipos de disfunción del sistema auditivo, periférico o central, que acompaña al envejecimiento y que no puede explicarse por condiciones extraordinarias de otro traumatismo, genéticas o patológicas".

La pérdida de audición es considera por varios autores como un problema de salud pública. "Después de la hipertensión y de la artritis, la presbiacusia se considera el tercer problemas crónico más importante para la salud de las personas mayores".

Entre los factores etiológicos que influyen directamente en la presbiacusia cabe destacar:
- Influencia de la edad: la pérdida auditiva se inicia entre los 40-50 años y progresa con la edad especialmente a partir de los 70-80 años.
- Predisposición genética: se ha demostrado que existe una prevalencia más importante en determinados grupos familiares.
- Factores neurometabolicos endógenos: las enfermedades que comportan anoxia, entre otras, facilitan la aparición.
- Factores exógenos de gravedad: antecedentes de exposición al ruido o presencia de fármacos ototoxicos.
- Factores funcionales: el aislamiento o la falta de corrección del déficit auditivo empeoran la pérdida de audición.

Esta pérdida disminuye la calidad de vida, ya que pone en peligro el intercambio de información lo que supone un importante impacto para las personas de edad avanzada. Los efectos demostrados de la presbiacusia son:
- Reacciones emocionales como soledad, aislamiento, depresión…

- Reacciones de comportamiento tales como faroles, culpabilidad…
- Reacciones cognitivas como confusión, menos autoestima…

USO DE PRÓTESIS AUDITIVA

Cuando a una persona se le observa un problema de audición es necesario mandarlo al otorrinolaringólogo para que realice las pruebas necesarias. Una vez diagnosticada la pérdida se le recomendará el uso de una prótesis auditiva o audífono. Son numerosos los estudios que demuestran que el uso de audífono mejora la comprensión oral.

Se eligieron 31 pacientes con pérdida auditiva bilateral, neurosensorial y moderada. Ninguno de los pacientes había llevado audífono anteriormente. Se recogen los datos de la prueba de percepción del lenguaje de las palabras monosílabo en 4 situaciones distintas:

- Sin audífono y sin lectura labial.
- Sin audífono y con lectura labial.
- Con audífono y sin lectura labial.
- Con audífono y con lectura labial.

Tabla 1(Anexo I): Resultados de las pruebas en los 31 pacientes en las 4 situaciones distintas. Al compara r los pacientes sin audífonos el 100% obtuvo mejores resultados con la lectura labial. En cuanto a al comparar los resultados sin audífono y con audífono pero sin lectura labial el 100% mejoró.

El uso de lectura labial es una estrategia de comunicación de la que pueden beneficiarse la mayoría de los pacientes con discapacidad auditiva.

"Blamey et al. (1989) describe que cuando el oído no ofrece la información adecuada sobre el habla, el aspecto visual y táctil se puede utilizar como canales sensoriales adicionales o alternativos, y por lo tanto, deben ser utilizados con el objetivo de aumentar el potencial de comunicación de las personas con audición pérdida".

Se comparan los resultados Cuestionario de Calidad de Vida Organización Mundial de la Salud antes y después de colocar una prótesis auditiva. En 30 individuos mayores de 60 años con pérdida bilateral neurosensorial moderada. Se puede notar una mejora, todos los participantes clasifican su calidad de vida como buena o muy buena después de la colocación de la prótesis.

En cuanto a la salud de los pacientes, después de colocar al audífono todos los pacientes eran felices según el cuestionario. Sugiriendo que para algunos pacientes que se encontraban en un reto para oír antes de la prótesis, se asoció con un problema de salud. Sobre las relaciones personales entre el paciente y los amigos, parientes, compañeros de trabajo, conocidos, la mitad quedaron muy satisfechos. Los sentimientos negativos continuaron en los ancianos después de la adaptación

de la prótesis. Esto se debe a que perder la agudeza auditiva no es la única razón para la depresión en ancianos, la ansiedad y otras emociones.
En un estudio realizado en 43 adolescentes sobre la comunicación, formación académica y socialización da los siguientes resultados:
De los adolescentes que acuden todavía a la escuela un 91.6% afirma usar audífono.
El 88.4% afirma usarlo en sociedad, mientras que un 11.6% afirmó no usar ningún tipo de prótesis auditiva en sociedad. De los adultos trabajando un 83.3% usa el audífono en el trabajo y un 81,4% lo usa en casa.
Los resultados indicaron que todos los 43 jóvenes adultos con pérdida auditiva que participaron en el estudio eran socialmente activos. La mayoría de los adultos jóvenes (88%) reportaron tener un grupo estable de amigos y 95% de ellos reportaron haber tenido un mejor amigo. Un porcentaje menor (31%) reportaron haber tenido un novio o novia. Veinte y nueve adultos jóvenes (67%) reportaron haber tenido un amigo con una pérdida de audición, y 15 (34,9%) informaron de que pertenece a un grupo organizado de personas con pérdida de la audición.
Los resultados de este estudio indican que este grupo de adultos jóvenes con audición pérdida ha sido capaz de funcionar eficazmente dentro de la escuela integrada y entornos de la comunidad. Variables como los niveles de audición, las tecnologías, los servicios de apoyo prestados en las escuelas, y los niveles de habilidad de los educadores, entre otros, ha influido en los resultados.

INFLUENCIA DEL RUIDO EN LA AUDICIÓN

El ruido es un aspecto a tener en cuenta en la pérdida auditiva. La exposición prolongada a ruidos de gran intensidad sin protección puede provocar una pérdida auditiva mayor y a edades más tempranas.
En un estudio realizado en Suecia a 276 trabajadores en una fábrica de maquinaria de papel, se obtuvieron audiogramas desde el comienzo del estudio en 1978 hasta 2008.
Además se midió el ruido al que estaban expuestos los trabajadores variando desde 77 a 109 dB16.
Los resultados del estudio muestran una asociación entre el riesgo de pérdida auditiva y la exposición combinada a ruido y vibraciones. El riesgo de pérdida aumenta con el tiempo de exposición.
Se comparó a un grupo de 118 personas con un rango de edad de entre 30 y 60 años que trabajaban de maquinistas con un grupo de control de 30 personas no expuesto al ruido. Los maquinistas estaban expuestos al ruido del motor de 86 dB una media de 8-10 horas. Ninguno de los participantes tenía pérdida anteriormente ni ningún problema en el oído.

Se estudia la capacidad de reconocimiento de la voz mediante el uso de una frase hecha a medida. La frase se presentó al azar a los sujetos a 80 dB (SPL) a través de unos auriculares conectados a un ordenador.
Los resultados muestran un deterioro de la capacidad de procesamiento y del habla de las personas expuesta al ruido en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La pérdida auditiva que afecta a algunas personas dificulta la comunicación. Este problema es y ha sido objeto de estudio por parte de los profesionales da la salud, por las consecuencias que lleva asociadas.
Cuando se sospecha de la existencia de un problema de audición se deberán realizar las pruebas diagnósticas necesarias y en caso de confirmar la pérdida tomar las medidas necesarias, para evitar que el problema se agrave.
Dependiendo del momento, el grado, tipo y causa de la pérdida, las consecuencias serán sobre la persona serán diferentes.
Los paciente con problemas auditivos que acuden a la consultas de los profesionales de la salud tienen dificultades para comprender a estos cuando hablan. Se deben utilizar técnicas que les ayuden a comprender lo que dicen, haciendo que los pacientes participen activamente en su salud. La utilización de intermediarios no se considera útil por interrumpir la plena participación del paciente en su salud.
Las técnicas más importantes que debe utilizar la enfermera al comunicarse con una persona con problemas de audición se pueden resumir en:
- Evitar ocultar la cara, hablar mirando al paciente.
- Utilizar la comunicación no verbal.
- Hablar fuera de zonas de ruido.
- Defender el uso de audífonos siempre que sea posible.
- Aumentar el volumen de voz, si procede.
- Comprobar que el paciente ha entendido las indicaciones dadas.

Es importante que las enfermeras observen a los niños durante la consulta para poder realizar una detección precoz de la pérdida y así poder tomar lo antes posible las medidas necesarias. En el caso de niños con problemas de audición los estudios demuestran que el apoyo proporcionado por los profesionales de la salud, el uso de prótesis auditivas y una escuela integrada, hace que estos niños estén más integrados en la sociedad.

Las presbiacusia una enfermedad que afecta a un gran número de ancianos que puede producir dificultades en la comunicación y hacer que aparezcan sentimientos de soledad, depresión, confusión… Se debe de tener en cuenta esta enfermedad cuando se habla con ancianos en la consulta además de sus consecuencias.

Los estudios realizados sobre el uso de prótesis auditivas demuestran que mejoran la comprensión oral y la calidad de vida de las personas usuarias. El uso de la lectura labial también es un factor de gran ayuda en la comunicación, por lo que siempre una enfermera hable con un paciente debe hacerlo mirando hacia dicha persona.

El ruido es un factor a tener en cuenta en los problemas de audición. La exposición prolongada produce problemas mayores y a edades más tempranas, afectando a la capacidad de procesamiento y la capacidad del habla. Además a más tiempo de exposición se observan mayores problemas.

6 Bibliografía

1. Donato Nóbrega J, Batista de Andrade A, Soares Pontes RJ, Magalhaes Bosi ML, Tavares Machado MM. Identidade surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais. Ciênc. saúde coletiva.

2. Scarpitta TP, Vieira SS, Dupas G. Identificando necessidades de crianças com deficiência auditiva: uma contribuição para profissionais da saúde e educação. Esc Anna Nery.

3. Pelle JE, Troiani V, Grossman M, Wingfield A. Hearing Loss in Older Adults Affects Neural Systems Supporting Speech Comprehension. JNEUROSC.

4. Alves Cardoso AH, Gomes Rodrigues K, Márcia Bachion M. Perception of persons with severe or profound deafness about the communication process during health care. Latino-Am. Enfermagem.

5. Angulo Jerez A, Blanco López de Lerma JL, Mateos Álvarez F. Audioprótesis: Teoría y práctica. 4ºed. Barcelona: Masson; 2004.

6. Gil-Carcedo LM. Otología. 2ºed.Valladolid: Panamericana; 2005.

7. Sommers MS, Hale S, Myerson J, Rose N, Tye-Murray N, Spehar B. Listening comprehension across the adult lifespan. Ear Hear.

8. Woods DL, Yund EW, Herron TJ. Measuring consonant identification in nonsense syllables, words, and sentences. JRRD. 2010; 47(3) 243-260.

9. Freitag Pagliuca LM, Gregório Fiúza NL, Almeida Rebouças CB. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. Esc Enferm USP.

10. Lucias LJ, Matthews-Flint LJ. Consejos acerca de la pérdida de audición: Lo que nos cuentan dos profesionales de enfermería con experiencia de primera mano. Nursing.
11. Abelló P, Prado Venegas M, Gou J, Valero J, Rubio I. Presbiacusia. Exploración e intervención. Reflexiones y pautas de actuación. Barcelona: Elsevier; 2010.
12. Ciorba A, Bianchini C, Pelucchi S, Pastore A. The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. Clin Interv Aging. 2012; 7. 159-163.
13. Bannwart Dell'Aringa AH,Satico Adachi E, Dell'Aringa AR. Lip reading role in the hearing aid fitting process. Rev. Bras. Otorrinolaringol.
14. Capoani Garcia Mondelli MF, Soalheiro de Souza PJ. Quality of life in elderly adults before and after hearing aid fitting. Braz. j. otorhinolaryngol.
15. Eriks-Brophy A, Durieux-Smith A, Olds J, Fitzpatrick EM, Duquette C, Whittingham J. Communication Academic and Social Skills of Young Adults with Hearing Loss. The volta review.
16. Pettersson H, Burström L, Hagberg M, Lundström R, Nilsson T. Noise and hand-arm vibration exposure in relation to the risk of hearing loss. Noise and health.
17. Ajith Kumar U, Ameenudin S, Sangamanatha AV. Temporal and speech processing skills in normal hearing individuals exposed to occupational noise. Noise and health.
18. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009 - 2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E.Clasicación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elseiver; 2009
20. Bulenchek GM y Mccloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5 ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

Capítulo 46

ESTRÉS EN LOS PACIENTES QUE HAN PASADO POR CUIDADOS CRÍTICOS

JULIETA ALONSO SOTO

ZAIDA GARCÍA BURON

ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO

RICARDO ELORRIAGA CLARACO

ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ

1 Introducción

El estrés se puede definir como una amenaza real o supuesta, un sentimiento de tensión física o emocional. En el proceso de salud/enfermedad, los seres humanos nos encontramos susceptibles a experimentar sentimientos y emociones por las percepciones personales y sociales que se modifican según los estímulos del entorno.

Cuando existen necesidades de cuidado intensivo, nos encontramos expuestos a nuevos condicionantes, como pueden ser: la soledad, el miedo a lo desconocido, los cambios anímicos o la percepción de riesgo de muerte.

2 Objetivos

- Identificar los factores que generan el estrés en el paciente crítico.
- Intentar mitigar el estrés de esos pacientes críticos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cuiden y Lilacs así como protocolos de hospitales españoles en un periodo de tiempo comprendido entre 2000-2019 y aplicando un filtro de idioma (artículos / trabajos publicados en castellano) con un gran número de artículos, de estos fueron seleccionados 10 para ser analizados en profundidad. Los descriptores utilizados fueron: Estrés, Enfermería, Cuidados críticos.

4 Resultados

El estrés consta de 3 etapas:

1. Alarma: cualquier alteración provocada ante la detección de una amenaza; la respuesta siempre será la lucha o la huida.
2. Resistencia: el cuerpo trata de adaptarse ante la prolongación de la alarma.
3. Agotamiento: cuando el organismo ha estado luchando contra el estrés durante mucho tiempo, los recursos acaban agotándose.

Los factores estresores en la UCI, son:

- Ambientales: los ruidos, la luz permanente…
- Fisiológicos: el dolor, la sed…
- Sociales: la difícil comunicación, el escaso tiempo de visita (aunque esto está cambiando), la falta de intimidad…
- Emocionales: la aparición del temor, el miedo.

Todos estos factores influyen de una manera directa en el sueño/descanso del paciente, y esto está directamente relacionado con la recuperación del paciente. Una vez identificados los factores estresantes, nuestra actuación debe ir encaminada a mitigar esas situaciones y/o sentimientos.

5 Discusión-Conclusión

El paso por las Unidades Criticas supone estar sometido a factores estresantes (fisiológicos, ambientales, sociales y emocionales), por lo que la actitud del personal es muy importante, siendo fundamental la humanización de los cuidados, para así favorecer una temprana recuperación.

6 Bibliografía

- Beltrán, O. (2009). La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. Invest Educ Enferm, 34-45.
- Berg, A. F. (2006). Información preoperatoria en los pacientes de la uci para reducir la ansiedad durante y después de la estancia en UCI: Protocolo de un ensayo controlado aleatorio. BMC Nursing, 56-62.
- Fernandes, L. R. (2013). Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. Enfermería Global, 22-34.

Capítulo 47

LA TUBERCULOSIS.

YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ

LAURA MONTES PÉREZ

AIDA VALLINA RIESTRA

DAVID SUÁREZ CASTRO

1 Introducción

La tuberculosis es una enfermedad producida por una bacteria llamada Mycobacterium tuberculosis. Es de transmisión aérea, y afecta a los pulmones.
Aproximadamente un tercio de la población mundial tiene la enfermedad latente. El riesgo de que la enfermedad se active es mayor en personas inmunodeprimidas.
Los síntomas de la enfermedad activa son: tos productiva, fiebre, dolor en el pecho, pérdida de peso, debilidad generalizada o fatiga, sudores.

2 Objetivos

- Conocer la actualidad sobre la tuberculosis hoy en día.
- Describir los métodos de diagnóstico de la tuberculosis, así como su tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científi-

fica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Los descriptores utilizados en la red fueron los siguientes: tuberculosis, vigilancia epidemiológica, epidemias, diagnóstico.

4 Resultados

- El diagnóstico en muchos países se realiza mediante la baciloscopia de esputo, sin embargo, no es muy fiable, ya que la mitad de los casos no se podrían detectar con este método.
- La prueba rápida Xpert MTB/RIF® es el método que recomienda la OMS para un diagnóstico eficaz. Es rápido (sólo tarda 2 horas) y además detecta la resistencia a la rifampicina.
- El tratamiento de la forma activa sensible a los antibióticos consiste en cuatro medicamentos antimicrobianos durante un periodo de 6 meses.

5 Discusión-Conclusión

- La tuberculosis hoy en día es una enfermedad tratable y que tiene cura, aunque es la causa principal de muerte de personas VIH-positivas.
- La tuberculosis multirresistente supone una crisis de salud pública y una amenaza a la seguridad sanitaria.
- La incidencia de tuberculosis a nivel mundial disminuye un 2% al año.

Se calcula que entre 2000 y 2018 se salvaron 58 millones de vidas gracias al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. (2020). ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata?
- Cdc.gov. (2020). Prevención de la tuberculosis | Datos básicos sobre la tuberculosis | TB | CDC.
- Grupo de Trabajo de expertos en tuberculosis y Grupo de trabajo de Salud Pública para la prevención y control de la tuberculosis. Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. En: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Capítulo 48

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN ENFERMERÍA.

PATRICIA PÉREZ IGLESIAS

1 Introducción

Se entiende como riesgo laboral a los peligros existentes en una profesión y tarea profesional concreta, así como en el entorno o lugar de trabajo, susceptibles de originar accidentes o cualquier tipo de siniestros que puedan provocar algún daño o problema de salud tanto físico como psicológico. La mejor forma de evitar los riesgos laborales es a través de su prevención mediante la implementación de un Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo.

El riesgo laboral se denominará grave o inminente cuando la posibilidad de que se materialice en un accidente de trabajo es alta y las consecuencias presumiblemente severas o importantes.

Los profesionales de enfermería son los que están más cercanos a los pacientes, por lo que son los que mayor riesgo tienen a una exposición a enfermedades infecciosas, y como consecuencia de ello a tener posibilidad de un accidente laboral con material corto-punzante. De los accidentes en el personal sanitario, según diferentes estudios, el 45% lo sufre el personal de enfermería.
Se puede definir Bioseguridad, como la seguridad del personal sanitario frente a los posibles riesgos biosanitarios a los que se encuentran expuestos durante su actividad profesional. Con el conocimiento y la prevención de dichos riesgos por parte del personal de enfermería, podremos eliminar o reducir al mínimo los accidentes de trabajo, o las enfermedades profesionales.

2 Objetivos

Conocer cuales son los principales riesgos laborales existentes en la profesión de enfermería, así como buscar actividades preventivas que supongan una alternativa a la manera de proceder y que permitan evitar y reducir los accidentes laborales.

3 Metodología

Este trabajo ha sido elaborado a partir de una revisión bibliográfica de carácter sistemático. Se ha realizado una búsqueda de literatura científica, actual y relevante sobre el tema a tratar y con el propósito de dar respuesta a los objetivos planteados en el proyecto. Para elaborarlo se procedió a la pregunta clínica: ¿Cuáles son los principales riesgos laborales en enfermería?,
PREGUNTA PIR:
¿Cuáles son los principales riesgos laborales en enfermería?
Paciente/población
Personal de enfermería
Intervención
Establecer actividades preventivas que eviten y reduzcan los accidentes laborales.
Resultados
Planes de actuación
Responsabilidad de las empresas
Principales riesgos
(Tabla 1, elaboración propia)
Esta revisión se centró por lo tanto en reconocer el funcionamiento inmunológico del organismo humano. Como estrategia de búsqueda se seleccionaron Descriptores de Ciencias de la Salud (DECs) y Medical Subject Headings (MeSH) combinados con el operador booleano AND. Se ha realizado la búsqueda tanto en bases de datos generales de literatura biomédica acreditadas como PubMed, en revistas científicas y en organismos oficiales relacionados con la prevención de riesgos laborales como ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud)
Las palabras clave utilizadas fueron: enfermería, accidentes, riesgo laboral y burnout.
Para valorar la calidad metodológica de los artículos antes de su selección se utilizó un método basado fundamentalmente en la lectura crítica, de manera que fuera posible valorar la adecuación de estos al tema a desarrollar en el proyecto.

4 Resultados

Actividades preventivas:
Un plan de prevención de riesgo laborales es una herramienta a través de la cual se integra la actividad preventiva de una empresa en su sistema de gestión y se establece una política de prevención de riesgos laborales. Para realizarlo se deben conocer: las características de la empresa, su política de prevención, la estructura organizativa para dicha función. Se hará una evaluación de riesgos y se realizará un examen de vigilancia de salud a los trabajadores según el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
Tras conocer cuáles son los principales riesgos laborales a los que se enfrentan los miembros del colectivo sanitario, se ha realizado una lista de medidas preventivas para cada uno de los problemas mencionados, con el fin de que se reduzca la siniestralidad y las lesiones que causen las mismas.
Riesgos de ergonomía:
- Carga física o No estar mucho tiempo en la misma posición, sea sentado o de pie, para evitar la fatiga muscular. o Aprovechar pequeños descansos durante la realización de la tarea para relajarse. o Efectuar suaves movimientos de estiramientos de los músculos. o Utilizar calzado y ropa cómoda. o Evitar giros y torsiones de cuerpo. o Determinar cuáles son las distancias óptimas para conseguir un confort postural adecuado realizando con menor esfuerzo los diferentes movimientos de manipulación. o Manipulación adecuada de pacientes evitando sobreesfuerzos y lesiones.
- Condiciones ambientales:
1. Ruido o Los trabajadores deben conocer los niveles de ruido a que están expuestos en su puesto de trabajo conforme lo establecido por el RD 286/2006. o Aislamiento o sustitución de la fuente de ruido, aislamiento del entorno, protección. o Instalación de sistemas de amortiguadores.
2. Ambiente luminoso o Asegurarse que la iluminación general del local sea suficiente para el trabajo que se está realizando. o Evitar reflejo o deslumbramientos. o Establecer pausas cortas y frecuentes.
3. Ambiente térmico o Estudio de las condiciones ambientales, de la actividad física y de la ropa de trabajo. o Utilizar ropa de trabajo adecuada que permita la transpiración. o Comprobar que los sistemas de refrigeración funcionan correctamente. o Apantallamiento de los focos de calor, ventilación y refrigeración del aire. o Actuar tanto sobre el individuo como sobre el foco del calor, así como sobre el ambiente térmico dotando el local de ventilación general.
Riesgos de seguridad:

- Caídas, resbalones y tropiezos: o Instalar suelos antideslizantes y de fácil limpieza, y realizar un mantenimiento adecuado. o Liberar de obstáculos las zonas de paso y las salidas de emergencia. o Iluminar adecuadamente. o Comprobar el buen estado de las protecciones.
- Choques, golpes y atrapamientos: o Tener una organización correcta del espacio de trabajo. o Tener una iluminación adecuada en las vías de paso. o Delimitar bien las zonas de circulación.
- Riesgos eléctricos: o Alejar cables y conexiones de las zonas de trabajo. • Mantener en buen estado, cables, enchufes y aparatos eléctricos. o No usar los aparatos con las manos mojadas. o No sobrecargar los circuitos y los enchufes con ladrones.
- Riesgo de incendio: o Almacenar los productos inflamables y combustibles aislados y alejados de las zonas de trabajo. o Dotar el lugar de trabajo de sistemas de detección de incendios. o Formar e informar a todos los trabajadores y realizar simulacros. o Mantener las salidas de emergencia libres y bien señalizadas.

Riesgos químicos y biológicos:

Químicos: o Utilice guantes, y si prevé salpicaduras use gafas protectoras. o Renueve el aire de la zona donde se manipulen productos químicos, ventilando cada cierto tiempo por apertura de puertas o ventanas. o Mantenga los envases cerrados. o No utilice contenedores de punzantes, bateas abiertas o sin tapa, para uso o almacenaje de productos químicos. o Identifique correctamente todos los envases, así como los recipientes finales en caso de trasvase y los destinados a residuos. o Recoja los derrames con guantes de goma y empapadores o fregona, limpie con abundante agua y siempre con el lugar bien ventilado.

Biológicos: cortes/pinchazos con objetos punzantes o Antes de utilizar envases o utensilios de vidrio, verifica su buen estado y descarta aquellos con defectos y bordes rotos o astillado, así como también fisuras o excesiva fragilidad. o Prevenga los accidentes biológicos producidos por corte, inoculación o salpicaduras con objetos contaminados de sangre o de otros fluidos biológicos. Utilice siempre guantes. o Durante las extracciones utilice el contenedor de punzantes de forma individual y no sobrepase el límite de llenado. o Es recomendable llevar un contenedor adecuado en la bolsa de avisos domiciliarios, deseche el material punzante en el contenedor inmediatamente tras su uso, coloque el instrumental utilizado durante la asistencia en lugares adecuados para ello (bateas, cajas de instrumental, etc.), no deje material sobre superficies como camas, sillas, etc. o Utilice agujas, jeringas, catéteres y palomillas con sistemas de seguridad. No reencapuchar.

Riesgo de contacto térmico: o Sigue los procedimientos de trabajo establecidos

cuando trabajes con materiales o equipos que puedan generar quemaduras por frío o por calor. Debes disponer de las instrucciones adecuadas por escrito para manipular estas sustancias y equipos (equipos criogénicos, unidades calefactoras, etc.). o Utiliza pinzas y guantes térmicos homologados con marcado CE que protejan de las temperaturas de calor o frío que puedan alcanzarse en unidades calefactoras o criogénicas o Las partes del equipo expuestas a temperaturas extremas deben estar protegidas mediante material aislante. Si el riesgo no puede evitarse, deberá estar señalizado de forma visible mediante señal homologada.
Riesgo de proyección de fragmentos, partículas o líquidos: o Utiliza gafas de seguridad y mascarilla o pantalla facial cuando exista el riesgo de proyección de fragmentos o partículas. Si usas gafas correctoras, utiliza gafas de seguridad con cristales correctores adecuados o puestos sobre tus lentes habituales. o Cuando manipules sustancias o fluidos orgánicos contaminados, sigue los protocolos de trabajo establecidos para cada caso. o En caso de impacto de sustancias o partículas sólidas en los ojos, lávalos con abundante agua y, si no dispones de los conocimientos necesarios, consulta inmediatamente con un médico especialista.
Riesgos psicosociales:
1. Estrés:
Mejorar el tiempo de trabajo mediante actuaciones como: o Establecer objetivos y prioridades. o Dejar márgenes de tiempos para imprevistos. o Anticipar tareas para evitar posteriores aglomeraciones. o No prolongar en exceso la jornada habitual de trabajo y compensarla con descanso adicional. o Asegurar una adecuación entre el nivel de responsabilidad del trabajador y de control sobre su trabajo. o Formación e información para adquirir los conocimientos, las capacidades, y las habilidades necesarias para desempeñar las tareas correctamente. o Mejorar los niveles de comunicación para que se facilite la participación de los trabajadores en la toma de decisiones y en el desarrollo de su trabajo. o Individualmente, desarrollar técnicas de afrontamiento de estrés a través de técnicas de relajación.
2. Burnout
A nivel individual: o Desarrollar conductas que eliminen la fuente de estrés. o Estrategias de asertividad: adoptar una actitud positiva ante el trabajo. o Desconectar del trabajo fuera de la jornada laboral. o Tomar pequeños descansos durante la jornada laboral. o Marcarse objetivos reales y fáciles de conseguir. o Practicar técnicas de relajación.
A nivel grupal: o Fomentar las relaciones interpersonales o Fortalecer los vínculos sociales entre el grupo en el trabajo. o Facilitar información y formación.
A nivel organizacional: o Desarrollo de programas de prevención en riesgos psi-

cosociales. o Potenciar la comunicación tanto ascendente como descendente. o Reestructuración y rediseño de los puestos de trabajo. o Establecer de manera precisa y clara el sistema de roles. o Delimitar los estilos de mando y liderazgo. • Proporcionar el trabajo cooperativo.
3. Violencia en el trabajo:
- El trabajador debe:
Comunicar la situación a: Compañeros de confianza, delegados de prevención, comité de Seguridad y Salud, servicio de prevención. o Solicitar la intervención de la empresa.
Comunicarlo a la Inspección de Trabajo.
- La empresa debe:
Evaluar e identificar las situaciones propensas a Acoso.
Adoptar medidas para corregir las deficiencias de la organización como: Fomentar el apoyo entre los trabajadores, fomentar la definición clara de puestos, garantizar el respeto y trato justo.
Definir políticas antiacoso. o Informar y formar tanto a trabajadores como a mandos en la identificación de conductas hostiles.
Definición de tareas y funciones del lugar de trabajo y de las condiciones de este.
Planificación y diseño de las relaciones sociales en la empresa.
Formación de los mandos en habilidades directivas.
Incentivar la motivación para las buenas relaciones laborales.

5 Discusión-Conclusión

Existen varios tipos de riesgos laborales en enfermería, algunos más relacionados con la esfera psicológica de los trabajadores y otros con la esfera física.
• Los trabajadores deben de comunicar a la empresa los problemas existentes y solicitar la intervención de la empresa, aunque en la mayoría de los profesionales no quieren confrontar con la empresa y no se comunica.
• Las empresas tienen la responsabilidad de realizar estudios de calidad y seguridad en el trabajo.
• El burnout es uno de los riesgos laborales más preocupantes en la enfermería.

6 Bibliografía

1. Riesgos sanitarios del personal de enfermería. Codem, 1-9.
3. La Rioja Salud [sede web]. Logroño: Gobierno de La Rioja; 2015.

4. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. Prevención de riesgos psicosociales en el sector de sanidad: Atención Primaria [Internet]. Madrid: 2007
5. Gobierno Vasco. Manual informativo: prevención de riesgos laborales en Atención Primaria: enfermería.

Capítulo 49

CRITERIOS DE INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN QUE DEBEN DE TENER EN CUENTA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA ACEPTAR O DENEGAR DONANTES DE SANGRE.

IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ

SOFIA ÁLVAREZ DÍAZ

BEATRIZ FIDALGO ARDURA

SUSANA ÁLVAREZ LÓPEZ

MARÍA FERNÁNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

A pesar de los años transcurridos desde su introducción en terapéutica, la única fuente de sangre disponible de componentes sanguíneos para la transfusión sigue siendo la donación.

Siendo la donación altruista y no retribuida la única posible en España, es definida por el Consejo de Europa como: "La donación se considera voluntaria, no remunerada cuando la persona dona sangre, plasma o componentes celulares de forma altruista y no recibe compensación económica, ya sea en efectivo o en otra forma

que pudiera ser considerada como sustituto del dinero, incluyendo tiempo libre en el trabajo más allá del razonable para la donación y el desplazamiento".

Siendo el personal facultativo o de enfermería responsables de la sala de donación los primeros responsables de aceptar la donación altruista o no, es su deber conocer los requisitos necesarios que debe de cumplir el donante para que pueda realizar la donación o no.

2 Objetivos

- Dar a conocer tanto al personal sanitario principalmente como a la población en general, los requisitos necesarios a cumplir por parte del donante en las donaciones de componentes sanguíneos.

3 Metodología

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

También se ha buscado información en páginas webs de centros de donación de sangre como la Cruz Roja y similares.

4 Resultados

A la hora de entrevistar al donante, hay que tener bien claro los requisitos limitantes principales, así como otros posibles limitantes que se puedan dar y que no son tan frecuentes. Entre todos ellos nos podemos encontrar:

1. Edad: para empezar a poder donar sangre, hay que ser mayor de edad, 18 años. Del mismo modo, se puede donar sangre teniendo más de 60 años siempre a criterio del médico y dependiendo del estado de salud del donante. Nunca se puede realizar una primera donación si se tienen 60 o más años.
2. Peso: el donante no podrá donar sangre si pesa menos de 50 Kg. Esto es debido a que durante la donación se extraen 450cc, cantidad que no se puede extraer a las personas con ese peso o menos.
3. Ayunas: se recomienda que el donante no esté en ayunas para realizar la donación. Del mismo modo, se les recomienda que no hayan ingerido comidas

copiosas y ricas en grasas.
4. Ejercicio físico: se debe de evitar la realización de ejercicio físico durante al menos 2 horas tras la donación, pues esta puede ocasionar mareos. La realización de este antes de la donación, no es excluyente por si mismo.
5. Tatuajes: Pueden ser donantes siempre y cuando hayan pasado al menos 4 meses desde su realización. Este criterio también se debe de cumplir para los piercings
6. Medicamentos: la toma o no de medicamentos podrá ser excluyente dependiendo del tipo de medicamento y de la razón por la que se esté tomando. a. Medicamentos teratógenos i. Exclusión 3 años: Acitrecina ii. Exclusión 6 meses: Dutasterida iii. Exclusión 1 mes: finasterida, isotretinoina. iv. Exclusión 18 meses: tamoxifeno b. Medicamentos que pueden alterar la función plaquetaria i. Antiinflamatoprios no esteroideos
1. Exclusión 48 horas: aceclofenaco, acetamicin, ácido mefenámico, diclofenaco, dexibuprofen, flubiprofeno, ibuprofeno, indometacina, ketoprofeno, ketorololaco.
2. Exclusión 5 días: diflunisal, fenilbutazona, meloxicam, nabutenoma, naproxeno, piroxicam, sulindaco, tenoxicam. ii. Ácido acetil salicílico: exclusión 5 días. c. Medicación tópica: los antiinflamatorios (esteroideos y no esteroideos), cremas antisépticas, antibióticos y colirios; no son motivo de exclusión. d. Tratamientos diversos: antitabaco, adelgazantes, contraceptivos, hormonales sustitutivos, anticolesterol, antihemorroideo, descongestivos nasales, cortisona interarticular, vitaminas, minerales suplementarios, broncodilatadores, tranquilizantes, ansiolíticos, antidepresivos, analgésicos menores, relajantes musculares, diuréticos, profilaxis antiviral, antiespasmódicos, agentes uricosúricos y laxantes; en general no son motivo de exclusión. e. Quedan excluidos de modo permanente las personas que hayan recibido tratamiento con: i. Hormona de crecimiento no recombinante. ii. Insulina de origen bovino iii. Etrerionato (Tigason): tratamiento para problemas de piel.
7. Hepatitis: si se tuvo esta enfermedad de pequeño, se podrá donar si se padeció la hepatitis A. Nunca se podrá ser donante de sangre si se tuvo la hepatitis B o C.
8. Colesterol: se podrá ser donante sin que el nivel de colesterol influya para ello.
9. Índice de azúcar en sangre: si el donante es diabético a tratamiento con insulina, no podrá donar sangre, pues la donación podría afectarle. Los diabéticos tratados con ADO o con dieta, si pueden donar sangre.
10. Tabaco y alcohol: a. Tabaco: antes de la donación no influye. Después se recomienda esperar 2 horas para evitar mareos. b. Alcohol: su consumo antes de la donación sí que puede contraindicar la misma dependiendo de la cantidad y

el tipo consumido. Después se recomienda esperar hasta al menos 2 horas para consumir bebidas alcohólicas.
11. Intervención quirúrgica: en este caso dependerá del tipo de intervención. a. Intervenciones menores (hemorrides, varices, suturas, hernias,…): no se podrá donar sangre en 7 días o hasta que no se haya recuperado. b. Cirugías mayores (cirugía torácica, fracturas graves, craneotomía, ….): no se podrá donar sangre durante 4 meses.
12. Dentista: el ir al dentista puede ser excluyente dependiendo de lo que te hiciese: a. Revisión: se puede donar sin problemas. b. Limpieza dental: se deberán de esperar 24 horas para la donación. c. Empaste: se deberán de esperar 72 horas para la donación. d. Extracción de pieza dental: se deberán de esperar 7 días para la donación.
13. Viajes al extranjero: a. Europa: se puede donar a excepción de Turquía, Islas de Madeira y Georgia (exclusión de un mes). i. Reino Unido: No se podrá donar si ha sido por una estancia acumulativa superior a 12 meses entre 1980 y 1996, ya sea de forma continuada o intermitente. Tampoco en el caso de haber recibido una transfusión en ese país. b. Fuera de Europa: en todos los casos hay que esperar 1 mes desde la vuelta, pero en el caso de los países con riesgo de malaria se tendrá que esperar un mínimo de 6 meses. i. América: Bermudas, Bolivia, Brasil, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Ecuador, Guayana, Guayana Francesa, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Surinam, Venezuela. ii. África: En todos los países hay una exclusión de 6 meses excepto en Lesotho, Libia, Marruecos, Mauricio, isla Reunión, Santa Helena, Islas Seychelles, Túnez. iii. Asia: Todos menos: Armenia, Bahrein, Brunei Darussalam, Emiratos Árabes Unidos, Israel, Japón, Jordania, Kazajstán, Kuwait, Líbano, Macao, Islas Maldivas, Mongolia, Palestina, Qatar, Singapur, Taiwán, Turkmenistán. iv. Oceanía: Papua Nueva Guinea, Islas Salomón y Vanuatu.
14. Embarazo: durante el embarazo no se puede donar, y después hay que esperar 6 meses desde el parto o desde la finalización de la lactancia materna en caso de haberla. En caso de aborto se deberá de mantener una cuarentena igual al período de gestación.
15. Vacunación: si se ha vacunado contra la gripe, no hace falta esperar. Si la vacuna fue contra la hepatitis, hay que esperar 7 días. Para las demás vacunas (rubeola, varicela,…) hay que esperar 28 días.
16. Acupuntura: si las agujas son desechables, no hace falta esperar. Si no lo son, se deberá de esperar 4 meses para la donación.
17. Hipertensión: se podrá donar siempre que los valores en el momento sean normales, aunque se esté tomando medicación.

18. Convivencia con enfermos de hepatitis: Las personas que convivan con enfermos de hepatitis B o C no podrán donar hasta que no hayan pasado 4 meses desde que finalizó la convivencia.
19. Alergias:
20. Relaciones sexuales: si se mantuvieron relaciones sexuales de riesgo, se deberá de esperar 4 meses para la donación.
21. Pinchazo accidental: si se tuvo algún pinchazo biológico y accidental en el lugar de trabajo, habrá que esperar 4 meses para poder donar.
22. Enfermedades: Quedan excluidas de modo permanente aquellas personas que padezcan enfermedades crónicas importantes como enfermedades cardiovasculares, renales, hepáticas, cáncer o del sistema nervioso central. El haber padecido infecciones como la fiebre Q, la lepra, la babesiosis o la leishmaniasis, aunque se hayan superado, no permiten la donación. No pueden donar las personas que hayan recibido un injerto de duramadre o de esclera, las personas que padecen encefalopatía espongiforme (enfermedad de las vacas locas) ni sus familiares consanguíneos.
23. Anemia: no se podrá donar hasta la recuperación y autorización por el médico de cabecera
24. Alergia: no se podrá donar si se padecen síntomas graves o se está a tratamiento con corticoesteroides.
25. Infecciones leves: como catarros, gripes y similares, se podrá donar 15 días después de la curación.
26. Infecciones graves: como la tuberculosis, la brucelosis, etc. Requieren periodos de exclusión que pueden oscilar entre al año y los tres años.
27. Transfusión: si se recibió alguna transfusión, habrá que esperar 4 meses para poder donar.

5 Discusión-Conclusión

Es deber del personal sanitario encargado, de recibir en un primer momento a los donantes, de conocer los requisitos necesarios para dar de paso o no la donación, de este modo se reducirán los riesgos tanto para el donante como para el paciente al que se le va a transfundir el hemocomponente.

6 Bibliografía

- Sangre B de. ¿Puedo donar? [Internet]. Banco de Sangre. [citado 24 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.donarsang.gencat.cat/es/

- Comunidad de Madrid - HOME - Cruz Roja [Internet]. [citado 24 de enero de 2020]. Disponible en: http://www.cruzroja.es/principal/web/comunidad-de-madrid
- Cruz Roja Asturias [Internet]. [citado 24 de enero de 2020]. Disponible en: http://www.cruzroja-asturias.org/
- Evolucion histórica del cuestionario de donantes de sangre [Internet]. [citado 24 de enero de 2020]. Disponible en: http://www.sets.es/index.php/127-boletin-online/461-evolucion-historica-del-cuestionario-de-donantes-de-sangre

Capítulo 50

INFLUCENCIA DE LA FAMILIA Y LAS REDES SOCIALES EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

AINARA MARTINEZ ROMERO

1 Introducción

"Los trastornos alimenticios son un grave problema de salud pública que afecta, generalmente, a un gran número de mujeres en las sociedades occidentales. Actualmente, existen características actitudinales y conductuales hacia el peso, la figura y el comer comunes en la mayoría de las mujeres, o normativas dentro de nuestro contexto sociocultural, como el uso de dietas para bajar de peso, insatisfacción con la figura, el peso y el deseo de pesar menos. La práctica de algunas de estas conductas puede ser el detonante de una patología más grave. Estos trastornos son enfermedades que se desarrollan principalmente en la adolescencia o en mujeres jóvenes de edades entre los 12 y 25 años" (Unikel, 1999).

Realmente el prototipo de las modelos es el aspecto que influye en la belleza, no la moda dado que hubo épocas previas, como los años 45-50 en los que la mujer rellena era bien vista.
Además, hay una marcada influencia del ámbito familiar en el que se produce el aprendizaje y la asimilación de conceptos en la infancia, en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Existen determinados aspectos relacionados con la comida, la figura y el peso se transmiten de padres a hijos, especial-

mente de madres a hijas, considerándose factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

La frecuencia de los TCA es mayor en el sexo femenino y se genera, normalmente, por la combinación de factores individuales y familiares junto a la presión cultural por estar delgadas.
Los dos principales TCA son la anorexia y la bulimia. La anorexia se caracteriza por un rechazo al mantenimiento del peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. La bulimia, sin embargo, consiste en la realización de atracones desenfrenados de comida que dan lugar a sentimientos de malestar físico y emocional y a la realización asociada de conductas compensatorias o purgas.
La publicidad es el principal medio de comunicación, en el que se muestra un estereotipo de mujer ideal basado en la extrema delgadez que la sociedad persigue para cumplir los cánones establecidos.

2 Objetivos

- Conocer la influencia del entorno familiar y la sociedad en la aparición y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática de bibliografía en las bases de datos Scielo, Dialnet, Google Académico y PubMed. Las palabras clave empleadas son TCA, trastornos alimenticios, anorexia, bulimia, redes sociales, food disorder, entorno familiar combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Como criterios de inclusión se emplearon textos gratuitos en español e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente a 1995.

4 Resultados

La adolescencia es la etapa en la que mayor vulnerabilidad existe para el desarrollo de trastornos de la alimentación, especialmente en mujeres que realizan una modificación de su alimentación con el fin de alcanzar el “ideal de belleza” impuesto por la cultura occidental. Los adolescentes aceptan o rechazan su imagen

corporal y realizan dietas y otras conductas sin control por la presión social por ser delgado.

Todos diseñamos una identidad y cuando la materializamos, damos forma a los rasgos de nuestra personalidad. Para ello, partimos de distintos modelos que pueden proceder de la familia y los recibimos como herencia cultural o de modelos que tomamos de diversos medios en los que pasamos gran parte de nuestro tiempo, como las redes sociales. Aquellos adolescentes que suelen usar otros medios para diseñar su imagen personal, entienden que su mundo se reduce a su apariencia física y que por ello, su éxito social y personal dependerá de ella.

5 Discusión-Conclusión

Los estereotipos de "mujer ideal" observados en medios de comunicación y publicitarios son productos llevados a cabo por las empresas que las promocionan, determinado de esta forma el "modelo ideal". Por ello, comienzan a surgir conductas relacionadas con la preocupación por adelgazar, la insatisfacción con la imagen corporal y la práctica de dietas continuas.

Las redes sociales han pasado a convertirse en aparentes familias de los adolescentes que las utilizan. En ellas se determinan distintos patrones de conductas buenas y malas.
Es muy importante la realización de educación nutricional a pacientes y familias. En muchas ocasiones, además los padres tienen un gran desconocimiento del manejo que sus hijos hacen de las redes sociales, por lo que es necesario informarles de la influencia y el riesgo que suponen para sus hijos.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Lazo M, Hernández Camacho JD, Bolaños Ríos P, Ruiz Prieto I, Jauregui Lobera I. Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Nutrición Hospitalaria [revista en internet] 2015 [acceso enero 2020], 32 (4); 1786-1795. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n4/53originalotros02.pdf
2. Beatriz Lozano Sánchez. La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. In crescendo [revista en internet] 2012 [acceso enero 2020], 3 (2); 299-311. Disponible en: https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/124/85

Capítulo 51

RIESGOS Y MANEJO DE LA VUELTA DE CORDÓN UMBILICAL.

TAMARA GIL BLANCO

SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS

CLARA CASAS PATIÑO

1 Introducción

Durante del parto, aproximadamente entre el 15-30% de los fetos presentan una o varias vueltas de cordón, conocidas también como cordones nucales.
Se define ”cordón nucal” a la complicación del embarazo en la que el cordón umbilical se enrolla alrededor del cuerpo fetal una o más vueltas. En algunas ocasiones estas vueltas de cordón alrededor del cuello no afectan al proceso del parto, pero hay veces que pueden comprometer el flujo sanguíneo al feto, afectar al transporte de oxígeno, al desarrollo del feto y presentar complicaciones durante el parto.
El cordón umbilical tiene una media de longitud de unos 50-70 cm en una gestación a término. Se ha comprobado que fetos en presentaciones cefálicas, tienen el cordón más largo que en las presentaciones pélvicas. Además, es más frecuente la incidencia de vuelta de cordón en aquellos cordones largos, en casos de hiperactividad fetal, en localizaciones posteriores de la placenta y en fetos de sexo masculino.
La presencia de vueltas de cordón se incrementa al aumentar las semanas de gestación. La mayoría de ellas son transitorias y no suelen persistir más de 4 sem-

anas. Existe un estudio que muestra que la mayor incidencia de vueltas de cordón también se eleva a partir de las 38 semanas de gestación aproximadamente.
Dichas vueltas de cordón se presentan en gran número de partos y actualmente existe mucha controversia entre los profesionales que los atienden respecto a su manejo en el expulsivo. La mayor parte de los profesionales opta por un manejo activo de la situación, mientras que un porcentaje menor prefieren no intervenir. Todas estas actuaciones en ocasiones se ven relacionadas con efectos perinatales adversos.
Por todo esto se realiza una revisión bibliográfica para recopilar la evidencia existente en relación con el manejo de las vueltas de cordón en el expulsivo, poder unificar criterios de actuación y garantizar una asistencia de calidad.

2 Objetivos

Actualizar las prácticas profesionales ante dicha situación y presentar las maniobras recomendadas para solucionar este tipo de problemas en la fase expulsiva del parto.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de datos centrado en los periodos comprendidos entre el 2010- 2019 en PubMed, sCielo, Cochrane Plus, Dialnet, CUIDEN y Medical Heritage Library.
También se han revisado protocolos y guías de práctica clínica. Y se han utilizado artículos científicos antiguos puesto que es importante conocer cómo se resolvían las vueltas de cordón a lo largo de la historia.

4 Resultados

Los diferentes estudios encontrados nos hablan de que las vueltas de cordón son normales durante la etapa intrauterina y que la influencia de la presencia de las mismas con un crecimiento del feto inadecuado rara vez ocurre.
Las vueltas de cordón durante la gestación aparecen y desaparecen de igual manera, por ello, su diagnóstico durante este periodo no suele tener eficacia y no altera los procedimientos de cara a su manejo durante el parto. No se asocia la presencia de vueltas de cordón con el desprendimiento prematuro de placenta ni con cesáreas.

A la realización de eco-Doppler, no se aprecian diferencias en relación a alteraciones en el flujo de la arteria cerebral media ni en la umbilical al presentar el feto una circular de cordón. Se piensa que son los movimientos fetales los causantes de que se enrolle el cordón en el cuello u otras estructuras del feto, y cuando unimos movimientos excesivos con la presencia de cordones largos se predispone a su desarrollo, pero esto no explica por qué unos fetos presentan vueltas y otros no.

En lo que se refiere al manejo durante el parto de las vueltas de cordón, la bibliografía y los textos encontrados hablan de dos situaciones: el cordón deberá aflojarse y deslizarse por la cabeza fetal o sobre los hombros para reducir la circular en el momento del expulsivo o bien si no se pudiesen realizar estas maniobras para reducirlo por la presencia de una vuelta prieta, se deberá pinzar el cordón y seccionarlo antes de la salida de los hombros del bebé. Y sin embargo en otros textos más antiguos se aconseja aflojar la vuelta de cordón deslizándola sobre los hombros o la cabeza fetal y si no es posible, no cortar el cordón y dejar que el bebé nazca, ya que la vuelta de cordón no impedirá su salida.

Los estudios más actuales no recomiendan cortar el cordón ya que exponen que un corte temprano del cordón podría llegar a ser peligroso en casos en los que el nacimiento del bebé se retrasa, como es el caso de las distocias de hombros. Otros autores no descartan el corte una vez que haya salido el hombro posterior y nos cercioremos de que no se va a producir una distocia de hombros.

Según el Ministerio de Sanidad, la Federación de Asociaciones de Matronas de España, la Asociación de Ginecología y Obstetricia recomiendan dejar el cordón intacto y no pinzar hasta que deje de latir. Uno de los beneficios de dejar el cordón intacto sería la corrección del desequilibrio ácido- base por parte de la circulación placentaria. El efecto de esta transfusión de sangre también hace que los niveles de hierro, hematocrito y ferritina se incrementen, protegiendo al recién nacido de la anemia infantil.

5 Discusión-Conclusión

Se ha visto que las vueltas de cordón pueden asociarse a resultados perinatales adversos, como la presencia de meconio, patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal durante los estadios finales del parto, así como alteraciones hematológicas del flujo sanguíneo a través del cordón umbilical. Podemos concluir tras esta revisión, que no existen criterios unificados en cuanto a su manejo durante el parto. En relación a los efectos perinatales adversos, los estudios no muestran con exactitud que la vuelta de cordón sea la causante de los mismos, pero sí que

son efectos temporales que se resuelven sin problemas en la mayoría de los casos. Se piensa como exponen varios autores, que la no disección del cordón umbilical ayudaría a perfundir los tejidos del bebé que ha sufrido una restricción temporal de flujo sanguíneo a consecuencia de la vuelta de cordón durante el parto. No se ha encontrado estudios comparativos entre el manejo activo y pasivo de las vueltas de cordón y podría ser una de las líneas de investigación futuras para poder unificar criterios y así determinar cuál sería la mejor actuación.

6 Bibliografía

1. Spellacy WN, Graven H, Fisch RO.The umbilical cord and complications of true knot, nucal cords, and cords around the body.Am J Obstet Gynecol 1966;94:1136–1142.
2. Sherer DM, Manning FA. Prenatal ultrasonographic diagnosi of nuchal cord(s): disregard,inform, monitor or intervene? Ultrasound Obstet Gynecol 1999;14:1– 8.
3. Romero Salinas G, Viveros Alcaraz M, Gil Yoguez J, Torres Cosme M, Bobadilla Lugo RA, Gutiérrez Cárdenas ME, et al. La frecuencia cardiaca en fetos con circular de cordón. Clin Invest Ginecol Obstet. 2013; 40(5):207-12.
4. RamosGRincón,A.,& CruzGUtrilla, A. Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. Matronas profesión2015; 16:3, 103G107.
5. García EO, Sacristán AR, Rivas AG, Pinillos BM. Evidencia científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical. Matronas Prof. 2009; 10(2):25-8.

Capítulo 52

APLICACIÓN DE MÉTODO COREQ COMO SISTEMA DE VERIFICACIÓN EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

MARLENE DEL VALLE FERNANDEZ

MARIA DEL PILAR CUERVO ÁLVAREZ

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

INMACULADA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

En sanidad estamos acostumbrados a la investigación cualitativa, siendo los más conocidos los ensayos clínicos, si bien debemos tener en cuenta que a veces este tipo de investigación se quedan cortas. Cuando necesitamos conocer un fenómeno de manera más completa, teniendo en cuenta las vivencias y experiencias de los pacientes debemos recurrir la investigación cualitativa.
L a investigación cualitativa, se define como un método de estudio obtiene la información de diferentes formas como entrevistas, conversaciones, registros, memorias, entre otros, con el propósito de indagar en su significado profundo y así evaluar, e interpretar información obtenida.
La investigación cualitativa tiene unas características definitorias, que la diferencias sustancialmente de la propia cuantitativa. Su principal característica es la función interpretativa esto conlleva una análisis de todos los elementos del la

comunicación desde el lenguaje (escrito, hablado, gestual o visual, los comportamientos, las representaciones simbólicas y las cualidades de los procesos de intercambio. En segundo lugar otro elemento importante es el campo, ya que condiciona al informante y al investigador y es fundamental para dar contexto a la interpretación del fenómeno.
Una De las principales diferencias con la cuantitativa es, que la cualitativa,) No plantea hipótesis. Plantea preguntas abiertas, construye interpretaciones y conclusiones sobre los fenómenos estudiados.
Ello le confiere una visión holística, esto hace que su objeto de estudio responda una cultura, cuyos valores debe respetar para que el análisis sea válido. Pero se enfrenta también a un riego, ya que puede verse afectado por los prejuicios o juicios de valor que porte el investigador.
Metodológicamente la cualitativa se clasifica en Estudio de casos, Investigación etnográfica , Investigación participativa Y Investigación-acción. Y este tipo de estudio. Las técnicas de la investigación , son observación participante, grupos focales , entrevistas (estructuradas y no estructuradas) historias de vida (implica registros audiovisuales) ,cuestionarios abiertos, notas de campo, diálogo arqueo de fuentes. Y producción y revisión de documentos.

Tanto en estudios cuantitativos como cualitativos, se emplean unas serie de guías para garantizar que cumplen una serie de criterios de calidad metodológica. En el caso de la cualitativa se usa el COREQ (acrónimo en inglés de "criterios consolidados para informar y publicar sobre investigaciones cualitativas") Mediante una checklist de 32 elementos .Esta lista está creada en base a búsqueda bibliográfica y pretende ayudar al investigador a explicar aspectos importantes en cuanto a la metodología de su estudio.

2 Objetivos

Revisar los aspectos del diseño de la investigación cualitativa relacionados con el marco teórico, el emplazamiento y selección de participantes que recoge la guía COREQ en su dominio 2 dedicado al diseño del estudio.
Analizar los artículos desde el punto de vista metodológico destacando la influencia del investigador y su posición en el estudio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas durante el mes de enero de 2020 y seleccionando 4 artículos para aplicar la metodología COREQ.

4 Resultados

Respecto al primer análisis referente al tipo de estudio, "Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo", en la página 19, apartado: Material y Métodos, en la segunda línea indica: "…el paradigma interpretativo con una perspectiva fenomenológica….", y ya en la última línea del mismo párrafo detalla el tipo de estudio cualitativo: "…al tipo de estudio, se trata de un estudio cualitativo de enfoque exploratorio-inductivo-descriptivo."

En el articulo sobre "Aproximación a la experiencia del paciente y sus cuidadores en la oxigenoterapia domiciliaria" ,en la página 133, apartado :Material y Métodos y subapartado; recogida de datos, en la tercera línea el autor describe la metodología, como cualitativa –fenomenológica "…, se optó por una aproximación metodológica de carácter cualitativo-fenomenológico…"

En el articulo sobre "Estrategias psicosociales para fortalecer el afrontamiento de la enfermedad de Parkinson: perspectiva de pacientes, familiares y profesionales sociosanitarios",en la página 216, apartado: Material y Métodos y dentro de: Diseño del estudio el autor, indica que se trata de un estudio combinado. La segunda fase es la que corresponde con la metodología cualitativa, en el segundo párrafo, segunda línea dice tratarse de un estudio exploratorio "…, corresponde a un estudio exploratorio cualitativo…"

El segundo ítem, sobre la selección de la muestra en el primer artículo sobre "Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo, en la página 19 en la sección: Material y Métodos, segundo párrafo, describe que fueron incluidas todas las mujeres con diagnóstico de aborto hasta 12 semanas que acudieron al Hospital General en las fechas del estudio y en el quinto párrafo dice que la muestra se recoge de forma intencional y razonada

Ya en el segundo artículo, Aproximación a la experiencia del paciente y sus cuidadores en la oxigenoterapia domiciliaria, en la página 132 y apartado: Material y Métodos, primer párrafo, indica que la selección de la muestra se hizo a través de los neumólogos de la Sociedad de Neumología, para poder usar casos relevantes, y no tanto representativos. Explicando en líneas posteriores la diferencia con la metodología cuantitativa y en que este caso se emplea un muestreo intencional.
Por su parte los autores de "Estrategias psicosociales para fortalecer el afrontamiento de la enfermedad de Parkinson: perspectiva de pacientes, familiares y profesionales sociosanitarios", en la página 216-217, en el apartado: Contexto, muestra y participantes, el autor indica en la primera línea del segundo párrafo "…a través de la selección de los participantes por muestreo opinático de máxima variedad…" , seleccionando aquellos que recibían atención ambulatoria residentes en Navarra y los que eran miembros de la asociación ANAPAR y los familiares y profesionales que atendían a dichos pacientes.

En este ítem analizamos cómo han sido contactados los participantes. En el primer artículo sobre "Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo en la página 19 y el apartado: Material y Métodos, tercer párrafo el autor indica "…se captó a las participantes cuando acudían a alguna de las sucesivas revisiones del tratamiento (evitando así el shock emocional y la asimilación incompleta de la noticia del día que se confirma el diagnóstico)…"
Aproximación a la experiencia del paciente y sus cuidadores en la oxigenoterapia domiciliaria. Página 132. Material y Métodos. Últimas líneas del primer párrafo, relata que se contactó telefónicamente con 50 pacientes.
Estrategias psicosociales para fortalecer el afrontamiento de la enfermedad de Parkinson: perspectiva de pacientes, familiares y profesionales socio sanitarios. En la página 217, en el tercer párrafo indica que accedió a los pacientes y familiares a través de la APNAR y el acceso de los profesionales a través del servicio de salud Navarro y de una consulta de la Clínica Universidad de Navarra.
En este apartado analizamos el número de individuos participantes. El primero de los 3 artículos, "Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo: En la página 20, en resultados, nos indica que la muestra del estudio son 21 mujeres. Ya en el segundo articulo, "Aproximación a la experiencia del paciente y sus cuidadores en la oxigenoterapia domiciliaria." En la página 132: Material y Métodos, últimas líneas del primer párrafo, relata que se contactó telefónicamente con 50 pacientes, y finalmente acudieron 57 personas; 18 familiares y 39 pacientes por último en el tercer artículo, "Estrategias psicoso-

ciales para fortalecer el afrontamiento de la enfermedad de Parkinson: perspectiva de pacientes, familiares y profesionales socio sanitarios" En la página 217, en el último párrafo del apartado de contexto, muestra y participantes, el autor detalla que "…, la muestra de este estudio fueron 21 sujetos: 9 personas con EP, 7 familiares cuidadores y 5 profesionales socio sanitarios".

Aquí ya analizamos la negativa de los participantes a colaborar en él. En primer lugar en el "Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo: El autor no describe que ninguna participante haya rechazado ser entrevistada. Por su parte los autores del segundo artículo "Aproximación a la experiencia del paciente y sus cuidadores en la oxigenoterapia domiciliaria" tampoco nos indica el porqué de los 50 pacientes contactados, solo acudieron 39. Sin embargo en el último "Estrategias psicosociales para fortalecer el afrontamiento de la enfermedad de Parkinson: perspectiva de pacientes, familiares y profesionales socio sanitarios En la página 217, en el apartado de contexto, muestra y participantes, el autor detalla que solo 2 no aceptaron participar en el estudio, un familiar y un paciente por no exponer su opinión en público.
El lugar donde se entrevistan a los participantes también se debe analizar, así el primer artículo "Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo. En la página 19, Material y Métodos, en el tercer párrafo "…se captó a las participantes cuando acudían a alguna de las sucesivas revisiones del tratamiento…" y el lugar donde se realizaron las entrevistas "…se modificó según las necesidades asistenciales y circunstanciales de la ocasión (vestuario femenino, despachos, salas de dilatación)…" Ya en el segundo artículo "Aproximación a la experiencia del paciente y sus cuidadores en la oxigenoterapia domiciliaria", en la página 133, recogida de datos, indica que los grupos focales se realizaron en los 3 hospitales donde se desarrolló el estudio. Por último en el estudio sobre "Estrategias psicosociales para fortalecer el afrontamiento de la enfermedad de Parkinson: perspectiva de pacientes, familiares y profesionales socio sanitarios. En la página 217, en el apartado: Técnicas de recogida de información el autor describe "…Se seleccionó el grupo focal como método de recogida de datos porque facilitaba la obtención de una visión de conjunto gracias a la interacción entre los participantes 19, 20. Para asegurar el rigor se utilizó grabación de voz"

También debemos analizar el número de investigadores presentes en el campo .El articulo inicial sobre "Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo", en la página 20. Material y Métodos. Último párrafo, indica que cada entrevista estaba, una sola entrevistadora de las

tres del estudio y la mujer. Ya en el segundo "Aproximación a la experiencia del paciente y sus cuidadores en la oxigenoterapia domiciliaria", en la Página 133. Recogida de datos. "realizando entrevistas grupales. Esta técnica permite acceder a las experiencias, las opiniones, las creencias, las emociones y los valores de las personas que forman parte de un grupo concreto…" "…al inicio de cada sesión se informó de los motivos e intenciones del estudio, garantizando el anonimato de las personas y la confidencialidad de los datos, y ofreciendo la posibilidad de que en cualquier momento de la sesión se pudiera abandonar la misma sin tener que dar ninguna explicación al respecto…" En ningún caso indica que hubiese más personas en las entrevistas, máxime cuando enfatiza el hecho de garantizar el anonimato de los participantes. Para finalizar en el tercer artículo sobre "Estrategias psicosociales para fortalecer el afrontamiento de la enfermedad de Parkinson: perspectiva de pacientes, familiares y profesionales socio sanitarios, en la página 217. En el apartado Técnicas de recogida de información, en la quinta línea describe que en el grupo focal se realiza por dos investigadores: un observador y moderador, para maximizar el diálogo. Por lo que se entiende que no había nadie más presente que profesionales e investigadores.

En este último ítem, analizamos las características demográficas de los participantes. En el primer artículo, "Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo, en la página 21. Resultados. Primer párrafo, describe las características de la mujer "…El perfil de mujer entrevistada era el de una española, mayor de 35 años, con pareja estable, hijos previos, embarazo buscado, semana 8-10 de gestación y nivel de riesgo bajo en el embarazo…"

En el segundo "Aproximación a la experiencia del paciente y sus cuidadores en la oxigenoterapia domiciliaria" En la página 132. Recogida de datos, en la Tabla 1 resume el número de participantes, su distribución por sexos y la media de edad. Y al final los autores respecto del estudio "Estrategias psicosociales para fortalecer el afrontamiento de la enfermedad de Parkinson: perspectiva de pacientes, familiares y profesionales socio sanitarios "En este artículo el autor no describe ni especifica las características demográficas de los participantes.

5 Discusión-Conclusión

- Los autores cumplen los criterios del COREQ
- Solo dos de ellos no indican motivos de exclusión o negativa de participación de los informantes.

- Los artículos cumplen la metodología para los estudios cualitativos.

6 Bibliografía

1. Significados.com. Disponible en: https://www.significados.com/investigacion-cualitativa/
2. Guia para informar y publicar sobre la investigación según los principal tipos de investigación.
3. Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo. Matronas Prof. 2017; 18(1): 18-25
4. Aproximación a la experiencia del paciente y sus cuidadores en la oxigenoterapia domiciliaria. Arch Bronconeumol. 2016;52(3):131–137
5. Estrategias psicosociales para fortalecer el afrontamiento de la enfermedad de Parkinson: perspectiva de pacientes, familiares y profesionales sociosanitarios. Vol. 49. Núm. 4. páginas 214-223 (Abril 2017)

Capítulo 53

ENTREVISTA MOTIVACIONAL: HERRAMIENTA PARA EL CAMBIO.

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ GUERRA

MARIA TERESA PONCE HERRERA

1 Introducción

La entrevista motivacional es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes, y por tanto, a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar. Esta es particularmente útil con las personas que son reticentes y se muestran ambivalentes con respecto al cambio. Intenta ayudar a resolver esa ambivalencia y hacer que una persona progrese, con el fin de llevar a cabo un cambio duradero.

2 Objetivos

Definir el concepto de entrevista motivacional y su relación con el proceso de cambio. Describir estrategias motivacionales utilizadas.

3 Metodología

Se desarrolla una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Clinical-Kay y Embase. Las palabras claves que se utilizaron para la búsqueda fueron motivación (motivación) , estadios del cambio (states of change) y empatía (empathy). Aplicando como operadores boleanos “AND”, “OR” y “NOT”.

4 Resultados

La motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de una situación a otra y verse influido por múltiples factores. Nos ayuda a entender cómo se produce el proceso de cambio el modelo elaborado por Prochaska y DiClemente en 1982, en el que se describen una serie de fases por las que pasa la persona durante dicho cambio.

A continuación definimos las fases y la actitud a adoptar por el terapeuta en cada una de ellas:
- Precontemplación: No considera que tenga un problema o necesite introducir un cambio en su vida — aumentar la percepción del paciente de los riesgos y problemas de su conducta actual.
- Contemplación: Considera y rechaza el cambio a la vez (ambivalencia) —evocar las razones para cambiar y los riesgos de no hacerlo.
- Preparación: Está motivado hacia el cambio —ayudar a determinar el mejor curso de acción.
- Acción: Se implica en acciones que le llevarán a un cambio—ayudar a dar los pasos para dicho cambio.
- Mantenimiento: Intenta mantener en el tiempo el cambio conseguido y prevenir recaídas —ayudar a identificar y utilizar estrategias para prevenir dichas recaídas.
- Recaída: La persona vuelve a realizar el comportamiento que había cambiado o estaba en proceso de cambiar — ayudar al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

En cualquier proceso de cambio la persona pasa, como si girase en una rueda, de una fase a otra varias veces antes de alcanzar un cambio estable. Exponemos a continuación distintas estrategias motivacionales, siendo la combinación de ellas la que proporciona una mayor efectividad de la intervención:
1. Ofrecer consejo, que debe identificar claramente el problema, explicar por qué el cambio es importante y recomendar un cambio específico.
2. Eliminar obstáculos, no solo con la entrada al tratamiento sino también en el esfuerzo para cambiar.
3. Ofrecer alternativas: La motivación intrínseca se ve aumentada por la percepción de que uno ha elegido con libertad, sin una influencia externa significativa o una coerción.
4. Disminuir la deseabilidad, sopesando beneficios y costos del cambio en contraposición con las ventajas de continuar como hasta entonces.

5. Practicar la empatía: un estilo terapéutico empático está asociado con bajos niveles de resistencia de los pacientes y con un cambio de la conducta a un mayor largo plazo.
6. Ofrecer un feedback sobre la situación actual y sus consecuencias o riesgos.
7. Aclarar objetivos, siendo estos realistas y alcanzables.
8. Ofrecer ayuda activa.

5 Discusión-Conclusión

Las estrategias de la entrevista motivacional son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión. El terapeuta busca crear una atmósfera positiva para el cambio. El objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera. Cuando este enfoque se aplica adecuadamente, el paciente presenta las razones para cambiar, y no el terapeuta. La entrevista motivacional emplea una variedad de estrategias, algunas de las cuales surgen de la terapia centrada en el paciente. No obstante, la entrevista motivacional actúa con una idea clara del objetivo que se debe alcanzar, cuenta con estrategias y habilidades concretas para alcanzar dicho objetivo, y un sentido claro de la temporalización a la hora de intervenir de una forma concreta en momentos determinados.

6 Bibliografía

- González Varea J. ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO: ENTREVISTA MOTIVACIONAL. Enf Global [Internet]. 2 de octubre de 2007 [citado 4 de febrero de 2020];6(1). Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/255
- Piñeiro B. Míguez C. Becoña E. La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. Adicciones.2010;22(4):353-364.2, n. 4, p. 353-364.
- W.R.Miller, S.Rollnick. La entrevista motivacional.Barcelona: Paidos;1999.
- Rogers C. Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona : Paidos; 1986.
- S. Lizarraga, M. Ayarra. Entrevista motivacional.An Sis San Navarra. 2001;. 24(2): 43-53.

Capítulo 54

APEGO Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ GUERRA

MARIA TERESA PONCE HERRERA

1 Introducción

La teoría del apego es un modelo biopsicosocial para describir y explicar la forma en que un individuo se relaciona con otros cercanos: como sus padres, hijos y parejas. Ya que parece que las experiencias en las relaciones tempranas influyen en las relaciones adultas, ha habido un interés creciente sobre las representaciones de apego en los adultos. Un adulto con un apego seguro ha internalizado una relación de confianza con sus padres o cuidadores durante la infancia y es por lo tanto capaz de adaptarse a distintos contextos sociales, y de mantener un equilibrio adecuado entre autonomía y dependencia para la regulación del estrés. Los estilos inseguros de apego se dividen en ansioso, evitativo y desorganizado. Existe gran cantidad de literatura referida a la relación entre apego y trastornos de la personalidad.

2 Objetivos

- Definir el concepto de apego.
- Determinar la repercusión del apego y su relevancia para la comprensión de la etiología, el diagnostico y tratamiento de los trastornos de personalidad.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Clinical-Kay y Embase. Palabras claves: apego (object attachment), trastornos de la personalidad (personality disorder). Operadores boleanos “AND”, “OR” y “NOT”.

4 Resultados

Según la teoría del apego una base segura es formada a través de la estabilidad y seguridad que la figura primaria de apego provee al niño en momentos de estrés, lo que le permite explorar el ambiente su entorno. Estas relaciones de apego tempranas son cruciales para la adquisición de las capacidad de regulación afectiva y del sentido de autonomía del niño. Estos estilos de apego se mantienen estables durante todo el ciclo vital, y su prevalencia no presenta diferencias culturales, de lenguaje ni de género . Existe un 68-75% de correspondencia entre las clasificaciones de apego durante la infancia y las de la edad adulta.
Individuos con apego seguro confían en sus figuras de apego y perciben el ambiente como poco amenazante. Esto resulta en la capacidad de enfrentar los desafíos de la vida diaria de manera fluida, sin necesidad de aplicar mecanismos de defensa masivos. Este grupo de individuos son los menos propensos a los trastornos de la personalidad.
Sujetos evitativos, que han carecido crónicamente del apoyo de figuras de apego, suelen negar o desestimar las amenazas del ambiente. Presentan un umbral más alto frente a emociones negativas o frente a las necesidades de apego, lo que explica la asociación con trastornos de la personalidad esquizoide, narcisista, antisocial y paranoide. Individuos con apego ansioso, con una historia de apoyo inconsistente por parte de sus figuras de apego primarias, presentan un umbral más bajo para la percepción de las amenazas ambientales y por tanto, para desarrollar estrés. Son más sensibles al rechazo y a la ansiedad, por lo que son propensos a trastornos de la personalidad: histriónico, límite, por evitación y por dependencia adultos desorganizados usualmente han tenido padres abusivos o incapaces de resolver sus propias experiencias traumáticas. Son los más propensos a desarrollar trastornos de la personalidad. Los pacientes límite exhiben un patrón que oscila entre la búsqueda de atención compulsiva y el aislamiento irritable.

5 Discusión-Conclusión

El relacionarse con el entorno es inherente a nuestra especie. Esta forma de relacionarse es aprendida durante la infancia temprana y sirve de molde para todas las relaciones íntimas del ciclo vital. Según la bibliografía revisada, la evidencia empírica ha demostrado que el apego inseguro es un factor de riesgo importante para desarrollar trastornos de la personalidad y otras enfermedades mentales. En contraposición a esto las relaciones de apego de buena calidad son el elemento crítico en el desarrollo del apego seguro. Por todo ello resulta fundamental fomentar vínculos estables y seguros, promoviendo así la Salud Mental de la población.

6 Bibliografía

- Fonagy P., Mendiola M. R., Teoría del apego y psicoanálisis, Barcelona: Editorial SPAXS. S.A.; 2004. - Lorenzini R., Fonagy P.,Apego y trastornos de personalidad: Breve revisión.Revista mentalizacion.2014;2. - Bowlby, J. Una base segura:Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós Ediciones;1989. - López, F. Apego: estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. Infancia y Aprendizaje.2006;29: 9-23.

Capítulo 55

LA ENFERMERÍA Y LA SALUD EMOCIONAL

ANA ISABEL VÁZQUEZ SILVA

COVADONGA CANDUELA GARCÍA

MARIA DEL MAR ESPIÑEIRA DIAZ

CECILIA GONZALEZ SECADES

M LUZ PENAS CABADO

1 Introducción

Las emociones forman parte de todos los seres humanos y en todas la edades y culturas pero también pueden ser moldeadas y canalizadas y podemos aprender a gestionarlas para que no nos dañen. Asimismo, las emociones no podemos definirlas como malas ni buenas ya que nos ayudan a reconocer que nos está pasando.

Nos encontramos en una sociedad cuyo ritmo de vida acelerado, la presión social y las obligaciones diarias nos someten a un estrés constante. Eso se traduce a la larga en síntomas físicos o enfermedades crónicas y en otros procesos metales, como la tristeza profunda o depresión.

El cuidado de la salud emocional forma parte del cuidado realizado por el personal de enfermería, siendo definido así ya por las antiguas teóricas de la en-

fermería que entendían el cuidado enfermero como un cuidado integral de la persona tomando dicho cuidado un abordaje holístico.

2 Objetivos

- Analizar y demostrar la importancia del cuidado emocional en la recuperación de la salud de las personas.
- Ayudar a las personas a responsabilizarse de su salud tomando las decisiones más adecuadas y siendo capaces de realizar los cambios oportunos para promover su salud y bienestar general. Cambios de comportamiento necesarios para favorecer la promoción y mejora del estado de salud integral.
- Trabajo de enfermería con rigor científico también cuando se realicen cuidados emocionales.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica y consultas de artículos de la web, así como consultas en las taxonomias NANDA, NOC y NIC. También se ha realizado consultas en bases de datos tales como Dialnet y PsycINFO.

4 Resultados

El estrés o cualquier estado emocional percibido por la persona como negativo es un estado natural del organismo enfrentado a una situación que considera amenazante.

Según como se gestione una emoción puede llevar a un estado de aceptación y por lo tanto, de desarrollo personal y de mantenimiento de la salud, o por el contrario, a un estado de desadaptación y desequilibrio que puede degenerar en enfermedad.

Según el VII Estudio Cinfasalud, nueve de cada diez españoles han sentido estrés el último año y cuatro de cada diez lo han hecho de manera frecuente.

La importancia de las emociones en la salud de las personas es el eje clave al que el personal de enfermería tiene que cuidar y atender ya que el rol de enfermería

lleva implícito un abordaje holístico del cuidado y de la persona. Existen múltiples y variados NIC para favorecer el cuidado emocional por lo que enfermería se debe formar y adquirir competencias para poder aplicarlas a las personas a su cuidado.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería se encarga de prestar cuidados tanto de forma individual como a familias y comunidad, por lo que el cuidado integral, entendiendo que también cuide la salud mental y emocional de la personas, ayudará al mantenimiento de la salud o su recuperación. Además este cuidado se debe hacer con un enfoque profesional utilizando herramientas metodológicas que aporten calidad y rigor científico. Para realizar estos cuidados se utilizará en lenguaje internacional NANDA, NOC y NIC.

Resulta importante avanzar en investigación propia de enfermería y demostrar con evidencia científica la importancia del cuidado emocional en la recuperación de la salud así como las mejoras en las prácticas enfermeras para obtener excelentes resultados en la aplicación de dichos cuidados.

6 Bibliografía

- Cinfa Salud.(2017). VII Cinfasalud, de hñabitos de la población española en torno al estrés, 1-40. Retrieved from http://infocoponline.es/pdf/ESTUDIO-ANSIEDAD.pdf
- Dispenza, JOe, El placevo eres tú. Barcelona: Urano, 2014.408p. ISBN 9788479538828
- Kaliman, Perla, La ciencia de la meditación. Barcelon: Kairós, 2017.144p.
- Sanchez Rueda, G.(2013). Las emociones en la práctica enfermera. (Tesis doctoral). Universidad atónoma de Barcelona.
- Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M.,Swanson, E.(2012).Vínculos de NIC y NOC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Elsevier Health Sciences Spain.
- Organización Mundial de la Salud [OMS].Invertir en Salud Mental. Ginebra (Suiza);2004.
- Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. J Adolesc Health 1993; 14(8): 626 - 31.

- Huneeus, Francisco.(1986).Lenguaje: enfermedad & pensamiento. Santiago de CHile: Cuatro Vientos.
- Schnake, Adriana.(1995). Los diálogos del cuerpo. Chile: Cuatro Vientos.

Capítulo 56

SINDROME DEL BURNOUT O SINDROME DEL QUEMADO

PATRICIA LOPEZ ALONSO

1 Introducción

El burnout laboral, también llamado síndrome del quemado o síndrome de quemarse en el trabajo, es un trastorno emocional de creación reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Puede tener consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico.

2 Objetivos

General:
- Conocer conceptos, investigaciones y el surgimiento del síndrome de Burnout como proceso enfocado desde la perspectiva socio laboral.

Específicos:
- Determinar la presencia de los factores más frecuentes que derrotan tendencia a padecerlo.
- Saber en qué trabajadores de la salud se presenta con más frecuencia.

3 Caso clínico

Los síntomas más comunes que tiene y siente un paciente en este caso es depresión y ansiedad que son los principales de las bajas laborales. Suele aparecer,

en la mayoría de los casos, en las personas que han elegido su oficio de manera vocacional.

4 Discusión-Conclusión

Este síndrome posee una alta incidencia entre el personal que se dedica al cuidado de la salud. Debido a sus consecuencias en el ambiente y en el rendimiento de las organizaciones, la prevención y tratamiento trascienden lo individual y permiten obtener beneficios significativos para el centro de trabajo de los individuos afectados y en riesgo.

5 Bibliografía

- calameo.com
- wikipedia
- cuidateplus.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 57

RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL PERSONAL SANITARIO.

CLARA CASAS PATIÑO

TAMARA GIL BLANCO

SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS

1 Introducción

Se entiende por riesgo biológico laboral cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad causada por microorganismos, (incluyendo los genéticamente modificados, los cultivos celulares y los endoparásitos humanos), que pueda contraer un trabajador, en este caso un sanitario.
Constituye uno de los principales riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores de Centros Sanitarios, afectando a todas las categorías. Están especialmente expuestos a la transmisión por vía sanguínea por los profesionales de enfermería, médicos y el personal de limpieza y lavandería.

Algunas de las definiciones relacionadas con el tema son:
Reservorio: medio, vivo o no, que permite que el AB persista y se multiplique.

Periodo de incubación: intervalo de tiempo entre la entrada del microorganismo y la aparición de los primeros Microorganismo: toda entidad microbiológica celular o no, capaz de reproducirse o transferir material genético.

Fuente de exposición: medio, vivo o no, desde donde pasa el agente etiológico al huésped (reservorio y fuente de exposición frecuentemente coinciden).

Mecanismo de transmisión: conjunto de medios y sistemas que facilitan el contacto del agente infectivo con el sujeto receptor. Depende de las vías de eliminación, la resistencia del agente etiológico al medio exterior, las puertas de entrada, el quantum de la infección.

- Transmisión directa: paso de un agente biológico desde la fuente de infección al sano susceptible por una relación inmediata. Ocurre en un espacio de tiempo breve, en el que el microorganismo no puede reproducirse o sufrir variaciones (Mordeduras/arañazos, vía sexual, contacto de mucosas, transmisión intraparto, transmisión holodáctila a través de la mano contaminada con excreciones, secreciones, tierra, etc., transmisión por el aire: a través de las gotitas de pflüge…)
- Transmisión indirecta: existe separación en tiempo y distancia, entre fuente y sujeto susceptible, habiendo medios animados o no entre ellos. Se necesita cierta capacidad de supervivencia y reproducción del agente biológico desde la fuente hasta el sujeto (Objetos inanimados, suelo, agua: al beberla o utilizarla para riego, alimentos contaminados…)

Huésped susceptible: aquel que puede afectarse por un agente causal. La susceptibilidad varía según muchos factores: edad, sexo, raza, lugar de residencia, hábitos, profesión, inmunidad.
Modelos de aparición de enfermedades causadas por agentes biológicos: Aparición esporádica de enfermedad (los casos son hechos aislados, no influyendo en su incidencia ni el tiempo ni el espacio) o Brote.

Endemia: la enfermedad se presenta con una incidencia relativamente constante dentro de unos límites de espacio. Ocurre cuando los factores determinantes de la enfermedad están arraigados en la comunidad.

Epidemia: aparición de un número de casos de una enfermedad superior a lo esperado para ese lugar y tiempo (incluso la aparición de un solo caso en un sitio no esperado (cuando no sea importado), en un periodo de tiempo corto (si fuera largo se trataría de epidemia).

Pandemia: epidemia que afecta a la totalidad o gran parte del mundo.

Cuarentena: restricción de actividad de personas aparentemente sanas que hayan estado expuestas al contagio de una enfermedad transmisible sin protección previa durante un periodo igual al periodo de incubación (PI) de la enfermedad.

Aislamiento: separación de las personas enfermas que puedan transmitir la enfermedad para impedir la transmisión a la población sana. Se mantendrá durante

el periodo de contagiosidad de la enfermedad.

Vacuna: preparado antigénico obtenido a partir de microorganismos que induce inmunidad activa frente a determinada enfermedad infecciosa con un riesgo aceptable de reacciones locales o generales.

Inmunoglobulinas: anticuerpos ya formados. Su administración ofrece respuesta inmediata (más o menos efectiva) frente a la infección. La protección desaparece en semanas por lo que no debe usarse de forma sistemática.

2 Objetivos

- Identificacar y evaluar de riesgos biológicos sanitarios.
- Analizar y desarrollar las medidas para evitar las exposiciones laborales y riesgos biológicos capaces de originar algún tipo de infección, alergia o toxicidad en el personal sanitario.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una selección bibliográfica en castellano de artículos que no superan los diez años de antigüedad y que contienen información relevante del tema de estudio.

Las bases de datos científicas de las cuales se ha obtenido toda la información han sido: PubMed, Scielo, Medline Plus, Dialnet y Google Académico.

Las palabras claves empleadas para realizar la búsqueda han sido:
- Salud laboral
- Riesgo biológico
- Enfermería
- Riesgo laboral

4 Resultados

La protección de los trabajadores frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos es un imperativo para garantizar la seguridad y la salud de los mismos. En aquellos casos en que no es posible la adopción de medidas de protección colectivas, es cuando debe recurrirse a los equipos de protección individual (EPI).

Tal como se indica en el artículo 17 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, cuando los riesgos no se puedan evitar o no puedan limitarse suficientemente por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo, tal como ocurre con frecuencia en los centros sanitarios frente al riesgo biológico, el empresario deberá proporcionar a sus trabajadores equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones y velar por el uso efectivo de los mismos.

Antes de la implantación de una prenda de protección individual frente a una determinada situación de riesgo, deben tenerse en cuenta una serie de aspectos para que la utilización de dicha protección sea lo más acertada posible. Así deberán contemplarse: la necesidad de uso, la elección del equipo adecuado, la adquisición, la normalización interna de uso, la distribución y la supervisión.
La necesidad de utilizar equipos de protección individual frente al riesgo biológico en un centro sanitario viene determinada a través de la evaluación de riesgos en el conjunto del centro sanitario, de modo que permita identificar los puestos de trabajo o actividades en los que se puedan presentar dichos riesgos.

Actuación ante un "Accidente Biológico"
El 90% de las exposiciones accidentales son inoculaciones percutáneas, de las cuales el 87% son pinchazos. El principio básico es que la sangre y otros fluidos corporales deben considerarse potencialmente infecciosos.

Ante una exposición casual con sangre y/o fluidos corporales se procederá del siguiente modo:
- Lavado con agua y jabón, dejando sangrar la herida, aplicar un desinfectante (Povidona yodada) y tapar con un apósito impermeable. Si la exposición es mucosa, lavado prolongado con agua corriente o suero fisiológico.
- Notificación inmediata del accidente, poniéndose en contacto con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales o con el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro, para la aplicación del correspondiente protocolo de actuación, que incluye necesariamente:
Identificación de la fuente, siempre que sea posible, para proceder a su estudio serológico, previo consentimiento informado del paciente.
Estudio serológico del trabajador accidentado, previa valoración de su estado vacunal.
La identificación y evaluación del riesgo por exposición a agentes biológicos conlleva en una primera etapa, la identificación teórica de los riesgos y, en una se-

gunda, la evaluación de los puestos de trabajo con riesgo y de los trabajadores expuestos.
También se debe tener en cuenta si la zona o país donde se desarrolla el trabajo es endémica respecto a patologías específicas, lo que constituye un riesgo adicional.

Se tomará como referencia la clasificación de los agentes biológicos, establecida según riesgo infeccioso en cuatro grupos:
• Grupo 1: Aquellos con pocas posibilidades de provocar infección (ej. E.coli).
• Grupo 2: Los que suponen peligro de infección para los trabajadores pero es poco probable que se propaguen y existen generalmente, profilaxis o tratamientos eficaces (ej. virus de la gripe, sarampión).
• Grupo 3: Aquellos que pueden producir infección grave y suponen un peligro para los trabajadores, con riesgo de propagación. Sin embargo, generalmente existen tratamientos eficaces (ej. virus de la Hepatitis B)
• Grupo 4: los que pueden causar una enfermedad grave en el hombre y suponen un serio peligro para los trabajadores, con muchas probabilidades de que se propaguen a la colectividad y sin que exista generalmente ningún tratamiento eficaz (ej. virus de Ébola).

La segunda etapa es la evaluación del puesto de trabajo y del trabajador expuesto. Hay una gran influencia de las características individuales de cada trabajador y se debe tener en cuenta el riesgo adicional en los trabajadores especialmente sensibles por sus características personales o estado biológico conocido, debido a circunstancias tales como patologías previas (por ejemplo: enfermedades hemolíticas, antecedentes de EPOC) medicación (tratamiento con esteroides), trastornos inmunitarios (inmunodeficiencias por neoplasias) y embarazo o lactancia.

La evaluación inicial deberá repetirse periódicamente y en cualquier caso cada vez que se produzca un cambio que pueda afectar a la exposición de los trabajadores a agentes biológicos. Así mismo, se procederá a una nueva evaluación del riesgo cuando se haya detectado en algún trabajador una infección o enfermedad que se sospeche sea consecuencia de una exposición a estos agentes en el trabajo.

Si los resultados de la evaluación muestran que la exposición o posible exposición es a un agente del grupo 1, no es necesario aplicar ninguna medida de reducción del riesgo; simplemente se observarán los principios de seguridad e higiene pro-

fesional: estará prohibido comer, beber o fumar en los lugares de trabajo salvo en los lugares específicamente preparados para ello; el trabajador se lavará las manos siempre después del contacto con cada paciente y utilizará uniforme para prevenir la contaminación con la ropa de calle.

Como bien se ha mencionado anteriormente existen múltiples riesgos biológicos, los cuales tienen signos y síntomas diferentes según el agente que lo causa, haciendo que su gravedad y efectos en la salud sean diferentes.
El personal sanitario puede estar expuesto a todo tipo de agentes biológicos. Las principales infecciones que puede contraer el personal sanitario son Hepatitis B, Hepatitis C y el virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida.

5 Discusión-Conclusión

Para hacer de nuestro medio laboral un medio más seguro, donde podamos ejercer nuestro trabajo de la manera más segura posible, se necesita tomar medidas preventivas que minimicen los riesgos que llevan intrínsecamente las profesiones sanitarias (exposiciones a agentes, manipulación de muestras biológicas…)

Se debe reducir el riesgo de exposición al nivel más bajo posible para garantizar la seguridad. Para ello encontramos una serie de medidas que se deben llevar a cabo:
- Establecimiento de procedimientos de trabajos adecuados y utilización de medidas técnicas apropiadas para evitar o minimizar la liberación de agentes biológicos en el lugar de trabajo.
Dado que la vía aérea es la vía principal de propagación se adoptaran medidas espaciales para evitar la principal propagación de los agentes biológicos pudiendo utilizarse cabinas de bioseguridad. (Se consideran operaciones con especial riesgo de producir aerosoles: pipetear, abrir recipientes, recoger tejidos infectados…)
- Reducción al mínimo posible del número de trabajadores que estén expuestos.
- Adopción de medidas seguras para la recepción, manipulación y transporte de los agentes biológicos.
- Adopción de medidas de protección colectiva o individual cuando la exposición no pueda evitarse por otros medios.

Las medidas de protección colectiva pueden serlo sobre el foco emisor del contaminante para impedir su emisión (confinamiento de los agentes biológicos me-

diante cabinas de seguridad)
Las medidas de protección individual consisten en el uso de equipos de protección individual (EPI) por el potencial receptor del contaminante. La elección de estos equipos debe de guiarse por dos criterios: seguridad y confort.
- Empleo de medios seguros para la recogida, almacenamiento y evaluación de residuos, incluido el uso de recipientes seguros e identificables.
- Utilización de medidas de higiene que eviten la dispersión del agente biológico fuera del trabajo.
- Utilización de señales de peligro biológico.
- Establecimiento de planes para hacer frente a accidentes que puedan derivarse de exposiciones a agentes biológicos.

Otro de los grandes grupos de medidas de prevención son las medidas higiénicas:
- Cubrir lesiones y heridas de las manos de los trabajadores con apósitos.
- Lavado de manos antes y después de tratar a cualquier paciente y entre pacientes.
- No realizar pipeteo con la boca.
- Vacunación ante la hepatitis B.
- Eliminación de material contaminado (agujas) en su correspondiente contenedor.
- Portar prendas de protección adecuadas (guantes, mascarillas, bata, protecciones oculares…).
- Los trabajadores disponen de tiempo dentro de la jornada laboral para su aseo personal antes y después de esta; al salir de la zona de trabajo deberán quitarse las ropas de trabajo y los equipos de protección personal que puedan estar contaminados por agentes biológicos y guardarlos en lugares que no contengan otras prendas . La destrucción o descontaminación de la ropa de trabajo es responsabilidad del empresario, prohibiéndose que los trabajadores se lleven las prendas a su domicilio.
- Disponer de un lugar específico para el almacenamiento de los EPI.
- Prohibir comer, beber o fumar en las zonas de trabajo.
- Especificar los procedimientos de obtención, manipulación y procesamientos de muestras de origen humano.

Por último otra de las categorías en las medidas de prevención de riesgos laborales es la llamada vigilancia de salud de los trabajadores.
Esta medida de prevención depende del empresario que debe garantizarla. La vigilancia se debe ofrecer a los trabajadores antes de la exposición al riesgo biológico:

a intervalos regulares, con la periodicidad que los conocimientos médicos aconsejen, teniendo en cuenta el agente biológico, el tipo de exposición y la existencia de pruebas eficaces de detección precoz; y cuando sea necesario por haberse detectado en algún trabajador con exposición similar una infección o enfermedad que pueda deberse a la exposición a agentes biológicos.

6 Bibliografía

1. Gestal Otero J. Riesgos Biológicos. En: G. Benavides F, Ruiz-Frutos C, M García A. Salud Laboral, Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 2ªEd. Barcelona: Masson; 2006. p.417-435
2. Armero Fernández L, Castelli N, Collado García L, Gil Pérez E, Gualda Alcalá M, Tendero López J et al. Manual de prevención de riesgos laborales. Albacete: Bomarzo; 2015
3. http://www.insht.es
4. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo

Capítulo 58

VIOLENCIA DE GÉNERO Y PERCEPCIÓN DE LOS EFECTOS SOBRE LA SALUD EN LA MUJER

MARIA ISABEL MANEIRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La violencia de género es por desgracia un tema de constante actualidad. Es evidente que repercute negativamente en la salud de las victimas dando lugar a un importante problema de salud pública. Siempre ha existido la agresión a la mujer y por eso cada día se busca por todos los medios la erradicación de esta lacra social.

La organización mundial de la salud (OMS) la considera como una epidemia, y la Organización de Naciones Unidas (ONU), lo reconoce como el crimen encubierto más frecuente del mundo. Rara vez los profesionales sospechan la existencia de esta situación, y solo se identifica un 1% del total estimado de casos de mujeres maltratadas. Y eso a pesar de que se sabe que alrededor del 20% de las mujeres que consultan en los servicios sanitarios padece esta situación; aunque el motivo por el cual consultan no siempre es una lesión directa de la agresión, sino que suele ser una manifestación subaguda o encubierta (1).

2 Objetivos

- Constatar su prevalencia en el mundo mediante la revisión de datos existentes en organismos oficiales.

- Ayudar a fomentar la conciencia social respecto a este problema.
- Mostrar los efectos sobre la salud en las víctimas de maltrato.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda retrospectiva en diferentes bases de datos electrónicas y se descargaron textos completos de aquellos libros, revistas, artículos y referencias que pudiesen ser potencialmente útiles en el estudio y se analizaron bajo los criterios de inclusión y selección.
- Idiomas de revisión: inglés y lengua castellana.
- Fuentes de datos y relación.
- Búsqueda electrónica: En MEDline, PudMED, Clinicalkey y Google.
- Búsqueda inversa: A través de la revisión de los datos y la bibliografía de los artículos encontrados.
• Criterios de inclusión: Referencias y datos estadísticos que reflejen la prevalencia de la violencia de género desde los últimos años hasta la actualidad y libros y artículos sobre los efectos percibidos en la salud de la mujer posteriores al año 2012.
• Criterios de exclusión: Datos y artículos anteriores al año 2012.

4 Resultados

Desde el mes de marzo de 2012 se difunde un Boletín Estadístico Mensual por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2). Conscientes de la necesidad e importancia de disponer de estos datos mensuales agregados anualmente, en el año 2012 se elaboró el primer Boletín Estadístico Anual de Violencia de Género(3)

Según los datos recogidos a lo largo del año 2015 se han producido 60 víctimas mortales por violencia de género. De las 60 víctimas, habían denunciado 13, lo que supone el 21,7%, y 4 de ellas (6,7% total) contaban con medidas de protección en vigor.
- El 63,3% de las víctimas habían nacido en España. El 20% de las víctimas tenían entre 21 y 30 años y el 15% tenía más de 64 años.
- En el 66,7% de los casos existía convivencia entre la víctima y el agresor, mientras que en el 53,3% de los casos la relación entre ambos era de pareja
Por lo que se refiere a los agresores, el 73,3% eran nacidos en España y el 31,7% tenía una edad comprendida entre los 31 y los 40 años. El 10% de los agresores

tenía más de 64 años. El 26,7% de los agresores consumaron el suicidio.
La media mensual de víctimas mortales durante el año 2015 ha sido de 5 y la tasa de víctimas mortales por millón de mujeres de 15 y más años ha sido de 2,9
De las 60 víctimas mortales por violencia de género del año 2015, el 5% tenían algún tipo de discapacidad o dependencia reconocidas.

La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015(4) es la operación en estadística más relevante que se realiza en España sobre violencia contra la mujer. Se viene realizando cada cuatro años desde el año 1999, siendo la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género la encargada de su elaboración desde el año 2011. Su objetivo principal es conocer el porcentaje de mujeres residentes en España que han sufrido o que sufren actualmente algún tipo de violencia por el hecho de ser mujeres.

Un 85,2% ha sufrido agresiones en más de una ocasión a lo largo de su vida por parte de cualquier pareja en forma de:
-Violencia física.
-Violencia sexual.
-Violencia psicológica.
-Violencia económica.
- Un 16,9% de las mujeres que alguna vez han tenido pareja reconocen haber sufrido el que alguna de ellas insistiera en saber el lugar en el que se encontraba en cada momento y, para un 10,4%, este hecho llega al extremo de afirmar que la pareja esperaba que pidiese permiso antes de ir a determinados sitios (como, por ejemplo, ir al hospital o a un centro de salud, un centro cultural o deportivo, etc.).(4)
-También existe el deseo de controlar la vida social de la mujer que junto con los celos explicarían algunos actos de maltrato. Así, un 15,4% de las mujeres que han tenido alguna vez pareja en su vida admite que su pareja se enfadara en general si hablaba con otro hombre u otra mujer y un 12,5% declara que la pareja trataba de impedir que viera a las amigas y amigos.
Esto disminuye a un 11,7% cuando la mención a los celos es más explícita: 'sospecha injustificadamente que le es infiel' (4)
-Las relaciones familiares son las que tienen menor control por parte de la pareja, aunque pese a ello un 8,7% de las mujeres dicen haberlo sufrido.
-En cuanto a violencia de control psicológico, un 14,6% de las mujeres que alguna vez han tenido pareja dice que su pareja ha ejercido este tipo de control sobre ella.
Este tipo de actitudes tienen una prevalencia muy elevada.

Hasta fechas recientes la violencia de género en la pareja quedaba encubierta por un pacto de silencio, especialmente en el ámbito doméstico. Las trasformaciones sociales, culturales y legales de los últimos años conllevan una mayor sensibilización de la opinión pública respecto al fenómeno. Muchos países, entre ellos España, han promulgado leyes específicas que pretenden ofrecer soluciones integrales (5)

Los servicios de salud juegan un papel esencial en el afrontamiento de esta grave lacra social, y, dentro de estos, la enfermería constituye un grupo fundamental, no solo en la atención, sino en su prevención, detección precoz e identificación. De hecho, distintos autores señalan la importancia de las enfermeras en la detección y en la prevención de la violencia de género (6,7). En general, cuanto más elevado es el nivel de estudios de la mujer, menor el porcentaje de mujeres que han sufrido violencia económica de alguna pareja o expareja.

1. Consecuencias de la violencia de género (8)

• Salud física:

- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, que pueden producir discapacidad.
- Deterioro funcional.
- Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo, cefaleas).
- Peor salud.

• Cronicidad:

- Síndrome del intestino irritable.
- Otros trastornos gastrointestinales.
- Quejas somáticas.

• Salud sexual y reproductiva:

- Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado, entre otras.
- Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer.

• Salud Psíquica:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Trastornos del sueño.
- Trastorno por estrés postraumático.

- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Intento de suicidio.
- Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.
• Salud social
- Aislamiento social.
- Pérdida de empleo.
- Absentismo laboral.
- Disminución del número de días de vida saludable.
- Repercusiones en los hijos
- Riesgo de alteración de su desarrollo integral.
- Sentimientos de amenaza.
- Dificultades de aprendizaje y socialización.
- Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras.
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.
- Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre.
- Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia.
- La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella. Y a veces: Muerte (por homicidio, suicidio, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Al hablar de violencia de género estamos siempre ante una conducta dirigida por el agresor, hombre, hacia una víctima, mujer, vulnerando sus derechos básicos. El origen de la violencia contra la mujer y la intrafamiliar es una situación de abuso de poder, por razón de sexo y también por edad. (9)

1. Investigaciones procedentes de diversos campos: salud pública, sociología, feminismo, criminología y derechos humanos opinan que no existe una causa única para explicar la violencia contra las mujeres.

Se cree que es debida a factores de desigualdad individual, grupal, nacional y mundial.

2. Cualquier mujer es susceptible de ser maltratada en algún momento de la vida. No existe un perfil definido.

3. Cuando una víctima decide pedir ayuda a un profesional ella espera empatía, que se la oiga, sin ser juzgada y recibir el , asesoramiento e información necesarios para que ella tome sus decisiones.

4. No está claro el perfil de maltratador, el nivel educacional, económico, su ámbito geográfico o su trabajo no indican si piensa que las mujeres son inferiores y pueden controlarlas y dominarlas, o si las perciben como "objetos en propiedad".
5. Debemos seguir buscando métodos eficaces para detectar y prevenir conductas violentas, que se producen generalmente en el ámbito doméstico y aplicar las sanciones con rapidez.
6. Crear los recursos suficientes para la formación del personal adecuado para la atención de las víctimas y estructuras adecuadas para su acogida.
7. Nunca aspectos culturales o religiosos pueden justificar el maltrato a la mujer.
8. Es una asignatura pendiente a nivel mundial el modificar las condiciones que facilitan la explotación económica y sexual.
9. La adecuada coordinación de los programas de acción entre organismos existentes abre la puerta a la solución del problema.
10. Los talleres de autoayuda, las llamadas qué no quedan registradas cuando se pide ayuda, lugares de reunión y socialización son medios indispensables.
11. A pesar de que cada día educamos a los jóvenes para la tolerancia, la paz y la igualdad, la conciencia del respeto a estos principios aún es escasa por lo que aún queda mucho que hacer en la sociedad para que estas palabras pasen de ser una utopía a ser una realidad largamente esperada.

6 Bibliografía

1. Macías Seda J, Gil García E, Rodríguez Gázquez M de los Á, González López JR, González Rodríguez M del M, Soler Castells AM. Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género. Index Enferm. junio de 2012;21(1-2):9-13.
2. Bolet_Est_Anual2012_1.pdf [Internet]. [citado 26 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es
3. B_E_Anual_2014.pdf [Internet]. [citado 26 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es
4. Miguel Luken V de, Espanya, Ministerio de Sanidad SS e I. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones; 2015.
5. Giraldo SLH, ROMERO MN. Vivencias e imaginarios femeninos. Index Enferm Gran. 2014;23(1-2):26–30.
6. Romero Ballén MN. Cuidar en la adversidad a mujeres maltratadas. Index Enferm. 2015;24:62-6.

7. Macías Seda J, Gil García E, Rodríguez Gázquez M de los Á, González López JR, González Rodríguez M del M, Soler Castells AM. Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género. Index Enferm. junio de 2012;21(1-2):9-13.
8. para la Salud A de M. Informe: Efectos y consecuencias de la violencia y el maltrato doméstico a mujeres. Madr Asoc Mujeres Para Salud [Internet]. 2012; Disponible en: http://www.mujeresparalasalud.org/spip.php?article163
9. Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Montero-Piñar I, Vives-Cases C, Rodríguez-Barranco M, Plazaola-Castaño J, et al. Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. Aten Primaria. febrero de 2017;49(2):93-101.
10. Herrera MC, Herrera A, Expósito F. Stop Harassment! Men's reactions to victims' confrontation. Eur J Psychol Appl Leg Context. julio de 2014;6(2):45-52.
11. Fariña F, Arce R, Vilariño M, Novo M. Assessment of the standard forensic procedure for the evaluation of psychological injury in intimate-partner violence. Span J Psychol. 2014;17:E32.
12. García Minguito L, Casas Sánchez J de D, Rodríguez Albarran MS. Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género. Gac Sanit. mayo de 2012;26(3):256-60.
13. Muñoz Vicente JM, López-Ossorio JJ. Valoración psicológica del riesgo de violencia: alcance y limitaciones para su uso en el contexto forense. Anu Psicol Juríd. 2016;26(1):130-40.
14. Singh JP, Bjørkly S, Fazel S, editores. International perspectives on violence risk assessment. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2016. (American Psychology-Law Society series).
15. B_E_Anual_2014.pdf [Internet]. [citado 26 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es
16. para la Salud A de M. Informe: Efectos y consecuencias de la violencia y el maltrato doméstico a mujeres. Madr Asoc Mujeres Para Salud [Internet]. 2012; Disponible en: http://www.mujeresparalasalud.org/spip.php?article163
17. Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Montero-Piñar I, Vives-Cases C, Rodríguez-Barranco M, Plazaola-Castaño J, et al. Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. Aten Primaria. febrero de 2017;49(2):93-101.
18. Romero Ballén MN. Cuidar en la adversidad a mujeres maltratadas. Index Enferm. 2015;24:62-6.

Capítulo 59

CIENCIA Y GÉNERO

INMACULADA GARCIA FERNANDEZ

MARLENE DEL VALLE FERNANDEZ

MARIA DEL PILAR CUERVO ÁLVAREZ

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Las mujeres vivieron grandes dificultades para acceder a la educación universitaria, este fue el tema de más polémica feminista sobre la igualdad de género (1982).

Dentro de los prejuicios hacia el sexo femenino, estaba la creencia de su falta de capacidad intelectual y también la creencia de que su lugar no estaba en el desarrollo de un aprendizaje serio encaminado a un desempeño profesional. Estas creencias habían negado a las mujeres el acceso a los grados y títulos académicos necesarios para lograr un puesto de trabajo como científicas.

En 1907 se crea la Junta para Ampliación de Estudiantes e Investigaciones Científicas (JAE), la cual mantendría el apoyo a la educación de las mujeres, aunque todavía no se podían matricular en la universidad como lo varones, algunas mujeres lograban a través de diferentes permisos la licenciatura, y algunas incluso conseguir el doctorado.

En el programa de la Institución de Libre Enseñanza (ILE) la educación era considerada "uno de los resortes fundamentales para la formación del carácter moral,

así como de la pureza de costumbres, y el más poderoso para acabar con la actual inferioridad positiva de la mujer, que no empezará a desaparecer hasta que aquélla se eduque, en cuanto se refiere a lo común humano, no sólo como, sino con,el hombre" (Maillard 1990, 12).

En 1990 tiene lugar la igualación legal en el acceso a la universidad de ambos sexos "Ley de 2 de septiembre de 1910, firmada por Julio Burell, que permite el acceso igualitario de las mujeres a la universidad, aunque la posesión de los títulos no las califica automáticamente para el ejercicio de la profesión correspondiente". Los primeros años no tuvo gran éxito debido al estado socioeconómico del país, la mayoría de la sociedad era rural por lo que había muy pocas aspirantes, será durante los siguientes años cuando la matriculación de estudiantes femeninas aumente.

María de Maeztu fue la única mujer que formó parte de la JAE como vocal, en un informe leído en la Conference of the International Federation of University Women (Londres, 1920) escribió: "El movimiento por la educación superior de las mujeres en España ha progresado a una velocidad impresionante en los últimos años. Hace veinte años apenas se podía encontrar una mujer española en la universidad, aunque por la promulgación del código de leyes del rey Alfonso X el Sabio, las célebres Siete Partidas, las mujeres españolas de la Edad Media y del Renacimiento tuvieron una posición tan avanzada como las de cualquier otro país, con derecho legal a estudiar para todas las profesiones. Pero nuestras mujeres perdieron todos estos privilegios más tarde y a principios del siglo dieciocho habían retrocedido hacia una posición de inferioridad en la que han permanecido hasta el presente."(Maetzu 1920).
María Maetzu dirigió la Residencia de Señoritas, en la cual se creó el primer laboratorio para uso exclusivo de alumnas, el Laboratorio Foster.

La sociedad que más científicas acogería durante los primeros años de la década de 1930, sería la Sociedad Española de Física y Química.

El Instituto Nacional de Física y Química (INFQ) era conocido, en los años treinta, como el Instituto Rockefeller por haber sido construido con dinero de la Fundación norteamericana que lleva ese nombre. En total, y desde el año 1931 hasta 1937, son 36 las mujeres que pasan por las distintas secciones del INFQ, una cifra que representaba, año tras año, en torno al 20% del total del personal científico. Un porcentaje digno e importante teniendo en cuenta su presencia puntual apenas unos años atrás, y teniendo en cuenta, además, que este instituto tuvo escasamente cinco años de funcionamiento normal, antes de estallar la guerra. El

estatus de estas mujeres se circunscribía a las categorías de becarias y colaboradoras, pues ninguna ocuparía, en este período, un cargo de dirección.

2 Objetivos

-Conocer las dificultades que han tenido las mujeres para el acceso a la formación universitaria.
-Participación de las mujeres en el conocimiento y la innovación en las disciplinas científicas.
-Identificar la complejidad del sistema científico para las mujeres.
-Proponer una reflexión sobre cuál ha sido el papel de los indicadores de género, ciencia y tecnología.

3 Metodología

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

4 Resultados

El salto que se ha dado en muchos países durante los últimos treinta años aproximadamente es enorme. Las mujeres han pasado de ser tan sólo el 30% del alumnado universitario en 1960 a más del 50% en el 2004. Por lo que se refiere al profesorado universitario, el porcentaje pasó del 14.2% en 1972 al 34% aproximadamente en 2003. Justo en esos años se han ido produciendo cambios legales y sociales que han transformado sustancialmente la situación y consideración de las mujeres en todos los niveles y edades.

5 Discusión-Conclusión

Este trabajo da continuidad a las reflexiones sobre lo que ocurre con la matrícula en estudios de posgrado, presentando cifras que permiten discriminar diferentes

áreas del conocimiento. En relación con esto, el estudio muestra una mayor participación de la mujer en el nivel de maestría respecto a lo señalado por las investigaciones previas, pero no muchos cambios en el nivel de doctorado. Respecto a la distribución de género en la docencia universitaria, en los grupos de investigación y en las publicaciones registradas, los indicadores señalan que sigue habiendo una mayor presencia de hombres que de mujeres en estos escenarios. Establecer una mirada de género a las políticas públicas en ciencia y tecnología y a los temas priorizados por las mismas, ¿cuántas, quiénes y cómo ha sido la participación de las mujeres en las instancias decisorias? ¿Qué ocurre en temas como biotecnología, biodiversidad, biocombustibles, energía renovable, tecnologías de información y comunicación, nanotecnología,educación, salud, etc.? ¿Son las medidas utilizadas en el sistema nacional de ciencia y tecnología (ej.artículos,grupos,formación) las más adecuadas en términos de las prácticas locales o de las prácticas que instituyen?
Se requiere de un compromiso político tanto de las entidades encargadas de los sistemas de información como de los grupos de investigación, particularmente aquellos dedicados al estudio de los asuntos de género, lo que permitiría la realización de estudios que combinen metodologías cuantitativas y cualitativas que aborden problemáticas no tratadas hasta el momento.

6 Bibliografía

- Alcalá, P y Margallón, C. Avances, ruptura y retrocesos: mujeres en las ciencias experimentales en España (1907-2005). En ”Romero de Pablos, A y Santesmases, MªJ. Cien años de política científica en España. Fundación BBVA. Bilbao, 2008.
- Pérez Sedeño E, González García M, Miranda Suárez MJ, Ortega Arjonilla E y Sanz González V. La cuestión de género en la investigación española. En Sebastián, J y Muñoz, E (Eds.). Radiografía de la investigación pública en España. Biblioteca Nueva, 2006.
- Marta I. González García y Eulalia Pérez Sedeño. Ciencia, tecnología y género. Organización de Estados Iberoamericanos (OEI). 2002 Enero-Abril (2)

Capítulo 60

ALIMENTACIÓN EN EDUCACIÓN PREESCOLAR OBESIDAD Y SOBREPESO

MÒNICA DÍAZ SUÁREZ

DIANA DÍAZ SUÁREZ

ESTEFANIA SALMERON SUAREZ

JOSE LUIS SALMERON SUAREZ

1 Introducción

La obesidad ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el grupo internacional de trabajo en obesidad (IOTF) como la epidemia del siglo XXI, tanto por la morbimortalidad que genera así como por el gasto sanitario que produce y la menor calidad de vida. Afectando cada década a más personas (Koehly, & Loscalzo 2009), (Montenegro et al. 2014). El aumento progresivo de la obesidad es un problema emergente en los últimos años tanto en países desarrollados en algunas áreas urbanas como en países con economías en desarrollo.

La mayor parte de las enfermedades crónicas están influenciadas y directamente relacionadas con la obesidad, y ya no solamente están relacionadas con las enfermedades cardiovasculares sino también con otras enfermedades como artrosis, diabetes tipo 2, algunos tipos de cáncer como el de colón, el de endometrio, el de mama e incluso problemas psicológicos. (Domper et al. 2003), (Cohen et al. 2014).

La obesidad es un importante problema de salud pública, tanto por el coste sanitario, como por su influencia en las enfermedades crónicas y en la calidad de vida de las personas y por el aumento continuo de pacientes con sobrepeso u obesos(Montenegro et al. 2014). La obesidad se está convirtiendo en un problema urgente para abordar por parte de los profesionales sanitarios debido a la magnitud que está alcanzando y han determinar los factores predisponentes para definir unas estrategias e intentar disminuir la incidencia en los próximos años.

La OMS ha presentado y aprobado una estrategia global en nutrición y actividad física en mayo de 2006. Por tanto urge a los países que forman parte de dicha organización desarrollar una estrategia de acción encaminada a promover hábitos alimentarios adecuados y a promover la práctica cotidiana de actividad física como principales objetivos preventivos.

La tasa de la obesidad infantil se ha triplicado en los últimos 40 años, convirtiéndose actualmente en una epidemia global. Entre las causas podrían estar el fácil acceso a los alimentos de alto contenido calórico y escaso poder nutricional y su mayor disponibilidad, además de la adopción de estilos de vida sedentarios, sobre todo en las poblaciones urbanas. Influye también la existencia de un entorno familiar sin hábitos alimentarios saludables.

En la etapa infantil la manera de alimentarse, la elección y rechazo de determinados alimentos viene determinado por las costumbres culinarias de la familia. En base a esta problemática social se plantea la necesidad de modificar conductas con el fin de conseguir que los ciudadanos adquiramos un estilo de vida más saludable. Se ha demostrado que es más eficaz que los niños sigan hábitos saludables desde la primera infancia, que modificar los hábitos una vez ya instaurados. Por ahora todos los estudios realizados sobre alimentación y actividad física en escolares confirman ser más efectivos además de un gran interés tanto por parte de los alumnos como por el propio profesorado.

La adquisición de unos hábitos de consumo alimentario a nivel individual depende en gran medida del conocimiento en temas relacionados con la alimentación. Es lógico pensar que a mayor conocimiento mejores serán sus hábitos alimentarios. A pesar de esto, una vez que el individuo adquiere autonomía para decidir a qué hora y qué comer? Se establece un nuevo patrón alimentario influenciado por factores sociales, económicos, culturales, etc.

2 Objetivos

- Contribuir a la reducción del sobrepeso y obesidad infantil.
- Prevenir las enfermedades y efectos secundarios de la obesidad y el sobrepeso.
- Modificar el sedentarismo llevando una vida más saludable.
- Promocionar hábitos saludables para mejorar la alimentación de los niños preescolares mediante educación para la salud previniendo así la aparición de enfermedades.
- Fomentar a la visibilización de la importancia del problema

3 Metodología

El trabajo se realizó mediante una búsqueda bibliográfica entre todas la publicaciones científicas relacionadas con la obesidad y el sobrepeso. Tras un primer contacto con la bibliografía existente al respecto de la obesidad, se amplió la información y se dirigió hacia la población en edad preescolar. La búsqueda de estudios publicados se llevó a cabo en diferentes bases de datos bibliográfcas: Index, Cochrane, Pubmed, Scielo.

4 Resultados

Diversos estudios de entre la múltiple literatura consultada, evidencian la necesidad real de cambiar los hábitos de los niños, para disminuir la prevalencia de la obesidad infantil. Podemos afirmar que la obesidad infantil contribuye al desarrollo de diabetes tipo 2, enfermedades coronarias, obesidad adulta y problemas de baja autoestima y depresión. La esperanza de vida se reduce hasta en 10 años a causa de la obesidad y el sobrepeso (Koehly & Loscalzo, 2009).

Desde 1980 la OMS lo considera un problema de salud pública. Existen muchos autores que realizan investigaciones con el fin de mejorar el estado nutricional de los niños, por ejemplo, un estudio realizado por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos en la universidad de Chile en 2014, llevó a cabo una intervención en dos colegios de Chile durante un curso escolar. La intervención consistía en educación nutricional a los profesores ya que éstos son los que enseñan educación nutricional a los niños. Gracias a este estudio se evidenció una mejoría tanto en los conocimientos alimentarios de los niños como en los hábitos de vida. Otros estudios intervienen educando a padres y madres, por ejemplo con el objetivo de que preparen a sus hijos comidas más saludables para llevar a la

escuela (Sánchez et al., 2010). Estos estudios, y otros similares, consiguen mejoras en cuanto a la alimentación pero o bien no toda la mejoría esperada, o no con una adecuada duración en el tiempo. Esto es debido a que la mayor parte de las investigaciones o bien aplican las intervenciones a los profesores, a los padres o a los niños, pero en rara ocasión nos encontramos con un proyecto que pretenda influir sobre todos los aspectos simultáneamente. Se elaboran intervenciones dirigidas a modificar conocimientos, actitudes y habilidades que generalmente se quedan incompletas, puesto que, aunque los padres tengan los conocimientos apropiados se debe conseguir que los niños estén a favor de realizar un cambio en su alimentación y que en los centros escolares se ofrezcan alimentos saludables (Cohen, Kraak, Choumenkovitch, Hyatt & Economos, 2014).

En este punto, se hace necesario explicar que las intervenciones deben ser enfocadas de distinta forma en función de a quién irán dirigidas. Por un lado, existen varias medidas dirigidas a los progenitores de niños en edad preescolar para que comprendan porqué es necesaria una alimentación saludable y una rutina de actividades físicas, cómo se debe llevar a cabo y cómo conseguir que los niños acepten esos nuevos alimentos. Una intervención eficaz para mejorar la predisposición de los padres a la hora de cambiar los hábitos y costumbres de su vida diaria, fue la entrega de cartillas y trípticos a la entrada de un supermercado, consiguiendo que un 97% de las personas que recibieron información nutricional en el supermercado deseara mejorar su dieta y la de su familia, estando dispuesto a participar en otro tipo de talleres en los que mejorar sus conocimientos en nutrición (Domper, Zacarías, Olivares, & Hertrampf,2003). Las explicaciones nutricionales se pueden apoyar para garantizar su compresión de vídeos, folletos o guías nutricionales (Balam, Uicab, & Fernely, 2011).

En la primera infancia se aprende mucho por imitación, por lo que si ven que sus amigos consumen alimentos saludables y en su casa a los padres y hermanos también estarán más receptivos para aceptar estos alimentos. Si les ofreces los alimentos repetidas veces y ven que los demás los consumen con normalidad, hay una alta posibilidad que el niño coma ese alimento (Balam & Uicab, 2011). Por otro lado, las intervenciones dirigidas a los niños preescolares deben tener un enfoque más creativo y entretenido, para captar la atención de los preescolares. Se puede conseguir con la ayuda de carteles llamativos, mediante dibujos, con juegos o con vídeos de dibujos animados, además, se ha detectado que el principal problema es el elevado número de niños que no desayunan siendo esencial enfocar las intervenciones en la importancia de este aspecto (Banda, 2013). Por último, no se puede olvidar a los profesores, al igual que con las madres es

importante explicarles conceptos básicos de nutrición, consiguiendo así evitar conductas erróneas como la asociación de dulces como premios y asegurando que en los comedores escolares se ofrezca un menú saludable (Arcan et al, 2013).

Un estudio publicado por Joseph, Gorin, Mobley & Mobley en 2015, tenía como objetivo evidenciar la importancia de la educación nutricional en una intervención sobre los snacks de los niños en edad preescolar. Este estudio demostró que tras la intervención los niños más jóvenes o con más nivel de educación nutricional tenían una mayor predisposición a elegir alimentos saludables. Gracias a este estudio se pudimos observar que es más difícil cambiar hábitos una vez instaurados, por lo que el momento ideal para prevenir la obesidad infantil es la primera infancia, de esta forma los niños ya se adaptarían a comer de forma saludable. Siguiendo esta línea, se puede afirmar que los hábitos saludables se deben aprender desde la primera infancia, ya que es el momento idóneo para fomentar el aprendizaje mediante el juego, la imitación a los padres o fomentando la creatividad. Además, también se debe tener en cuenta que al aumentar la edad del niño disminuye la preocupación de los padres por su alimentación, y por lo tanto, es más difícil su colaboración para modificar los hábitos de la familia (Hidalgo & Güemes, 2007).

5 Discusión-Conclusión

Una buena calidad de vida es directamente proporcional a un estilo de vida saludable, por lo que si no adquirimos unos buenos hábitos alimenticios y realizamos ejercicio físico habitualmente aumenta la probabilidad de padecer enfermedades crónicas.

Las enfermedades relacionadas con la dieta durante la edad preescolar en las que más debemos hacer hincapié son la caries dental y la obesidad, teniendo ambas consecuencias negativas para la salud. Una adecuada nutrición permite un crecimiento y un desarrollo óptimo del individuo, por lo que es importantísimo adquirir unos conocimientos adecuados acerca de una alimentación saludable para un buen mantenimiento y promoción de la salud y para prevenir la enfermedad.

La primera infancia, como hemos citado anteriormente es el momento idóneo para que el niño adquiera hábitos alimentarios saludables, para conseguir esto es necesaria la educación para la salud. Ésta irá enfocada en mejorar la predisposición de los niños para aceptar nuevos alimentos mediante juegos, o vídeos inter-

activos, incluso con cuentos donde se explique la importancia de comer sano.

Por otro lado, se debe tener realizar un control para que la comida en los comedores escolares sea la apropiada, además de incluir educación a los profesores para que éstos también fomenten los estilos de vida saludables en el aula. Por último, es clave que las intervenciones incluyan a los padres de los niños, que son quienes elaboran las comidas. Además, a esta edad los niños toman a sus padres como ejemplos. Por lo tanto, la promoción y adquisición por parte de los padres de unos conocimientos saludables adecuados es esencial para conseguir un cambio real en el comportamiento sobre salud de los niños.

En la actualidad se plantea el carácter protector que la dieta mediterránea ejercería sobre la obesidad. En este sentido podemos considerar que nuestra población presenta una adecuada aceptación hacia dicha dieta. Debemos incidir por tanto en todos aquellos ámbitos alimentarios que podrían ser mejorables como promover el consumo de verduras y frutas. Poner especial atención en aquellos niños con factores de riesgo sobretodo si los padres son obesos. E insistir en la promoción de la actividad física.

Es importante destacar que a pesar de tener conocimientos sobre nutrición a la hora de elegir una dieta entran en juego otra serie de factores como pueden ser las costumbres gastronómicas, la influencia social, etc. Por tanto a la hora de adquirir nuevos hábitos saludables no sirve simplemente con poseer unos conocimientos adecuados, sino que además deben abandonarse los hábitos erróneos para poder conseguir una dieta saludable y adecuada. Por lo tanto ,no debemos olvidar que para los niños en edad preescolar el espejo donde se miran a la hora de escoger ciertas comidas o adquirir unos hábitos u otros son los padres. En definitiva, la clave y el pilar fundamental sobre el que se debe incidir es la familia y sobre todo los padres.

6 Bibliografía

- Koehly, L., & Loscalzo, A. (2009). Adolescent Obesity and Social Networks. Preventing chronic disease, 6(3). Recuperado de: www.cdc.gov/pcd/issues/2009/jul/08_0265.htm
- Montenegro, E., Salinas, J., Parra, M., Lera, L., & Vio F. (2014). Evaluación de una intervención de educación nutricional en profesores y alumnos de prebásica y básica de la comuna de los Andes en Chile. INTA, Universidad de Chile. Archivos latinoamericanos de nutrición, 64(3), pp. 182-191. Recuperado

de: http://www.piaschile.cl/wp-content/uploads/2015/04/Evaluaci%C3%B3n-de-una-intervenci%C3%B3n-de-educaci%C3%B3n-nutricional-en-profesores-y-alumnos-de-preb%C3%A1sica-y-b%C3%A1sica-de-la-comuna-de-Los-Andes-en-Chile.pdf
- Sánchez, N.P., Reyes, D., Reyes-Gómez, U., Maya, A., Reyes-Hernández, U., & Reyes, K.L. (2010). Conductas para preparar loncheras mediante un programa de Intervención Educativa sobre nutrición con madres de preescolares. Bol Clin Hosp Infant Edo Son, 27(1), pp. 30-34. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis101f.pdf
- Cohen, J., Kraak, V.I., Choumenkovitch, S., Hyatt, R., & Economos, C. (2014). The CHANGE Study: A Healthy-Lifestyles Intervention to Improve Rural Children's Diet Quality. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 114(1), pp. 48-53. Recuperado de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24126295
- Domper, A., Zacarías, I., Olivares, S., & Hertrampf, E. (2003). Evaluation of a nutrition information program. Revista chilena de nutrición, 30(1), pp. 43-51. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182003000100006
- Balam, M., Uicab, G.A., Fernely, P. (2011). Diseño participativo de material educativo para la enseñanza de alimentación saludable: preescolares, cuidadores y profesores. México: Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Enfermería. Recuperado de: http://www.index-f.com/para/n14/129p.php
- Balam, M., & Uicab, G.A. (2011). Intervención educativa en niños, profesores y cuidadores: ¿favorece la adquisición de conductas saludables?. México: Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Enfermería. Recuperado de: http://www.indexf.com/para/n14/054o.php
- Banda, J. (2013). Proyección del diseño industrial en el servicio de alimentos en preescolares de 18 a 60 meses de edad, coadyuvantes al consumo de una alimentación balanceada y suficiente. (Tesis de maestría, Centro Universitario Querétaro). Recuperado de: http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/857/1/RI000419.pdf
- Arcan, C., Hannan, P., Himes, J., Fulkerson, J., Holy, B., Smyth M, et al. (2013). Intervention Effects on Kindergarten and First-Grade Teachers' Classroom Food Practices and Food-Related Beliefs in American Indian Reservation Schools. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 113(8), pp. 1076-1083. Recuperado de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23885704
Joseph, L., Gorin, A., Mobley, S., & Mobley, A. (2015). Impact of a Short-Term Nutrition Education Child Care Pilot Intervention on Preschool Children's Intention To Choose Healthy Snacks and Actual Snack Choices. Childhood Obesity, 11(5), pp. 513-520. Doi:10.1089/chi.2015.0028 [doi].

- Hidalgo, M.I., & Güemes, M. (2007). Nutrición en edad preescolar, escolar y adolescente. Pediatría integral, XI (4), pp. 332-345. Recuperado de: http://cmapspublic.ihmc.us/rid=1K4L4B2BZ-1PRDPXD1JX/NUTRICI%C3%93N%20-%20PEDIATR%C3%8DA.pdf#page=48
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Educación Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación Educativa. (2007). Hábitos alimentarios de la población escolar. Cuestionario para la familia. Programa PERSEO. Recuperado de: http://www.perseo.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/programa_perseo/material_divulgativo/Documentos_y_materiales.pdf
- Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. (1979). Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Informe Belmont. Recuperado de: https://www.ecu.edu/cs-acad/rgs/irb/upload/Belmont-Report_Spanish.pdf
- Aranceta J: Nutrición en el niño y adolescente. En Diálogos en Pediatría 9.Meneghello J (ed).Santiago de Chile ,Mediterráneo 1997.

Capítulo 61

SONDA NASOGÁSTRICA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

SANTIAGO PIEDRA VELASCO

ANA BELÉN DELGADO SIERRA

1 Introducción

La alimentación es una de las principales funciones del cuerpo humano. Consiste en la ingestión del alimento a partir de la trituración por acción de los dientes , el resultado es la formación del bolo alimenticio para la deglución y posterior digestión. A través de movimientos peristálticos el bolo pasa por la faringe y el esófago hasta el estómago finalmente se mezclan con las secreciones gástricas es trasladado al intestino. Una vez absorbido los nutrientes se expulsan como productos de desecho.

En el ámbito de enfermería es de gran importancia el conocimiento de la técnica, inserción, retirada, cuidados y mantenimiento de la sonda nasogástrica independientemente de su finalidad. El personal de enfermería le compete en su totalidad en la colocación y cuidados relacionados con el sondaje nasogástrico. El sondaje nasogástrico es la introducción de una sonda por la nariz hasta el estómago.

La utilidad de la sonda nasogástrica :
- Administración de nutrición enteral , siempre y cuando el paciente tenga conservado peristáltismo intestinal pero no pueda ingerir por vía oral .
- Administrar medicamentos.
- Aspiración contenido gástrico, tales como hematemesis, obstrucción intestinal .

- Lavado gástrico por sospecha o evidencia de intoxicación.

Otras indicaciones:
- Toma de muestras de contenido gástrico .
- Medición ph gástrico .
- Prevención de broncoaspiración en pacientes con disminución del nivel de conciencia o en pacientes intubados .

Contradicciones del sondaje nasogástrico: se pueden dividir en absolutas y relativas
1. Las contraindicaciones absolutas:
-Perforación esofágica.
- Fracturas de huesos de la base del cráneo y huesos faciales.
- Obstrucción nasofaringea o esofágica.
- Evidencia o sospecha de ingestión de sustancias, alcalinas, ácidas, cáusticas.
Coagulopatías severas no controladas:
2 Las contraindicaciones relativas.
- Varices esofágicas, esofagitis.
- Disminución del nivel de conciencia por riesgo de aspiración.
- Intubación endotraqueal por el riesgo de mal inserción de la sonda.

Características de la sonda nasogástrica. Las sondas nasogástricas pueden ser clasificadas:
- Longitud - La longitud media de la sonda para adultos unos 120 cm, la sonda más utilizada para niños tiene una longitud media 40 cm.
- Diámetro. La unidad de medida utilizada es el French (Fr) corresponde al diámetro exterior de la sonda. El calibre más utilizado es el 14 Fr , se consideran sondas de diámetro pequeño entre 5-12 Fr y las de diámetro grande son aquellas mayores 14 Fr.
- Material. Dependerá de la utilidad que le vayamos a dar pueden ser:
Polovinilos: son mas gruesas y rígidas son útiles para administrar medicamentos y succión del contenido gástrico.
Siliconas y poliuretanos: son las más utilizadas se utilizan en nutrición enteral ya sea continua o intermitente y sondajes de larga duración.
- Luces. Las sondas nasogástricas pueden presentar una luz son las más habituales para la aspiración del contenido gástrico y descompresión de la cavidad gástrica. Las de dos luces se utilizan para la eliminación del contenido gástrico. Las de tres luces son las utilizadas en hemorragias por varices esofágicas .

Tipos de sonda nasogástrica

Las más utilizada es la Salem y la Levin.
- Sonda Salem es la más utilizada para administración de medicamentos o de nutrición .
- Sonda Sengstaken -Blackmore , se utiliza en casos de hemorragias causadas por varices esofágicas , esta compueta por 3-4 luces.
- Sonda Ewald tambien conocida como Edich , es de inserción oral y desemboca en el estómago , son de calibre grueso entre 25-30 Fr y su longitud 170 cm se utiliza para evacuar pildoras o capsular sin digerir.
- Sonda de Nelatón , el calibre oscila 8-12 Fr , tiene 42 cm de longitud esta indicado en urología.

Técnica de colocación de la sonda nasogástrica
- Explicar al paciente la técnica a realizar(si es posible).
- Colocar al paciente sentado o semisentado con suave flexión del cuello 45º.
- Calcular la longitud de la sonda (50 cm), punta de la nariz, lóbulo de la oreja, apéndice xifoides.
- Lubricar el tercio distal de la sonda.
- Introducir la sonda horizontalmente a través de una fosa nasal.
- Introducir la sonda hacia el esófago mientras el paciente traga, permitir al paciente beba agua con la paja.
- Introducir la sonda hasta la longitud marcada.
- Posteriormente auscultar sobre el estómago con un fonendoscopio , mientras se inyecta 50 cc de aire por la sonda (se escuchará borboteo característico).
- La sonda debe fijarse a la piel de la mejilla o de la nariz con eparadrápo hipoalergénico.

Cuidados de la sonda nasogástrica
- Limpiar diariamente la parte exterior de la sonda con agua tibia y jabón.
- Los orificios nasales deben limpiarse con ayuda de un bastoncillo.
- Cepillar dientes y lengua con cepillo y dentrífico.
- Enjuagar la boca con agua o colutorio.
- Si el paciente tiene bajo nivel de conciencia se debe limpiar con gasa empapada en agua.
- Hidratación de los labios utilizando vaselina o crema hidratante.

2 Objetivos

Objetivos principales
- Unificar criterios en la práctica del sondaje nasogástrico.

- Comparar protocolos para llevar a cabo puntos comunes y diferencias.
- Conocer la técnica más adecuada en la colocación y retirada de la sonda nasogástrica.
- Proporcionar cuidados de enfermería de calidad basada en la evidencia científica.
- Atención integral al paciente.

Objetivos secundarios
- Distinguir diferentes tipos de sonda.
- Elegir la sonda más adecuada según la situación basal del paciente.
- Educar al paciente y hacer participe a familia de los autocuidados de la sonda tanto a nivel hospitalario como domiciliario.

3 Metodología

La realización de esta articulo se basa en un estudio descriptivo basándose en guías, artículos protocolos, recogiendo la información más útil en relación al sondaje nasogastrico y descartando aquellos que no tenga respaldo científico. A continuación enumero las diferentes fuentes de información:
1. Revisión bibliográfica, entre las que se encuentran Scielo, Dialnet, Cinahl y Pubmed.
2. Revisión de guías de actuación de diferentes comunidades autónomas como El País Vasco, Andalucía, Madrid y Asturias.
3. Revisión de paginas Web como Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva.

4 Resultados

Los diagnosticos de enfermería NANDA más habituales:
00102-Déficit autocuidados alimentación.
00126-Conocimientos deficientes.
00039-Riesgo de aspiración.
00045-Deterioro de la mucosa oral.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación es una de las principales funciones del cuerpo humano. En el ámbito de enfermería es de gran importancia el conocimiento de la técnica, de

inserción retirada, cuidados y mantenimiento de la sonda nasogástrica

6 Bibliografía

- www.nbi.nlm.nih.gov
- www.revista-portalmedicos.com
- www.cun.es>enfermedades-tratamientos>cuidados-sonda-alimentacion
- www.aegastro.es
- www.enfermeriapractica.com
- www.enfermeriaps.com

Capítulo 62

CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO.

LUCÍA LÓPEZ SAMA

ROSANA FERNANDEZ PEREZ

SARA MÉNDEZ GARCÍA

EVA GONZALEZ LOPEZ

MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN

1 Introducción

El niño necesita de un espacio socio-afectivo y estimulante que le permita satisfacer sus necesidades para conseguir un pleno desarrollo. Son durante estos primeros años de vida donde se observan grandes e importantes progresos en el desarrollo del niño (cognitivo, psicomotriz, afectivo-social y del lenguaje). En este caso nos vamos a centrar en el desarrollo cognitivo.

2 Objetivos

• Prestar atención al desarrollo normal del niño e identificar aquello que no lo es. Cada niño tiene su propio ritmo de desarrollo y crecimiento y hay que respetarlo.
• Detectar de forma precoz retrasos en el desarrollo del niño para poder tratarlo adecuadamente.
• Ayudar al niño a conseguir su máximo potencial.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden Y Google Académico. Las palabras claves de búsqueda que se utilizaron fueron: Jean Piaget, teoría y desarrollo cognitivo.

4 Resultados

En el desarrollo evolutivo estudiaremos los cambios en las conductas y habilidades que va adquiriendo el niño en cada etapa. Teniendo en cuenta que todas las etapas deben ser resueltas para conseguir un desarrollo saludable.

Muchas son las teorías que se ha desarrollado a lo largo de los años intentando explicar los cambios de conducta y desarrollo, las mas destacadas:
Freud, desarrollo psicosocial
Piaget, desarrollo cognitivo
Vigotsky, modelo sociocultural

Pero sin duda, la mas relevante y utilizada x familias, psicólogos, profesionales sanitarios, educadores… por sus descubrimientos sobre la infancia y desarrollo de la inteligencia en el niño ha sido la de PIAGET.

Piaget descubrió que los niños en cada edad tienen capacidad para resolver determinadas situaciones y problemas. Se dedico a estudiar las diferentes etapas de crecimiento del niño y a explicar como influyen en ellas su aprendizaje, pensamiento y desarrollo cognitivo.
Definió 4 etapas de desarrollo en niños:
1ª Etapa sensorio- motora (niños de 0-2 años)
2ª Etapa Pre- operacional (niños 2-7 años)
3ª Periodo concreto (niños 7-11 años)
4ª desarrollo del niño (niños y adolescentes de 11 años en adelante)

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día existen muchas familias, centros educativos y hospitales utilizando la teoría de Piaget para motivar y fomentar el desarrollo cognitivo del niño.
Disponemos de diferentes test neuropsicológicos para evaluar el funcionamiento cerebral del niño y detectar si existe riesgo de padecer algún trastorno del neurodesarrollo como dislexia, TDA, TDHA.

6 Bibliografía

- Desarrollo deli. Karen Navarro.
- Desarrollo de la primera infancia. Fernando Alv. Cruz, Violeta Vital Monroy www.cognifit.com
- Enfermería pediátrica Masson.

Capítulo 63

BENEFICIOS DEL CONSUMO DE PROBIÓTICOS A LO LARGO DE LA GESTACIÓN.

ANDREA CASADO TRAPIELLA

LAURA TRABADA MARTÍN

LAURA GARCIA FERNANDEZ

ANA ISABEL GONZÁLEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las nuevas investigaciones acerca de las relaciones entre la flora microbiana y la salud del individuo plantean la importancia que tendría ésta sobre el proceso salud-enfermedad. La gestación al ser una proceso de gran vulnerabilidad para la mujer están comenzando a utilizar los probióticos como una forma de mantener e incluso mejorar el bienestar durante esta etapa vital.

2 Objetivos

Determinar la relación existente entre el consumo de probióticos durante el embarazo y repercusión en el desarrollo del feto.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de bases de datos (Lilacs y Pubmed…), guías prácticas clínicas (organización mundial de gastroenterología: Probióticos y prebióticos… etc.)
Palabras clave: Probióticos y Embarazo, Feto.

4 Resultados

El consumo de probióticos durante el embarazo resulta beneficioso para la madre ya que, según estudios, muestran que estos previenen la aparición de náuseas y vómitos, favoreciendo el aporte nutricional, además de prevenir y tratar la diarrea y estreñimiento.
En cambio, en el feto, la presencia de estos microorganismos podrían suponer el estímulo para el desarrollo del sistema inmune, protegiéndolo frente a alergias, asma o infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Cuanto más sana sea la dieta de la madre más saludable será su embarazo y su bebé, por lo tanto el consumo en la dieta de alimentos fermentados probióticos, tanto durante el embarazo como la lactancia (ya que llegan al bebé a través de la leche materna), es beneficioso para el futuro desarrollo.
Aunque a pesar de observarse el beneficio de estos, no se determina qué cepas son necesarias y que cantidad concreta.

6 Bibliografía

1. Alonso MJ. 'Probióticos en embarazo, lactancia y niños'. www.farmacosalud.com.
Abril 2019.
2. Rodríguez JM. "La administración de probióticos a embarazadas y lactantes podría influir en el tipo de bacterias que ingieren los niños que reciben lactancia materna". VII Workshop Probióticos, Prebióticos y Salud: Evidencia Científica. SEPyP. Enero 2016.
3. Rutten, N., Van, A., Uiterwaal, C., Vlieger, A., Rijkers, G., Van, K. (2016). Maternal use of probiotics during pregnancy and effects on their offspring's health in an unselected population. Eur J Pediatr,175:229-235.

4. Dolatkhah, N., Hajifaraji, M., Abbasalizadeh, F., Aghamohammadzadeh, N., Mehrabi, Y.,
Mesgari, M. (2015). Is there a value for probiotic supplements in gestational diabetes mellitus? A randomized clinical trial. J Health Popul Nutr, 33:25.

Capítulo 64

CONTROL DEL DOLOR IRRUPTIVO ONCOLÓGICO EN DOMICILIO POR PARTE DE FAMILIARES.

CELESTE CENOZ IMAZ

MARIA ANDUEZA IRIARTE

SARA MAALI CENTENO

1 Introducción

El dolor irruptivo oncológico es una modalidad de dolor asociado a procesos tumorales y se define como una exacerbación aguda del dolor , de rápida aparición , de corta duración y de moderada a elevada intensidad . Es un tipo de dolor transitorio que sufre el paciente que ya presenta un dolor crónico estable y controlado con opioides , y se acompaña de elevados niveles de depresión y ansiedad(1).
El DIO es un factor que limita la calidad de vida del paciente , implica una insatisfacción terapeútica y supone un elevado consumo de recursos sanitarios.(2)
Un episodio del DIO se caracteriza por:

-Tiempo hasta el pico de máxima intensidad : media 3-5 minutos , con un rango de 10 sg. a 180 minutos.
-Intensidad : moderada a elevada/insoportable.
-Duración : media 15-30 minutos ,con un rango de 1 sg. A más de 240 minutos
-Numero de episodios al día : media de 1 a 4 , con un rango de 1 a 14 .
-Tipo incidental : media de 55-60% de los casos.

-Tipo incidental volitivo : media de 50-60%.(3).

Es fundamental incluir a familiares y/o cuidadores desde el inicio de la enfermedad como apoyo en la planificación y toma de decisiones relacionadas con el tratamiento y su ejecución . La implicación del entorno del paciente mejora el cumplimiento terapeútico y también ayuda a detectar loe posibles efectos adversos para poder prevenirlos o mejorarlos.(4)
Educar tanto al paciente como a su entorno sobre el DIO y su manejo es fundamental para que el tratamiento sea eficaz . Además deben ser informados de la importancia de administrar el tratamiento de manera precoz cuando el paciente y/o familiar detecte un episodio de DIO.

Los paciente que sufren episodios de DIO ven reducida su calidad de vida experimentan un impacto negativo en su entorno y en la calidad del sueño , mayor ansiedad y depresión , y también tienen un peor pronóstico.
El trabajo en equipo de todos los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento del paciente , marca la diferencia en cuanto al cuidado del paciente , es muy importante una reevaluación frecuente para :
-Identificar cambios en la progresión de la enfermedad.
-Observar cambios en la calidad de vida.
-Valorar la eficacia y tolerabilidad de los tratamientos para el dolor.
-Dar esperanza a todos los implicados.(5)

2 Objetivos

-Conocer el grado de control del DIO en domicilio por parte de familiares y el propio enfermo.
-Conocer si los pacientes y familiares requieren de ayuda profesional y cuanto , tanto por centro de salud como por parte de unidades de cuidados paliativos ,servicios de urgencias y unidades hospitalarias de oncología.
-Conocer la satisfacción de paciente y familiares sobre el grado de conocimientos y ayudas obtenidas durante la enfermedad así como su grado de empoderamiento.

3 Metodología

-Revisión de casos de cuidados paliativos a centro de salud para conocer el número de paciente con código “paciente en cuidados paliativos”.

-Administración a familiares de cuestionario autoadministrado que pregunte sobre grado de control del DIO , necesidad de ayuda externa y grado de satisfacción ante el proceso paliativo.

4 Bibliografía

1.Rev.Soc.Esp. Dolor (Revisiones MBA)2013;20(2):61-68.
2.Reyes D. Gonzalez J. Mohar A. et al. Epidemiología del dolor por cáncer.Rev Soc Esp Dolor.2011:18.118-34.
3.-Davies AN,Dickman A ,Raid C,Stevens AM,Zeppetella G.The managemente of cancer-related brekhrough pain:Recommendations of a task Group of the Science Committee of the Ass0ciation for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland.Eur J Pain 2009;13 (4):331-8.
-Bennett D ,Burton Aw,Fishman S,et al. Consensus Panel Recommendations for the Assessment and Management of Breakhreugh Pain 1 ASSESSMENT. P&T 2005;30(5):296-301
4.Escobar Y Biete A , Combo M , et al Diagnóstico y tratamiento del dolor irruptivo oncológico:recomendaciones de consenso.Rev.Soc.Esp.Dolor.2013.20(2)61-8.
5.San Bartolomé.J.Valoración y análisis de las estrategias de afrontamiento de los enfermos oncológicos con dolor crónico.Rev.enferm.Cy2014;6(12):74-92.

Capítulo 65

ALIMENTACIÓN: UN PROBLEMA SOCIAL ¿Y MENTAL?

SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS

CLARA CASAS PATIÑO

TAMARA GIL BLANCO

1 Introducción

Uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad son los trastornos de salud mental. Según diferentes investigaciones, los trastornos mentales, cuyos máximos representantes son la ansiedad y depresión respectivamente, suponen más del 10% de la carga global de enfermedad. Muchos son los factores que pueden comprometer la salud mental, siendo uno de ellos el patrón alimenticio.

Es conocida la implicación directa existente entre la alimentación en diferentes trastornos de salud como patologías cardiovasculares u obesidad. De hecho, la enfermedad de Alzheimer y trastornos mentales como la depresión han sido asociados con la obesidad, enfermedad implicada en mayor parte con el patrón alimenticio. Por ello, en la actualidad, se informa que ciertas patologías psiquiátricas como la depresión o la ansiedad tienen cierto grado de prevención, ya que investigaciones epidemiológicas previas relacionan patrones dietéticos con patrones mentales.
Esto nos genera varias preguntas: ¿Hasta qué punto es importante la alimentación en la salud mental? ¿Cuáles son los alimentos "protectores"? ¿Qué alimentos son de riesgo para la salud mental?

2 Objetivos

- Analizar la implicación de los patrones alimenticios con la salud mental.
- Conocer la implicación de ciertos alimentos específicos en la prevención o incidencias de trastornos mentales.
- Descubriru qué tipo de dietas/culturas pueden relacionarse con un menor o mayor riesgo de trastornos mentales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Realizado en 2019-2020, siendo utilizados fuentes bibliográficas contrastadas en inglés y castellano.

Palabras clave: Alimentación, patrón alimenticio, salud mental, ansiedad, depresión.

4 Resultados

Es conocido que la dieta forma parte fundamental de un estilo de vida que puede ser mayor o menor beneficioso para nuestra salud. Dicho estilo de vida, que puede ser modificable hasta cierto grado a través de estrategias educativas, se ha relacionado directamente con el bienestar psicológico, emocional y social como bien indica un estudio realizado en estudiantes chinos y alemanes.

No obstante, la incidencia en nuestra sociedad de la salud mental va más allá de la pura sintomatología depresiva o ansiosa que podamos sentir en cierto momento, ya que si se siguen las predicciones de una investigación anterior, la depresión, por sí sola, será para el año presente la segunda causa de discapacidad global. Así, una salud mental desfavorable no únicamente presenta consecuencias a nivel individual, sino que desarrolla incalculables costes y consecuencias a nivel sanitario, social y económica, ya que se ha relacionado con mayores tasas de desempleo, disminución de la productividad, menor calidad de vida, menor esperanza de vida, así como otros gastos/consecuencias difíciles de medir como podrían ser la pérdida de oportunidades tanto a nivel individual del que padece un

trastorno mental como de sus familiares más cercanos. Por tanto, si hasta cierto modo podemos influir con nuestra alimentación y estilo de vida en la prevención de ciertos trastornos mentales, sería idóneo conocer cómo han sido ambas variables relacionadas en investigaciones anteriores.

Según investigaciones previas, las diferencias culturales existentes en cuanto a patrón alimenticio pueden también conllevar diferencias en cuanto a incidencias de trastornos mentales, ya que, por ejemplo, patrones de alimentación occidentales en la que cada vez se encuentra más presente el procesado en los alimentos, se relacionan con mayor incidencia de trastornos mentales como pueden ser estados ansiosos y depresivos. Por el contrario, estilos de vida mediterráneos en cuanto a dieta se asocian resultados protectores en cuanto a asociación estadística con esta tipología de trastornos.

Siendo más específicos, la importancia de la alimentación es tal que se ha investigado la relación directa entre alimentos, macro y micronutrientes con la salud mental. Uno de estos denominados macronutrientes, la proteína, en actuales estudios tranversales y longitudinales la relacionan débilmente con un mejor estado de ánimo, relación que podría deberse por la conversión del triptófano a serotonina, la cual participa, entre otras funciones, en la regulación del estado de ánimo y del sueño.

Por otro lado, diferentes investigaciones observacionales y ensayos aleatorizados controlados como el de Deacon et al, sostienen que los ácidos grasos polinsaturados omega 3 pueden contribuir al desarrollo de este tipo de trastornos tras su carencia y mantienen vías alternativas de tratamiento de trastornos como la depresión a través de este tipo de nutrientes con suplementación. Otros nutrientes comunes como el calcio ha sido también relacionado como un elemento protector frente a la depresión, demostrándose dicha relación tanto en estudios tranversales como longitudinales, como es, por ejemplo, en un estudio cohorte realizado en Japón.

Por otro lado, denominados micronutrientes como lo son las vitaminas presentan cierta relación con la salud mental. En ciertos estudios longitudinales, se observó que pacientes con TAG y depresión presentaban niveles inferiores de estos nutrientes, concretamente de vitamina A, C y E, antioxidantes que se incluyeron como suplementos en dichos pacientes para compararlos con datos analíticos posteriores, concluyendo un aumento de éstos nutrientes (salvo en la vitamina E) acompañado de una menor sintomatología ansiosa y depresiva. Dichos resultados concuerdan con otras investigaciones en las cuales sostienen la influencia

de la vitamina B y D en la salud mental y, más concretamente, con el comportamiento y depresión respectivamente.

Por otro lado, los cambios de estilo de vida actuales han llevado consigo también a cambios en los patrones alimenticios, siendo evidente un aumento de consumo de alimentos procesados, también denominados comida rápida o fast food, sobre todo en los jóvenes adolescentes. Ésto, no únicamente se ha asociado a obesidad u otras patologías cardiovasculares, sino que ciertas investigaciones como un estudio de cohorte llevado a cabo en España sostiene cierta relación entre este tipo de comida y riesgo de depresión.

Otras investigaciones, sin embargo, relacionan como alimentos protectores frente a la salud mental a las verduras, pescado, productos lácteos, nueces y aceite de oliva. Esto podría explicarse por la inclusión de nutrientes mencionados anteriormente que contienen este tipo de alimentos como proteínas, vitaminas del grupo B, calcio y acidos grasos poliinsaturados omega 3, lo que nos lleva a su vez a explicar o a poder entender la diferencia del porqué ciertos estudios asocian a la dieta mediterránea un factor protector frente a otro tipo de dietas occidentales.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos mentales son uno de los principales problemas de salud pública y social que tenemos en la actualidad. La salud mental se encuentra influenciada por multitud de variables intrínsecas y extrínsecas. Una de estas variables extrínsecas potencialmente modificables que influyen en la salud mental es la alimentación.

La influencia de esta variable es tal que diversas investigaciones contrastadas sostienen que patrones de alimentación mediterráneos pueden actuar como factor preventivo ante este tipo de patologías, sosteniendo una cierta asociación estadística entre diversos nutrientes (proteínas, vitaminas del grupo B, calcio, ácidos grasos poliinsaturados omega 3 con una reducción de la incidencia de trastornos mentales como depresión o ansiedad.

Todos estos datos sugieren la importancia esencial de estrategias educativas que modifiquen ciertos estilos de vida en cuanto a alimentación, pues podría conllevar una importante reducción de los trastornos mentales, tan presentes actualmente en nuestra sociedad.

6 Bibliografía

1. Choda, N., Wakai, K., Naito, M. et al. Associations between diet and mental health using the 12-item General Health Questionnaire: cross-sectional and prospective analyses from the Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort Study. Nutr J 19, 2 (2020).
2. Owen L, Corfe B. The role of diet and nutrition on mental health and wellbeing. Proc Nutr Soc. 2017;76(4):425–426.
3. Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A. Food patterns and the prevention of depression. Proc Nutr Soc. 2016;75(2):139–146.
4. Xu H, Sun Y, Wan Y, et al. Eating pattern and psychological symptoms: A cross-sectional study based on a national large sample of Chinese adolescents. J Affect Disord. 2019;244:155–163.
5. ané-Llopis Eva. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2004 Mar; (89): 67-77.
6. Velten, J., Bieda, A., Scholten, S. et al. Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. BMC Public Health 18, 632 (2018).
7. acka, F.N., Mykletun, A. & Berk, M. Moving towards a population health approach to the primary prevention of common mental disorders. BMC Med 10, 149 (2012).
8. Deacon G, Kettle C, Hayes D, Dennis C, Tucci J. Omega 3 polyunsaturated fatty acids and the treatment of depression. Crit Rev Food Sci Nutr. 2017;57:212–223.
9. Gautam M, Agrawal M, Sharma P, Gautam AS, Gautam S. Role of antioxidants in generalised anxiety disorder and depression. Indian J Psychiatry. 2012;54:244–247.
10. Lang UE, Beglinger C, Schweinfurth N, Walter M, Borgwardt S. Nutritional aspects of depression. Cell Physiol Biochem. 2015;37:1029–1043.
11. Molendijk M, Molero P, Ortuño Sánchez-Pedreño F, Van der Does W, Angel Martínez-González M. Diet quality and depression risk: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. J Affect Disord.
12. Sánchez-Villegas A, Toledo E, de Irala J, Ruiz-Canela M, Pla-Vidal J, Martínez-González MA. Fast-food and commercial baked goods consumption and the risk of depression. Public Health Nutr. 2012;15(3):424–432.

Capítulo 66

BENEFICIOS DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y SU APLICACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE SANITARIO

SANDRA FERNANDEZ GONZALEZ

PATRICIA ESTEBAN HERNANDEZ

1 Introducción

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual más prevalente en la población sexualmente activa, se cree que hasta el 80% de las mujeres resultarán expuestas al VPH en algún momento de su vida, alcanzando su máximo pico hacia los 20-24 años de edad (Caballero et al., 2015). A pesar de que, la gran mayoría de las infecciones por este virus son benignas y no presentan síntomas clínicos y serán suprimidas espontáneamente por el sistema inmunitario sin necesidad de intervención, en uno o dos años. Sólo un 10% de estas infecciones persistentes, por algunos tipos del VPH, está asociada con el desarrollo del cáncer uterino o de otros cánceres de zonas genitales, un proceso que normalmente se prolonga de 10-20 años.

Existen más de 100 tipos diferentes del VPH que infectan la zona genital, solo se consideran altamente oncogénicos o de alto riesgo 15 cepas los VPH, las cepas 16 y 18 son los causantes de aproximadamente el 70% de todos los cánceres uterinos en el mundo y los VPH 6 y 11 del 90% de las verrugas de zonas genitales. El tener la infección con cepas oncogénicas, no es una condición suficiente para

desarrollar la enfermedad, deben existir otros factores de riesgo: relaciones sexuales precoces, diferentes parejas sexuales, escasa higiene, consumo de alcohol o estupefacientes, otras enfermedades sexuales, etc. (Wayne, 2015; Wilfredo, 2016).

El cáncer uterino (CCU) es un problema existente en la salud de una gran importancia, destacando los países en vías desarrollo. Es el tercer cáncer con más prevalencia en el mundo y segundo cáncer más prevalente en mujeres, está relacionado con el VPH, su pico de mayor prevalencia es entre los 20 y 24 años de edad (Quiroga, Vega, Fungo, y Uema, 2015; Caballero et al., 2015). Se estima que más de 250.000 mujeres fallecieron debido a esta enfermedad a nivel mundial y un 80% corresponden a países en vías de desarrollo. Desde hace 10 años, se han aumentado las muertes por este tipo de cáncer, existen escasos programas sanitarios de detección de este virus, si esto se consiguiera se podría empezar el tratamiento lo antes posible y por tanto siendo más eficaz (Wayne, 2015). La vacunación es uno de los mayores beneficios para la prevención de enfermedades, es uno de los inventos más importantes en la medicina actual y son una de las mejores inversiones que los países pueden realizar. La ciencia sigue avanzando y nos han permitido que muchas enfermedades muy graves se reduzcan e incluso se erradican gracias a las vacunas.

Desde 2006 existe una vacuna contra el VPH: pero no ofrece una protección completa contra todas las cepas del VPH. Por lo tanto, ofrecerá una protección entre el 20 - 30 % (según el tipo de vacuna) para el cáncer de cérvix y sobre el 10 % de las verrugas de zonas genitales no se podrán prever, tampoco sería eficaz contra enfermedades de transmisión sexual y no es un tratamiento para infección del VPH o del cáncer cervical. Como hemos mencionado anteriormente, el VPH se transmite sexualmente, y por tanto, según los estudios no cabe duda que la población diana más importante de los programas de vacunación contra el VPH debería ser las adolescentes antes del inicio de sus primeras relaciones sexuales (a partir de los 9 a 10 años) (Tuells et al., 2015; Patricia, 2016).

Esto nos lleva a pensar, que, para reducir la infección por este virus, deberíamos vacunar a los adolescentes jóvenes para contra el VPH (Patricia, 2016). Las vacunas que se componen en su mayor parte por moléculas muy similares al VPH, las cuales se unen partir de copias de L1 (proteína estructural principal del virus), y por tanto es capaz de iniciar la producción de anticuerpos para el VPH (Bruni, Serrano, Bosch, y Castellsagué, 2015). Las aprobaciones establecidas para la vacuna contra el VPH indican la administración de tres dosis; las últimas directrices establecidas en la Cumbre Mundial del Cáncer en relación a la prevención del

cáncer úternino disponen la reducción a dos dosis. Esta recomendación permite facilitar la administración y reducir los costos relacionados con la misma.

La StrategicAdvisoryGroup of ExpertsonImmunization (SAGE) recomienda 2 dosis de la vacuna, si la vacunación comienza antes de los 15 años, con una diferencia entre dosis de 6 meses. La vacunación de 3 dosis si se comienza a partir de los 15 años y en mujeres inmunodeprimidos. Las vacunas están dirigidas a adolescentes entre 11-14 años y se comenzó a comercializar entre noviembre de 2007 y finales de 2008 con algunas diferencias entre comunidades Seguridad de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). En el 2009, la OMS recomendó ambas vacunas, para su uso generalizado (Wilfredo, 2016).

2 Objetivos

El objetivo que se plantea en esta revisión bibliográfica es identificar si la vacuna del Papiloma Humano (VPH) es segura y si tiene efectos secundarios importantes para los pacientes.

3 Metodología

Las bases de datos para la elaboración del estudio que aquí se presenta, se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos, tanto de ciencias sociales como de salud, algunas de estas bases han sido: Pubmed, Medline Plus, Cuiden y Dialnet.

Hemos utilizado como descriptores: Virus del Papiloma Humano, seguridad, vacuna, efectividad y su traducción al inglés. Como resultado se obtuvo un total de 56 artículos, de los cuales se seleccionaron 7. Los descriptores Los descriptores utilizados son: Virus del Papiloma Humano, seguridad, vacuna, efectividad, etc. Las fórmulas de búsqueda introducidas en los buscadores han sido: Human Papiloma virus AND safety AND vaccine AND effectiveness.

4 Resultados

Según los artículos seleccionados, podemos destacar que la vacuna del VPH es una vacuna segura, ya que varios estudios de un calibre importante lo demuestran. Sin embargo, esta vacuna sí que puede producir algunos efectos secundarios. Los efectos secundarios más comunes de la vacuna son: síntomas locales

(dolor, hinchazón, enrojecimiento, etc.; otro síntoma que puede aparecer, pero con menos frecuencia es la fiebre y como dato importante, podemos destacar que hubo algunos incidentes importantes tras la administración de esta vacuna, como fueron convulsiones o pérdidas de conciencia.

Estos acontecimientos produjeron mucho miedo y desconfianza en la población sobre si esta vacuna era segura, pero tras varios estudios se demostró que esos problemas no estaban relacionados con la vacuna. Por otro lado, también podemos mencionar la eficacia de la vacuna y su alta inmunidad, solo un artículo estaría en contra de esto, refiriendo que la protección es baja, ya que solo un 2,8% de la población portará los genotipos 16 y 18 que son los que están relacionados con el cuello uterino y son de los que te protege esta vacuna. Para concluir, un artículo nos menciona que el costo- eficacia en la vacuna está demostrado y que por tanto es necesaria.

5 Discusión-Conclusión

Según la evidencia revisada podemos destacar que esta vacuna es segura Tuells et al., (2015) y que los problemas de salud importantes (convulsiones y disminución de conciencia) que en un principio se pudieron relacionar con la vacuna, se demostró de que no eran provocados por la vacuna (Wilfredo, 2016). Es un hecho a destacar que estas vacunas contra el VPH, ofrecen una forma de prevención del cáncer uterino y las consecuencias asociadas a estos virus. Pero según Brunni (2015), a pesar de este avance tecnológico, esto no debe reemplazar a otras medidas de prevención actuales, debido a que no protegen Seguridad de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) contra todos los tipos de virus de VPH.

Esta estrategia debe ir acompañada de otras medidas, nunca reemplanzarlas. La prevención de estas posibles patologías por el VPH constituye una prioridad de Salud Pública Nacional e Internacional. Aunque la vacuna haya sido una revolución para la prevención de estas patologías, no podemos olvidarnos que una educación sanitaria veraz y de calidad en grupos de edad adecuados, puede ser efectiva, al enseñar a los jóvenes los problemas asociados de las relaciones sexuales no seguras y aconsejarles en la toma de precauciones, para de esta manera evitar riesgos innecesarios.

Según Wayne (2015), la vacuna no es muy segura por la escasez de genotipos de los que te protege. A pesar de esto, no he encontrado más bibliografía que apoye

esta idea y por ello desaconseje la vacuna, al revés la recomiendan. Para concluir, solo destacar que es una vacuna relativamente nueva, en la cuales los beneficios (disminución de cáncer uterino y otras enfermedades por el VPH), tardaran en demostrarse más de una década aún, y que por tanto, se debería seguir estudiando para conocer todos los detalles de esta novedosa vacuna.

6 Bibliografía

- Tuells, J., Martínez-Martínez, P. J., Duro, J. L., Caballero, P., Fraga, P., y Navarro-López, V. (2015). Características de los vídeos en español publicados en Youtube sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano.
- Bruni, L., Serrano, B., Bosch, X., y Castellsagué, X. (2015). Vacuna frente al virus del papiloma humano. Eficacia y seguridad. Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Clínica, 33(5), 342-354.
- Quiroga, S. M., Vega, E. M., Fungo, M. S. M., y Uema, S. A. N. (2015). Controversias en torno a la utilización de la vacuna contra el virus del papiloma humano. Revista de Salud Pública, 19(3), 91-103.
- Caballero, P., Tuells, J., Rementería, J., Nolasco, A., Navarro-López, V., y Arístegui, J. (2015). Aceptabilidad de la vacuna contra el VPH en estudiantes universitarios españoles durante la etapa pre-vacunal: un estudio transversal.
-Patricia, G. (2016). Que hay en el horizonte sobre el virus del papiloma humano, vacunas y el control del cáncer. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 24(3).
- Wayne, L. (2015). Historia natural de la infección del cérvix uterino por el virus papiloma humano. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 53(2), 84-92.
-Wilfredo, G. (2016). La vacuna contra el virus del papiloma humano: algunas precisiones. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 28(4).

Capítulo 67

CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN FAMILIARES DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

VIRGINIA GALENDE GALARZA

ELENA GONZÁLEZ ESAIN

SAIOA IMIZCOZ ERASUN

BERTA GARCIA MURILLO

JUNCAL SANZ PASCUAL

1 Introducción

El Cáncer colorrectal es uno de los problemas de salud más importantes en España en este momento, ocupando el primer lugar en cuanto a incidencia y siendo la segunda causa de mortalidad por cáncer. Es un tumor maligno que aparece en el intestino grueso o en el recto a partir de una lesión llamada pólipo. El periodo desde la primera aparición de un pólipo hasta el desarrollo de cáncer oscila, probablemente, entre 5 y 15 años. Hay que clasificar el nivel de riesgo individual de padecer CCR para determinar cuándo debe iniciarse el programa de cribado, a quién debe ofrecerse, qué tipo de pruebas es preciso realizar y con qué frecuencia se deben llevar a cabo. Por tanto, la primera consideración que se debe tener en

cuenta en el cribado de esta patología es determinar si el paciente presenta un riesgo bajo, medio o elevado.

Para la valoración del riesgo de un individuo en relación con el desarrollo de esta patología es fundamental la evaluación de los antecedentes personales y/o familiares. Se debe realizar una correcta anamnesis que recoja los antecedentes de CCR o adenomas en el propio individuo o en familiares de primer grado (padres, hermanos e hijos), de segundo grado (abuelos, tíos y sobrinos) y de tercer grado (bisabuelos y primos).

En Navarra, se detectan alrededor de 500 casos anuales y es el causante de unos 200 fallecimiento al año. Es más frecuente en hombres (60% de los casos) que en mujeres. Se trata del tipo de cáncer con mayor incidencia en ambos sexos. También es más frecuente en personas con historia familiar de cáncer colorrectal o con enfermedades inflamatorias intestinales crónicas o pólipos aunque, independientemente de estas situaciones, el riesgo aumenta a partir de los 50 años. La enfermedad no suele presentar síntomas en fases iniciales, aunque la presencia de sangre en las heces, cambios en los hábitos intestinales y pérdida de peso sin razón conocida deben considerarse como síntomas de sospecha. Si se detecta a tiempo es más fácil su tratamiento y curación. Cuando se diagnostica precozmente se puede curar en más del 90% de los casos.

El Cáncer colorrectal familiar, llamado así para diferenciarlo de las formas inequívocamente hereditarias, representa un 25-30% del total de los casos de cáncer de colon y recto. Se desconoce exactamente el mecanismo responsable de esta agregación familiar, aunque probablemente se trate de una alteración genética multifactorial. El número de familiares afectados, el grado de parentesco y la edad de diagnóstico del CCR en el familiar son las variables asociadas a un mayor riesgo de presentar CCR en los distintos estudios realizados. El riesgo de presentar esta neoplasia en individuos con familiares de primer grado que han padecido CCR es 2-3 veces superior al de la población general. Varios estudios demuestran que este riesgo es mayor cuando el familiar afectado es un hermano que cuando es un progenitor. El riesgo de CCR en individuos con familiares de primer grado afectados disminuye con la edad. La existencia de familiares de segundo grado (abuelos, tíos y sobrinos) o tercer grado (bisabuelos y primos) afectados de CCR también se ha asociado a un incremento del riesgo de presentar esta neoplasia. El antecedente familiar de cáncer de colon comporta un mayor riesgo que el de cáncer de recto. En aquéllos con antecedentes familiares de CCR se debería iniciar el cribado mediante colonoscopia a partir de los 40 años de edad, o 10 años

antes de la edad de diagnóstico del familiar afectado más joven (lo primero que ocurra).
Criterios de derivación a la consulta de cribado familiar y alto riesgo:
1. Personas con alto riesgo:
- Síndrome de Lynch.
- Síndromes polipósicos hereditários.
2. Personas con riesgo familiar elevado:
- 1 familiar de primer grado con diagnóstico de CCR<60 años.
- 2 o más familiares de primer grado con CCR a cualquier edad.

El resto de los casos se incluirán en el Programa de Detección Precoz de Cáncer colorrectal cuando corresponda. Esto significa que las personas con un familiar de primer grado (padres, hijos, hermanos) diagnosticado de CCR a una edad igual o superior a 60 años o con uno o más familiares de segundo grado se incluyen en el Programa de Detección Precoz de CCR cuando corresponde.

Desde los programas de cribado de CCR, sería deseable poder identificar a aquéllos individuos a los que remitir a unidades especializadas de cáncer familiar, por presentar tanto criterios de alto riesgo de padecer un CCR hereditario como de riesgo moderadamente superior al poblacional. Una vez valorado el caso en la consulta de cáncer familiar, quedaría definitivamente clasificado su riesgo de CCR, actuando en consecuencia.

2 Objetivos

- Describir un caso clínico relacionado con el programa de cribado de cáncer de colon en familiares de pacientes con cáncer colorrectal.
- Detallar el riesgo que supone la presencia de antecedentes familiares.

3 Caso clínico

Paciente varón de 43 años que tras realización de anamnesis y revisión de historia familiar, detectando un riesgo elevado, ya que hace 4 años y a la edad de 53 años se le detectó un cáncer colorrectal a un pariente de primer grado (su hermano), es remitido a consulta para inclusión en programa de cribado de cáncer colorrectal en familiares de pacientes con cáncer colorrectal. Se ha realizado una colonoscopia el día 11/12/2019 sin observar patología significativa desde el punto de vista de la prevención de cáncer de colon.

Según la European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis modificada (guía adoptada por la Dirección de Atención Primaria y el Instituto de Salud Pública) y teniendo en cuenta el resultado de la colonoscopia y sus antecedentes familiares, se recomienda realización de nueva colonoscopia dentro de 5 años. Para su realización solicitará consulta en el Servicio de Aparato Digestivo (Consulta de Enfermería Cribado Familiar) a través del Servicio de cita previa. En caso de aparición de síntomas o de nuevos casos familiares (cáncer colorrectal o adenomas avanzados), aconsejamos valoración por su Médico de atención primaria quien adoptará las medidas adecuadas.

4 Discusión-Conclusión

La percepción del riesgo de padecer cáncer que suponen los antecedentes familiares, no se ajusta a la realidad. Este riesgo parece estar sobrevalorado en la población, como se desprende de los resultados de varios estudios realizados a cargo de la AECC, entre aquellas personas que piensan que es poco o nada probable que se les diagnostique un cáncer colorrectal y siendo la ausencia de antecedentes familiares la razón más frecuentemente referida.

La sobrevaloración del riesgo a padecer cáncer colorrectal conlleva mayor demanda sanitaria y generación de pruebas, muy especialmente colonoscopias, en muchos casos innecesarias, y no exentas de complicaciones. Es importante que la población conozca cuál es el riesgo real de padecer cáncer colorrectal en función de su historia familiar y cuáles son los pasos que deben seguir si se sospecha que existe una predisposición hereditaria a este tipo de cáncer.

Las medidas dirigidas a la prevención de cáncer colorrectal se recomiendan hasta la edad de 75-80 años siendo esta edad de finalización arbitraria, debiendo de tenerse en cuenta fundamentalmente el estado del paciente, la comorbilidad y expectativas de vida.

5 Bibliografía

- Hª Clínica Informatizada del paciente.
- M, Marzo Castillejo M, Piñol V, Mascort JJ, et al. Estrategias de cribado en el cáncer colorrectal. FMC. 2005;12(8):527-35.
Pickhardt PJ, Choi JR, Hwang I, et al. Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults. N Engl J Med.

2003;349(23):2191-200.
- Marzo Castillejo M, Bellas Beceiro B, Melus Palazón E, et al. Prevención del cáncer. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (Actualización 2009). semFYC. 2009. 126-30.
- Guía de referencia rápida de prevención del cáncer colorrectal. Asociación Española de Gastroenterología. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) (Actualización 2009). La guía completa está disponible en:http://www.guiasgastro.net
- Montoya, R. P. M. E. T., & Enfermero, A. E. F. C. M. (2019). Screening del cáncer de colon en los centros de salud españoles: rol de enfermería de primaria. Screening of colon cancer in spanish health centers: nursery's role in pirmary health. Screening, 3(3).
- Cáncer Hereditario. II Edición. Publicación de la Sociedad Española de Oncología Médica. 2010. ISBN: 978-84-614-5232-3.
- OncoGuía del consejo y asesoramiento genéticos en el cáncer hereditario. Versión completa. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Junio 2006. Guía de Práctica Clínica. Prevención del Cáncer Colorrectal.
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Centro Cochrane Iberoamericano. Asociación Española Gastroenterología. Actualización 2009.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. (NCCN Guidelines). Colorectal Cancer Screening. Version 1.2013.
Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
- European guidelines for quality assurance in colorectal screening and diagnosis. First edition. 2010.
- Robles L, et al. Consenso en cáncer hereditario entre la Sociedad Española de Oncología Médica y las sociedades de atención primaria. Semergen. 2013. http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.08.007.

Capítulo 68

PROFESIONAL SANITARIO ¿QUEMADO Ó ESTRESADO?

BEGOÑA PANIAGUA GARCIA

ANA COSTALES TUERO

RAQUEL COSTALES TUERO

1 Introducción

El término burnout describe un síndrome que se considera más común entre los profesionales que mantienen una relación de ayuda, como es el personal sanitario, docente y de la administración pública (policías, bomberos). Se asocia a una exposición crónica a estrés laboral que provoca agotamiento, decepción y pérdida de interés por el trabajo que se desarrolla, resultando incapacitante para la vida laboral, social y afectiva, además del impacto que tiene sobre la economía por la pérdida de productividad y el aumento de costes.

2 Objetivos

- Ampliar los conocimientos sobre el síndrome de burnout.
- Conocer las variables que influyen y condicionan el burnout en el personal sanitario.
- Elaborar planes de prevención y tratamiento del burnout.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos y revistas de interés científico/sanitario seleccionando artículos en castellano a partir del año 2000. Conceptos clave: Síndrome de burnout, estrés, desgaste profesional y personal sanitario.

4 Resultados

El Síndrome de Burnout, o en nuestra lengua síndrome de quemarse por el trabajo, fue introducido en 1974 por el psiquiatra Hebert J. Feudenberger, y más tarde desarrollado por numerosos autores que se han interesado sobre el tema.

La definición que más trascendencia ha tenido es la elaborada por Maslach y Jackson (1981) que definen el burnout como un síndrome compuesto por tres dimensiones:
- Agotamiento o cansancio emocional: se pierde la capacidad de disfrutar del trabajo.
- Despersonalización: distanciamiento emocional, genera respuestas frías, desconsideradas, el sujeto se vuelve insensible ante los problemas de los demás.
- Falta de realización personal: baja autoestima, se siente fracasado, incompetente e incapaz.

Posteriormente, Gil-Monte propuso incorporar los sentimientos de culpa (entendida como la violación de una norma moral) como un síntoma relevante que permite establecer diferentes grados de deterioro, siendo éste de los más destructivos.

En general, todas las definiciones que podemos encontrar tendrían varios aspectos comunes:
- Pérdida de interés por el trabajo, disminución de la motivación y el rendimiento.
- Baja autoestima
- Comportamiento profesional anómalo, despersonalización, problemas con compañeros y pacientes.
- Síntomas disfóricos, sobre todo cansancio emocional.
- Síntomas físicos: alteraciones del sueño, respiratorias, gastrointestinales, migrañas, cefaleas, etc.

Las causas del burnout se pueden dividir en tres grupos:
1. Factores de la personalidad:
- Como elementos de vulnerabilidad propios de las personas:

Neuróticas, inestables y predispuestas a la angustia.
Con locus de control externo.
Patrón de conducta tipo A: personas impacientes y competitivas.
- Como rasgos protectores tendríamos:
Equilibrio emocional.
Optimismo.
Autocontrol .
Afectividad positiva.
Asertividad.

2. Variables sociodemográficas:
- Género: el burnout es más elevado en las mujeres, aunque los hombres sufren más despersonalización (pero estos resultados podrían deberse a estereotipos del rol de género).
- Edad o antigüedad en el trabajo: los datos no son uniformes, por un lado es más frecuente el cansancio emocional después de 10 años trabajados, pero los que llevan menos tiempo son más vulnerables a la tensión.
- Estado civil: personas casadas o con pareja estable parecen padecer menos burnout, al igual que las que tienen hijos.

3. Aspectos laborales relacionados con desequilibrios entre los recursos del individuo y las elevadas demandas:
- Sobrecarga laboral motivada por una mala organización de los servicios sanitarios o por la falta de personal.
- Ambigüedad de rol: incertidumbre entre las exigencias de la tarea y los métodos con los que debe ser ejecutada.
- Turnicidad, dificultad para conciliar la vida laboral y familiar.
- Motivación laboral: falta de reconocimiento de su trabajo por superiores o pacientes.
- Ausencia de apoyo social: tanto de superiores, compañeros (elevada competitividad), amigos o familiares.
- Otros: reducción salarial, recortes sanitarios, temporalidad de los contratos, no sustitución de las bajas, burocratización del trabajo, etc.

Con todo esto, el perfil del sujeto afectado por burnout podría ser: profesional de la enfermería con una antigüedad de unos 15 años, interino, trabajando en el servicio público, con un elevado cupo de pacientes a su cargo, con escaso reconocimiento de su labor y alto grado de insatisfacción.

El burnout se trata de un proceso dinámico, distinguimos cuatro fases:

1. Fase de entusiasmo: la persona está muy motivada y con las expectativas demasiado altas sobre el puesto de trabajo.
2. Fase de estancamiento: el sujeto es consciente de que sus expectativas no son realistas y no se siente realizado ni valorado.
3. Fase de frustración: el trabajador se plantea la eficacia de su trabajo, los resultados no son los esperados y le provoca desilusión e insatisfacción.
4. Fase de apatía: la frustración se cronifica, no existe motivación ni ve posibilidad de cambio, aparece el distanciamiento, la robotización y el cinismo.

Un aspecto importante es establecer el diagnóstico, diferenciado del estrés, la fatiga y la depresión:
- El estrés, inicialmente, se trata de una reacción adaptativa, activadora, de la que se obtiene un rendimiento óptimo con una fase de recuperación tras el esfuerzo en condiciones normales.
- La fatiga, si es física tiene une recuperación más rápida y si es debida a un esfuerzo puede ser percibida como la superación de un reto provocando sensación de realización y éxito.
- La depresión puede estar ligada a diversos contextos de la vida, en la que no tiene por qué estar presente la despersonalización ni la baja realización personal.

Cuando estas situaciones van ligadas únicamente al contexto laboral, se cronifican y se vuelven desadaptativas hay que valorar la posibilidad de estar ante un caso de burnout.

Si en enfermería aplicamos la metodología NANDA, NIC/NOC vemos afectados fundamentalmente tres patrones funcionales de M. Gordon: el patrón 7, autopercepción/autoconcepto por el agotamiento físico y emocional que genera impotencia. El patrón 8, rol/relaciones por la baja realización, autoestima y sentimientos de incapacidad que dan lugar al desempeño inefectivo del rol. Finalmente, el patrón 10, adaptación/tolerancia al estrés por la despersonalización que desencadena un afrontamiento defensivo. Además, también se vería alterado el patrón 5 sueño/descanso.

El cuestionario más utilizado para evaluar este síndrome es el MBI (Maslach Burnout Inventory), que cuenta con varias versiones y entre ellas una adaptada a los profesionales de la salud: Maslach Burnout Inventory Human Services Survey.
Este cuestionario consta de 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes de los profesionales en su trabajo y hacia los pacientes, con respuestas en escala de Likert del 0 al 6 (siendo 0 nunca y 6 todos los días). Evalúa

las tres dimensiones del síndrome a través de tres subescalas:
1. Subescala de agotamiento emocional: consta de 9 ítems, valora la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo.
2. Subescala de despersonalización: consta de 5 items, describe una respuesta impersonal y fría.
3. Subescala de realización personal en el trabajo: formada por 8 ítems, se refiere a sentimientos de competencia y éxito.

En las dos primeras subescalas, agotamiento emocional y despersonalización, la puntuación es positiva, a mayor puntuación mayor nivel de burnout. Mientas que en la subescala de realización personal en el trabajo la puntuación es inversa, a menor puntuación mayor nivel de burnout.

No existen puntuaciones de corte a nivel clínico, pero sí puntos de corte en las tres dimensiones, de manera que en una situación de burnout tendríamos puntuaciones elevadas en el agotamiento emocional y despersonalización y bajas en la realización personal. Podríamos considerar puntuaciones totales bajas entre 1 y 33, medias entre 34 y 66, y elevadas entre 67 y 99 puntos.

Las consecuencias del síndrome de burnout se analizan en tres niveles:
- Sobre el individuo: puede ocasionar problemas de salud mental como baja autoestima, depresión, ansiedad patológica, abuso de sustancias (fármacos, alcohol, drogas), trastornos cognitivos (percepción, memoria y pensamiento) entre otros. Mientras que a nivel físico lo más habitual es la fatiga, las alteraciones del sueño, respiratorias, gastrointestinales, cefaleas, migrañas, aumento del riesgo cardiovascular, mayor vulnerabilidad a procesos infecciosos y autoinmunes y disfunciones sexuales.
- A nivel interpersonal: comportamientos antisociales, aislamiento, evitación e incluso conductas violentas.
- Sobre la organización y el trabajo: disminución del rendimiento manifestado por el absentismo y la insatisfacción laboral, con deseos de abandonar el puesto de trabajo, lo cual genera un aumento de los costes para la empresa y disminuye la satisfacción de los pacientes con el servicio.

En definitiva, el burnout se trata de un problema complicado pero existen diversas estrategias para su prevención, no sólo hay que actuar a nivel del trabajador sino también a nivel de la organización del trabajo.
- A nivel del trabajador: reconstrucción cognitiva de episodios estresantes laborales, técnicas de relajación, ejercicios de asertividad, práctica de ejercicio físico, y llevar un estilo de vida saludable nos pueden proteger.

- A nivel de la disposición de tareas: fomentar el trabajo en equipo, entrenamiento en técnicas de comunicación efectiva, supervisión y apoyo.
- A nivel de la organización: mejorar el ambiente de trabajo con nuevas formas de liderazgo que aumenten aspectos democráticos, participación en la toma de decisiones, negociar horarios, establecer competencias y objetivos concretos, mejorar la calidad física del trabajo y la seguridad, incentivar…

En general, se trata de potenciar el optimismo y la autoestima individual para disminuir el desgaste profesional, mantener/mejorar la salud individual y a su vez la de la organización y la de todos los que dependen de ella.

Pero cuando el profesional ya presenta el síndrome, algunas de las medidas terapéuticas más efectivas en burnout serían:

- Técnicas cognitivo-conductuales: Errores comunes son la generalización excesiva, fijarnos sólo en lo negativo y pensar que los demás comparten esa visión, separar los sucesos en buenos o malos, prejuzgar, emplear términos estereotipados y despectivos, personalizar todo lo que dicen los demás en nosotros… En estos casos, medidas de identificación y resolución de problemas, así como la reestructuración cognitiva nos ayudarán a identificar el problema de forma realista y buscar una solución apropiada.
- Psicoanálisis: con el objetivo de reorganizar la personalidad, el autoconocimiento, el autocontrol emocional y ser capaz de disfrutar.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios constituyen un grupo de alto riesgo de padecer el síndrome de burnout debido a su permanente exposición a situaciones delicadas, con gran implicación emocional, y a los factores del entorno laboral que se tornan cada vez más desfavorables en los últimos años (recortes, falta de personal, reducción salarial, dificultad de conciliación laboral/familiar, etc.). Todo esto supone un coste individual, social y económico significativo. Para evitarlo, no sólo es importante adoptar medidas centradas en el trabajador sino también sobre la organización para poder resolver el problema desde la raíz.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluirá el síndrome del trabajador quemado o burnout en la próxima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un problema asociado al empleo o al desempleo. Esta nueva clasificación entrará en vigor en 2022, dará visibilidad a la dolencia y, al estar vinculado al trabajo, facilitará la gestión de bajas e incapacidades. En la anterior edición de la CIE, el burnout se encuadra entre los problemas relacionados con dificultad

en el control de la vida, de forma inconcreta, pero existen varias sentencias judiciales que ya han declarado el burnout como accidente laboral.

6 Bibliografía

- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M., & Braga, F. (2007). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. Informació psicològica, (91-92), 64-79.
- Ríos, F. L., & Ruiz, C. O. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International journal of clinical and health psychology, 4(1), 137-160.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. Ciencia & Trabajo, 11(32), 37-43.
- Orbaiz, R. V., Vicente, R. A., Molina, P. O., Arbiza, P. A., Calle, M. E., & Rojas, V. D. (2008). Epidemiología del síndrome de Burnout. Revista ROL de enfermería, 31(7), 29-38.
- Cano Sánchez, R., Ciruela-Palomino, Z., Gómez Gómez, I., Mata Fernández, Á., Montalvo Vico, C., & Olmedo Sánchez, H. (2013). El síndrome del quemado en el personal sanitario y la satisfacción del paciente. Revista electrónica de investigación Docencia creativa. 2013; 2:63-70.
- Merino, M. H. F. (2013). NANDA Internacional: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Nuberos Científica, 2(10).

Capítulo 69

INCIDENCIA DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

MARIA LUZ ALONSO GARCIA

1 Introducción

Las caídas son un riesgo potencial en los pacientes ingresados en cualquier servicio médico; es decir, todos son susceptibles a sufrir una caída por diferentes causas. Ya sean personales o ambientales.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caída como: " La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo hacia el suelo contra su voluntad."
Su incidencia se considera un indicador indirecto de la calidad en los cuidados. Y su prevención un requisito respecto a la calidad del servicio.

2 Objetivos

- Disminuir la incidencia de caídas identificando y valorando la población con alto riesgo de sufrirlas.

3 Metodología

Se realizó un estudio descriptivo registrando de forma consecutiva todas las caídas en un centro hospitalario durante dos años.
Recogiendo las siguientes variables:
- Unidad donde se produce la caída.

- Fecha y hora.
- Caídas previas.
- Factores relacionados como por ejemplo medicación.
- Trastornos cognitivos/funcionales.
- Necesidad de dispositivos de apoyo.
-Edad/ sexo/ diagnóstico.
- Si fractura ósea.

Los datos fueron recogidos por todo el personal de enfermería de cada planta para posteriormente reflejarlos en una base de datos común para todo el hospital.

4 Resultados

El número de pacientes ingresados en ese periodo de tiempo fue de 39.966 de los cuales 72 sufrieron una caída, lo que supone un 0,19%.
La mayor frecuencia en caídas fue en la unidad de cuidados paliativos y en la unidad de neurología.
No se aprecio diferencia importante respecto en sexo al número de caídas.
Mayoría de caídas en mayores de 75 años.
En el mes de enero se produjeron un mayor número de caídas.
La mayoría manifestaron no haber tenido antecedentes previos.
El mayor número se produjo sobre las 9 horas y en la noche.
Un 40% de los pacientes estaban tomando psicofármacos .
Un 8% fractura ósea.

5 Discusión-Conclusión

Respecto a los datos recogidos, podemos observar que la incidencia de caídas en el hospital Asturiano es baja.
Que la mayoría fue debida a causas funcionales y/o motoras como mareos, alteración en la marcha y la falta de movilidad en pacientes mayores de 65 años.
La mayor parte de los pacientes que sufrieron caídas tenían indicación de reposo o utilizaba dispositivos de ayuda para la marcha.
Por lo que parecen tenermás importancia los factores relacionados con el propio paciente que los del entorno.

6 Bibliografía

- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Forward Programme 2005. Geneva: WHO; 2005.
- Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. [Consultado el 29 de diciembre de 2019]. Disponible en: www.who.int/
patientsafety.
- Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez AE, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit 2006, 20 (Supl. 1): 41-7.

Capítulo 70

SENSORES CONTINUOS DE GLUCOSA.

PILAR FERNANDEZ FERNANDEZ

ROCIO ALVAREZ MENÉNDEZ

JOANA GARCIA SOLARES

GRACIELA ALVAREZ PARDEIRO

1 Introducción

Son dispositivos que miden la glucosa de manera continua, ofreciendo lecturas cada 5 minutos aproximadamente. Se componen de un sensor que posee un filamento flexible que insertado bajo la piel y que tiene una vida que va desde los 6 días a los 14, dependiendo del modelo, y un transmisor que envía la señal a un dispositivo receptor que ofrece la lectura en pantalla.
A diferencia de los medidores de glucosa capilar, lo que miden es glucosa en el líquido intersticial, es decir, entre las células, y no glucosa en sangre.
Es especialmente útil en el tratamiento de diabetes tipo 1

Los sensores continuos de glucosa:
- Permite un ajuste inmediato de la medicación basándose en la glucosa
- Nos aporta información global sobre el perfil de glucosa.
- Proporciona seguridad al paciente, mejorando su calidad de vida.
- Permite conocer los valores de glucosa durante el sueño.
- Permite identificar hipoglucemias indetectables que no afectan a su cuerpo.
- Permite estimar el valor de glicosilada reducir el número de mediciones de glucosa capilar.

- Permite conocer el efecto de la glucosa en las actividades de la vida diaria y cómo afecta en su cuerpo.
- Gracias a las alarmas permiten detectar y prevenir situaciones de hipo-hiperglucemia graves.

2 Objetivos

Dar a a conocer los monitores continuos de glucosa mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los sistemas de motorización continua de glucosa necesitan ser pinchados bajo la piel.
Los distintos modelos disponibles en el mercado necesitan una inserción bajo la piel a través de un pinchador automático que a través de una aguja guía introduce el filamento o sensor. Esta aguja posteriormente se retira y se desecha, quedando el sensor bajo la piel.
El transmisor va conectado a este sensor y se sitúa sobre la piel.
Es necesario calibrar los sensores cuando los usamos mediante mediciones puntuales de glucemias en sangre con los medidores tradicionales.
En general los sensores de glucosa tienen una duración media de 6-14 días.
Generalmente requieren un adhesivo colocado sobre el transmisor para evitar que este pueda desprenderse.
El dispositivo puede colocarse en el brazo, abdomen o nalga.
Registros de los estudios satisfactorios del 92%.
Hipoglucemias nocturnas una media de 100 min según los estudios leídos.

Tipos de medidores:

- Dexcom G6: es actualmente el monitor continuo de glucosa más avanzado del mercado y el más preciso, 9% MARD . Su precio es elevado, pero tenemos la posibilidad de sincronizar el transmisor por Bluetooth con el móvil. Además, es el único sensor apto para la inyección de insulina sin necesidad de medir glucosa capilar.
- FreeStyle Libre: Fabricado por Abbott. Este es uno de los medidores más utilizados en la actualidad. Con él podemos usar el receptor oficial (que también es compatible con las tiras reactivas de FreeStyle), o también con el móvil mediante NFC que recoge los datos de las últimas 8 horas al pasarlo por el sensor. Cada sensor dura 14 días y tienen una precisión del 11,4% MARD, y al igual que todos los sensores se puede mojar y sumergir. Los sensores de FreeStyle Libre son los únicos que se pueden comprar en España de manera directa en la web y son los subvencionados por el estado.
- Guardian Connect: Se puede utilizar tanto con el receptor oficial como con aplicación a través de Bluetooth Cada sensor dura 6 días y tienen una precisión del 14% MARD.

5 Discusión-Conclusión

- Precisa intervención educativa específica por parte del personal de enfermería.
- Gracias a la intervención educativa de la enfermera conseguirá entender lo que es la enfermedad y cómo realizar un buen control en su día a día.
- Ayuda a los más jóvenes a llevar un seguimiento de las glucemias y que no influyan en su vida cotidiana.
- Gracias a estos sensores se evita posibles hipo e hiperglucemias que afectarían a la salud del paciente.
- La descarga e interpretación de los datos obtenidos requieren una educación sanitaria por parte de los especialistas. Y ayuda al especialista a pautar el mejor tratamiento.
- Inconvenientes: coste elevado; duración limitada; puede producir molestias locales; no elimina totalmente la necesidad de realizar mediciones de glucemia capilar, siendo precisas para calibrar el sensor.

6 Bibliografía

- American Diabetes Association. Intensive diabetes treatment and cardiovascular outcomes in type 1 diabetes: The dcct/edic study 30 year follow-up. Diabetes Care, (2016)

- J. M. Velasco, O. Garnica, J. Lanchares, M. Botella, and J. Ignacio Hidalgo. Combining data augmentation, edas and grammatical evolution for blood glucose forecasting. Memetic Computing, (Jun 2018)
- L.U.I.J. Wang, R. Ganz, M.L. Paprocki, Y. Schneider, D.J.Weatherall The burden of severe hypoglycemia in type 1 diabetes Curr Med Res Opin., 34 (2018), pp. 171-177.
- V. VallonThe mechanisms and therapeutic potential of SGLT2 inhibitors in diabetes mellitus
Annu Rev Med., 66 (2015), pp. 255-270.
- K. Li, G. XuSafety and efficacy of sodium glucose co-transporter 2 inhibitors combined with insulin in adults with type 1 diabetes: A meta-analysis of randomized controlled trials J. Diabetes., 11 (2019), pp. 645-655.

Capítulo 71

OBESIDAD INFANTIL: EL GRAN MAL DEL SIGLO XXI

ELIA ESTRADA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI y España es uno de los países de Europa donde existe una mayor tasa. Uno de los últimos porcentajes que se manejan son 32,1% de los niños entre siete y 13 años tienen sobrepeso y obesidad en España.

Según la OMS, el sobrepeso y la obesidad se definen como "una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud".

Su causa principal es un desequilibrio entre la ingesta calórica donde abundan las dietas con alimentos ricos en grasas y azúcares y el gasto debido al sedentarismo.

Es un problema ya que los niños obesos y con sobrepeso lo seguirán siendo en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades cada vez más tempranas enfermedades como la diabetes, enfermedades cardiacas o del aparato locomotor así como ciertos tipos de cáncer. Por todo ello es muy importante una buena prevención en la infancia.

Un papel fundamental lo tiene la escuela donde existen diversos programas para fomentar buenos hábitos tanto de alimentación como de deporte debido a que es el lugar donde reciben educación con personal capacitado y es donde pasan un gran número de horas. Pero además de la escuela hay que tener en cuenta el núcleo familiar y la comunidad.

2 Objetivos

Conocer la situación en la que nos encontramos con respecto a la obesidad infantil y ver cuáles son las medidas a tomar para poder prevenirlo.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos de Scielo, Pubmed, Medline sobre artículos relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

La mejor opción para poder frenar este problema es la prevención y obtener unos buenos hábitos en cuanto a la alimentación y aumentar la actividad física. Esta prevención se debe de realizar tanto en casa como en las escuelas.

Para ello es recomendable seguir una serie de pautas:
-Aumentar el consumo de fruta, hortalizas y verduras frescas, legumbres, cereales integrales y frutos secos.
-Reducir el consumo de grasas y sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas.
-Reducir el consumo de azucares.
-Intentar comer en familia.
-Realizar un buen desayuno.
-Fomentar la actividad física con un mínimo de 60 minutos al día.
-Limitar las horas de televisión/ordenador/videoconsola a menos de 2 horas al dia en niños mayores de 2 años.
-Recomendar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad ya que según estudios la lactancia materna tiene un efecto protector.
-Tener una buena higiene del sueño, durmiendo las horas.

5 Discusión-Conclusión

La obesidad infantil es un gran mal en nuestros tiempos por lo que debería de formar parte de la política nacional con la creación de una serie de programas con el objetivo de mejorar la alimentación y fomentar la actividad física.

Por ello es importante potenciar unos patrones de alimentación saludables desde el lactante para que vaya adquiriendo unos hábitos de vida saludables y manteniendo una dieta equilibrada

6 Bibliografía

- https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/
- Colomer Revuelta J, y cols. Prevención de la obesidad infantil
- M. Chueca, C.Azcona,M.Oyarzabal. Obesidad Infantil. Anales Sis San Navarra, 2002
- http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17473

Capítulo 72

ACOSO EN LAS AULAS: ROL DE ENFERMERÍA.

ALICIA SILVERIO GONZÁLEZ

1 Introducción

La violencia escolar, acoso escolar o bullying es un problema antiguo en las escuelas y poco estudiado en el medio social y creciente en la sociedad actual. La víctima está indefensa y no puede manejar sola la situación, sufre agresiones verbales, físicas y de exclusión social. Un gran porcentaje de los niños acosados desarrollarán problemas psiquiátricos, la enfermera escolar tiene en su mano la posibilidad de detectar, dar la alerta y frenar esta situación.

2 Objetivos

- Determinar diagnósticos de salud para conocer los problemas y necesidades de la población escolar. Identificar el acoso escolar y sus consecuencias.
- Conocer la importancia de la enfermera escolar.

3 Metodología

Se ha realizado una amplia revisión bibliográfica de documentos de sociedades y de artículos científicos en diferentes bases de datos, en español y en inglés. No se hicieron restricciones respecto al tipo de estudio. Se revisaron los abstracts y en ocasiones el artículo completo de las publicaciones de los últimos 6 años.

4 Resultados

Los niños que sufren acoso escolar suelen tener alguna característica física que les hace destacar, un alto porcentaje son obesos. La enfermería escolar está adquiriendo visibilidad e importancia en el ámbito educativo. La enfermera es una herramienta de gran eficacia para la detección precoz del bullying.

5 Discusión-Conclusión

El acoso escolar debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar (profesores, enfermeros, pediatras, psicólogos, personal de apoyo en centros escolares, familias…). Se debe promover la actuación de los enfermeros mediante la creación de nuevos protocolos y guías con el objetivo de prevenir y/o detectar la aparición de cambios negativos en la salud del paciente. La enfermería escolar cobra un papel fundamental en el cuidado de la salud de los alumnos del centro educativo.

6 Bibliografía

1. Gascón-Cánovas JJ, Russo de Leon JR, Cózar Fernandez A, Heredia Calzado JM.[Cultural adaptation to Spanish and assessment of an Adolescent Peer Relationships Tool for detecting school bullying: Preliminary study of the psychometric properties]. An Pediatr (Barc). 2017 Jul;87(1):9-17. doi:10.1016/j.anpedi.2015.12.003. Epub 2016 Feb 2. Spanish. PubMed PMID: 26850501.
2. Garcia-Continente X, Pérez-Giménez A, Espelt A, Nebot Adell M. Bullying among schoolchildren: differences between victims and aggressors. Gac Sanit. 2013 Jul-Aug;27(4):350-4. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.12.012. Epub 2013 Feb 15. PubMed PMID: 23416025.
3. Escobar Echavarría J, Montoya González LE, Restrepo Bernal D, Mejía Rodríguez D. [Cyberbullying and Suicidal Behavior: What is the Connection? About a Case].Rev Colomb Psiquiatr. 2017 Oct - Dec;46(4):247-251. doi:10.1016/j.rcp.2016.08.004. Epub 2016 Oct 5. Review. Spanish. PubMed PMID:29122233.
4. Aviles-Ibarra OJ, Castro-Morales LA, Maldonado-Alcaraz E, Serrano-Brambila E, Moreno-Palacios J. [Lower urinary tract symptoms in medical residents asreflection of a stressful work environment.]. Arch Esp Urol. 2020 Jan;73(1):19-25. Spanish. PubMed PMID: 31950919.

Capítulo 73

RAMADÁN EN EL EMBARAZO.

CARLA MENÉNDEZ BARROS

MARTA MORENO TOMÁS

MARTA IRALA RIVERO

GALO ROMAÑA GARCÍA

1 Introducción

Definición de Ramadán:
El ayuno durante el mes del Ramadán es uno de los cinco pilares del Islam. Ramadán es el noveno mes del calendario Lunar islámico y es un mes importante porque era el mes en que fue revelado el Corán, el libro sagrado del Islam. Durante este mes, los musulmanes se abstienen de comer y beber desde el amanecer hasta el atardecer. Ramadán se basa en un calendario Lunar, comienza 11 o 12 días antes cada año y dura 29 a 30 días 1 (Robinson & Raiser, 2005)
De esta manera, Ramadán puede ocurrir en cualquiera de las cuatro estaciones; se considera más difícil ayunar en verano que en invierno debido al calor y el aumento de las horas de luz 2 (Zaidi, 2003). Así, el período de ayuno total puede variar de menos de 12 horas hasta 19 horas cada día. El propósito del ayuno para los musulmanes es aprender el autocontrol de indulgencia en placeres cotidianos, por autodisciplina; para desarrollar la conciencia de Dios; desarrollar autocontrol; para purificar el cuerpo; y empatizar con los pobres y hambrientos 3 (Cruz-Sudworth, 2007).

En este ensayo se describe una situación experimentada durante la práctica

clínica. Se realizará un análisis crítico sobre cómo la situación fue manejada, centrándose en qué se puede hacer por matronas y demás personal sanitario para implementar y mejorar la atención a las mujeres embarazadas musulmanes durante el Ramadán. La incorporación del conocimiento cultural en el ámbito profesional será de gran importancia para la mejora e individualización de la atención sanitaria en la sociedad diversa.
Los datos del censo más reciente (2011) con respecto a la religión en el Reino Unido, muestra que 2,7 millones de personas (aproximadamente el 4.8% de la población) describen la afiliación religiosa como musulmán. Son el mayor grupo religioso en el Reino Unido después de los cristianos. Las dos áreas con mayor población musulmana son dos distritos londinenses como Tower Hamlets y Newham.

2 Objetivos

El objetivo de este ensayo será demostrar un entendimiento de los factores psicosociales y culturales que influirán en las mujeres embarazadas musulmanas durante el Ramadán.

3 Caso clínico

La paciente del siguiente caso clínico llevará el pseudónimo de "Alina", utilizado con el fin de mantener su confidencialidad (NMC, 2008). "Julio de 2014. Alina es una mujer embarazada 2 Para 1, que asistió a su matrona habitual con su marido. Durante la consulta, la matrona observa que los labios de la paciente estaban secos. La matrona le preguntó Alina si estaba ayunando, ya que Alina es musulmana y coincidía con época de Ramadán por entonces. Alina asintió. La matrona le preguntó si tenía conocimiento de que las mujeres embarazadas están exentas de ayuno, asimismo le explicó que el embarazo es un proceso en el que es de suma importancia la correcta nutrición e hidratación para mantener un estado saludable. Alina explicó que era consciente de toda esa información. Sin embargo, justificó que ella no había ayunado durante su anterior embarazo, teniendo que recuperar después los días ayuno perdidos. Detalló que ésto había sido de gran dificultad para ella. El marido de Alina, también en la consulta, apuntó que había sido decisión propia de Alina y que había intentado convencerla sin éxito."

A primera vista, las cuestiones inmediatas que pueden plantearse acerca de este caso clínico parecen estar relacionadas con la elección de la mujer del ayuno a

pesar de la exención. Los principales puntos serán: la conciencia cultural de la matrona, así como la capacidad de conectar el riesgo observado de deshidratación con el periodo de Ramadán. Informar a la pareja acerca de la exención es de gran importancia para descartar un desconocimiento por parte de la paciente. Una vez que la decisión está tomada, la matrona y el resto de personal sanitario deberían mostrar comprensión y apoyo. De esta manera, se podría facilitar un ayuno con consejo nutricional, guiado y evaluado durante el embarazo.

4 Discusión-Conclusión

La investigación recomienda utilizar un enfoque holístico al proporcionar cuidado a mujeres musulmanas durante el ayuno, siendo sensible a las obligaciones religiosas que sienten algunas mujeres musulmanas. El asesoramiento debe incluir información sobre los riesgos y beneficios asociados al ayuno. Por lo tanto, el personal sanitario en contacto con estos pacientes necesita tomarse el tiempo necesario para hacer preguntas relacionadas con las creencias respecto al ayuno. Robinson y Raisler (2005), desarrollaron directrices específicas para el personal sanitario con el fin de mejorar la calidad de la atención de las madres gestantes en ayuno.
Sus orientaciones incluyen:
- Preguntar a la mujer sobre su plan de ayuno.
- Evaluación de factores de riesgo (tales como diabetes, desnutrición, anemia)
- Proporcionar al paciente información sobre el ayuno con seguridad, incluyendo consejo nutricional.
- Hablar de señales de advertencia con los pacientes.
- Incremento de la supervisión prenatal.
- Asesorar al paciente acerca de no ayunar si existe una razón médica.

La diversidad cultural tiene importante implicación hoy en día para los profesionales de la salud. Por lo tanto, se necesita aumentar el marco de conocimiento sobre prácticas culturales para orientar la información e investigar para ayudar a nuestros pacientes multiculturales. Los estudios culturales específicos deberían ser implementados en los programas de educación de los profesionales de la salud, ya que son hoy en día tan importantes y aplicables como otros temas de salud.
Tres de cada cuatro embarazos musulmanes se solapan con el Ramadán, y las encuestas indican que la mayoría de las musulmanas embarazadas precisan información sobre el ayuno. (Almond et al., 2010). Por lo tanto, este ritual tiene un impacto que los profesionales no pueden ignorar. Estrategias como la creación

de directrices, políticas y planes de gestión definidos podrían ser un logro y una prueba del desarrollo hacia la competencia cultural. Además, para fines informativos de la mujer, las investigaciones futuras deberían evaluar los efectos a corto y largo plazo de la nutrición durante el embarazo.

5 Bibliografía

1. Robinson, T., & Raisler, J. (2005). "Each one is a doctor for herself" : Ramadan fasting among pregnant Muslim women in the United States. Ethnicity and Disease, 11 (Suppl.1) S99-S103.
2. Zaidi, F. (2003). Fasting in Islam : Implications for the midwifery practice. British Journal of Midwifery, 11 (5), 289-292.
3. Cross-Sudworth, F. (2007). Effects of Ramadan fasting on pregnancy. British Journal of Midwifery, 15(2), 79-81.
4. Josooph, J., Abu, J., & Yu, S.L. (2004). A survey of fasting during pregnancy. Singapore Medical Journal, 45 (12), 583-586.
5. Pearce, A., & Mayho, P. (2004). Provision of antenatal care during Ramadan. British Journal of Midwifery, 12(12), 750-752.
6. Kridli, S.A. (2002). Health beliefs and practices among Arab women. MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing, 27 (3), 178-182.
7. Bandura,A. (1995). Self-efficacy in Changing Societies. Cambridge University Press.
8. Firouzbakht M, Kiapour A, Jamali B, Kazeminavaei F, Taghlilin F, Gorji AH. Fasting in pregnancy : A survey of beliefs and manners of Muslim women about Ramadan fasting. Ann Trop Med Public Health.
9. Van Ewijk R. Long-term health effects on the next generation of Ramadan fasting during pregnancy. J Health Econ 2011;30(6):1246-1260
10. Mirghani, H.M., Weerasinghe, D.S., Ezimokhai, M., & Smith, J.R. (2003). The effect of maternal fasting on the fetal biophysical profile. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 81 (1), 17-21.
11. Bandyopadhyay, S., Thakur, J. S., Ray, P., & Kumar, R. (2005). High prevalence of bacteriuria in pregnancy and its screening methods in north India. Journal of Indian Medical association, 103(5), 259-262.
12. Kadri N, Tilane A, El Batal M, Taltit Y, Tahiri SM & Moussaoui D (2000): Irritability during the month of Ramadan. Psychosom. Med. 62, 280–285.
13. Roky R, Iraki L, HajKhlifa R, Lakhdar Ghazal N & Hakkou F (2000): Daytime alertness, mood, psychomotor performances, and oral temperature during Ramadan intermittent fasting. Ann. Nutr. Metab. 44, 101–107.

14. Alwasel S.H., Harrath A., Aljarallah J.S., Abotalib Z., Osmond C., Al Omar S.Y., Khaled I., Barker D.J.P. (2013) "Intergenerational effects of in utero exposure to Ramadan in Tunisia." American Journal of Human Biology.Volume 25, issue 3. P. 341-343.
15. Purnell, L. D. (2002). The Purnell model for cultural competence. Joural of Transcultural Nursing, 13(3), 193-196
16. Woods, M. (2010). Cultural safety and the socioethical nurse. Nursing Ethics, 17//(6), 715-25.

Capítulo 74

CORRECTA RECOGIDA DE EXUDADO CONJUNTIVAL

AIDA VALLINA RIESTRA

YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ

1 Introducción

Para realizar una correcta recogida de exudado conjuntival es importante no lavar el ojo con nada. Y utilizar una técnica estéril de recogida para que no se contamine con ningún patógeno ambiental.

Para ello se coge un hisopo y se para por el exudado impregnándolo en él. Si el exudado está seco se puede echar un poco de suero fisiológico y recogerlo en el hisopo. Ambos ojos deben recogerse siempre por separado.

2 Objetivos

Para que los microorganismos que crean infecciones no se vuelvan resistentes es importante conocer cual está causando la infección y para ello poner el tratamiento de elección para éste.

3 Caso clínico

En la consulta de prevención de riesgos laborales del hospital viene una enfermera por picor en el ambos ojos y secreción abundante y amarillenta en los dos, pero más abundante en el izquierdo.

A la exploración se observa lagrimeo, hemorragia subconjuntival y esclerótica irritada.

La paciente manifiesta que se ha levantado así por la mañana y que no hay nadie en su entorno que infección ocular. Niega que en su trabajo haya tenido contacto con ninguna materia orgánica que le haya producido infección.

4 Discusión-Conclusión

Se pauta lavado ocular con suero fisiológico y fomentos fríos. Un colirio antibiótico de amplio espectro cada 4-6 horas hasta obtención de resultados. Si emperramiento volver a consulta.

Es Muy importante saber realizar la técnica de recogida de muestras ya que con ello va a llevar el tratamiento de elección facultativo. Un mal diagnóstico conllevará el agravamiento de la patología y con ello mayor gasto sanitario y aumento de la baja laboral.

5 Bibliografía

1. Esteva Espinosa E. Conjuntivitis [Internet]. Elsevier.es. 2020 [cited 7 February 2020]. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-conjuntivitis-13069628
2. rosado C. Conjuntivitis u ojo rosado: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2020 [cited 7 February 2020]. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001010.htm
3. Fernández Pérez S, de Dios Lorente J, Peña Sisto L, García Espinosa S, León Leal M. Causas más frecuentes de consulta oftalmológica [Internet]. Scielo.sld.cu. 2020 [cited 7 February 2020]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000300010
4. Carreras B. Análisis bacteriológicos en el tratamiento de las conjuntivitis: Comparación de la resistencia a antibióticos entre 1982 y 2008 [Internet]. Scielo.isciii.es. 2020 [cited 7 February 2020]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912012000400002

Capítulo 75

EDUCACIÓN PARA LA SALUD, NUEVO ROL DE ENFERMERÍA

ANDREA DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

La enfermería desde Florence Nightingale evolucionada de forma lenta pero progresivamente encaminada a la adquisición de entidad propia como profesión sanitaria. Los intentos de F. Nightingale para hacer de la enfermería una profesión basada en el contexto y la promoción de la salud están resurgiendo con la adquisición de experiencia, seguridad y la aceptación de los distintos roles que se desempeñan en el ámbito de la salud. La enfermería está adquiriendo una importancia no sólo por el desarrollo de los cuidados, sino por la formación e información de los mismos.
Los cambios en los cuidados y roles de enfermería han estado influenciados por los cambios políticos, sociales, culturales, científicos y por la salud pública.

Con los años, enfermería fue cambiando sus conceptos y definiciones. Se asentó en el campo científico y fue considerada gran parte de su historia como una ayuda a las tareas médicas; con el tiempo, la vocación paso a ser un oficio con una formación que capacitaba a enfermería para ser considera una disciplina en el área de salud, con autonomía, para manejar los cuidados. Las primeras definiciones de enfermería hacían referencia a ello, destaca la de Meckenna decía que “cuidar es la esencia de la práctica de enfermería”, puntualizando que no sólo se refería a la tarea de cuidar directamente al paciente, sino de forma multidimensional; siendo no sólo técnica, sino con una parte administrativa, educativa, de investigación, además de asistencial .

Por su parte, F. Nightingale definía a la enfermería como "cuidar y ayudar a un paciente que sufre alguna enfermedad, así como mantener la salud de cualquier persona sana para que no sea susceptible de enfermar". En 1960, Virginia Henderson definió a la enfermería como "la asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma, y que podría ejecutar por sí mismo, si hubiera capacidad, el deseo y el conocimiento". La OMS define la enfermería como "La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal."

En el siglo XXI la enfermería se encuentra en un punto de inflexión para su desarrollo futuro, adquiriendo importancia y fuerza gracias a las revindicaciones historicas, lo que supondrá un antes y después en la profesión. En este momento, la enfermería está alzando su voz para ofrecer su experiencia en el cuidado, y trasmitirla, siendo formadora en salud. La enfermería quiere adquirir el rol de educadora para la salud. El concepto de Educación para la Salud (EPS) ha ido cambiando con el tiempo, pero todas las definiciones coinciden en indicar que se trata de modificar positivamente los conocimientos, actitudes y hábitos que están relacionados con la prevención de las enfermedades y el formantar la salud. Es el proceso en el que se informa, motiva y ayuda a la población a adquirir y mantener prácticas y estilos de vida saludables, impulsa los cambios ambientales necesarios para la consecución de los objetivos.

Es una herramienta básica para la recuperación, rehabilitación, promoción de la salud, y prevención de la enfermedad.
En 1986, mediante la Carta de Ottawa, para la Promoción de la Salud, se reconoce a "la educación para la salud como el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla". La OMS marca como objetivos de la Educación para la Salud, los siguientes:
• Considerar la salud como patrimonio de la colectividad
• Cambiar las conductas negativas relacionadas con la salud.
• Incentivar conductas positivas favorables a la salud-enfermedad.
• Impulsar cambios en el entorno favorables a los cambios conductuales preconizados.
• Formar a los individuos para participar en las decisiones sobre salud en la co-

munidad.

- Enfermería como Educadora de Salud
Las enfermeras tienen una labor importante en el asesoramiento y apoyo a los enfermos y sus familias. La enfermera tiene un papel muy importante en la promoción del autocuidado, son las profesionales de referencia como educadoras/entrenadoras en pacientes crónicos y/o cuidadores; en el seguimiento de los procesos; y en la activación y gestión de recursos humanos y materiales. Sus competencias le otorgan un papel relevante en la formación/información, dado su pérfil clínico.

Los agentes de Educación para la Salud, y entre ellos el profesional de enfermería desempeñan una amplia variedad de funciones; tales como: planear los programas formativos, impartir actividades de enseñanza y evaluar resultados. Los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad, al igual que otros profesionales de la salud, de educar tanto a pacientes como a sus familiares, con el fin de que obtengan un estado óptimo de salud. En atención primaria y especializada, el profesional de enfermería tiene un papel cada día más relevante como educador de salud.

2 Objetivos

• Objetivo general
- Analizar el rol de enfermería como educadora para la salud.

• Objetivos específicos
- Analizar la evolución de la profesión de la enfermería.
- Definir la educación para la salud.
- Conocer como se desarrolla la educación de la salud por parte de enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en las siguientes bases de datos: Dialnet, ENFISPO, Teseo, Índice Medico Español y SciELO, empleando como idioma el castellano y el inglés. El período de revisión considerado fue de 1980 a 2019. Las palabras clave empleadas en la búsqueda fueron: education, health education, nursing education, nurse´s role, obtenidas del Medical Subject Headings de Medline.

Del resultado de la búsqueda se hizo un cribado, excluyendo aquellos que eran

generalistas o bien iban enfocados a otros profesionales sanitarios. Y se incluyeron los que se centran en la enfermería como educadora de salud. Fueron consultadas publicaciones y estudios de ámbito nacional. También consultadas publicaciones internacionales y de la OMS.

Palabras Clave: educación, educación para la salud, educación en enfermería, rol de la enfermera
Keywords: education, health education, nursing education, nurse´s role

4 Resultados

Queda probado que la educación en enfermería supone una combinación única de teoría, aplicación y práctica. El reto profesional es que papel va a desempeñar enfermería en el desarrollo de la Educación para la salud, supondría realizar asistencial, gestión, docencia e investigación. Debemos desarrollar actitudes y aptitudes que nos capaciten para tal tarea; siendo nuestra función la de facilitar, ayudar, apoyar, motivar y orientar.

La enfermería actualmente se ve amparada en la legislación para progresar, se nos reconoce más autonomía y responsabilidades, quedan reflejadas en:

- Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería (Noviembre 2001): donde en el título III como misión y cuidados de enfermería mencionan la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud al individuo y la comunidad, como principios básicos del ejercicio profesional.
- Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Mayo 2003): En la disposición adicional sexta incluye a enfermería en los equipos de atención primaria de las distintas Comunidades Autónomas dando un gran impulso a la Educación para la Salud.
- Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias (noviembre 2003): Otorga a la enfermería autonomía y responsabilidades propias. Señala la Educación para la Salud como un principio general del ejercicio de las profesiones sanitarias.
- Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Diciembre 2003): Indica los derechos y deberes. En su artículo 40 el derecho a la carrera profesional, es decir, a la oportunidad de progresar en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de objetivos, que podemos aplicar, como no, a la Educación para la Salud.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. (Mayo 2005): creación de especialidades para formalizar el desarrollo profesional y empoderar el rol de la enfermería en las distintas áreas de salud.

5 Discusión-Conclusión

La enfermería desea compartir y crecer, quiere realizar Educación para la salud y tiene el convencimiento de tener capacitación profesional suficiente para ello. El rol de la enfermería se sustentaba en tres pilares básicos, función, actitud y aptitud. Respecto a esta última que podríamos definir como nuestra competencia profesional y en relación a la Educación para la Salud se concretaría en el desarrollo de ciertas habilidades: como la empatía, la comunicación, la gestión de grupos/recursos/tiempo, el liderazgo, la formación y las estrategias formativas.

Se han creado nuevos roles de enfermería, apareciendo enfermera gestor de casos, enfermera experta, enfermera enlace, enfermera entrenadora, enfermera de práctica avanzada, la enfermera especialista. Enfermería no solo debería ejercer el rol de educadora, sino que es obligatorio que lo asuma; y lo desarrolle junto con el resto de profesionales.

La educación del paciente es un aspecto fundamental de la atención de salud y cada vez es más reconocido como una función esencial en la práctica enfermera. La educación se considera una parte integral de la atención de enfermería de alta calidad. La salud para todos es un objetivo social, y no un objetivo sanitario. La revisión bibliográfica evidencia que el rol de enfermera como educadora social es una realidad, que profesionalmente estamos preparadas para afrontar y que va a contribuir positivamente a la comunidad.

6 Bibliografía

1. Ponti, L. La enfermería y su rol en la educación para la salud. Editorial Teseo, 2016
2. Durán de Villalobos, María Mercedes. Enfermería. Desarrollo teórico e investigativo. Proyecto Innovar. Bogotá. 1998
3. Lindie Kjeldsen, L. Enfermería OMS. Disponible en: https://www.who.int/topics/nursing/es/
4. Gutiérrez Serrano, J Papel de la Enfermería en la Educación para la Salud. Complejo QPS. Revista Española de Instituciones Penitenciarias. Vol 6, nº 3 (2004)
5. Rodríguez González, Mª; Méndez Otero, M; Importancia de la educación para la salud: agentes de salud, enfermería y centros educativos. 2011. I Congreso Madrileño de Enfermería Escolar. CODEM.
6. World Health Organization. . Carta de Otawa para la Promoción de la Salud. 1986. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-

de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf
7. World Health Organization. Educación para la salud : manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. 1989 Ginebra : Organización Mundial de la Salud.
8. Martín García, A; Calvo Encinas, A; El papel de la enfermería en la educación para la salud. Libro online incluido en Experto en Afrontamiento del Paciente Paliativo y su Entorno, formación cursosFNN 2019/20
9. Carrasco Marín, F; Herrador Quro, J. Educación para la salud en el trabajo enfermero. Inquietudes: Revista de enfermería, , Año 11, Nº. 31, 2005, págs. 14-21
10. Gatti-Pettio, J, Lakatos B., Bradley H, Cook. L, clinical Scholarship and adult learning theory: a role for the DNP in nursing education. Nursing education perspectives. 2013; 34(4): 273-276
11. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Ministerio de Sanidad. 2011.
«BOE» núm. 269, de 09/11/2001.
12. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Jefatura de Estado. 2003. «BOE» núm. 128, de 29/05/2003
13. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Jefatura de Estado. 2003. «BOE» núm. 280, de 22/11/2003.
14. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Jefatura de Estado. 2003. «BOE» núm. 301, de 17/12/2003.
15. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Ministerio de la Presidencias. 2005. «BOE» núm. 108, de 06/05/2005.
16. Soto, P., Masalan, P.; Barrios, S.; "La Educación en Salud, un elemento central del cuidado de enfermería" Rev. Med. Clin.CONDES – 2018; 29(3) 288-300.
17. Marriner, Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería. Tercera edición. Editorial Mosby / Doyma. México. 1994.
18. Pérez Jaruta, MJ; Echaure Ozcoidi, M; Ancizu Irure, E. El futuro de las necesidades en salud y la atención primaria. Revista electrónica de Atención Primaria. Nº 16 2008
19. Hernández Yañez, JF. La enfermería frente al espejo: mitos y realides. Fundación Alternativas 2010.
20. Sánchez Ramos, A. Ensayo La práctica docente de enfermería en "educación para la salud". 2010. Enf Neurol (Mex) Vol. 9 No. 2:83-85, 2010

Capítulo 76

FORMAS DE GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO: GESTIÓN PÚBLICA VS GESTIÓN PRIVADA.

ESTEFANIA SALMERON SUAREZ

DIANA DÍAZ SUÁREZ

MÒNICA DÍAZ SUÁREZ

JOSE LUIS SALMERON SUAREZ

1 Introducción

La sanidad forma parte del estado de bienestar y es uno de los servicios más importantes que proporciona el Estado a los ciudadanos. Tenemos una sanidad pública de calidad y que es referente para otros muchos países de la unión europea, pero esto también implica que nuestro sistema sanitario constituye la mayor partida de gasto en los presupuestos de las comunidades autónomas. El sistema sanitario español está considerado uno de los más eficaces del mundo y su coste es inferior al de la media de los países de nuestro entorno (García Aguado, 2013). Un dato que nos parece importante reseñar es que España gasta menos en sanidad que la media de la Unión Europea (UE-15) e incluso que la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), incluyendo países como Turquía y México (Benach, Tarafa y Muntaner, 2012).

Las encuestas del CIS muestran que la sanidad es el servicio público sistemática-

mente mejor valorado por los ciudadanos (CIS, 2011). Sin embargo, en los últimos tiempos, con motivo de la crisis económica sufrida por el país, se han visto reducidos los ingresos del estado, lo que ha llevado a numerosos recortes en áreas públicas, de esta manera, una de las áreas más afectada ha sido la sanidad. Y los ciudadanos ejercen el papel de evaluadores el sistema público sanitario reseñando todas aquellas áreas susceptibles de mejora, de esta manera, el debate social en España con respecto a la sanidad, ha ido aumentando de manera significativa.

Resulta sencillo darse cuenta de que para poder mantener nuestro sistema de sanidad pública, es necesario destinar un elevado porcentaje del dinero público a este fin, lo que ha generado una nueva corriente de pensamiento y ha hecho que cada vez sean más las personas que valoren el sistema como excesivamente generoso, despilfarrador e ineficaz (Sánchez, Abellán y Oliva, 2013). Esta nueva corriente de pensamiento critica las formas de gestión pública. Las personas que defienden este tipo de pensamiento, entienden a la forma de gestión privada, como un órgano más eficiente y a consecuencia, se propone una privatización de los servicios sanitarios a través de la incorporación de técnicas y métodos que se utilizan en la empresa privada, haciendo así a la sanidad pública mucho más competitiva a nivel de gestión (García Aguado, 2013).

Esta privatización podría tener un triple significado desde el punto de vista jurídico:

- Privatización material: atribución al sector privado de tareas o funciones que eran competencia estatal.
- Privatización funcional: gestión indirecta de tareas públicas a través de empresarios privados.
- Privatización formal: ejercicio de tareas o funciones públicas en régimen de derecho privado a través de organismos y entidades. (Rexach, 2008)

Resulta sencillo encontrar un claro ejemplo de sanidad privada en los Estados Unidos. Vicenc Navarro, Catedrático de Políticas Públicas, publicó en 2013 un interesante artículo sobre la privatización de la sanidad. En él habla de su experiencia de colaboración con el sistema sanitario de los Estados Unidos. Tras su colaboración estrecha con este sistema, afirma que se trata de uno de los sistemas más ineficientes y menos equitativo de los existentes en la actualidad. En el mencionado artículo se analizó la calidad de la atención hospitalaria comparada con la mortalidad, el investigador afirma que la mortalidad era más alta en los hospitales públicos que en los privados (Navarro, 2010).

Conviene señalar que aunque existen múltiples informes y evaluaciones de los sistemas sanitarios, no podemos afirmar que existan conclusiones claras sobre el sistema español, ya que o bien presentan conflictos de intereses, o obtienen resultados que difieren altamente entre ellos. Así el sistema sanitarios español obtiene uno de los mejores puestos a nivel internacional en cuanto a indicadores de calidad tipo mortalidad innecesariamente prematura o sanitariamente evitable, pero se obtienen peores resultados en procesos tipo participación ciudadana en el medio sanitario entre otros.

En los últimos tiempos se proponen en el ámbito sanitario diferentes reformas organizativas que se plantean con la finalidad de buscar una mayor eficiencia y un menor coste en la prestación de servicios públicos. Las voces que piden la privatización surgen como respuesta a un intento de mantener un menor consumo de recursos públicos, intentando mantener los actuales estándares de provisión. (Sánchez, Abellán y Oliva, 2013).
En este complejo contexto surge el planteamiento del presente trabajo.

2 Objetivos

- Contextualizar el estado actual de la gestión de la sanidad en nuestro país.
- Poner en relevancia las diferentes opciones de gestión en el ámbito sanitario.
- Ver diferencias y puntos de mejora entre los distintos tipos de gestión.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, hemos realizado una extensa búsqueda bibliográfica. Se ha consultado múltiple bibliografía científica relacionada con el sistema sanitario. Tras un primer contacto con la bibliografía existente sobre el tema a estudio, se decidió contextualizar y centrar la búsqueda a las diferentes formas de gestión del sistema sanitario.

Esta búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos: Index, Cochrane, Pubmed, Scielo, Web of Science. También se utilizó el buscador del Google Schoolar. La búsqueda se realizó sin límite de fecha, es decir, desde el comienzo de indexación de cada base hasta la fecha de realización del trabajo. También se realizó una búsqueda inversa, con recuperación secundaria, analizando la bibliografía de los artículos que más interés suscitaron entre nosotros

y de otras revisiones y ensayos que se consideraron de interés.

4 Resultados

La salud es un tema multifactorial y complejo, que supone un pilar básico de nuestro Estado de Bienestar. Se identifica la sanidad pública como un bien de toda la sociedad, un bien universal al que todos debemos tener acceso, esta manera de entender la sanidad corresponde con la sanidad pública. La sanidad no debería ser tomada como un mero proceso comercial, cuyo fin principal fuera el lucrativo. De esta manera, se debería organizar según el principio de la cobertura universal, donde todas las personas que lo necesitasen, tuvieran acceso a ella sin importar el nivel socioeconómico, además, este es un echo que viene recogido como tal en nuestra constitución.

En este contexto, en el que se considera a la sanidad como ineficiente, se ha sacado a flote un término que ha aumentado el debate social, el "copago". Este término incluye muchas posibilidades, desde el pago por los servicios de atención sanitaria, al incremento de un pago ya existente o el aumento de las personas que deberían pagar. En un artículo publicado en 2012 en Gaceta Sanitaria, se analizan las ventajas y problemas del copago. Se señala que si las personas enfermas pagasen directamente parte de los servicios, se reduciría el uso excesivo/injustificado de los mismos. Esto es un arma de doble filo, ya que si bien es cierto que se reducirán los usos innecesarios y abusos del sistema sanitario, esto llevaría a que los pacientes esperasen a consultar cuando el problema ya sea una gravedad notoria, con lo que los medios para solucionarlo, a menudo, resultarán más costosos y complicados.

Así mismo, se creará un problema de desigualdad en la atención, sólo las personas con más poder económico podrán seguir siendo atendidas en cualquier ocasión en la que lo requieran, en cambio, aquellos que pasen por penurias económicas, padecerán un déficit de atención en episodios "menos graves" que si se agravan, podrían conllevar, como ya se ha señalado, un aumento del gasto y sin duda un empeoramiento de la calidad de vida del paciente. En este estudio se afirma que el copago tiene claros efectos negativos sobre la equidad (Benach, Tarafa y Muntaner, 2012). Ante esto nos planteamos la necesidad de una reflexión personal, que cada persona como potencial paciente de la sanidad pública deberíamos hacer. Debemos plantearnos qué uso hacemos de nuestros servicios

de urgencias, si realmente acudimos a ellos por una urgencia, o si nuestro motivo de consulta podría esperar al día siguiente y acudir así, en horario de consulta.

En la literatura consultada no se han encontrado pruebas fehacientes que permitan afirmar que la gestión privada es superior o más eficiente a la pública. En España, en los últimos tiempos, hemos podido ver como poco a poco, y con muchos detractores y mucha gente a favor, se han ido aplicando diversas fórmulas de gestión privada tanto directa como indirecta. A pesar de que estas fórmulas se han implantado y se mantienen, no podemos afirmar que la gestión privada sea más eficiente y ofrezca mejores resultados, pero tampoco podemos afirmar lo contrario. Parece lógico afirmar que la eficiencia y la calidad de un sistema sanitario no está necesariamente ligado a una financiación pública o privada, sino a la calidad con que el sistema se gestiona y se dirige (García Aguado, 2013).

Llegados a este punto cabe preguntarse si sería eficiente y positivo para los pacientes, un sistema sanitario público en el que la asistencia fuera prestada por establecimientos privados. En este caso, la función del Estado sería la de "garante" de las prestaciones a las que tienen derecho los ciudadanos. El Estado se encargaría de activar y regular a los agentes privados que colaboren en la realización de estas tareas públicas (Benach, Tarafa y Muntaner, 2012). Debido a la crisis económica y a disminución del aporte de los recursos destinados a la sanidad pública, se ha vuelto frecuente la sensación de tiempo insuficiente en consulta.

En los últimos tiempos, a menudo, los profesionales sanitarios se ven obligados a rendir con mayor producción y con menos recursos, como consecuencia de lo cual surge un descuido de la calidad. De esta manera el trato sería más médico-cliente que médico-paciente, ya que se vuelve un trato superficial (Cabello Morales, 2001). La atención sanitaria pública ha de ser un derecho ciudadano y no un privilegio al que sólo una parte de la población pueda acceder. Cuando la tendencia va hacia un sistema progresivamente más mercantilizado y privatizado, el sistema responde cada vez menos a las necesidades de la población general, y los pacientes cada vez más se convierten en clientes. (Benach, Tarafa y Muntaner, 2012).

García Aguado publicó en 2013 un artículo en el que afirmó que en los servicios sanitarios la eficiencia no puede ser una meta en sí misma. Su finalidad y funciones son mucho más amplias y complejas (García Aguado, 2013)

Es cierto que la sanidad privada es mejor que la pública en determinados aspectos como en la reducción de las listas de espera, la atención personalizada al paciente o los elementos de confort que podemos encontrar en el medio hospitalario, pero la pública tiene ventaja en la estructura científico-técnica y en los medios materiales, de ahí que cuando los pacientes necesitan alta tecnología se les desplace a la pública (Rexach, 2008). En los periódicos, no hace demasiado, podíamos leer una noticia en la cual tres cirujanos eran denunciados por usar medios públicos en la privada. No es difícil encontrarnos con estas situaciones en los pasillos de los hospitales.

Prestar los servicios sanitarios con una mayor eficiencia y un menor coste está detrás de buena parte de las reformas propuestas. Privatizar la gestión de los servicios es la respuesta que surge al intento de mantener una elevada eficacia a un menor coste (CIS, 2011). Y así se ha hecho, en las últimas dos décadas se han aplicado en España fórmulas de gestión diferentes y como apuntaba en su artículo García Aguado, no se han podido aportar pruebas fehacientes que permitan afirmar que la gestión privada es superior o más eficiente a la pública (García Aguado, 2013).

5 Discusión-Conclusión

Tras revisar múltiple literatura sobre el tema y realizar una profunda reflexión basada tanto en los conocimientos adquiridos como en la práctica del día a día de nuestros trabajos, no podemos sino señalar que ante las múltiples voces que surgen en pro de la privatización de la sanidad pública entendemos que los servicios sanitarios son una organización altamente compleja en la que no resulta sencillo aplicar las normas de la empresa privada, existen muchos componentes intangibles que se tienen que tener muy en cuenta, de esta manera podemos afirmar que la sanidad pública no puede ser considerada una mercancía ya que va mucho más lejos.

Actualmente encontramos en la sanidad pública múltiples escollos que nos hacen plantearnos los puntos de mejora del sistema público. Como en muchos ámbitos de la vida, siempre existen áreas de mejora, y la mejora del sistema público se vuelve necesaria y apremiante. El sistema sanitario público debería de tener unan capacidad de mejora constante. De esta manera, parece lógico que se produzca debate a cerca de la gestión de los servicios sanitarios, que cada persona, en base

a las experiencias vividas, identificará de manera prioritaria unas áreas u otras.

Consideramos que todo esto se debe gestionar y controlar, con un mejor control del sistema sanitario, y una vigilancia eficiente y exhaustiva de los gastos, de esta manera, aumentaría tanto la calidad como la eficiencia del servicio. Podemos afirmar que la eficiencia y la calidad de un sistema sanitario no está necesariamente ligada a una financiación pública o privada, sino a la calidad con que el sistema se gestiona y se dirige. Convirtiéndose así un punto de vital importancia, el método de gestión y control dentro del sistema.

6 Bibliografía

1. García Aguado, J. (2013). La crisis de la sanidad: gestión pública versus gestión privada. Pediatría Atención Primaria, 15, 43-47.
2. Benach, J., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2012). El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. Gaceta Sanitaria, 26(1), 80-82.
3. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2011), "Calidad de los servicios públicos, VI. Distribuciones marginales", Estudio nº 2908, junio-julio.
4. Sánchez, F. I., Abellán, J. M., & Oliva, J. (2013). Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional. Documento de trabajo, 4.
5. Rexach, Á. M. (2008). La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad. Revista de administración sanitaria siglo XXI, 6(2), 269-296.
6. Navarro, V. La privatización de la sanidad. Debate y reforma. El País, 15.
7. Cabello Morales, E. (2001). Calidad de la Atención Medica: ¿Paciente o cliente? Revista Medica Herediana, 12(3), 96-99.

Capítulo 77

"ANÁLISIS DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. TEMPORADA 2018-2019"

NURIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La vacunación ha conseguido grandes retos a nivel de tasas de morbi-mortalidad y es considerada una de las intervenciones más exitosas y costo-efectivas. La gripe es un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a la elevada capacidad de propagación del virus, afectando a un elevado número de personas en un corto período de tiempo. Existe una medida eficaz para disminuir la propagación y la virulencia de dicha enfermedad, siendo esta medida la vacuna estacional antigripal.

Se evidencia que los profesionales sanitarios son un grupo de riesgo en el cual es necesario enfatizar la importancia de la vacunación, no solo por la protección directa que proporciona sino también para evitar transmitir la infección a pacientes de riesgo. Sin embargo, los datos publicados en las últimas temporadas prueban una cobertura alcanzada alrededor del 30% en distintas comunidades autónomas del territorio español, quedando estos datos lejos de las recomendaciones de la OMS y la Unión Europea (UE). A nivel autonómico, la finalidad planteada por

la Comunidad de Madrid en la temporada 2018-2019 era superar el 40% de vacunación antigripal en profesionales sanitarios.

2 Objetivos

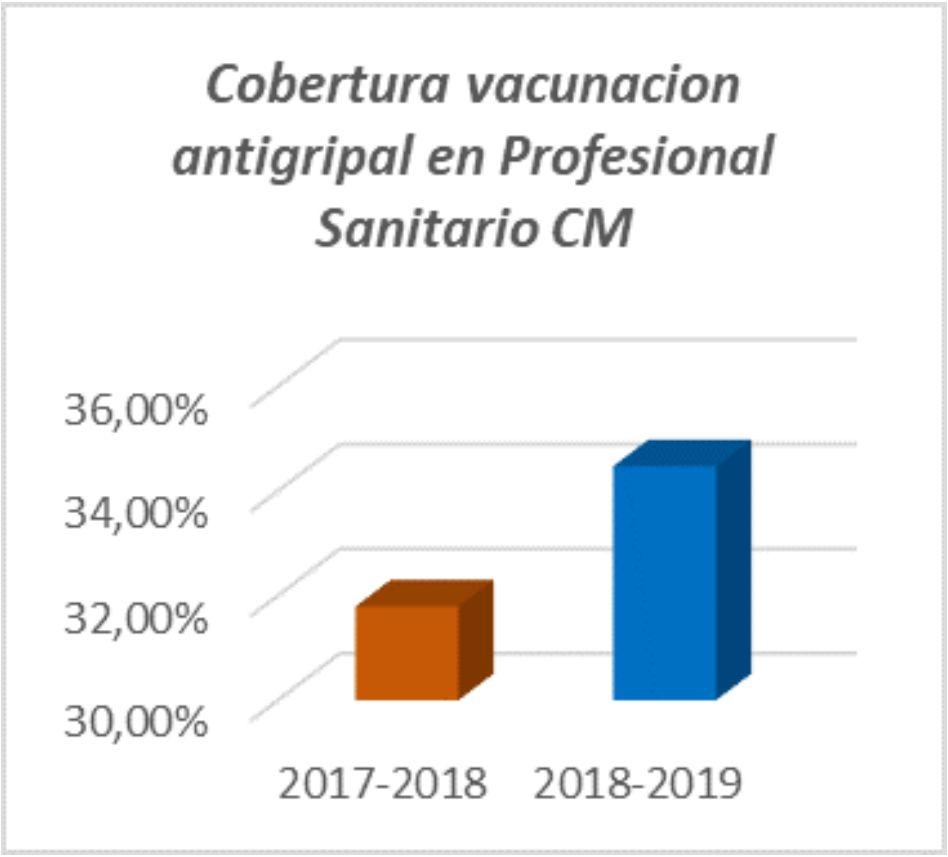
- Conocer la cobertura de vacunación frente a la gripe en los profesionales sanitarios pertenecientes a la comunidad de Madrid en la temporada 2018-2019.

3 Metodología

Se ha realizado la búsqueda en diferentes informes epidemiológicos oficiales de la vigilancia de la gripe en España en la temporada anterior 2018/19 del Instituto de salud Carlos III, así como en diferentes documentos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre la situación de vacunación en trabajadores sanitarios y documentos técnicos de la gripe estacional, todos elloss de la temporada anterior 2018/19 de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de sanidad de la comunidad de Madrid.

4 Resultados

El resultado obtenido en la campaña de vacunación de la temporada 2018/19 sobre la cobertura antigripal en el profesional sanitario fue de un 34,47%. En la campaña 2017/18 se registró un 31,79%, por lo cual se observa un leve aumento de un 2,68%.



5 Discusión-Conclusión

- El personal sanitario es un grupo diana de vacunación tanto frente a la gripe como frente a otras enfermedades inmunoprevenibles, puesto que son susceptibles de transmitir estas enfermedades a personas vulnerables a las que prestan atención sanitaria.
- Es muy importante aumentar significativamente las coberturas en este colectivo y lograr que tome conciencia sobre la gripe, sus complicaciones y los beneficios de la vacunación anual. Para ello se reforzarán las estrategias de captación mediante campañas informativas específicas para el personal sanitario.
- La finalidad es ir acercándose al objetivo establecido por la Organización Mundial de la Salud y por la Comisión Europea de lograr coberturas de al menos el 40% y aumentar las coberturas de vacunación en profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

- Instituto de Salud Carlos III. Informe de Vigilancia de la Gripe en España. Temporada 2018-19. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Disponible en: http://www.isciii.es
- Potter J, Stott DJ, Roberts MA, Elder AG, O'Donell B, Knight PV et al. Influenza vaccination of health care workers in longterm-care hospitals reduces the mortality of elderly patients. J Infect Dis 1997; 175: 1-6.
- A. García, M Fernández Prada, J.Aristegui, et.al. Documento de actualización y reflexión sobre la vacunación antigripal en España. 29 de mayo de 2018. AEV, AEP, SEMERGEN, SEMG, SEMPSPH y SEGG http://vacunasaep.org
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Vacunación en trabajadores sanitarios. Abril 2017.
- http://www.msssi.gob.es
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC. Información sobre la vacuna contra la influenza para los trabajadores de la salud.
- https://espanol.cdc.gov/enes/flu/healthcareworkers.htm.

24 Panel de Expertos. ¿Qué falla en la vacunación del personal sanitario? Santiago de Compostela. 2012.

- http://www.actasanitaria.com/fileset/file__Panel_de_Expertos_Gripe_48242.pdf.

Capítulo 78

IMPORTANCIA DE LA UTILIZACIÓN DEL APGAR FAMILIAR EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

NURIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El APGAR Familiar es un cuestionario de sencilla y rápida aplicación que permite al equipo de Atención Primaria analizar el grado de funcionalidad de la familia, a través de la percepción que tienen de ella sus propios miembros. Aunque actualmente no se encuentra protocolizado en las consultas de Atención Primaria y es habitual no hacer una evaluación apropiada de la estructura y funciones de la familia, este cuestionario nos permitiría identificar a aquellas familias con problemas o disfunciones que inciden en el estado de salud de cada miembro y en las que es necesario realizar un seguimiento y control.

2 Objetivos

- Conocer la utilidad y circunstancias en las que se debe utilizar el APGAR familiar en las consultas de enfermería de Atención Primaria.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistémica de artículos científicos con una antigüedad no superior a 10 años (periodo 2008-2018) tanto en castellano como en inglés.
Las bases de datos consultadas fueron Pubmed, Scielo y Web Of Science y el motor de búsqueda Google Académico, completando la búsqueda mediante referencias bibliográficas.
Para la búsqueda se utilizaron las palabras clave "Apgar familiar", "Atención primaria" y "Disfunción Familiar" unidos por los operadores booleanos "AND" y "OR".

4 Resultados

La mayoría de los autores concuerdan en que el APGAR familiar se debería fomentar en las consultas de Atención Primaria. Por otra parte, permite mostrar el interés del profesional de enfermería por la persona, facilitando la cercanía y la confianza en la relación paciente-profesional. Además, favorece que el paciente exteriorice sus conflictos familiares, circunstancia que es compleja de crear, pero que sirve de gran ayuda en el entorno comunitario.

5 Discusión-Conclusión

El APGAR familiar debe de emplearse rutinariamente en todos los pacientes ya que es un cuestionario sencillo que aporta información relevante sobre la función familiar. Hay situaciones en las que resulta especialmente beneficioso, y supone un aumento en la calidad de vida del paciente, como son cambios basales de salud, disfunciones familiares o problemas psicosociales, y sobre todo pacientes crónicos o pacientes en dimensiones paliativas en los que la familia se involucra más en el cuidado.

En el futuro debería avanzarse en el desarrollo del cuestionario, implementándolo y protocolizándolo en los programas asistenciales de salud de las carteras de servicios de las CCAA.

6 Bibliografía

- Suarez-Miguel; Espinoza-Matilde. Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. Rev Médica La Paz. 2014; 20(1):53–7.
- Alegre Y. Suárez M. CADEC Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. Rampa. 2006; 1(1):48–57.
- Pinto-galleguillos DGD. Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. Enfermería Univ [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2017; 14(1):67–75.
- Conti C, Eugenia M. Familias: aportes a la construcción de un abordaje integral de la disfunción familiar. 2014; 11(2):41–8.

Capítulo 79

HIGIENE DEL SUEÑO: IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DEL SUEÑO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN CON ALTERACIONES DEL SUEÑO

NURIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El sueño es un estado fisiológico durante el cual se llevan a cabo funciones imprescindibles para el equilibrio psíquico y físico de los individuos. La duración del sueño nocturno varía entre cuatro y doce horas, siendo la duración más frecuente de siete a ocho horas, aunque, incluso en una misma persona, la necesidad de sueño cambia de acuerdo a la edad, estado de salud, estado emocional y otros factores. Por tanto, el tiempo ideal de sueño es aquel que nos permite realizar las actividades de la vida diaria con normalidad.

La Organización Mundial de la Salud considera el insomnio como un problema de salud pública, ya que se estima que un alto porcentaje de la población mundial (40%) lo padece. Actualmente, se está observando una tendencia cada vez más marcada hacia la disminución progresiva de las horas de sueño, a una media de seis horas por noche, lo que podría ser un reflejo de una serie de cambios en la sociedad actual, hacia un estilo de vida cada vez más acelerado4. Asimismo, un hábito de sueño inadecuado supone un factor de riesgo para la salud, con repercusiones a nivel fisiológico, cognitivo y emocional produciendo alteraciones en

el rendimiento de las actividades diurnas, en el funcionamiento laboral y social, afectando todo ello a la calidad de vida.

Una buena calidad del sueño es fundamental para el correcto mantenimiento de la salud. Habiéndose demostrado la relación entre trastornos del sueño y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, obesidad y depresión. En la actualidad contamos con herramientas válidas para evaluar la calidad del sueño, siendo el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICSP), uno de los más utilizados. El ICSP es una escala autoadministrada que valora de manera amplia y global cambios en la cantidad y la calidad del sueño durante el último mes.

Más de un cuarto de la población adulta refiere tener mala calidad del sueño.El trastorno del sueño más frecuente en nuestra sociedad es el insomnio. Otros problemas del sueño menos prevalente son el síndrome de piernas inquietas que afecta al 2%-8% de la población y la apnea del sueño que afecta al 3%-7%.

El DSM-V define el insomnio como una predominante insatisfacción por la cantidad o calidad del sueño asociada a uno (o más) de los siguientes síntomas: dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño (que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de un despertar) o despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir. Se estima que entre el 30 y el 50% de la población adulta padecerá insomnio a lo largo de su vida y un 10% -15% lo padece de forma crónica. Por otro lado, la prevalencia de insomnio no es igual en todos los estratos de la población, sino que varía según la edad, sexo, ocupación, condiciones de la vivienda, entre otros aspectos. La prevalencia de este trastorno aumenta con la edad, hasta un 50% de los mayores refieren síntomas de insomnio incrementándose de forma más acusada en el sexo femenino, siendo más frecuente el insomnio en mujeres de edad avanzada.

Según un estudio realizado en Albacete sobre la higiene del sueño, más del 50 % de los pacientes que acuden a Atención Primaria refiere insomnio si se le pregunta; sin embargo, solo el 30% lo menciona por propia iniciativa, y únicamente es el motivo de consulta del 5 %. Dado que la presencia de trastornos de sueño es más frecuente en personas mayores la prescripción de estos fármacos es también habitual en este colectivo a pesar de no estar indicada. La opción al tratamiento farmacológico para los trastornos del sueño son las medidas no farmacológicas. En la bibliografía consultada aparecen múltiples medidas entre las que encontramos: fototerapia, fitoterapia, fototerapia, educación para la salud (EPS), medidas de higiene del sueño e intervenciones psicológicas como las terapias con-

ductuales (TC) (relajación, mindfulness…) y las terapias cognitivo-conductuales (TCC).

2 Objetivos

- Identificar el tipo de medidas (farmacológicas o no farmacológicas) que utiliza la población.
- Detectar posibles áreas de mejora y/o necesidades percibidas en la población.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistémica de artículos científicos con una antigüedad no superior a 10 años (periodo 2008-2018) en castellano.

Las bases de datos consultadas fueron Pubmed, Scielo y Web Of Science y el motor de búsqueda Google Académico completando la búsqueda mediante referencias bibliográficas. Para la búsqueda se utilizaron las palabras clave "insomnio", "Atención primaria" y "higiene del sueño" unidos por los operadores booleanos "AND" y "OR".

4 Resultados

Las medidas de higiene de sueño son pautas que se dan al paciente para redirigir sus conductas y facilitar el sueño. Recogen una serie de recomendaciones, consideradas el pilar fundamental de toda intervención terapéutica utilizada para los trastornos del sueño, destinadas a minimizar la incidencia del insomnio y favorecer un sueño normal. Esta práctica consiste en la modificación de hábitos que dificultan el sueño de buena calidad. Entre estos se incluye: alta frecuencia de siestas diurnas; exceso de actividad física en la noche; insuficiente exposición al sol; exceso de cafeína y alcohol; fumar o comer mucho en la noche; exceso de luz y ruido en la habitación; y ansiedad, entre otros.

En una revisión bibliográfica sobre los hábitos de higiene del sueño en estudiantes universitarios se evidenció que aquellos estudiantes que ponían en práctica medidas de higiene del sueño tenían mejor calidad de este. Además, no todas las áreas de la higiene del sueño influyen de la misma forma, siendo relacionado con peor calidad del sueño los horarios inapropiados y un ambiente no confortable en la habitación. Sin embargo, los resultados publicados coinciden en señalar que,

por sí solas, no son capaces de resolver los cuadros de insomnio, de forma que son utilizadas como coadyuvantes de otras intervenciones terapéuticas tales como la psicoterapia.

• La TC se basa en la modificación de hábitos conductuales disfuncionales aprendidos en relación con el sueño y su sustitución por otros patrones más adaptativos, disminuyendo los pensamientos que distorsionan la relajación necesaria para conciliar el sueño. Las TC más utilizadas son: Control de estímulos, restricción del sueño y técnicas de relajación y respiración.

• La TCC utiliza los diferentes tipos de intervenciones conductuales, anteriormente descritas, junto con terapia cognitiva basada en la identificación de ideas disfuncionales en relación con el descanso. Las terapias cognitivas son: la reestructuración cognitiva y la intención paradójica. Estas técnicas cognitivas combinadas indistintamente con las técnicas conductuales dan lugar a la terapia cognitivo conductual.

La TCC ha demostrado su eficacia no solo para el tratamiento del insomnio sino también para mejorar la calidad del sueño en personas sin un trastorno del sueño diagnosticado. Este tratamiento debería ser de primera línea en personas mayores con insomnio. El empleo de terapia cognitivo-conductual es de elección en el tratamiento del insomnio crónico. Ha demostrado su eficacia para mejorar tanto la eficiencia como la continuidad del sueño, llegándose a lograr respuesta en el 70-80 % de los pacientes, con un 40 % de remisiones postratamiento.

Según la guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria las terapias cognitivo conductual puede ser utilizada por las enfermeras, médicos y trabajadores sociales de atención primaria, siempre que hayan recibido un adecuado entrenamiento, deben incluir al menos control de estímulos y/o restricción de tiempo en la cama. Otras intervenciones incluidas en TCC que pueden recomendarse son la relajación y respiración, la intención paradójica y la reestructuración cognitiva. (Grado B)

En esta misma guía las medidas de higiene del sueño en el tratamiento del insomnio crónico las medidas de higiene del sueño se recomiendan como coadyuvantes de otras intervenciones terapéuticas psicológicas y farmacológicas (Grado A). Para conseguir mayor "eficiencia" del sueño se recomienda una terapia combinada que incluya, además de la higiene de sueño, alguna de las siguientes técnicas: control de estímulos, relajación o restricción de tiempo en la cama (Grado A). Estas terapias forman el primer escalón para el abordaje del insomnio, deben mantenerse durante todo el tratamiento y evitan el exceso en el uso de fármacos

hipnóticos, con mejores resultados a largo plazo.

Es importante realizar una valoración de los hábitos de sueño del paciente, ya que hasta un 30% de los pacientes con trastornos del sueño presentan alteración en la higiene de sueño. Las medidas de higiene de sueño son pautas que se dan al paciente para redirigir sus conductas y facilitar el sueño. Las pautas son las siguientes:
- Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse.
- Usar la cama solamente para dormir y acudir a ella solo cuando sienta sueño.
- Evitar siesta.
- El alcohol favorece a veces el sueño, sin embargo produce un sueño intranquilo y frecuentemente despertar precoz. Evitar su ingesta tres horas previas a acostarse.
- Por la tarde, evitar estimulantes (cafeína, teína, tabaco)
- Practicar ejercicio físico, preferiblemente a primera hora de la tarde evitando realizarlo las 3 horas previas al sueño.
- Evitar cenas copiosas y acostarse al poco tiempo de cenar.
- Mantener rutinas diarias: por ejemplo el cepillado de dientes, práctica de ejercicios relajantes, un vaso de leche caliente o leer.
- Medidas ambientales: mantener habitación tranquila, sin ruidos y poca luz.

5 Discusión-Conclusión

Dada la repercusión que el sueño tiene en la vida diaria de las personas, los problemas de salud secundarios a la mala calidad del sueño y la alta incidencia de alteraciones de este, es fundamental que forme parte de la valoración de enfermería de la enfermera de Atención Primaria. Se debería hacer una valoración de la calidad del sueño, así como de los hábitos relacionados con el mismo, ya que hasta un 30% de los pacientes con trastornos del sueño presentan alteración en la higiene de sueño.

Existe mucha evidencia a favor de este tipo de tratamientos y entre sus beneficios se incluyen la disminución del consumo de hipnóticos, mejoras en la cantidad y calidad del sueño, reducción del tiempo de latencia y disminución del número de despertares nocturnos. Sin embargo, a pesar de su efectividad demostrada para abordar el insomnio se encuentran infrautilizadas en atención primaria debido a que requieren más tiempo de consulta y formación específica por parte de los profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

1. Manuel J, Guerrero M, Correa Rodríguez M, Antonio J, Romero G, Dirección De). Nure Investigación No 73 Noviembre-Diciembre 2014 [Internet]. Available from: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/
2. González IME, Prados MTT. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. Gerokomos. 2015;26(4):123–6.
3. Ana A, Hurtado-López M, Cayuela-Fuentes PS, Espinosa-López R, García-Barón A, Segura-López G, et al. Título Intervención psicoeducativa enfermera en adultos con diagnóstico de insomnio. 2014; Available from: http://www.index-f.com/para/n20/356.php
4. Percepción y manejo del insomnio desde los pacientes y profesionales en atención primaria: un abordaje cualitativo. NURE Investig. 2018;15(94):1–12.
5. Baides Noriega R, Noriega Camporro S, Inclán Rodríguez AM. Enfermería y Tratamiento no Farmacológico para el Manejo del Insomnio. Enfermería Glob Rev electrónica Trimest enfermería [Internet]. 2019;18(2):512–32. Available from: https://dialnet.unirioja.es
6. Espie CA, Luik AI, Cape J, Drake CL, Siriwardena AN, Ong JC, et al. Digital Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia versus sleep hygiene education: The impact of improved sleep on functional health, quality of life and psychological well-being. Study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2016 May 23;17(1).
7. IMPRESO A systematic review and meta-analysis of cognitive and behavioral interventions to improve sleep health in adults without sleep disorders _ Elsevier Enhanced Reader.
8. Pablo VB, Samuel DA, Andrés GC, Jenny OS, Noemí SS, Eduardo GM, et al. Relationship between sleep quality and quality of life with nutritional status and cardiometabolic risk in physically active older adults [Relación entre calidad de sueño y calidad de vida con el estado nutricional y riesgo cardiometabólico en adultos may. Nutr Clin y Diet Hosp [Internet]. 2018;38(4):172–8. Available from: https://www.scopus.com
9. Aguilera Elizarraraz N, Fernández Pérez M, Negrete Luna G, Vega-Argote G, Navarro Lona A. "La procrastinación de las horas de sueño y su relación con el aumento de peso." NURE Investig Rev Científica enfermería. 2018;15(92):2.
10. Practical non-pharmacological intervention approaches for sleep problems among older adults _ Elsevier Enhanced Reader.
11. Factores relacionados con el insomnio en ancianos internados en un centro sociosanitario. Gerokomos. 2018;29(1):17–21.

12. Salinas-herrero S, Prieto-merino D. Atención Primaria. 2014;46(10).
13. BVCM009948_Gu□¡a de Pr□íctica Cl□¡nica para el manejo de pacientes con insomnio en atenci□□n primaria.
14. Vidal-Thomàs MC, Yañez-Amoros B, Torrens I, Torres-Solera E, Esteva M. Conocimientos y actitudes de las enfermeras de Atención Primaria sobre el manejo del paciente con insomnio. Enferm Clin. 2017;27(3):186–92.
15. Lópeza SJG, Bravo y BN. Higiene del sueño en universitarios: conocimientos y habitos. Rev Clínica Med Fam [Internet]. 2017;10(1):170–8. Available from: http://scielo.isciii.es

Capítulo 80

PATOLOGÍAS DERIVADAS DE LA MANIPULACIÓN DE CARGAS.

ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MARÍA RODRÍGUEZ LECHA

1 Introducción

La primera vez que se habla de manipulación de cargas en un cuadro de enfermedades laborales es el Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, por el cual se aprueba el cuadro de enfermedades en el sistema de la Seguridad Social, en el apartado de enfermedades laborales producidas por agentes físicos.

La manipulación de cargas está regulada vigentemente por el Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores. Se legisló en este sentido debido a la directiva europea 90/269/CEE, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.

A su vez, un año antes, ya se había marcado el camino de actuación con otra directiva europea, la directiva 89/392/CEE del Consejo, de 14 de junio de 1989, relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados Miembros sobre máquinas, modificada por la Directiva del Consejo 91/368/CEE, de 20 de junio.

Por otra parte, el cuadro de enfermedades vigente data del 2006, y está fijado por el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Este a su vez, viene marcado por una

recomendación europea, la Recomendación 2003/670/CEE de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales.
La palabra carga tiene dos definiciones en el ámbito que trabajamos. Según la real academia española (RAE), se define una carga como la acción de poner o echar peso sobre alguien o sobre una bestia. Según el Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores, una carga es cualquier objeto susceptible de ser movido. Incluye por ejemplo la manipulación de personas y la manipulación de animales en una granja o en una clínica veterinaria. Se considerarán también cargas los materiales que se manipulen, por ejemplo, por medio de una grúa u otro medio mecánico, pero que requieran aún del esfuerzo humano para moverlos o colocarlos en su posición definitiva.
Por manipulación de cargas se entiende cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, el empuje, la colocación, la tracción o el desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
El Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, determina que el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo elaborará una guía técnica sobre las recomendaciones en materia de prevención y evaluación de riesgo de la manipulación de cargas. En dicha guía, se determina que toda manipulación manual de cargas que supere los 3 kg puede desentrañar un riesgo dorsolumbar para el trabajador. Además, los riesgos pueden agravarse si se manipula incorrectamente. También se habla de las cargas inferiores a 3 kg, que, si bien no suponen un riesgo dorsolumbar, si pueden producirse daños por movimientos repetitivos, aunque no está recogido por el decreto.

2 Objetivos

Saber y entender cuál es la mejor manera de prevenir las patologías que suceden en los profesionales, en este caso, de la salud, relacionados con la manipulación de cargas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Resultados

Se entiende por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro que se aprueba por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la ley, y que está provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad. También se considera enfermedad laboral aquella que sufre el trabajador como consecuencia de su trabajo, producida un periodo de tiempo después de la exposición a un factor de riesgo laboral, dicho periodo de tiempo está estipulado en el Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo (INSHT).

Un accidente laboral es una lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia de trabajo que ejecute por cuenta ajena. Ha de ser producida inmediatamente después a la exposición al factor de riesgo laboral. Se consideran accidentes de trabajo aquellos sufridos salir o al volver del trabajo, con ocasión o como consecuencia del desempeño de orden sindical o desplazamiento, los sufridos por tareas cumpliendo órdenes del empresario aunque no sean competencia del trabajador, los ocasionados en actos de salvamento y en otros de naturaleza analógica cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo, enfermedades demostrables que son por trabajo, enfermedades previas que se agravan por culpa de trabajo, y consecuencias del accidente que resulta modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes que sean complicaciones derivadas de proceso patológico.

No son considerados accidentes de trabajo aquellos debidos a fuerza mayor ajena al trabajo ni los debidos a una imprudencia temeraria del trabajador; aunque si serían considerados accidentes de trabajo si el profesional es imprudente por confianza, o por la concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo, o de un tercero, salvo que no guarde relación con el trabajo.

Las patologías más frecuentes derivadas de la manipulación de cargas son, de mayor a menor incidencia, las siguientes y están definidas según el BioDic:

• Dolor de espalda: puede tener diversas causas. La más frecuente es como producto de una lesión mecánica, como puede ser una mala postura o manipulación

incorrecta de cargas. Entre el 60-90% de la población adulta lo padece a lo largo de su vida.

• Tendinosas y ligamentosa:

- Sinovitis: consiste en la inflamación de la membrana sinovial de una articulación que causa un aumento del líquido sinovial en la cavidad articular generando hinchazón y limitación del movimiento en la articulación afectada.
- Tenosinovitis: es una inflamación de la vaina de cualquier tendón. Suele estar causada por un golpe o tensiones repetidas y forzadas.
- Rotura de ligamentos: consiste en el desgarro parcial o completo de un ligamento.
- Esguince: es una lesión aguda de un ligamento que suele tener su origen en un movimiento repentino y forzado que lleva a la articulación más allá de su amplitud fisiológica normal. Pueden ser de 1º grado (pocas fibras dañadas), 2º grado (muchas fibras dañadas) y 3º grado (fibras dañadas o rotas).
- Bursitis: consiste en una inflamación de la estructura en forma de bolsa situada entre huesos tendones y musculo cuya función es facilitar el movimiento de dichas estructuras entre sí.

• Fracturas óseas: se trata de la ruptura de un hueso generalmente por la aplicación de una carga excesiva, más o menos instantánea. También puede producirse por violencia externa o por fuerte contracción de los músculos que se insertan en el hueso afectado.

• Musculares:

- Contractura muscular: es un estado de resistencia prolongada en un musculo que no implica un potencial de acción muscular. Puede tener su origen en un agente mecánico, físico o químico y se suele asociar con una fibrosis que mengua y acorta el tejido muscular.
- Calambre muscular: es la contracción espasmódica, dolorosa y poco durable de cierto musculo o grupo de músculos. El riesgo de sufrir un calambre aumenta si la condición física es baja, se lleva un calzado de tacón bajo y no se consume el suficiente líquido o electrolito. Se puede aliviar mediante estiramientos estáticos suaves, masaje y descanso.
- Rotura de fibras: lesión en la que se produce el desgarro completo de un musculo en dos. Se acompaña de sensibilidad dolorosa extrema al tacto, magullamiento grave (hematoma) y deterioro de la movilidad.

• Articular:

- Artrosis: es una alteración patológica de la articulación de carácter degenerativo y no inflamatorio. Puede afectar al hueso subyacente lo que genera dolor y anquilosamiento. Puede originarse por un traumatismo, carga incorrecta o por

una lesión recurrente. Las frecuentes son de cadera, rodilla y pulgar.
- Artritis: a diferencia de la artrosis, consiste en una inflamación aguda o crónica de la articulación.
- Hernia discal: es la protrusión de un fragmento de un disco intervertebral en el canal raquídeo debido al desplazamiento del núcleo pulposo. Al comprimir el nervio adyacente causa dolor. La región lumbar es la zona afectada con mayor frecuencia al soportar más carga.
• Fatiga fisiológica: consiste en la reducción de la capacidad del sistema neuromuscular para cumplir sus funciones debido a la sobrecarga y el esfuerzo fisiológico.
Otros efectos son:
- Fisuras óseas: se basa en la fractura o hendidura longitudinal de un hueso.
- Atrapamientos neurológicos: consiste en la compresión de un nervio entre dos estructuras con la consiguiente irritación mecánica y, normalmente, cierto grado de pérdida funcional. El atrapamiento neurológico más frecuente es el del nervio mediano, seguido del cubital, peroneo, y plantar.
- Hernias de la pared abdominal: salida de un órgano, parte de él, o tejido que hace prominencia fuera de la cavidad abdominal a través de un orificio normal o patológico.
- Cortes, contusiones y heridas.
La prevención en la manipulación de cargas puede ir en dos direcciones, tanto por la evitación de la manipulación en sí misma, como en el uso de herramientas manuales para ayudar en su manipulación.
Una manera para evitar la manipulación de cargas, es evitar la creación de puestos específicos que requieran de dicho trabajo. Así pues, para automatizar la manipulación de cargas, tenemos varios métodos disponibles. Podemos usar grúas, carretillas elevadoras, sistemas transportadores y la paletización.
Existen grúas y carretillas elevadoras, adaptadas a cada una de las situaciones que permiten evitar que se transporte la carga manualmente. Además, un tipo específico de ellas, son las grúas pórtico, capaces de suspender una carga en el aire. También se puede estandarizar el transporte de cargas mediante el método de la paletización, para que podamos usar las mismas grúas y herramientas en su movimiento.
En el caso de no poder automatizar el proceso de manipulación de cargas, y requerir de ayuda humana, se puede utilizar herramientas manuales. Entre las opciones disponibles, tenemos las carretillas, los carros, las plataformas elevadoras, las cajas y las estanterías rodantes. Generalmente, son bastante versátiles y se adaptan a las diversas cargas que hay que transportar en el medio laboral.

Por parte de la organización de cada una de las empresas, siempre se tratará de velar por lograr evitar la manipulación manual de cargas, cuando sea posible. En el diseño de los puestos de trabajo, se intentará incluir equipos mecánicos que eviten estos problemas, siempre evaluando los riesgos de cada una de las opciones.

En el caso de no poder automatizar, ni utilizar herramientas que faciliten la manipulación de cargas, debemos marcar cuáles son las recomendaciones para manejar una carga. La carga media que como máximo debería soportar un trabajador, no debe exceder los 25 kg, aunque, el máximo teórico puede llegar hasta los 40 kg. Sin embargo, con unos límites cercanos a 25 kg, logramos que gran parte de los trabajadores puedan manipular las cargas, ya que el 85% de la población, se encontraría protegida frente a problemas derivados. Y si fuéramos un paso más allá, y el límite se encontrará en 15kg, la población protegida ascendería hasta el 95%. Aun así, estos pesos solo se tendrán en cuenta en condiciones idóneas de transporte, con la carga pegada al cuerpo y sostenida a la altura del codo.

A su vez, la forma de agarrar la carga influye en el transporte. Para que podamos hacer un agarre bueno sobre la carga, esta debe de disponer de asas o aperturas que permitan un agarre completo de la mano. Si las asas son poco útiles o las aperturas no permiten un acomodamiento adecuado de la mano, estaremos ante un agarre regular, que dificultará la manipulación de cargas. Si no existen asas o aperturas, estaremos ante un agarre malo. Así pues, desde las empresas, se deberá promover el correcto diseño de las cargas que permitan un agarre bueno.

Durante el transporte de las cargas, la posición del tronco ha de ser recta, ya que cualquier otra posición, provocará daños sobre la zona lumbar, las rodillas han de estar flexionadas y las plantas de los pies en paralelo, en la medida de lo posible. Si esta técnica no se puede llevar a cabo por limitaciones de espacio de trabajo, como que el espacio vertical sea insuficiente.

La forma de la carga también afecta a su transporte. Para facilitar el mismo, esta no debe superar la anchura de los hombros, generalmente 60cm; ni tener una profundidad mayor a 50 cm.

5 Discusión-Conclusión

En el cuadro de enfermedades aprobado por el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, se especifican cuáles son las enfermedades reconocidas por el Estado Español. Estas, a su vez, son marcadas por la Recomendación 2003/670/CEE de la Unión Europea. De entre todas las enfermedades laborales que describe el decreto, estas son las que podemos encuadrar dentro del apartado de manipulación

de cargas, al estar relacionadas directa o indirectamente con el proceso.
1. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo:
- Lesiones del menisco por mecanismos de arrancamiento y compresión asociadas, dando lugar a fisuras o roturas completas.
- Trabajos que requieran posturas en hiperflexión de la rodilla en posición mantenida en cuclillas de manera prolongada como son: trabajos en minas subterráneas, electricistas, soladores, instaladores de suelos de madera, fontaneros.
2. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo:
- Arrancamiento por fatiga de la apófisis espinosa.
- Trabajos de apaleo o de manipulación de cargas pesadas.
3. Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión:
- Síndrome del canal epitrocleo-olecraniano por compresión del nervio cubital en el codo.
- Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran apoyo prolongado en el codo.
- Síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio mediano en la muñeca.
- Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran movimientos repetidos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca, de aprehensión de la mano como lavanderos, cortadores de tejidos y material plástico y similares, trabajos de montaje (electrónica, mecánica), industria textil, mataderos (carniceros, matarifes), hostelería (camareros, cocineros), soldadores, carpinteros, pulidores, pintores.
- Síndrome del canal de Guyon por compresión del nervio cubital en la muñeca.
- Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que entrañen compresión prolongada en la muñeca o de una presión mantenida o repetida sobre el talón de la mano, como ordeño de vacas, grabado, talla y pulido de vidrio, burilado, trabajo de zapatería, leñadores, herreros, peleteros, lanzadores de martillo, disco y jabalina.
- Síndrome de compresión del ciático poplíteo externo por compresión del mismo

a nivel del cuello del peroné.
- Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran posición prolongada en cuclillas, como empedradores, soladores, colocadores de parqué, jardineros y similares.
- Parálisis de los nervios del serrato mayor, angular, romboides, circunflejo.
- Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran carga repetida sobre la espalda de objetos pesados y rígidos, como mozos de mudanzas, empleados de carga y descarga y similares.
- Parálisis del nervio radial por compresión del mismo.
- Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que entrañen contracción repetida del músculo supinador largo, como conductores de automóviles, presión crónica por uso de tijera.

6 Bibliografía

1. España. Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, por el cual se aprueba el cuadro de enfermedades laborales en el sistema de la Seguridad Social. BOE, 25 de agosto de 1978, núm. 203, p. 19909-16.
2. España. Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgo, en particular dorsolumbares, para los trabajadores. BOE, 23 de abril de 1997, núm. 97, p. 12926-28.
3. Europa. Directiva 90/269/CEE del Consejo, de 29 de mayo de 1990, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgo, en particular dorsolumbares, para los trabajadores. Diario Oficial de la Unión Europea, 21 de junio de 1990, núm. L156, p. 9-13.

Capítulo 81

CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR

ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MARÍA RODRÍGUEZ LECHA

1 Introducción

Durante los últimos años, y a causa del aumento de la esperanza de vida en los países industrializados, el cuidado de personas con enfermedad crónica ha aumentado considerablemente. Gran parte de estos cuidados son administrados por personas de la familia, o lo que es lo mismo, cuidadores informales.

2 Objetivos

- Comprobar que la intervención de enfermería es eficaz para el apoyo al cuidador principal en enfermos crónicos con diagnóstico de cansancio del rol del cuidador.

3 Metodología

El cuidado familiar de personas con enfermedad crónica ha emergido durante los últimos años como un importante problema de salud pública y social. Esto ha generado un incremento de las responsabilidades de las familias, quienes contribuyen significativamente con el cuidado de personas con algún nivel de dependencia.

Es muy importante el papel de enfermería en el apoyo a este tipo de cuidadores. Para lograrlo enfermería cuenta con herramientas como el proceso de enfermería y el lenguaje estandarizado (NANDA, NIC, NOC). En su fase de diagnóstico es posible que la enfermera valore y establezca la presencia del (00061) Cansancio del rol del cuidador definido por la NANDA.

4 Resultados

Se ha encontrado la relación que hay entre los cuidados de enfermería, dentro de la enfermería comunitaria, y la mejoría en cuanto al cansancio del cuidador. En la gran mayoría de las veces es el sexo femenino el responsable de estos cuidados, especialmente la mujer o la hija del enfermo crónico.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que es necesaria la actuación de la enfermería para mejorar las condiciones de los cuidadores informales mediante encuestas y apoyo, para que no sufran de forma tan marcada el cansancio del rol de cuidador.

6 Bibliografía

- Pérez A. Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento [Tesis Doctoral]. [Salamanca]: Universidad de Salamanca, 2008. [Internet] Portal Mayores. [citado 20 octubre 2009]. Disponible en http://www.imsersomayores.csic.es.
- INSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO; 1995.
- Sánchez B. Cómo cuidar un enfermo en casa. Aquichán 2005.

Capítulo 82

CANNABIS, JUVENTUD Y CONDUCCIÓN.

VANESA PÉREZ GONZÁLEZ

LAURA VALDÉS ALVAREZ

ALICIA DIAZ GONZALEZ

LAURA FERNANDEZ DE TROCONIZ GONZALEZ

CARLOTA PALACIO SUÁREZ

1 Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas es una de las principales causas que se apuntan como determinantes en la accidentalidad de los jóvenes. Se ha puesto de manifiesto cómo, a pesar de las advertencias en materia de seguridad vial en relación a la conducción de vehículos bajo el efecto del alcohol y/o de las drogas, una elevada proporción de jóvenes se expone a los riesgos derivados de tales comportamientos.
Las relaciones que los jóvenes españoles mantienen con las drogas deben contextualizarse en el marco de sus hábitos de ocupación del tiempo de ocio. La asociación entre el consumo de sustancias y diversión ha ido calando entre los jóvenes, hasta convertir el consumo de estas sustancias en un elemento básico de la cultura juvenil y de sus formas de ocio.

Los accidentes de tráfico constituyen la primera causa de mortalidad de los jóvenes. Si tenemos en cuenta que un índice muy elevado de dichos accidentes

se produce por conductores que han consumido alcohol u otras drogas, se hace imprescindible poner en marcha estrategias preventivas encaminadas a reducir los accidentes de tráficos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, centrando estas acciones, de forma prioritaria, en los niveles educativos que cuentan con alumnado de edades próximas a los 18 años, edad en que se puede obtener el permiso de circulación.

La influencia del grupo de amigos, conocida como "presión del grupo", constituye un importante factor de riesgo en el uso que los adolescentes hacen de las sustancias. Durante la adolescencia los jóvenes empiezan a pasar más tiempo con sus compañeros y menos con los padres; de tal forma que la relación inicial padres-hijos puede verse afectada en un periodo muy corto de tiempo, declinando la influencia de los padres al tiempo que aumenta la del grupo de iguales, afectando tanto al comportamiento de los adolescentes como a su bienestar.

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los jóvenes españoles. Los menores de 17 años que consumen cannabis a diario tienen un 60% menos de probabilidades de acabar el instituto, o de conseguir una titulación universitaria, comparados con los que nunca han fumado esta droga. Es una de las conclusiones de un estudio publicado en la revista The Lancet Psychiatry que también analiza otras "secuelas psicosociales" del consumo habitual de cannabis: sus usuarios tienen siete veces más probabilidades de intentar suicidarse, 18 veces más de desarrollar dependencia al cannabis y ocho veces más de consumir otras drogas en la vida adulta.

Desde el año 1997, la OMS considera que el cannabis incide negativamente en la salud mental porque parece ser capaz de ocasionar un síndrome de dependencia similar al de otras drogas, inducir psicosis propias, causar un síndrome amotivacional, precipitar el inicio y exacerbar el curso de las enfermedades mentales. La tolerancia social hacia su consumo y la baja percepción del riesgo del mismo constituye un hecho muy extendido en las actuales sociedades.

Según los datos publicados en el último informe del Observatorio Europeo de la Drogas y las Toxicomanías, más de 70 millones de europeos de edades comprendidas entre 15 y 64 años ha consumido cannabis "alguna vez en la vida". Aunque este dato implique más de una de cada cinco personas, el hecho de haber consumido cannabis "alguna vez en la vida" no tendría trascendencia alguna si no viniera acompañado de otros datos, como la realidad de que el consumo se concentra principalmente en los jóvenes de entre 15 y 34 años de edad, situándose España entre los países de Europa con mayor prevalencia de consumo en este

grupo de edad: 38.6 %, con un 15.5 % de consumidores "en el último mes", y por tanto, con alta probabilidad de ser consumidores habituales. Según estos datos, que posiblemente infraestimen, las verdaderas cifras al haber sido obtenidos mediante cuestionarios, el cannabis es en la actualidad, junto con el alcohol y el tabaco, una de las principales sustancias psicoactivas empleadas por los jóvenes en edad aún escolar, entendiendo como sustancias psicoactivas aquellas que se toman para modificar la forma en que uno se siente, piensa o se comporta.

Los efectos del cannabis no son iguales para todas las personas, variando en función de muchos factores: características propias del consumidor, experiencias previas con la sustancia o el ambiente de consumo.

Inicialmente los consumidores tienen una sensación de euforia a la que le sigue una fase depresiva. Los síntomas que aparecen se describen a continuación:
- Excitación inicial.
- Relajación, problemas de coordinación intelectual y sueño.
- Hilaridad (risa fácil), locuacidad y mayor sociabilidad.
- Alteración del ritmo cardíaco y la presión arterial.
- Deterioro de la memoria y el aprendizaje
- Dificultad para realizar cálculos y concentrarse.
- Alteración de la atención y la alerta (aumento del tiempo de reacción).
- Distorsión de los sentidos
- Ralentización de los movimientos y problemas de coordinación.
- Sequedad de boca.
- Enrojecimiento de los ojos.
- Aumento del apetito, con predisposición al consumo de dulces.

Como consecuencias a corto plazo, el cannabis deteriora la memoria (de sucesos recientes) y, por lo tanto, dificulta la realización de tareas complejas. Debido a los efectos de la droga sobre las percepciones y los reflejos, también puede ser causa de accidentes de tráfico. El uso de esta droga aumenta la propensión a conductas de riesgo.

Como consecuencias a largo plazo el cannabis produce disminución del rendimiento, desmotivación, alteraciones de la memoria y la atención, falta de coordinación psicomotora. Además de otras alteraciones a nivel somático como alteraciones respiratorias, cardiovasculares, neoplasia (cáncer de boca, bronquios, pulmón), alteraciones del SNC, síndrome amotivacional (falta de interés por las cosas), apatía y trastornos psicóticos con brotes de esquizofrenia, alucinaciones y delirios.

La población joven presenta una serie de característica que intervienen en el consumo y que han de tenerse en cuenta: exhibicionismo, sobrevaloración de las capacidades, búsqueda del riesgo, influencia de la presión de grupo, etc. Por otro lado presentan por si mismos otros factores que incrementan el riesgo de tener un accidente de tráfico como su inexperiencia en la conducción durante los primeros años. Para poder conocer que actuaciones e objetivos hemos de proponer es esencial conocer las características del sujeto consumidor de esta droga y realizar unos diagnósticos adecuados a su situación. El binomio consumo-conducción es una combinación muy peligrosa y cada vez más frecuente. Hemos de tener siempre que el consumo es un problema bio-psico-social del individuo, las soluciones habrá que encontrarlas en y para las tres esferas.

2 Objetivos

Objetivos Generales:
- Conocer el patrón de consumo de los jóvenes.
- Reducir daños asociados al consumo de cannabis-conducción.
- Reforzar la idea de que la conducción es incompatible con el consumo de tóxicos.

Objetivos Específicos:
- Informar sobre los efectos del consumo de cannabis sobre el organismo y el comportamiento.
- Promover alternativas sin riesgo.
- Concienciar sobre la responsabilidad de todos en la reducción de los accidentes de tráfico.
- Potenciar habilidades de afrontamiento de problemas y toma de decisiones.

3 Metodología

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

Se organizarán 4 sesiones de 60 minutos cada una, con una periodicidad semanal, dando tiempo a los sujetos participantes para que intervengan, opinen e

interrumpan en cualquier momento del desarrollo de las mismas. A través de una metodología participativa se procura incrementar la información y la actitud crítica. Posteriormente se analizarán los datos obtenidos mediante un programa estadístico.

Población diana:
Alumnos de bachillerato (mayores de 16 años).
Alumnos de ciclos formativos de grado superior.

Desarrollo de las sesiones:

Sesión 1.
- Proporcionar información sobre las características del programa.
- Cumplimentación del cuestionario de evaluación previo en que se recogerán los siguientes datos:
- Datos demográficos: edad, nivel socio-económico, estructura familiar.
- Exploración de consumo de otros tóxicos: alcohol, tabaco, etc.
- Estilo de vida y tiempo de ocio.
- Actitud respecto a las drogas antes de comenzar el consumo.
- Formas de costear el consumo.
- Actividad delictiva.
- Respuestas familiares respecto al consumo.
- Relaciones interpersonales.
- Autocontrol; estrategias de resolución de problemas.
- Estado de salud general.

Sesión 2.
- Factores relacionados con el consumo de cannabis
- Presión de grupo; cómo decir NO.

Sesión 3.
- Consecuencias del consumo de cannabis (trastornos por consumo, trastornos inducidos).
- Mitos asociados.

Sesión 4.
- Extracción de conclusiones.
- Recogida de impresiones/datos finales.

Orientaciones metodológicas.

La elección de una enfermera especialista en salud mental como monitora (ponente o persona encargada de poner en práctica esta actuación) es un asunto importante, ya que actuar como líder del grupo requiere una serie de consideraciones. Deberá ser, en primer lugar, una persona bien formada en los aspectos teóricos de los contenidos de los que trata, al tiempo que debe conocer y compartir los fines y la motivación de la misma, teniendo muy claro que el principal objetivo es transmitir la realidad de la incompatibilidad entre el consumo y la conducción.

Así mismo, deberá tener una actitud comunicativa, próxima, que favorezca la participación e impida el aburrimiento o la apatía, prescindiendo de cualquier tendencia a convertir la intervención en una mera charla o exposición teórica. Tratará, en todo momento de transmitir seguridad, sin dudas, pero evitando el dogmatismo, o la mera utilización de "argumentos de autoridad". No debemos olvidar que la población a la que se dirige esta actuación presenta unas características muy determinadas: Se trata de jóvenes (la mayor parte preuniversitarios) cuya formación es alta, con lo que debemos dar argumentos científicos y no argumentos de autoridad.

Se debe intentar que los mitos o ideas erróneas que manejen esos alumnos "se desmonten solos", es decir, que deberá apoyarse siempre que sea posible en las aportaciones de los propios alumnos cuando éstas se fundamenten en realidades o hechos ciertos. No olvidemos que los mitos lanzan imágenes muy convincentes o persuasivas (consumo = éxito, prestigio social, control, hombría, valentía, diversión, etc.). Los mitos transmiten imágenes y las explicaciones transmiten ideas. Es difícil romper una imagen por medio de una idea.

Es importante que el monitor prepare con antelación la actividad y la puesta en marcha de cada técnica, y que cuide al máximo tanto lo que se refiere a la forma de presentarla ante el grupo, como la generación de una predisposición favorable hacia ella (hay que sensibilizarles ante lo que se va a hacer, crear interés o misterio, etc.).

La meta del monitor debe ser intensificar el impacto preventivo con la ayuda metodológica más apropiada, para lo cual necesita generar además un cierto clima de compromiso no escrito en el trabajo con su grupo. Se pretende que el monitor demuestre un claro interés socio-emocional por el grupo. Cuando establece una relación de empatía con los sujetos del grupo (escuchando, interesándose por lo que les sucede, reconociendo y respetando sus ideas, teniendo en cuenta de modo expreso la percepción que tienen el grupo sobre la relación de los accidentes de tráfico con el consumo de alcohol y otras drogas, etc.) y actúa de un modo sincero y congruente, las técnicas pueden lograr su mayor esplendor.

Algunas de las técnicas de grupo más conocidas son:
- Técnica de Brainstorming o lluvia de ideas.
- Reflexión silenciosa.
- Phillips 4.4.
- Representación de Conductas o Rol Playing.

Las técnicas preventivas tienen sus limitaciones cuando no se saben utilizar, no se aplican en el momento adecuado o se aplican de manera deficiente, bien por falta de rigor y flexibilidad en su uso o por una actitud de desapego hacia los asuntos elegidos y las personas del grupo. Las técnicas no aseguran por sí solas el impacto preventivo, y su inadecuado uso puede actuar como elemento multiplicador de lo contrario que se pretende prevenir.
Para lograr una adecuada intervención el monitor debe ocuparse de mantener un equilibrio entre la dimensión formal de cada técnica y la vertiente afectivo-emocional, debe saber manejar los posibles conflictos surgidos en la actividad (imposiciones entre los sujetos, monopolio de las intervenciones por parte de una parte del grupo o individuo, la falta de identificación con las metas o con el desarrollo de la técnica, etc.) y, sobre todo, ha de buscar el engarce natural entre las características de cada técnica, los contenidos y la forma de asimilarlos por cada grupo en particular.
Respecto a la composición de los grupos, lo ideal sería disponer de un grupo heterogéneo, en el sentido de que en cada subgrupo haya sujetos con capacidades, nivel de interés, competencia social, etc., distintos. Ello aporta diversidad de experiencias, dificultades y soluciones, facilita un aprendizaje por proximidad e imitación.
Es conveniente establecer sub-agrupamientos que eliminen en lo posible las dos principales situaciones que se pueden crear:
- Con grupos de sujetos previamente organizados, como es en este caso, pueden aparecer conductas que ataquen el clima y el trabajo de los demás (entorpecer mediante comentarios irónicos, actitudes de rechazo, obstruccionismo, etc.)
La estrategia puede ser dispersarlos y distribuir a sus integrantes entre otros grupos, cuidando de que los de mayor ascendencia entren en grupos que también cuenten con sujetos cooperadores y de similar prestigio e influencia entre sus compañeros para garantizar que sean neutralizados si se dispusiesen a boicotear el trabajo o la convivencia.

- Con las personas que de forma individual manifiestan conductas de oposición, interrupciones o de monopolio de las intervenciones, etc.
Se les puede asignar tareas de apoyo no vinculadas a ningún grupo (por ejemplo,

anotar las intervenciones, etc.).

Otro elemento facilitador de las técnicas de trabajo en grupo es despertar la atención y la motivación de los miembros del grupo desde el primer momento, estructurando la actividad, por ejemplo: "vamos a ver un anuncio de televisión sobre accidentes de tráfico y después vamos a debatir acerca de en qué medida el consumo de sustancias es responsable de un gran número de accidentes de tráfico y de la muerte de un gran número de jóvenes".
Por último, el cierre de la actividad siempre debe incluir comentarios acerca de los resultados y es muy importante promover la generalización de lo aprendido mediante sugerencias e indicaciones de aprovechamiento de la vida diaria, fuera de la sesión.

4 Bibliografía

- Luis, M.T. Diagnósticos enfermeros, Madrid Harcourt Brace 3a edición 1999.
- Cardenito L.J. Diagnostico de enfermería Mc graw-hill interamericana 5 ed.1995.
- Grotenhermen F, Russo E. Cannabis and Cannabinoids. Pharmacology, Toxicology and Therapeutic potential. Binghamton: Haworth Press; 2002
- Russo EB, Grotenhermen F editors. Handbook of cannabis therapeutics. From bench to bedside. New York: The Haworth Press; 2006
- Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías.
- http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index190EN.html.
El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2008. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2008.
- Álvarez F.J., Queipo D., Del rio M.e., García M.e. Estudio epidemiológico del consumo de drogas en Castilla-Le6n. Comunicación al V Congreso Ibero-americano sobre Drogodependencias y alcoholismo. Libro del Congreso. Madrid 15-17 de Noviembre de 1.989.
- Ares V., Baldomios A., Cajal C. y Trigo J. Eventos socioculturales y psicopatológicos de una muestra de toxicómanos. Comunicación al V Congreso Iberoamericano sobre Drogodependencias y alcoholismo. Libro del Congreso. Madrid 15-17 de Noviembre de 1.989.
- Manglano B. Problemas de alcohol y drogas en el medio laboral. V Congreso Ibero-americano sobre Drogodependencias y alcoholismo. Libro del Congreso. Madrid 15-17 de Noviembre de 1.989.
- Presser E. y Martínez A. Diagnóstico de Salud y formulación de programas en la Comunidad Foral de Navarra. Gobierno de Navarra. Opto. de Sanidad y Bienestar

Social. 1.986.
- Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. [http://www.dgt.es/es/prensa/notas-de-prensa].Madrid.2018.

Capítulo 83

INSOMNIO EN EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

IRENE MERA PRIETO

CRISTINA CUE BERNARDO

BEATRIZ FERNANDEZ MARIÑAS

MARTA TÉLLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Según DSM-V definimos el insomnio como un trastorno del sueño caracterizado por la dificultad para iniciar, mantener el sueño o despertar pronto por la mañana con la incapacidad de volver a dormirse y no tener un sueño reparador.

El 30-80% de los pacientes con trastorno mental grave, manifiestan dificultades del sueño. Es muy significativo en ellos, por tanto resulta importante un manejo del mismo. En la esquizofrenia ,la cantidad de sueño REM y el sueño de ondas lentas disminuye, y con el progreso de la enfermedad, se produce una alteración del ritmo sueño-vigilia.

En la depresión mayor bipolar, entre el 50-100% de los pacientes presentan hipersomnia, mientras que en la depresión unipolar, es habitual el insomnio y es importante atajarlo, ya que el descanso, es un factor clave para la regulación emocional.

2 Objetivos

- Hacer una revisión bibliográfica sobre la eficacia de las medidas terapéuticas no farmacológicas para el insomnio en el paciente con trastorno mental grave.

3 Metodología

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

4 Resultados

El tratamiento no farmacológico tiene algunas ventajas con respecto al farmacológico: es más económico, presenta menos efectos secundarios, el paciente es protagonista activo de su mejoría y a largo plazo y si es eficaz, tiene menos riesgo de recaídas. Tiene el inconveniente, de ser más difícil de poner en práctica, ya que requiere cambios en los hábitos de vida, ya arraigados en muchas ocasiones y exigen mayor dedicación por parte de los médicos, además son pocos los terapeutas que dominan estas técnicas.

En muchas ocasiones conviene apoyarse temporalmente en los fármacos, mientras se enseña a poner en práctica el tratamiento conductual escogido, de hecho los mejores resultados se han obtenido con la aplicación conjunta de medidas psicológicas y farmacológicas. Haciendo un breve repaso sobre el tratamiento farmacológico en el insomnio, vemos que los fármacos más usados son las benzodiacepinas, a pesar de ya no ser de elección, por sus efectos secundarios como pérdida de alerta al día siguiente y amnesia anterógrada.

Encontramos como medidas no farmacológicas, la higiene del sueño, las terapias de relajación, de control de estímulos, de restricción del sueño y cognitivas, que no presentan los riesgos de tolerancia y dependencia de los hipnóticos, y sus efectos, aunque más lentos, son más duraderos, además de tener una efectividad del 70-80% en insomnes crónicos y su efecto puede perdurar hasta 2 años. La técnica que ha demostrado su eficacia bien establecida por más autores es el control estimular, que consiste en una serie de instrucciones:

-Ir a la cama solo cuando se tenga sueño.
-Establecer todos los días antes de acostarse unas conductas rutinarias que indiquen la proximidad de la hora de dormir.
-Si a los 15-20 minutos de estar en la cama no se duerme, levantarse e ir a otra habitación, regresando cuando se empieza a notar adormecido.
-Si no consigue dormirse, se repite lo anterior las veces necesarias.
-Mantener horarios regulares para acosarse, levantarse.
-Evitar dormir la siesta.
-No realizar actividades en la cama o dormitorio que sean distintas a dormir o el sexo.

5 Discusión-Conclusión

Con todo esto concluimos que nos parece de potencial relevancia incluir abordajes no farmacológicos en el insomnio para mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el consumo crónico de hipnóticos. En cuanto a lo que el paciente con trastorno mental grave se refiere, descripciones de la calidad del sueño en períodos eutímicos son importantes para planear intervenciones y mejorar la monitorización de señales de recurrencia a nuevos episodios de depresión o (hipo) manía.

Se asocia a muchas enfermedades médicas y psiquiátricas siendo un factor predictivo de la enfermedad. A pesar de su relevancia clínica y de su sencillo manejo, pasa con frecuencia inadvertido para los médicos a los que la falta de tiempo, de información o de recursos les impide un tratamiento adecuado del mismo.

Existen técnicas de terapia conductual y de higiene del sueño que han demostrado una eficacia a largo plazo sin necesidad de fármacos. En la mayoría de los casos es imprescindible el uso de fármacos hipnóticos para los que se recomienda un protocolo de actuación según la gravedad y características del insomnio. En los últimos años están apareciendo Unidades del Sueño en centros hospitalarios, integradas por especialistas de varias especialidades (neurofisiólogos, neurólogos, neumólogos, otorrinolaringólogos, psiquiatras, endocrinos, enfermeras, etc.),con el objetivo de un abordaje más profundo y global de la patología del sueño. Es de esperar que la unión de los esfuerzos de estos terapeutas dé sus frutos a muy corto plazo.

6 Bibliografía

1. Soehner AM, Kaplan KA, Harvey AG. Insomnia comorbid to severe psychiatric illness. Sleep Med Clin. septiembre de 2013;8(3):361-71.
2. Gancedo-García A, Gutiérrez-Antezana AF, González-García P, Salinas-Herrero S, Prieto-Merino D, Suárez-Gil P. Efectividad de una intervención educativa breve en pacientes con insomnio en atención primaria. Atención Primaria. 2014;46(10):549-57.
3. López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Mareque Ortega MA, Fernández Agüero L. Abordaje terapéutico del insomnio. SEMERGEN - Medicina de Familia. Mayo de 2012;38(4):233-40.
4. Steinan MK, Krane-Gartiser K, Langsrud K, Sand T, Kallestad H, Morken G. Cognitive behavioral therapy for insomnia in euthymic bipolar disorder: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 16 de enero de 2014;15:24.
5. Perez Alvarez M. Fernández Rodrigue. C, Fernández Hermida J.R., Amigo Vázque I. Guía de Tratamientos psicológicos eficaces II. Madrid: Pirámide;2011
6. Sahl S. Psicofarmacología esencial. 2 ed. Barcelona: Ariel;2002
7.Association AP. Guía De Consulta De Los Criterios Diagnósticos Del DSM-5. Dsm-5. Spanish Edition Of The Desk Reference To The Diagnostic Criteria From Dsm-5. Edición: 1. Panamericana; 2014. 492 p.

Capítulo 84

VITAL IMPORTANCIA: CUIDAR AL CUIDADOR

MIRIAM MIRAMON PLANILLO

MARÍA ÁNGELES PÉREZ GUERRA

MARTA GUILLÉN FERNÁNDEZ

MARTA NAVARRO CILLERO

1 Introducción

Tradicionalmente ha sido la familia la responsable del cuidados de los ancianos. La mayoría de las familias desea cuidar a su familiar en el domicilio y en un gran porcentaje de los casos, así lo hacen. Sin embargo diversos factores sociales dificultan enormemente esta tarea: cuidadores envejecidos, familias reducidas, incorporación de la mujer al trabajo. Este cuidado genera una sobrecarga que tiene una parte objetiva(problemas derivados de los cambios del comportamiento y autonomía del paciente) y una parte subjetiva, por la relación emocional del cuidador. La situación de cuidado lleva asociada múltiples sentimientos y emociones por parte del cuidador.

Unos son positivos que le dan satisfacción y otros negativos, como la culpa, la preocupación. Estos últimos alteran su bienestar y dificultan el desempeño de las tareas de cuidado. Es necesario reconocerlos, aceptarlos y aprender a contarlos. El éxito en el cuidado va a depender del grado en el que el cuidador cuide de si mismo y conceda tiempo y atención suficiente a sus necesidades.

2 Objetivos

-Valorar la carga de trabajo y las necesidades del cuidador de forma periódica.
-Reconocer los signos de alarma de sobrecarga del cuidador/a.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, guías,protocolos y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Atención a la persona cuidadora
1.DETECTAR SEÑALES DE ALERTA: Si existen nos estarían indicando la necesidad de aumentar el cuidado de si mismo.
• Problemas de sueño.
• Pérdida de energía, fatiga crónica.
• Consumo excesivo de bebidas excitantes.
• Consumo de medicación psicotrópica.
• Problemas físicos: palpitaciones, sudoración profusa, molestias digestivas.
• Menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.
• Aumento o disminución del apetito.
• Cambios frecuentes de humor.
• Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo.

2. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES
-Información de la enfermedad:
Evaluar la información que posee. Informar de características, posibilidades terapéuticas, evolución y pronóstico de forma gradual y longitudinal, adaptándolo a sus necesidades.
Proceso de seguimiento (cuándo, dónde, quién y cómo se llevará a cabo).
- Formación en el cuidado:
Facilitar conocimientos y habilidades en:

– Manejo del régimen terapéutico y de los efectos secundarios de la medicación.
– Medidas no farmacológicas: manejo de síntomas cognitivos y psicoconductuales.
– Cómo comunicarse con el paciente.
– Actividades básicas de la vida diaria y cuidados específicos según la fase y necesidades.
– Seguridad: adaptación del entorno. Visita domiciliaria para valoración adaptación de vivienda.
Proporcionar material de apoyo impreso.
Asesorar en cómo realizar modificaciones en la casa.
-Cuidado del cuidador:
Enseñar al cuidador a cuidarse.
1. Tomar conciencia de que para cuidar bien «tengo que cuidarme».
2. Buscar información sobre la enfermedad y los recursos disponibles.
3. Organizarse la vida cotidiana contando con los otros miembros de la familia. Planificar las actividades y adelantarse al futuro sin agobiarse.
4. Dejar un espacio diario para sí mismo: para sus relaciones familiares, sociales, tiempo de ocio y aficiones.
5. Cuidar su propia salud: comer, dormir, hacer ejercicio de forma regular, evitando el tabaco y el alcohol. Adoptar posturas correctas a la hora de movilizar al paciente, empleando las ayudas técnicas necesarias. Aprender y aplicar técnicas de relajación.
6. Saber pedir ayuda a familiares, amigos, profesionales sanitarios, recursos sociales y asociaciones de familiares. Una ayuda concreta y explícita desde el principio, evitando esperar a «cuando ya no puedo más». No pensar que es el único que sabe cuidar bien a su familiar.
7. Mejorar la relación y comunicación con el paciente. Tener paciencia, respeto, sentido del humor y hacerle estar activo (sin ser demasiado exigente).
8. Identificar las situaciones que causan más estrés; ser capaces de analizarlas y de buscar soluciones razonables.
9. Afrontar las reacciones emocionales que se experimentan, aceptándolas como normales.
Ser realistas. Reforzar los sentimientos positivos y comentar con otras personas los negativos.
10. Pensar en positivo: «Soy capaz», «Lo hago bien», «Encontraré la solución», «Me premiaré por el esfuerzo». Descubrir nuevas cualidades de uno mismo. Fomentar la autoestima.
11. Saber poner límites al cuidado, puesto que el paciente, sobre todo en las

primeras fases, es muy exigente. La persona cuidadora «debe aprender a decir no».
12. Darse cuenta de los síntomas que pueden significar el inicio del síndrome de sobrecarga: cefalea, dispepsia, insomnio, falta de interés por sí mismo y sus aficiones, aislamiento de otros familiares y amigos, abuso de alcohol y tabaco, labilidad emocional, irritabilidad, etc.
Proporcionaremos folletos de "El estrés" "Cuidar y cuidarse" que facilita el Instituto de Salud Publica

- Valoración de sobrecarga:
Valoración: aprovechar consultas espontáneas para preocuparnos por su bienestar. Y las repercusiones subjetivas y objetivas biopsicosociales del cuidado. Realizar consultas programadas específicas si se sospecha sobrecarga.
Se pueden utilizar la entrevista y/o el Test de Sobrecarga Zarit:
Mide el grado en que las personas cuidadoras perciben cómo sus responsabilidades tienen efectos adversos sobre su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar emocional.
La escala de sobrecarga de Zarit, especialmente indicada para cuidadores de pacientes aquejados de síndromes demenciales y validada en nuestro medio, permite medir la vivencia subjetiva de sobrecarga.
Cuenta con 22 ítems, cada uno de ellos se puntúa según la severidad de la repercusión del 1 al 5. Los puntos de corte para interpretar los resultados son los siguientes:

No sobrecarga: hasta 45 puntos
Sobrecarga leve: de 46 a 54 puntos
Sobrecarga intensa: a partir de 55 puntos
- Intervención
Mediante:
– Apoyo emocional: actitud empática, facilitar expresión de sentimientos, emociones, miedos, desculpabilizar y normalizar sentimientos generadores de malestar y culpa. Tratamiento específico de trastornos del estado de ánimo si precisa. Acompañar y apoyar a la persona cuidadora, a su familia y al propio paciente hasta el final.
– Apoyo material: información, formación, desarrollo del plan de cuidados, accesibilidad a los profesionales, atención domiciliaria y trabajo en red (coordinación socio-sanitaria). Acceso a recursos sociales de descarga (ayuda a domicilio, estancias diurnas, ingresos temporales y definitivos), y vinculación de la persona cuidadora a grupos de autoayuda, psicoeducativos, AFAS.

5 Discusión-Conclusión

Numerosas revisiones sistemáticas han tenido como objetivo ver la efectividad de las distintas intervenciones con personas que proveen cuidados informales a los pacientes con demencia.

Son en su mayoría intervenciones psicosociales (counselling, apoyo emocional, estrategias de búsqueda de implicación de la familia y el paciente, programas o grupos de apoyo, manejo de estrés, información, entrenamiento, etc.) y los resultados son también medidos en diferentes términos (morbilidad física y psicológica, carga de trabajo, calidad de vida, conocimientos, satisfacción con el apoyo recibido, relación entre el cuidador y el paciente, etc.).

En general, los autores concluyen que son necesarios estudios más rigurosos, de mayor tamaño y a más largo plazo para poder ver la efectividad de dichas intervenciones. Algunos autores han encontrado que un modelo efectivo de intervención psicosocial en base a resolución de problemas puede mejorar la calidad de vida de los cuidadores. Y, además de la información, es necesario incluir componentes de apoyo social en la intervención-

- Se recomienda valorar la carga de trabajo y las necesidades de la persona cuidadora y sus necesidades de manera periódica(grado C u opción). Para valorar la sobrecarga de esta persona se propone utilizar la escala de Zarit.
- La información sobre los síntomas y evolución de la demencia, la formación en habilidades para el manejo del paciente y los consejos de autocuidado son requisitos necesarios para prevenir el malestar psicológico del cuidador(grado A o estándar).
- Las intervenciones son mas efectiva si se centran en las necesidades especificas de los cuidadores, se dirigen a cuidadores mas sobrecargados y se acompañan de medidas o recursos sociales que repartan el cuidado y alivien la carga(grado A o estándar).

6 Bibliografía

1.Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Tudela (2 septiembre 2015). Disponible en http:// intranetsanitariasns-o/serviciosclinicos/guiasyprotocolos/abordajedelademencia.
2.Benítez Fedriani M, Guía de Apoyo a Familias Cuidadoras de Personas Mayores, Ayuntamiento de Vitoria-Gateiz,Tudela(2 septiembre 2015). Disponible en

http:// www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstadisticos/adjuntos/es/57/94/5794
3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
4.https://www.scielo.org/es/
5. https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 85

TABACO Y ALCOHOL EN ADOLESCENTES

CARIDAD VALERA MARTINEZ

LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ

LUIS CAMBRONERO LÓPEZ

1 Introducción

Según la OMS, el tabaco y el alcohol son las drogas más extendidas en nuestra sociedad, y representan, respectivamente, la primera y la tercera causa de años incapacitados. El Observatorio Español sobre Drogas asegura en su último informe que la mayoría de los españoles consume bebidas alcohólicas esporádica o habitualmente (1).

Esta problemática en la adolescencia cobra más importancia, puesto que su consumo se hace de manera muy precoz. Esta situación genera una gran preocupación en la sociedad, por lo que es considerado un problema de salud pública (2).

La educación en salud para el adolescente tiene el propósito de estimular el autocuidado a partir de hábitos saludables de vida. En lo que se refiere a la prevención del uso y abuso de drogas, la divulgación de la salud del adolescente constituye una prioridad para la atención pública y un desafío para la actuación de la enfermería, principalmente por el hecho de que la adolescencia es una etapa de la vida marcada por intensas transformaciones físicas, emocionales y grandes influencias socioculturales que perduran desde la pubertad hasta la vida adulta (3).

2 Objetivos

- Identificar aquellos factores de riesgo que pudieran facilitar o fomentar el consumo
- Generar estrategias de prevención.
- Determinar la influencia de los factores psicosociales en el consumo de bebidas alcohólicas
- Determinar la prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes.

3 Metodología

La metodología empleada para la realización de este trabajo ha sido una revisión bibliográfica. He consultado las bases de datos SciELO, Dialnet, Cuiden, Medline/Pubmed, Index de Enfermería y Metas de enfermería durante el periodo comprendido entre los años 2010-2020, buscando información actualizada de la problemática social que genera el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes.
Las palabras claves para buscar en las bases de datos han sido: alcohol y tabaco, adolescentes,
Los criterios que he seguido para incluir los artículos en mi revisión han sido: los artículos que describían el proceso de la hipotermia terapéutica, las implicaciones enfermeras en la realización del procedimiento de la hipotermia inducida y por último, artículos que demostraran la efectividad de la hipotermia inducida.
Y los criterios de exclusión que he seguido han sido: que estuvieran desfasados en el tiempo, que no reflejaran el tema que estamos tratando y que se desvinculaban de la pregunta de investigación a resolver.

4 Resultados

Las drogas constituyen una de las más complejas problemáticas del mundo. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud revelan una disminución de la edad de inicio del consumo de sustancias adictivas como el tabaco y el alcohol que constituyen drogas porteras; siendo consideradas la adolescencia y la juventud etapas de riesgo. 4
Los adolescentes componen el colectivo social más vulnerable, incomprendido y desprotegido. A pesar de que las leyes españolas prohíben la compra de alcohol y tabaco a menores de 18 años se ha demostrado que el inicio en la adicción se produce antes de alcanzar esta edad (1).

Esto podría deberse al fenómeno social denominado "botellón" (reunión de jóvenes para consumir alcohol en la vía pública), que hace del consumo de alcohol y tabaco un hábito cada vez más precoz. La aceptación social de estas sustancias en Europa y las facilidades para adquirirlas hace que los adolescentes españoles estén más desprotegidos (1).

El inicio del consumo de bebidas alcohólicas se produce en edades cada vez más tempranas, así como existe una tendencia a la ingesta de grandes dosis de esta en un corto periodo de tiempo. Muchas veces esto ha estado condicionado por la escasa educación que se ha brindado a los adolescentes sobre esta conducta, lo que condiciona su baja percepción de riesgo de su consumo (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda incrementar las acciones educativas para adolescentes desde el nivel primario de atención y su posterior evaluación con el objetivo de fomentar valores y actitudes acordes a fortalecer los conocimientos sobre el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaco (2).

Durante años se han desarrollado y aplicado numerosos programas preventivos en las escuelas, basados en la premisa de que si los alumnos conocen los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas no se expondrán a estos (1, 4). Sin embargo la efectividad de estos programas es limitada, por eso debemos estudiar los factores que hacen esta tarea más compleja y averiguar las barreras que obstaculizan la percepción de riesgo (4):

• El carácter legal del alcoholismo y el tabaquismo, que condicionan una tolerancia social con bajos niveles de rechazo a estos (1, 4).

• La modelación de comportamientos de consumo en figuras educativas de referencia como padres, hermanos y maestros, que influye en la adopción de estos patrones de conducta (1, 4, 5).

• Las características psicológicas de los adolescentes y jóvenes, en quienes la curiosidad, la búsqueda de aceptación social, la influencia del grupo de iguales y las limitaciones en el autocontrol emocional incrementan la vulnerabilidad al consumo (2, 4).

• El fenómeno de la invulnerabilidad percibida, entendida como la creencia en que una vez iniciado el consumo, se tendrá la voluntad y capacidad para controlarlo, por lo que no se desarrollará la adicción (4).

• Los efectos inmediatos "placenteros" asociados al consumo de tabaco y alcohol, que se convierten en reforzadores del consumo (4, 5).

Por otro lado la educación en el área de la salud, constituye otra importante estrategia para la actuación de la enfermería dentro de este escenario, principalmente en lo que se refiere a la implantación de los programas de atención al adolescente para estimular el autocuidado y promoción de hábitos saludables

(3).
Se recomienda que en el diseño de los programas, las diferentes etapas conduzcan no solo a la evitación del consumo, sino también a la promoción de la salud, tal como se propone (4):
• Sensibilización en torno a lo que verdaderamente significan las drogas (1, 3).
• Motivación hacia la experiencia preventiva (4).
• Incremento en cantidad y calidad de la información sobre las drogas y sus efectos nocivos (4, 5).
• Corrección de creencias erróneas que poseen en torno a las drogas (6).
• Búsqueda de recursos protectores para evitar la iniciación del consumo (2).
• Potenciación del desarrollo de habilidades para la vida (3, 5).
• Orientación sobre la búsqueda de ayuda de los que ya sufren de alguna adicción (4).
Es de vital importancia una iniciación prematura, así como potenciar procesos de ayuda estableciendo políticas protectoras más enérgicas y eficaces. La actividad física ha sido concebida casi siempre como una opción recomendable para reducir la probabilidad de consumir sustancias tóxicas: facilita lugares de encuentro, ayuda en las relaciones entre iguales, proporciona un entorno apropiado para establecer hábitos de vida saludable y es un medio para promocionar la salud (1, 6).
La adolescencia es una etapa clave; en ella se conforma el estilo de vida. Durante su desarrollo aumenta la tendencia al consumo, pero si no se adoptan hábitos nocivos durante esta etapa, es menos probable que los adquieran una vez alcanzada la etapa adulta. La prevalencia de conductas saludables o perjudiciales depende en gran medida de las rutinas adoptadas en esta época de cambios individuales y sociales (1).
El consumo de alcohol en los adolescentes se corresponde con algunas situaciones como: problemas de identidad, baja autoestima, tendencia al aislamiento y a la depresión, impulsividad, conductas rebeldes, conflictos en el rol sexual y otros problemas de salud mental (2, 7).
Su consumo implica complicaciones a corto y largo plazo, lo que acarrea consecuencias psicosociales, depresión, fracaso académico e irresponsabilidad, que ponen al adolescente en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras, produce efectos sobre el sistema nervioso central, lentifica funciones cognoscitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejos), y emocionales (sensatez y madurez) (3, 5, 8).
Por ello es importante que cuando se observen cambios de comportamiento en los adolescentes, tanto profesionales de la salud como personal educativo deberían

analizar y actuar con mejor orientación en la prevención de estos problemas (9, 10).

5 Discusión-Conclusión

Prevenir el consumo irresponsable de drogas constituye hoy una de las prioridades en el enfrentamiento de esta problemática, puesto que cada vez su consumo se realiza de manera más precoz con consecuencias en la salud de los individuos y su entorno, además de representar un problema sanitario (4, 10).
Los adolescentes españoles que practican actividades físico-deportivas tienen menos probabilidades de consumir alcohol y tabaco que los sedentarios, ejerciendo un efecto protector y preventivo frente a conductas poco saludables (1).
Los profesionales de enfermería al participar en las escuelas de educación básica deben, realizar diagnósticos de salud que les permitan conocer los factores de riesgo de la población para intervenir, de tal forma, que en base a los resultados se puedan desarrollar o potencializar los factores de protección y tener como resultado una conducta promotora de salud (10).

6 Bibliografía

1. Ruiz-Risueño J, Ruiz-Juan F, Zamarripa JI. Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. Rev Panam Salud Pública. 2012; 31(3): 211-220.
2. Lazo LA, Linares LP, Vilón AA, Díaz G. Nivel de conocimiento sobre alcoholismo en adolescentes de un consultorio médico. Revista Científico Estudiantil Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. 2019; 58(271): 15-19.
3. Rodrigues L, de Oliveira ML, de Assunção M. Bebida alcohólica en la adolescencia: el cuidado-educación como estrategia de acción de la enfermería. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14(1): 158-164.
4. García P, Molerio O, Pedraza L. La prevención del tabaquismo y el alcoholismo en adolescentes y jóvenes desde las instituciones educativas. Psicogente. 2014; 17(31): 93-106.
5. Enriquez S, Fernández AT, Rueda VJ. Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del Área IV del municipio de Cienfuegos. Medisur. 2017; 15(2): 217-228.
6. Guerra E, Machado AM, González YA, Mesa M, Carrazana I. Percepción de riesgo del uso nocivo del alcohol y sus consecuencias en adolescentes. Multimed. 2019; 23(4): 744-757.

7. Vázquez I, Gorina CA, Costa M, Ramos J, Gorina N. Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del área de salud América I del municipio de Contramaestre. Medisan. 2019; 23(3): 447-459.
8. Maximiliano-Colqui L, Ortega-Ramos A, Salas-Mujica M, Vaiz-Bonifaz R. Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla. Rev enferm Herediana. 2015; 8(2): 89-96.
9. Roig IS, Soler YM, Pérez E, Perez R, Soler KR. Programa educativo para favorecer conocimientos sobre alcoholismo en adolescentes. Multimed. 2017; 21(3): 162-173.
10. Álvarez A, Alonso MM, Guidorizzi AC. Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18: 634-640.

Capítulo 86

PAREJAS SOMETIDAS A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA: ALTERACIONES PSICOLÓGICAS.

LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA

LAURA FERNÁNDEZ CANO

FRANCISCO SOUSA GÓMEZ

1 Introducción

Las técnicas de reproducción asistida son tratamientos médicos que suponen una alternativa a la esterilidad en la pareja humana.

En España se estima que entre un 15-17% de las parejas en edad reproductiva tiene problemas de esterilidad (1). Nuestro país se sitúa a la cabeza en la realización de tratamientos de reproducción asistida en Europa y es la tercera en el mundo, por detrás de Japón y Estados Unidos (2). En España el primer banco de semen data de 1978 y el primer nacimiento por fecundación in vitro con transferencia de embriones se produjo en 1984. Desde entonces el número de parejas demandantes de asistencia reproductiva en España aumenta cada año, existiendo en la actualidad cerca de un millón de demandantes (3)(4).

Las técnicas de reproducción asistida incluyen la manipulación de ovocitos, espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Estas técnicas se llevan a cabo cuando se producen anomalías del aparato genital y alteraciones en la producción de gametos (1).

La presencia de alteraciones en la producción de gametos y anomalías en el aparato genital producen una reducción de la probabilidad de embarazo espontáneo pudiendo provocar tanto a nivel individual como de pareja una crisis vital que genera sentimientos negativos de angustia, pérdida y frustración (5).

Estas técnicas han abierto expectativas y esperanzas en el tratamiento de los problemas de salud reproductiva.

2 Objetivos

Describir los principales trastornos psicológicos en parejas sometidas a técnicas de reproducción asistida.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los principales trastornos psicológicos en parejas sometidas a técnicas de reproducción asistida. Las principales fuentes de información han sido las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden y Scielo.

Se han utilizado los siguientes descriptores de salud:
- DECS: infertilidad, salud mental, técnicas reproducción asistida.
- MESH: infertility, assisted reproductive technique,anxiety disorders, depression, mental disorders.

Una vez encontrados los descriptores de salud adecuados, se inició la revisión de la literatura existente, combinando los descriptores y empleando únicamente el operador booleano “AND”.

4 Resultados

Las alteraciones psicológicas más frecuentes en las parejas sometidas a técnicas de reproducción asistida son estrés, ansiedad y depresión.

Los síntomas más comunes de estrés son inseguridad, miedo, cansancio, fatiga, trastornos de la concentración, dolores de cabeza… (6). Diversos estudios han analizado la magnitud y la prevalencia de estas alteraciones.

Un estudio realizado en Suecia en el año 2008 concluyó que un 10,9% de mujeres con problemas de fertilidad tenía depresión severa y un 14,8% presentaba problemas de ansiedad (7). Otra investigación realizada en China señalaba que el 23% de las mujeres experimentaba problemas de ansiedad y un 17% depresión (8).

Las mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida tenían niveles más altos de ansiedad y depresión, mientras que los hombres tenían niveles más altos de depresión (9).Los periodos donde los miembros de la pareja experimentaban niveles más elevados de ansiedad y depresión eran antes del tratamiento y durante el período de espera antes de la prueba de embarazo(10)(11). El 54% de las parejas abandona el tratamiento de fecundación in vitro sin conseguir un embarazo y antes de haber completado tres ciclos de tratamiento. El principal motivo es la carga psicológica (9)(11).

Debido a la carga psicológica, al desgaste físico y/o a la aparición de problemas interpersonales un porcentaje de parejas abandonan el tratamiento. Según una revisión bibliográfica llevada cabo en el 2011 un 19,7% abandona el tratamiento debido a la carga psicológica y al agotamiento físico 14% debido a carga psicológica y 6,32% debido al agotamiento físico, el abandono del tratamiento por problemas interpersonales supone un 16,67% (6).

En 2010 un estudio realizado en Italia en el que participaron 1731 individuos, 872 mujeres y 859 hombres, que acudieron a una unidad de técnicas de reproducción asistida concluía que el 14,7 % de las mujeres desarrollaba síntomas de ansiedad y un 17,9% desarrollaba síntomas de depresión, mientras que solo un 4,5% de los hombres desarrollaba síntomas de ansiedad y un 6,9% desarrollaba síntomas de depresión (9).

Las intervenciones psicosociales en parejas sometidas a técnicas de reproducción asistida reducen los niveles de estrés y mejora la tasa de gestación, resaltando su importancia en los días de espera de los resultados de los tratamientos. Es necesario conseguir que las parejas tengan una estabilidad emocional a lo largo del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Las alteraciones de la fertilidad se han convertido en las últimas décadas en uno de los principales problemas de salud reproductiva, es un problema médico y social cuya incidencia continúa creciendo.

El tratamiento para lograr una gestación mediante técnicas de reproducción asistida influye en la calidad de vida de las parejas debido al impacto negativo de esta situación en diferentes campos del funcionamiento individual, como la satisfacción sexual, el bienestar psicosocial o la relación matrimonial.

Las técnicas de reproducción asistida suponen una esperanza para las parejas con problemas de fertilidad, pero se pueden convertir en un factor estresante produciendo en las parejas ansiedad, estrés, depresión, ira y/o alteraciones del sueño. En definitiva, alterando su bienestar psicosocial.

En muchos casos durante el tratamiento médico para la consecución de un embarazo las parejas experimentan reacciones emocionales negativas, esto supone unos altos costes para las parejas y su calidad de vida.

Conocer y describir en qué momentos se producen niveles de estrés y ansiedad más elevados, conocer que factores mitigan y agravan la presencia de estas reacciones emocionales es fundamental para poder ayudar y prestar los apoyos necesarios para que durante ese proceso tan difícil el sufrimiento y las reacciones emocionales sean menores.

6 Bibliografía

1. http://www.cnrha.msssi.gob.es/registros/actividades.htm
2. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S; International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. Fertil Steril. 2009;92(5):1520-4.
3. Bjelica A, Nikolić S. Development and achievements of assisted reproductive technology. Med Pregl. 2015;68(9-10):353-7.
4. Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. Boletín Oficial del Estado, número 282 (24 de noviembre de 1988).
5. Ying L, Wu LH, Yuen-Loke A. Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review
6. Verkuijlen J, Verhaak C, Nelen WLDM, Wilkinson J, Farquhar C. Psychological and educational interventions for subfertile men and women. Cochrane Database of Syst Rev. 2016;(3): CD011034

7. Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundstrom P. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Hum Reprod.2008;20(9):2253–60.
8. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. Hum Reprod. 2004;19(10):2313–8.
9. Ying L, Wu LH, Yuen-Loke A. Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review. J Assist Reprod Genet.2016;33(2): 167–179.
10. Ying L, Wu LH, Loke AY. The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review. J Assist Reprod Genet. 2016;33(6):689-701.
11. http://www.merck.es/www.merck.es/es/images/Libro%20Blanco_infertiidad_tcm503_90692.pdf

Capítulo 87

LA FAMILIA DEL PACIENTE ALCOHÓLICO. ABORDAJE INTEGRAL.

CARLOTA PALACIO SUÁREZ

VANESA PÉREZ GONZÁLEZ

LAURA VALDÉS ALVAREZ

ALICIA DIAZ GONZALEZ

LAURA FERNANDEZ DE TROCONIZ GONZALEZ

1 Introducción

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, define que el abuso y la dependencia del alcohol son muy parecidas a las de los demás trastornos por otras sustancias. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:
1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: o Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. o El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
- Síndrome de abstinencia característico para la sustancia.

- Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.
Según los informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud aproximadamente 70 millones de personas sufren dependencia al alcohol en el mundo. En nuestro país, la extensión del consumo de bebidas alcohólicas es prácticamente universal.
Así, en 2011, el 90.1% de la población de entre 15 y 64 años las había consumido alguna vez en la vida, el 76.6% admitió haberlas consumido alguna vez en el último año y el 62.3% lo hizo en el último mes. En todas las frecuencias temporales estudiadas y para todos los tramos de edad, el hombre presenta mayor prevalencia de consumo que la mujer.
Se observa que son los jóvenes de entre 25 y 34 años los que muestran mayor prevalencia de consumo de alcohol tanto en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días, aunque no a mucha distancia de la mostrada por los grupos de entre 15 y 24 y entre 35 y 44 años, por lo que se constata que el hábito del consumo de alcohol se encuentra extendido en un amplio rango de edad.
En cuanto al consumo diario de alcohol este va siendo mayor entre las personas conforme aumenta la edad, alcanzando los hombres de entre 55 y 64 años cifras del 32.5% frente al 10.5% de mujeres del mismo grupo de edad.
En rasgos generales, se estima que entre el 2-7% de la población de nuestro país son bebedores de riesgo y que el 50% de dicho porcentaje son dependientes. Por lo que los trastornos por uso de alcohol representan una de las patologías más prevalentes a nivel nacional.
El alcoholismo es una enfermedad crónica en la que la recuperación no siempre es completa y duradera, por lo que este tratamiento debe ser entendido como un proceso.

Para poder llevarlo a cabo es muy importante la motivación. Las fuentes de motivación para el cambio pueden ser intrínsecas y extrínsecas. Generalmente las fuentes internas se han asociado a cambios a largo plazo y aunque estas parecen ser más efectivas para el éxito, la motivación externa parece promover la abstinencia a corto plazo.

A lo largo del tiempo se han utilizado una amplia variedad de intervenciones en las personas dependientes de alcohol con objeto de abandonar el consumo.

• Prevención de recaídas: sería el proceso de iniciar y mantener la abstinencia de alcohol o de otra sustancia acompañado de modificaciones intra e interpersonales.

• Técnicas de control de consumo: tienen como objetivo alcanzar la abstinencia. Estarían por ejemplo la planificación de objetivos, la propia monitorización del proceso, el manejo del consumo, análisis funcional de las situaciones en las que se bebe y el aprendizaje de estrategias alternativas.

• Entrenamiento de habilidades sociales: se basan en la idea de que el sujeto bebe porque carece de una serie de habilidades para hacer frente a diferentes áreas problemáticas que se relacionan con el consumo.

• Intervenciones motivacionales: están basadas en técnicas cognitivo-conductuales y en técnicas de persuasión psicosocial.

• Terapias conductuales: el terapeuta y el paciente pactan una serie de contingencias positivas y negativas.

• Terapias psicodinámicas individuales: se utilizan preferentemente las de corta duración. Estas terapias no han demostrado su eficacia cuando se utiliza como modalidad única de tratamiento.

• Terapias grupales: son las más utilizadas. Aprovechan una serie de elementos comunes (posibilidad de identificación, el altruismo, la facilitación…) para eliminar las resistencias y recordar la posibilidad de eventuales recaídas.

• Terapias familiares: Los problemas de pareja o familiares pueden servir de estímulo para el consumo abusivo y las interacciones familiares pueden, a menudo, ayudar a mantener el trastorno por uso de alcohol una vez que este ha comenzado. Pero de igual modo, durante la recuperación, la terapia familiar ha demostrado ser útil en fomentar los cambios en sujetos resistentes al tratamiento así como en estabilizar los cambios cuando el familiar dependiente busca ayuda.

Es importante recalcar que el alcoholismo no es un padecimiento solitario y su alcance tiene impacto principalmente pero no exclusivamente en la familia. La familia es un sistema en el que el cambio en el funcionamiento de uno de los miembros viene acompañado automáticamente por un cambio compensatorio de otro miembro de la misma.

Conforme la gente avanza en el alcoholismo, lo más normal es que la familia se preocupe cada vez más por la conducta del paciente.
Esta preocupación se denomina coalcoholismo y hoy en día se denomina codependencia.
Por esta razón, se podría decir que los miembros que integran una familia con un miembro alcohólico también enferman de manera progresiva.
La terapia familiar mejora la adherencia terapéutica, el pronóstico de los pacientes y la participación en el seguimiento de los pacientes, cuando se comparan con los abordajes individuales. La mayoría de estos autores, concluían que las diferentes técnicas de terapia familiar eran sustancialmente mejores que las terapias individuales.
Por todo esto, el tratamiento de una persona dependiente debería ir de la mano con el de la familia ya que de no ser así, su rehabilitación es más fácil que lleve al fracaso a ambas partes ya que se encuentran íntimamente involucradas tanto en la enfermedad como en la salud.

Hipótesis:
H1: Una intervención grupal para familiares de personas con dependencia alcohólica mejorará la salud psicológica de los familiares y ayudará a mantener la abstinencia y mejorar la ansiedad y el autocontrol de impulsos de los propios dependientes.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Evaluar la efectividad de la intervención grupal para familiares de personas con dependencia alcohólica en un Centro de Salud Mental del Área Sanitaria “X”.

Objetivos específicos:
- Evaluar la salud psicológica de los familiares.
- Favorecer la disminución de la ansiedad de los familiares.
- Favorecer, indirectamente, la disminución de la ansiedad del paciente dependiente de alcohol.
- Valorar el grado de mantenimiento de la abstinencia del paciente dependiente al alcohol.
- Evaluar el aumento en el autocontrol de los impulsos en el paciente dependiente al alcohol.

3 Metodología

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

Tipo de estudio:
Estudio cuasi-experimental con un grupo de sujetos pre y post-intervención (con seguimiento a los 6 meses).

Sujetos a estudio:
La muestra está compuesta por familiares de pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia al alcohol.
-Criterios de inclusión:
Familiares de pacientes con diagnóstico clínico de abuso o dependencia al alcohol.
Edad igual o superior a 18 años.
Aceptación de las condiciones del estudio.
- Criterios de exclusión:
No cumplir criterios de inclusión.
Padecer un deterioro cognitivo o retraso mental que no permite la cumplimentación de las escalas requeridas.
Tener un trastorno mental severo asociado.

Muestra:
La muestra está formada por familiares de pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia al alcohol a seguimiento en cualquiera de los Centros de Salud Mental del Servicio de Salud "X".

Variables:
- Variables dependientes:
Estado de salud física y mental de los familiares.
Estado de ansiedad.
Asertividad.
Autocontrol de impulsos.
- Variable independiente: Intervención grupal, realizada por la Enfermera Especialista en Salud Mental.

Material y métodos:
Todos los clínicos de los distintos CSM serán informados sobre el programa y podrán derivar a sus pacientes, según criterios de inclusión.
Un enfermero especialista en SM llevará el programa y elaborará una lista con aquellos pacientes que pudieran ser candidatos.
Una vez clarificados los participantes en el programa teniendo en cuenta las características del grupo y para conseguir un adecuado funcionamiento del mismo, se citará al paciente y a la familia interesada para realizar una entrevista individual en donde se les propondrá la participación en la actividad.
A esta primera entrevista acudirán tanto el paciente como el familiar que vaya a participar posteriormente en el grupo. En ella, se presentará el programa y se explicarán las características del estudio.
Todos los miembros firmarán el consentimiento informado, protocolo de confidencialidad de datos y cumplimentarán las escalas de medida contempladas como variables dependientes.
Además se realizará una valoración de enfermería para identificar los principales diagnósticos enfermeros comunes en los participantes, ya que como ya se ha descrito anteriormente el bajo funcionamiento de un miembro de la familia será compensado automáticamente por otros miembros de la familia que sobrefuncionan. Este sobrefuncionamiento si es mantenido en el tiempo provoca un desequilibrio en la familia y un estado de ansiedad en la persona que intenta compensar la "falta" del miembro enfermo.
Al finalizar la intervención grupal, tanto los familiares como los pacientes acudirán de nuevo a una consulta individual para volver a cumplimentar las escalas. Para que el estudio tenga una mayor validez, se repetirá este mismo proceso a los 6 meses de la finalización de la intervención.
Encuadre terapéutico de la dinámica grupal
Los grupos se realizarán de manera continuada a lo largo de un período aproximado de 4 meses y consistirá en 8 sesiones de 60 minutos de duración con una sesión cada 15 días.
Cada grupo estará constituido por un familiar de cada paciente, completándose con unos 8-10 integrantes. Entendiendo como familiar aquella persona que tenga una relación directa y de convivencia con la persona dependiente, como por ejemplo cónyuge, padre/madre, hijo/a.
Es un grupo cerrado y semidirectivo, los participantes se definen al comienzo de la terapia y no se modifican hasta que esta termina, salvo por circunstancias especiales.
Se llevará a cabo en medio ambulatorio, en el Centro de Salud Mental "X", en una

sala específica para grupos.

Instrumentos de evaluación:
- Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud.
- Autocontrol de la ansiedad (NOC).
- Cuestionario de ansiedad – estado (STAI-E).
- Cuestionario de autocontrol Rosenbaum.

Plan de trabajo y cronograma:
Duración del estudio:
El estudio se desarrollará en ocho meses.

Etapas del desarrollo:
1. Primera etapa (preintervención):
- Reunión con los equipos de los Centros de Salud Mental del área explicando el estudio y la posibilidad de inclusión de pacientes por los distintos terapeutas.
- Elaboración de la lista de candidatos.
- Entrevista individual con el enfermero especialista para presentar el programa y explicar el estudio y la dinámica de las sesiones.
- Firma del consentimiento informado y del de confidencialidad de datos por parte del familiar que participa en el grupo.
- Se pasarán los instrumentos de medición antes de la intervención: Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud (familiares), cuestionario de ansiedad-estado (ESTAI-E) (familiares y pacientes), cuestionario de autocontrol de Rosenbaum (pacientes).

2. Segunda etapa (intervención grupal enfermera):
Sesión 1: Presentación del grupo y dinámica de encuentro.
Sesión 2: Situaciones de alto riesgo.
Sesión 3: El estrés
Sesión 4: La comunicación efectiva.
Sesión 5: Ansiedad.
Sesión 6: Ansiedad II.
Sesión 7: Cómo afrontar una recaída.
Sesión 8: Despedida y cierre del grupo.
3. Tercera etapa (recogida de datos):
- Se volverán a pasar los cuestionarios citados en la primera etapa.
- Recogida de datos y análisis de los mismos.
- Extracción de las conclusiones.

Recursos humanos y materiales:
Humanos:
- Un/a enfermero/a especialista en Salud Mental con experiencia en grupos.
- Un/a enfermero/a especialista en Salud Mental o un/a enfermero/a interno residente de Salud Mental que colabore en la intervención.
- Un estadístico para el análisis de los datos obtenidos.
Materiales:
- Una sala con pizarra para la realización del grupo.
- Ordenador, pantalla de exposición, programa de powerpoint.
- Material de oficina diverso (folios, bolígrafos, rotuladores…).
- Una sala con colchonetas o esterillas para la realización de la relajación.
- Consulta individual.
- Programa estadístico, SPSS.

Dificultades y limitaciones del estudio:
- La negativa por parte de los pacientes a participar en el estudio, ya sea la negativa a participar ellos o a que lo hagan sus familiares.
- La negativa por parte de los familiares a participar en el estudio.
- El abandono del estudio por cualquiera de los participantes.
- Puede haber sesgos por no ser una muestra aleatoria sino que los participantes serán seleccionados de forma directa.

4 Bibliografía

1. Plan Nacional sobre drogas. Encuesta domiciliaria sobre consumo de alcohol y drogas en España (EDADES).
2. Tapia C, Medina-Mora ME, Cravioto P. Epidemiología del consumo de las drogas psicoactivas. En: TAPIA C. Las Adicciones: Dimensiones, Impacto y Perspectivas. Bogotá: Manual Moderno. 2001; 207-218.
3. OMS. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor; 1992.
4. APA. DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
5. OMS. Reporte Mundial de la Salud, 2001.
6. Informe Nacional 2012 (datos del 2011). AL OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox. España. Evolución, tendencias y cuestiones particulares.
7. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health.

8. Calvo Estopiñán P, Perez Poza E, Sacristán Martín P, Paricio García C. Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. En: Adicciones, 2009; Vol. 21 Nº 1, 15-20.
9. Secades R, Fernández JR. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En: Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Madrid: Pirámide; 2003.
10. Becoña F, Cortés M (coord.). Guía de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas de Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica.Valencia: Socidrogalcohol; 2008.
11. Fernández Miranda JJ, Gutiérrez Cienfuegos E, Marina González PA. Actuaciones clínicas en trastornos adictivos. Madrid: Aula Médica ediciones. 2002; 127-174.
12. Aizpun G. Los roles de la familia del adicto. Fundación de Investigadores Sociales A. C. Alcohol-infórmate (on line), 2006.
13. Black C. No hablar, no confiar, no sentir. México: Conceptos S.A.; 1991.
14. Murray Bowen MD. La terapia familiar en la práctica. Bilbao: Desclee de Brouwer ;1989; Vol.1.
15. Mc Crady BS. Outcomes of family-involved alcoholism treatment. En: Galanter M (editor). 1989; 165-182.
16. Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1999; 688-697.
17. O'Farrel TJ, Choquette KA, Cutter HS, Floyd FJ, Bayog R, Brown ED, Lowe J, Chan A, Deneault P. Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. Journal of Substance Abuse. 1996; 15-166.
18. Ripley J, Cunion A, Noble N. Alcohol abuse in marriage and family contexts: relational pathways to recovery. Alcohol Treatment Quarterly. 2006; 24, 171-184.
19. Meyers RJ, Miller WR, Smith JE. A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug uses through concerned significant others. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2002; 70, 1182-1185.
20. rubio G, Martínez Gras I, Ponce G, Quinto R, Jurado R, Jimenez-Arriero MA. Integración de los grupos de autoayuda para familiares en un programa público de tratamiento del alcoholismo. En: Adicciones. 2013; Vol. 25. Nº. 1, 37-44.
21. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definición y Clasificación. Madrid: Elsevier; 2010.
22. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

23. Bulecheck GM, Butcher HK, McClosky Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elservier ; 2009
24. Manual de prevención de recaídas en el tratamiento de las toxicomanías. Documentos de Bienestar Social. Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.
25. Washton A. Querer no es poder. Como comprender y superar las adicciones. Barcelona: Paidós; 1989.
26. García González R. Algunas intervenciones psicológicas orientadas a la abstinencia en los dependientes de alcohol. Madrid: Anales de psicología; 1993.
27. Martín LJ. Tratamientos psicológicos. En: Adicciones. 2002; Vol. 14, supl.1.
28. Salem G. Abordaje terapéutico de la familia. Barcelona: Masson S.A.; 1990.

Capítulo 88

ACTUACIONES PARA PREVENIR LA VIOLENCIA EN EL ANCIANO

NATALIA CALLEJAS FIGUEROA

MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA

SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

La OMS (1996) define la violencia como: el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte, e incluye la intencionalidad de producir daño en la comisión de estos actos.

No toda conducta agresiva o violenta es maltrato. La principal diferencia es que el maltrato supone desequilibrio de poder y se ocasiona un daño perdurable a la víctima. La violencia está presente en nuestra sociedad y tiene graves consecuencias sobre la salud de las personas y las comunidades que la sufren. Y no solo nos referimos a las alarmantes cifras de muertes, sino a las lesiones, secuelas, discapacidades, enfermedades físicas y mentales, además del sufrimiento generado en las personas más vulnerables.

2 Objetivos

- La prevención, detección e intervención precoz en situaciones de maltrato en la población, para disminuir las consecuencias físicas, psíquicas y sociales que esto

conlleva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- Aportar información y sensibilizar a la población sobre la violencia y el maltrato.
- Ofrecer confianza y ambiente adecuado para que la víctima se exprese, y poner a su disposición los medios necesarios para ayudarla.
- Conseguir que la persona maltratada sepa actuar correctamente ante esta situación.
- Concienciar a la población de las consecuencias del maltrato.
- Reducir las situaciones de maltrato actuando sobre la víctima, agresor y círculo cercano.

3 Metodología

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

4 Resultados

VIOLENCIA EN EL ADULTO MAYOR.
Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años y mas años, que ocurre en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo constatable objetivamente o percibible subjetivamente. (1ª Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado, Almería 1995).

Tipos de maltrato
1. Maltrato físico. Uso intencionado de la fuerza física que puede dar lugar a lesión corporal, dolor físico o perjuicio.
2. Maltrato psicológico. Causar intencionadamente angustia, pena, sentimiento de indignidad, miedo o aflicción por medio de actos verbales o conducta no verbal (amenazas, insultos, intimidación, humillación, ridiculización…).

3. Abuso sexual. Comportamiento (gestos, insinuaciones, exhibicionismo…) o contacto sexual de cualquier tipo, consumado o no, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento (violación, tocamiento, acoso sexual, hacer fotografías…).
4. Explotación financiera. Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades o recursos.
5. Maltrato farmacológico. Utilización inadecuada o desproporcionada de fármacos para la sedación o contención. También se incluye la negación de un medicamento necesario.
6. Negligencia/ abandono. Rechazo, negación o equivocación para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de la persona mayor, ya sea de forma voluntaria (activa) o involuntaria (pasiva), por parte de la persona que de forma implícita o acordada sea responsable de ella.
7. Vulneración o violación de derechos. Confinamiento o cualquier otra interferencia de la libertad personal, así como la explotación de la persona mayor o vulneración de los otros derechos fundamentales que tiene como ciudadano de pleno derecho.
8. Autonegligencia/autoabandono. Comportamiento no consciente de una persona mayor que amenaza su propia salud o seguridad. (negación o rechazo a alimento, agua, ropa…).
9. Maltrato social. Discriminación de un grupo de población que reúne características comunes, en este caso la edad, cuando se convierten en victimas de delitos, trampas fraudulentas…
10. Maltrato institucional. Cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o privados, que conlleve abuso, negligencia o detrimento de salud, de la seguridad, del estado emocional o bienestar o que los derechos de las personas mayores no sean respetados.

Factores de riesgo.
ASOCIADOS A LA VÍCTIMA.
- Deterioro funcional. Necesidad de terceros para hacer las actividades de la vida diaria.
- Dependencia psíquica. Reducción de la capacidad intelectual.
- Alteraciones de la conducta.
- Aislamiento social.
- Historia previa de violencia familiar.
- Mujeres mayores de 70 años.

ESTRUCTURALES.
- Pobreza o falta de recursos.
- Discriminación por edad.
- Imágenes estereotipadas de la vejez como una carga.
- Deficientes relaciones intergeneracionales.
- Potenciación de viejos conflictos.

ASOCIADOS AL CUIDADOR/A.
- Múltiples responsabilidades. Cansancio.
- Aislamiento social o familiar del cuidador/a.
- Problemas económicos, dificultades laborales o dependencia económica de la víctima.
- Estrés.
- Abuso de drogas.
- Trastornos mentales y problemas de autoestima.
- Cuidador único, inmaduro o aislado.
- Experiencia familiar de malos tratos.
- Falta de preparación y habilidad para cuidar y comprender al adulto mayor.

INSTITUCIONALES.
- Personal poco preparado o formado.
- Salarios bajos.
- Sobrecarga de trabajo.
- Estructura física de la institución no adaptada a la gente mayor.
- Falta de recursos.
- Normas refuncionamiento inadecuadas.
- Falta de controles.

Actuación.
Prevención primaria
La complejidad de las causas hace difíciles las intervenciones en prevención primaria. Se trataría de incidir sobre las causas sociales y culturales del problema, fomentando el reconocimiento y el respeto a las personas mayores, así como el apoyo al cuidador principal.
Las intervenciones de los profesionales sanitarios serían las siguientes:

- Detectar los factores de riesgo del anciano y del cuidador y las situaciones de mayor vulnerabilidad para que el maltrato se produzca.
- Canalizar las intervenciones para modificar los factores de riesgo.

- Apoyar a los cuidadores: identificar y actuar preventivamente ante situaciones de estrés y sobrecarga física y emocional que pueden influir en la aparición de conductas violentas mediante el desarrollo de programas de atención al cuidador.

Prevención secundaria
La Asociación Médica Americana (AMA) recomienda que los médicos interroguen rutinariamente a los ancianos con preguntas directas acerca del maltrato y aconsejan estar alerta ante signos y síntoma clínicos y de conducta relacionados con maltrato y negligencia y sugieren incluir preguntas para la detención a través de la entrevista y la exploración.

Las actuaciones son:
- Realización de la entrevista clínica. Se considera un instrumento clave para la detención.
- Explorar signos físicos, actitudes y estado emocional, así pues es importante:
1. Explorar cuidadosamente signos clínicos como lesiones o hematomas; detectar incongruencias entre las lesiones y las explicaciones sobre como ocurrieron; desnutrición sin motivo aparente, deshidratación, caídas…
2. Explorar actitudes y estado emocional como miedo, inquietud, inhibición, alteración del estado de ánimo, depresión o ansiedad,
3. Investigar señales de alerta a través de indicios, actitudes signos clínicos o síntomas de maltrato.

Prevención terciaria
Es preciso hacer una valoración inicial de la situación de riesgo, investigar si es una situación aguda o crónica: valorar el riesgo potencial de las lesiones, si hay riesgo inmediato y establecer un plan de actuación integral, para ello es preciso:
- Valoración de la situación de riesgo vital inmediato. Se actuará de forma similar que en le maltrato en cualquier otra etapa de la vida.
- Si no se objetiva riego vital inmediato. Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación, teniendo en cuenta la opinión del propio anciano si su estado cognitivo lo permite, y de la familia, valorando los recursos con los que cuenta. Se dispone de una red sociosanitaria de apoyo, que en general el trabajador social puede poner en marcha

5 Discusión-Conclusión

Recomendaciones

1. Realizar registros exhaustivos, investigaciones en profundidad y estudios epidemiológicos que prevean la realidad de los malos tratos a las personas mayores, con tal de conocer su alcance real y combatirlos con más efectividad.
2. Impulsar la divulgación de temas relacionados con el envejecimiento a través de medios de comunicación con el objetivo de potenciar una imagen positiva de la vejez y eliminar estereotipos y mitos discriminatorios que favorecen conductas que pueden suscitar malos tratos.
3. Ofrecer información específica al colectivo de las personas mayores mediante campañas, sesiones, mesas redondas o talleres en espacios de encuentro habituales como: mercados, farmacias, centros de salud…. Esta información permitirá a las personas mayores conocer aspectos relacionados con el proceso de envejecer y sus posibilidades y limitaciones, la salud, la autonomía y dependencia, así como sus derechos y deberes y recursos disponibles para hacer frente a situaciones de malos tratos.
4. Introducir programas formativos vinculados al proceso de envejecimiento en la escuela primaria y secundaria.
5. Avanzar en la formación específica y continuada del colectivo profesional que interviene en el cuidado y la atención a la gente mayor.
6. Desarrollar mecanismos de apoyo en el entorno de quien tiene el cuidado formal e informal de la persona mayor que eliminen o minimicen las situaciones de riesgo de malos tratos.
7. En el ámbito familiar, se deben incrementar y dar a conocer los programas de descarga emocional, atención domiciliaria, acogida diurna, estancias temporales, teleasistencia…
8. En el ámbito institucional, sanitario y social, se deben elaborar protocolos internos de prevención y guías de actuación con directrices claras para la identificación de situaciones de riesgo, la toma de decisiones y las habilidades para reconducir y resolver conflictos.
9. Crear un servicio de asesoramiento y apoyo psicoterapeútico coordinado con los equipos sanitarios y sociales, dirigido a las familias cuidadoras que están atendiendo a personas ancianas con dependencia.
10. Promover la creación de un servicio de orientación jurídica para gente mayor.

6 Bibliografía

- Aguilar Cordero, M. J; Tratado de Enfermería Infantil- Cuidados Pediátricos; ed. Elsevier science, Madrid, 2003.

- Martín Zurro. A, Cano Pérez, J. F; Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica; ed. Elsevier, 6ª edición, 2008.
- J.C. Millán García. Principios de geriatría y gerontología. 2006. McGraw- Hill. Interamericana.
- http://www20.gencat.cat/docs/Adjucat/Documents/ARXIUS/Protocol_-grancast.pdf
- http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf
- www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/.../04modulo_03.pdf
- www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7758.pdf
- www.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf

Capítulo 89

PROGRAMA DE SALUD DE LAS DROGAS ILEGALES.

MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA

NATALIA CALLEJAS FIGUEROA

SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

La drogadicción sería según la OMS, un "síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importante". Dicho en otras palabras, sería un "conjunto de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, existiendo un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a una clínica de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia"

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Prevenir el consumo de drogas en la población y, en su defecto, retrasar la edad de inicio al consumo de drogas no institucionalizadas.

Objetivos específicos:

-Disminuir el número y tipo de sustancias consumidas, evitando la transición de la prueba de sustancia al abuso y dependencia de las mismas.
-Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
- Aumentar o potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web, libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico.
Se emplearon como descriptores: drogas, programa salud, drogodependencia. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Conocer los factores de riesgo, frente a la complejidad del fenómeno de las drogodependencias es indispensable para desarrollar estrategias eficientes, realistas y eficaces, acordes a las necesidades identificadas en cada sector de población. Así, se pueden aplicar diferentes programas preventivos dirigidos a reducir los factores de riesgo y potenciar los de protección.
La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el uso y /o abuso no se produzca. El número de factores de riesgo está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.
Si hacemos una clasificación de los factores de riesgo, observamos los siguientes factores de riesgo: factores genéticos, factores constitucionales, factores psicológicos y factores socioculturales.
Las actividades del EAP deben ir encaminadas a la prevención de carácter individual realizada en la consulta y, generalmente, orientadas a adolescentes y pacientes jóvenes. Van dirigidas a conocer las conductas en salud del paciente y las posibles prácticas de riesgo, mediante el establecimiento de un diálogo sobre las necesidades en salud y utilizando herramientas de escucha activa y consejo como estrategia de orientación ante una posible presencia de comportamientos de riesgo. También, se deben tener en cuenta aquellas de actividades carácter

comunitario que estarán dirigidas a la infancia y adolescencia y realizadas en colaboración con sus mediadores habituales y mediante la aplicación de programas para la prevención del consumo de drogas. Estos programas se desarrollan, generalmente, con la colaboración de los centros escolares y la participación de docentes, con asociaciones y organizaciones no gubernamentales (ONG), así como la posible participación de los padres.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizadas las actividades que hemos planteado, debemos comprobar y evaluar si se han conseguido los objetivos generales y específicos del Programa de Salud de las drogas ilegales, para las que fueron diseñadas. Para ello, valoraremos si ha disminuido la tasa de personas que consumen drogas ilegales, así como evaluar si se ha retrasado la edad de inicio de consumo de drogas no institucionalizadas en los drogadictos.

Por otra parte, debemos evaluar el grado de comprensión del paciente sobre su enfermedad, en términos de la necesidad de seguimiento, la realización de las actividades recomendadas por el equipo de Atención Primaria y los controles sanitarios. Es de vital importancia, evaluar también la actitud del paciente con respecto al consumo de drogas, así como comprobar el impacto psicológico y social de la enfermedad sobre el paciente, viendo si han disminuido los factores de riesgo del consumo de drogas ilegales y si se han potenciado los de protección.

Por último, debemos valorar y evaluar si han disminuido las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.

Si, tanto los objetivos generales como específicos marcados al inicio de este Programa de Salud de las drogas ilegales, no se han cumplido, debemos replantearnos el plan de acción llevado a cabo y modificar las actividades, de forma que consigamos su consecución. Por ello, es esencial realizar una evaluación de los programas de salud hasta que consigamos resultados positivos, ya que es la que nos va a asegurar la evolución positiva de la enfermedad y la motivación necesaria de los pacientes para continuar con las actividades propuestas por el Equipo de Atención Primaria.

6 Bibliografía

- Solé Puig J. Tratamiento del paciente cannábico. Universidad de Barcelona. Adicciones. 2000; 12:3.

- Lorenzo P; Leza J.C. Utilidad terapéutica del cannabis y derivados. Universidad Complutense de Madrid. Adicciones. 2000. 12:2.
- Lorenzo Fernández P, Lizasoain Hernández I. Universidad Complutense de Madrid. Drogodependencias. Adicciones. 2013. 15:2.
- Utrilla P. Aspectos farmacológicos de las anfetaminas. Universidad de Granada. Ars Pharmaceutica. 2000; 41:167-77

Capítulo 90

EMPLEO DE SUSTANCIAS HORMONALES EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA

LUIS CAMBRONERO LÓPEZ

CARIDAD VALERA MARTINEZ

LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ

1 Introducción

Desde hace miles de años, el deporte y la competición han sido motivo de entretenimiento tanto individual como de masas. Se tiene constancia de su práctica en las civilizaciones asiáticas alrededor del año 4000 A.C. Tanto es así, que los primeros Juegos Olímpicos tuvieron lugar en el año 776 A.C en la ciudad griega de Olimpia, unas reglas establecidas de antemano por los organizadores regularon la competición. Así, nació el deporte.

Los primeros Juegos Olímpicos, tal y como nosotros los conocemos, tuvieron lugar en la anterior nombrada Olimpia (año 1892). Tras estos, el mundo deportivo adquirió una gran importancia social que provocó el interés de millones de personas por la práctica del deporte, pasando el deportista de ser un mero participante anónimo a un icono nacional e internacional. (1)

El mundo deportivo avanzó a pasos agigantados en la mejora de las capacidades humanas. Las primeras décadas del sigo XX sirvieron para distinguir las fisionomías adecuadas a cada disciplina ya que, hasta ese momento, se seguía un

canon común para todos. Con el avance de la ciencia se empezaron a buscar individuos con características físicas ideales, como bien dijo Epstein, "una especie de selección artificial: hiperespecialización". (2). Pronto se empezó a observar que con el mismo entrenamiento se obtenían distintos resultados y existían limitaciones fisiológicas. No tardaría mucho en surgir voces que apuntaban cómo la nutrición podía ayudar al rendimiento deportivo, nacería el concepto de suplementación y ergogenia.

En primer lugar para entender este concepto debemos definirlo. La ergogenia, se entiende como toda sustancia que ayuda en la mejora del rendimiento, por eso no debemos confundirlo con el término dopaje. Es decir una sustancia prohibida por un organismo puede ser catalogada como ergogénica pero ser ilegal y otras sustancias pueden estar integradas dentro de la preparación de un atleta sin restricción alguna. La lista de sustancias ergogénicas es muy larga, pero realmente no todas tienen efectos beneficiosos, si no que pueden perjudicar gravemente el rendimiento, estas sustancias son definidas como ergolíticas, aun así, muchas de ellas son propuestas como ergogénicas.

En innumerables ocasiones los deportistas reciben consejos de escasa veracidad, la experimentación con el fin de lograr una leve mejora en el rendimiento puede tener graves consecuencias en la salud de los deportistas pues incluso en la actualidad se desconoce el grado de ayuda que supone la toma de determinadas sustancias ,basándose en meras especulaciones y experiencias de otros atletas, no pudiendo conocer los efectos perjudiciales ni , separar la mejora que supone el efecto placebo del verdadero. (3)

Sobre la figura del deportista actual recaen grandes responsabilidades y exigencias. Las presiones ejercidas por las instituciones juegan un papel prioritario en el deportista de alto rendimiento, quien casi siempre, ansia superarse de la forma más inmediata posible.Tanto es así que la preparación mental y física ha de ser entrenada para alcanzar una categoría óptima que permita desarrollar todo el potencial.

La necesidad de controlar y seguir el desarrollo del deportista se hace cada vez más imprescindible, ya que el organismo sufre cambios fisiológicos con este entrenamiento que pueden indicarnos la dirección que lleva el desarrollo de nuestros deportistas. Él control se facilita ya que los procesos y propiedades del organismo, sufren cambios mensurables en el proceso de entrenamiento. Estos son indicadores de la dirección que está tomando el desarrollo del deportista. (3)

El mundo hormonal y el deporte están íntimamente unidos desde hace décadas, ocupan un gran espacio dentro de la cultura física y el control del rendimiento deportivo. El amplio conocimiento en este ámbito nos permite un mejor control del deportista en todos los periodos competitivos del año, pudiendo así lograr una mayor eficiencia en los entrenamientos. Conocer las variaciones hormonales, es decir la ´´monitorización´´ proporcionará información sobre la adaptación al entrenamiento, niveles óptimos de intensidad, agotamiento y sobre-entrenamiento, pudiendo así controlar los períodos de recuperación. Las líneas actuales dentro de las ciencias del deporte tienen su aplicación de diversas formas como lo son el control del entrenamiento deportivo, a través de la determinación Cortisol/Testosterona, el control de las cargas de entrenamiento, la secreción hormonal en entrenamientos de altura, la afectación del sistema hormonal femenino en deportistas de élite, etc. (4)
Las hormonas intervienen en la mayor parte de los procesos fisiológicos de nuestro cuerpo y sus funciones son muy relevantes para la mejora del rendimiento deportivo y el ejercicio físico, ahora bien ¿qué son las hormonas?

Este arma valiosa para los fisiólogos, endocrinos, entrenadores y técnicos relacionados con el deporte en muchas ocasiones guarda un doble filo, el posible uso fraudulento del mundo hormonal, el uso de hormonas sintéticas en la competición profesional y regulada, poniendo así en jaque todos los valores que fomenta la competición. Los deseos de superación en el ámbito deportivo, unido al esfuerzo diario de los deportistas de alto rendimiento por tener una solvencia económica, la presión de instituciones y organizaciones, conducen al deportista a utilizar las más sofisticadas técnicas de preparación en el entrenamiento y a las sustancias ergogénicas de mayor investigación en la mejora de sus capacidades, traspasando en innumerables ocasiones la barrera prohibida, incurriendo así en el 'doping'. (4)

Ante la problemática del uso fraudulento de sustancias ergogénicas prohibidas las distintas federaciones deportivas, los países y el comité olímpico internacional (COI) crearon una fundación independiente, la agencia mundial antidopaje o AMA, inaugurada el 10 de noviembre de 1999 en Lausana (Suiza). Esta lucha está formada por cuatro niveles, la agencia mundial antidopaje , las federaciones internacionales , las legislaciones nacionales y por último los organismos federativos nacionales correspondientes a cada deporte.

Todo deportista catalogado como internacional o nacional y que pueda tomar partida en competiciones internacionales estará sometido a las normas y restric-

ciones marcadas por la federación internacional correspondiente y por la AMA en primera instancia, sin perjuicio alguno de someterse a controles antidopaje por parte de las autoridades nacionales. Los controles pertinentes pueden ser realizados por sorpresa a cualquier hora o en competiciones mediante sorteo, siendo tanto de orina como sanguíneos. Actualmente se ha sumado a la lucha la implantación del pasaporte biológico, un revolucionario método que permite ver la evolución en los niveles sanguíneos de un deportista a lo largo del tiempo. (6)

Existe una diversidad de agentes hormonales no permitidos en el ámbito del deporte. En nuestro trabajo particularmente hablaremos sobre las siguientes hormonas utilizadas en la práctica del deporte: Hormona de crecimiento, anticonceptivos orales, levotiroxina, eritropoyetina, prolactina, esteroides anabólicos y por último la insulina. Dentro de estas existen derivados, análogos etc. No todas las nombradas se encuentran en la lista de prohibiciones como es el caso de los anticonceptivos orales, levotiroxina y la prolactina de dudosa decisión.

2 Objetivos

El objetivo marcado en este Trabajo de Fin de Grado es describir las sustancias hormonales exógenas como ayuda ergogénica en la práctica del deporte informando de los beneficios y riesgos que entrañan su utilización aportando estudios que avalen los resultados y nos ayuden a verificar o refutar los supuestos teóricos.

3 Metodología

Este trabajo fin de grado es una revisión bibliográfica y narrativa sobre las hormonas consideradas ayuda ergogénica en la práctica deportiva. Para ello se han utilizado las siguientes bases de datos: Dialnet, Scielo, TESEO, Compludoc, Plinio, base de datos de CSIC, y otros recursos como webs y blogs sobre medicina deportiva.

Se ha realizado la búsqueda con las palabras clave: hormona (hormone), agente ergogénico, tiroidea, hormona de crecimiento o grow hormone, esteroides, EPO o eritropoyetine, anticonceptivo oral, deporte y los criterios de búsqueda han sido artículos publicados en castellano e inglés, publicados desde 2005.

Como criterios de inclusión hemos escogido estudios y bibliografía basados en deportistas profesionales y amateur y un criterio de exclusión ha sido el ser en-

sayados y demostrados sobre población sedentaria otro límite a nuestro trabajo ha sido tratar con artículos no disponibles en acceso libre por lo que no hemos podido trabajar con ellos.

4 Resultados

Hormona de crecimiento
La GH es una sustancia catalogada dentro de las sustancias dopantes por la AMA (6) desde hace casi dos décadas. Prohibida tanto en la vida deportiva como competitiva, el consumo de dicha sustancia se ha visto notablemente incrementado dentro del mundo profesional y amateur debido a la difícil detección tanto en controles de orina como en extracciones sanguíneas (único método de detección) por su fugacidad en el organismo (48h), unido, a la "fácil" obtención en el mercado negro de internet a bajo precio.

La hormona somatotropa comenzó a ser usada por numerosos deportistas en la década de 1980 debido al conocimiento de las múltiples funciones de esta y como sustitutivo o complemento de los esteroides anabólicos, ya que estos eran más fáciles de detectar en controles antidopaje (9).

La hormona de crecimiento propone funciones de interés suficientes para que los deportistas se sientan atraídos pues entre sus acciones está la de estimular la síntesis proteica en la musculatura esquelética , aumentar los niveles de glucosa en sangre , favorecer el crecimiento óseo en deportistas jóvenes sin huesos fusionados , ayudar en la cicatrización rápida tras lesiones musculoesqueléticas , incremento de la lipólisis favoreciendo el aumento de los ácidos grasos libres y por último la reducción de la grasa corporal general (10-11).

Diversos estudios han aportado evidencias significativas sobre estos efectos. Rudman et al demostró un incremento en la masa magra (9%), disminución de la masa grasa (14%) y una mayor densidad ósea (2%) tras la administración de GH a 16 hombres no deportistas de edades comprendidas entre 61 y 81 años(12).
Lange et al. (13) estudio en un ensayo a doble ciego, el efecto de la GH en individuos sometidos a un entrenamiento de resistencia. Observándose que el grupo tratado con GH aumento en sus niveles de masa grasa, agua corporal, síntesis y mejor equilibrio proteico, si bien no se produjo aumento de fuerza muscular o hipertrofia muscular tras doce semanas.

La conclusión a la que hemos podido llegar con la revisión de estos estudios y

los contenidos teóricos es que no se conoce con total seguridad si la hormona de crecimiento posee propiedades ergogénicas en deportistas de élite jóvenes y sanos, pero si se ha observado descensos de la masa grasa en diversos estudios y una disminución moderada de la masa magra; sin embargo , los riesgos asociados para la salud corporal relacionados con el consumo de esta hormona son elevados.
En la actualidad no se han definido los márgenes de seguridad de la GH exógena, pero si se conocen los efectos de la hipersecreción endógena de GH. El aumento excesivo de la GH en el organismo adulto puede provocar acromegalia tras la fusión epifisaria, dándose como resultado el agrandamiento descontrolado de manos, pies, cara y crecimiento de tejidos blandos. Hasta la actualidad, no se han podido observar casos de acromegalia entre los deportistas consumidores de GH, aunque si se han descrito síntomas precoces de esta. Además los pacientes cuya hipersecreción endógena es prolongada cursan con enfermedades cardíacas tales como cardiomiopatía e hipertensión junto con miopatía, diabetes mellitus etc. Se desconoce el efecto para la salud de los deportistas que la toman de forma exógena y el riesgo de sufrir estos problemas de salud. (14)

ANTICONCEPTIVOS ORALES
Análogos sintéticos de la progesterona y estrógenos endógenos permitidos por la agencia estatal antidopaje. (6)
Las altas intensidades en el entrenamiento de deportistas femeninas, puede tener efectos nocivos sobre el ciclo menstrual normal. Una práctica temprana e intensa unida a un bajo nivel de grasa corporal dará como resultado un retraso de la menarquia en las adolescentes, existiendo un fenómeno llamado la ´´triada de la mujer atleta´´ que ocurre en algunas deportistas y que debe ser estudiado, ya que la hipótesis postula la vinculación entre amenorrea, trastorno alimentario y pérdida de masa ósea debido al hipoestrogenismo , aumentando las posibilidades de roturas por estrés. (4)

Podemos llegar a la conclusión con estos hechos en que los cambios hormonales pueden favorecer o perjudicar el rendimiento de las deportistas durante el desarrollo del ciclo menstrual mediante la implicación en numerosos mecanismos entre los cuales se incluye uno muy importante, el metabolismo.
Los expertos afirman que de poco o nada sirve ni es aconsejable manipular el ciclo menstrual de una deportista, pero si afirman que puede ser apropiado su uso para adaptarse a competiciones importantes, es decir , hay atletas que rinden mejor en la primera fase del ciclo (ciclo folicular). Esto se consigue administrando bajas dosis de anticonceptivos antes de la competición, asegurando así, una hemorra-

gia planificada y unos bajos niveles estrogénicos y de progesterona en el pico competitivo. (4 y 5 libro).

Los riesgos médicos de esta sustancia son bien conocidos por parte de la población y no varían de la población femeninina general: naúseas , aumento de peso , fatiga , hipertensión , trombosis etc. (5)

Eritropoyetina

El uso de EPO en la práctica del deporte está prohibido y penado por la AMA y las distintas federaciones con sanciones que van desde los dos a los cuatro años sin competir, es una sustancia con alta capacidad ergogénica y con excesivos riesgos para el organismo, de ahí su prohibición. A diferencia del dopaje sanguíneo podría emplearse sin la supervisión de un sanitario consiguiéndose en el mercado negro. (6,9)

La AMA o la UCI marcan un límite humano de 50 en el porcentaje de hematocrito (efecto ergogénico de la EPO), por lo que todo nivel que lo sobrepase será considerado bajo sospecha y pueden aplicarse sanciones. Los análisis de orina son inadecuados para detectar la EPO exógena ya que es indiferenciable a la endógena, por otra parte las determinaciones en la concentración hormonal sanguínea en plena competición no es efectiva, pues la eritropoyetina tiene la ventaja de desaparecer tras 4-7 días de tratamiento. En la actualidad la implantación del pasaporte biológico está siendo de gran ayuda en la persecución de los atletas que consumen estas sustancias ya que han evolucionado enormemente en esta década, saliendo al mercado nuevas generaciones más difíciles de detectar y con menos efectos secundarios. (6,9,)

Es el principal agente estimulante en el proceso de eritropoyesis natural, es decir en la creación de los ya nombrados eritrocitos. Los seres humanos la sintetizan principalmente en el riñón, concretamente en las células intersticiales peritubulares y mesangiales, en menor medida el hígado y las glándulas salivales. En la actualidad es la sustancia más usada en la práctica del dopaje o de mayor detección, cientos de deportistas han hecho uso de esta hormona para mejorar su rendimiento infringiendo las leyes del deporte, llegándose a afirmar que podría ser utilizada por un elevadísimo porcentaje de ciclistas y atletas de fondo, ahora bien, esta hormona está disponible en cantidades limitadas pues su obtención depende exclusivamente de la ingeniería genética.(9)

Hasta día de hoy no se había podido corroborar clínicamente el efecto de la EPO sobre el rendimiento en deportistas de élite, ya que no existía ningún estudio con-

trolado sobre el efecto que produce, pero es evidente su potencial de acción sobre el rendimiento en deportes de fondo y siendo muy parecido al del dopaje sanguíneo. Solo se tenían datos acerca de su efecto ergogénico en un antiguo estudio sueco realizado por Ekblom que determinó un aumento en la capacidad aeróbica máxima, hemoglobina y hematocrito de los sujetos.(18,7) Por suerte en el año 2013 tras los innumerables escándalos deportivos J.Durussel dirigió un ensayo clínico en el cual se inyectó eritropoyetina a 19 sujetos entrenados durante 4 semanas , los resultados verificaron lo que era evidente , el rendimiento de carrera mejoró sustancialmente y este se mantuvo elevado hasta 4 semanas posteriores a la administración con respecto al valor basal. Estos efectos coincidieron en el tiempo con los valores de eritropoyetina en el organismo. (19)

La hipótesis marca la estimulación y aumento posterior del número de reticulocitos en sangre periférica aumentando hematocrito y hemoglobina. Estas mejoras en el organismo aumentarían el aporte de oxígeno a los tejidos musculares entre otros logrando así un mantenimiento prolongado y de menor desgaste en el ejercicio aeróbico. (9)

Los principales problemas y riesgos que presenta el uso de la EPO están relacionados con la excesiva viscosidad sanguínea que viene producida por el aumento del hematocrito, pudiendo acarrear episodios de trombosis. Los efectos no han podido ser demostrados en sujetos sanos pero existen informes de los años 90 que relacionan estrechamente la muerte de 18 ciclistas con el abuso de la eritropoyetina.El deportista de resistencia corre mayores riesgos con la administración de la EPO ya que la pérdida de líquidos durante la práctica puede elevar el hematocrito a niveles del 60%.(20)

ESTEROIDES ANABÓLICOS

Los esteroides androgénicos-anabólicos o vulgarmente llamados esteroides, son un análogo de las hormonas sexuales masculinas, hormona prohibida por la AMA y penada con hasta 4 años de inhabilitación competitiva, se trata de la sustancia más consumida en la cultura deportiva. Posee grandes propiedades anabólicas y con graves efectos secundarios para el organismo. La fabricación de esteroides sintéticos ha logrado reducir las propiedades andrógenas, actuando y multiplicando los efectos anabólicos musculares. (5,6,9)

En la teoría la utilización de esteroides provocaría un aumento de la masa magra así como de la fuerza en las fibras musculares. Se ha propuesto como capacidad de estos agentes la de ayudar en la recuperación muscular tras sesiones de entrenamiento intensas y la de mejorar la capacidad aeróbica de los sujetos. (9)

Estudio realizados como el llevado a cabo por Hervey demostraron estos beneficios ergogénico. Hervey observó los efectos de dosis altas de esteroides en seis levantadores de pesas masculinos tras administrar un placebo en el primer periodo y esteroides en el segundo periodo del estudio, los resultados arrojados fueron los incrementos de masa corporal y magra, así como el potasio y nitrógeno muscular, hecho que corrobora el incremento de masa grasa. El tamaño muscular y la fuerza de los levantadores incremento notablemente. (21)

En otro estudio realizado por Forbes se observaron los cambios en el cuerpo de un halterófilo y un culturista profesional ante dosis elevadas de esteroides anabólicos. El estudio de Forbes arrojó como resultado una mejora notable en la masa magra, por el contrario se observó que ante dosis bajas de esteroides anabólicos se producen pequeños cambios en la masa magra (1-2 kg), Por tanto, el umbral de dosificación muestra un enorme incremento ante dosis altas de esta hormona. (22) En cuanto a la posible mejora del potencial anaeróbico diversos estudios han concluido que la toma de esteroides anabólicos no produce ninguna o muy escasa mejora en los niveles de VO2 máximos por lo que la capacidad aeróbica no se incrementaría. (9,14)

La otra teórica capacidad ergogénica atribuida a los esteroides anabólicos era la de facilitar la recuperación tras intensos entrenamientos, pues bien, al tratarse de una sustancia dopante en estos momentos no se disponen de estudios fiables que nos ayuden a verificar la supuesta capacidad, bien es verdad que el incremento de la masa muscular producido contrarrestaría los excesos y la destrucción muscular sufrida en deportes de fondo. (5,9)

La toma de anabolizantes engloba una larga cadena de efectos secundarios y riesgos para el deportista, en especial las enormes dosis usadas. El uso de anabolizantes provoca un cierre temprano en la formación de la epífisis ósea lo que desencadenaría una reducción del crecimiento en deportistas de corta edad. La disminución de la testosterona y esperma se reduce provocando una atrofia genital, agrandamiento de la glándula prostática y de los pechos en sujetos masculinos, el descenso de los estrógenos provoca un trastorno en el ciclo menstrual de las mujeres. Todos estos efectos ocurren ya que se suprime la formación y secreción de hormonas gonadotróficas cuya función es vital para el desarrollo de los ovarios y testículos (5).Se han detectado daños hepáticos y cardiomiopatías debido a la reducción drástica de los niveles de HDL (75%) cuya función antiaterogénica previene la arterioesclerosis y el progresivo aumento de las concentraciones de LDL sanguíneos.

Cabe destacar ciertos estudios que avalan la hipótesis de los posibles cambios en la personalidad de los deportistas hacia una conducta agresiva. Estudios realizados con ratones han lanzado resultados alarmantes sobre el consumo de esta sustancia, la reducción de los años de vida fue muy notable en estos animales, por lo que, es posible que los efectos de mayor gravedad se manifiesten en el organismo tras 15-20 años (5)

INSULINA

Hormona de naturaleza peptídica generada en las células beta pancreáticas añadida en la categoría S4 de sustancias dopantes por la AMA (6) a excepción de su utilización bajo prescripción médica por tratarse de deportistas con diabetes mellitus insulino-dependientes. El uso de esta sustancia parece haberse instaurado gracias a poseer una vida media corta y una gran similitud a la endógena, es decir, su desaparición en el organismo es rápida (cuatro minutos), lo que dificulta su detección. Actualmente su detección pasa por realizar controles antidopaje mediante espectrofotometría en masa. (7)

Esta hormona posee unas importantes capacidades anabólicas, ayudando al transporte de nutrientes tan importantes como las proteínas o los hidratos de carbono .El potencial beneficio ergogénico propuesto postula una disminución en el catabolismo muscular, ayudando a la síntesis glucogénica y favoreciendo un mayor aporte de glucosa a las células musculares. (7)

En la actualidad los estudios acerca de la utilización de esta hormona en deportistas no diabéticos son escasos, el estudio realizado por Sonksen en 2001 con levantadores de pesas reportó resultados que confirmaron la utilización de insulina de acción corta para conseguir un aumento de la masa muscular . La facilitación en la entrada de glucosa a la célula en cantidades mayores a las necesarias por el organismo en la respiración celular provoca un estímulo en la formación de glucógeno, por tanto la hiperinsulinemia sería beneficiosa desde el punto de vista ergogénico tanto para aumentar el glucógeno muscular antes de acontecimientos importantes, como después, ayudando así en la mejora de la resistencia, y logrando, una recuperación más rápida y efectiva. Debemos reseñar que la insulina no es responsable directamente del aumento en la masa muscular, si no que su función ayudaría inhibiendo la degradación de proteínas pues la síntesis proteica estaría mediada bajo el control de la GH y el análogo de la insulina IGF-1, por eso su uso se encuentra íntimamente ligado al consumo de esteroides. Tras los resultados de este estudio unido a la preocupación y alarma de un médico deportivo en los mundiales de invierno de Nagano 98 el COI decidiría inmediatamente su prohibición en inclusión en la lista de la AMA. (23,24)

Al igual que las sustancias mencionadas en este trabajo anteriormente su uso no está exento de riesgos. Con la administración descontrolada y la práctica de deporte profesional el riesgo de sufrir una hipoglucemia es alto pudiendo inducirse un "shock insulínico" e incluso un estado de coma, aunque la monitorización a la que suelen someterse estos atletas profesionales y una alimentación controlada lo hacen más difícil. Además se cree que su consumo a largo plazo en deportistas cuya síntesis de insulina endógena funciona correctamente puede provocar una disminución en la fabricación de insulina por las células beta del páncreas ya que se administra de forma exógena. (7,23,24)

5 Discusión-Conclusión

El uso de sustancias en la práctica deportiva es un tema de actualidad ya que por desgracia no se presenta únicamente en el deporte federado y profesional , si no que cada vez es usado más y más por jóvenes que acuden a centros de musculación o competiciones de carácter popular.

Es primordial una buena educación sanitaria que evite el abuso de estas sustancias desde las etapas más susceptibles, para ello, profesores, entrenadores y sanitarios juegan un papel primordial en la consecución de estos objetivos. Por otra parte la investigación para determinar los beneficios y perjuicios de estas sustancias deben evolucionar hasta obtener un máximo conocimiento, por el momento queda claro con este estudio que los efectos perjudiciales sobre la salud siempre pesan más en la balanza. Todos los estamentos sociales deben estar involucrados en esta lucha, ya que tanto la educación, justicia, deporte tiene un papel notorio.

En cuanto al papel de la enfermería en esta materia podemos citar el Real decreto 641/2009 del 17 de Abril, el cual otorga el derecho a formarse como agente antidopaje a los profesionales siempre amparados bajo el marco del punto nº5 código europeo de conducta contra el dopaje:
"Los profesionales sanitarios tienen la obligación de estar informados sobre los efectos de las sustancias y métodos de dopaje, así como del asesoramiento de los deportistas que consulten por motivos profesionales para aclarar sus dudas".

6 Bibliografía

1- López-Rodríguez J. Temas introductorios, Grecia , Esplendor juegos olímpicos contemporáneos Historia del deporte. En: Historia del deporte. 2ª ed. Madrid:

Inde; 2000. p. 1-212
2-Epstein DJ. The sport genes: inside the science of extraordinary athletic performance. 1ª ed. New York: Penguin group; 2013.
3- Wilmore J.H, Costill D.L. Regulación hormonal en el ejercicio. Fisiología del esfuerzo y del deporte. Badalona: Paidotribo; 2007. p.171-194
4- Cabrera V, Hernández, A., Pino J. Las hormonas en el deporte: una vieja herramienta con nuevas perspectivas. Rev. Cubana Med. 2010; 5(2):149-158. (revisaranticonceptivos orales)
5- Wilmore J.H, Costill D.L. Ayudas ergogénicas y rendimiento. Fisiología del esfuerzo y del deporte. Badalona: Paidotribo; 2007. p.507-544
6- list.wada-ama.org [sede web]. Lausana: wada-ama.org; 2016- [actualizada el 1 de enero de 2016; acceso 10 de enero de 2016]. Disponible en: http://list.wada-ama.org/
7- C. Laudo, V. Puigdevall, M. J. del Río, A. Velasco. Hormonas utilizadas como agentes ergogénicos: situación actual del problema. Anales Sis San Navarra. 2006; 29(2)
8- Arana J.J. Sospecha de dopaje por hormona de crecimiento en deportistas. Arch Med Dep. 2006; Vol 23(115): 391-392
9- Pardos C, Gallego V, Mayor M.J. Sustancias hormonales utilizadas como agentes ergogénicos. Med Clin (Barc). 2000; 112(2)
10- Healy ML, Gibney J, Russell-Jones DL, Pentecost C, Croos P, Sönksen H et al. High dose growth hormone exerts an anabolic effect at rest and during exercise in endurance-trained athletes. J Clin Endocrinol Metab. 2003; 88: 5221-5226. [Links]
11. Berggren A, Ehrnborg C, Rosen T, Ellegard L, Bengtsson BA, Caidahl K. Short-term administration of supraphysiological recombinant human growth hormone (GH) does not increase maximum endurance exercise capacity in healthy, active young men and women with normal GH-insulin-like growth factor I axes. J Clin Endocrinol Metab 2005; 90: 3268-3273. [Links]
12- Rudman D, Feller AG, Nagraj HS, Gergans GA, Lalitha PY, Goldberg AF, Schlenker RA, Cohn L, Rudman IW, Mattson DE .Effects of human growth hormone in men over 60 years old . N Engl J Med. 1990; 323 (1): 1–6.
13-Lange KH et al. GH administration changes myosin heavy chain isoforms in skeletal muscle but does not augment muscle strength or hypertrophy, either alone or combined with resistance exercise training in healthy elderly men. J Clin Endocrinol Metab. 2002; 87(2): 513-23.
14-Gallego J, Collado P, Verdú J. Principales sustancias y métodos de dopaje. Nutrición en el deporte. 1ªed. Barcelona: Ediciones Díaz de Santos; 2006. p.450-496

páginas
15- Agencia Española para la protección de la Salud en el Deporte (sede Web)*. Madrid: Aepsad;c2005 (actualizado 4 de Agosto de 2005; acceso 10 febrero de 2016). Normativa internacional; Disponible en: http: //www.aepsad.gob.es/aepsad/dms/microsites/aepsad/normativa/normativa-internacional/InternationalStandardLaboratories.pdf
16- Saez J, Carvajal CM, Gónzalez P, Despaigne CM. Hipotiroidismo subclínico actualización. Rev Cubana Endocrinol (Ciudad de la habana). 2005; 16(3)
17- De Luis .D.A, Abad L, Aller R, Gónzalez M, Dueñas A. Intoxicación con levotiroxina: manifestaciones. An. Med. Interna (Madrid). 2004; 21(1)
18. Ekblom, Berglund B. Effect of erythropoietin administration on mammal aerobic power. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports (Stockholm).2007; 1(2): 88–93.
19- Durussel J, Daskalaki E, Anderson M, Chatterji T, Wondimu H, Padmanabhan N, et al. Haemoglobin mass and running time trial performance after recombinant human erythropoietin administration in trained men. PLoS One (Glasgow). 2013; 8(2)
20- Ramotar JE. Cyclist' deaths linked to erythropoietin? Phys Sports Med. 1990; 18: 48-50.
21- Hervey G, Knibbs A, Burkinshaw L, Morgan D, Jones P, Chettle R, Vartsky D. Effects of Methandienone on the Performance and Body Composition of Men Undergoing Athletic Training. Clinical Science (Birmingham). 1981; 60(4):457-461.
22- Forbes G. The effect of anabolic steroids on lean body mass: The dose response curve. Metabolism. 1985; 34: 571-573
23- Sonksen P. Hormones and sport: Insulin, growth hormone and sport. Journal of Endocrinology (London). 2001; 170: 13–25
24-Holt R, Sonksen P. Growth hormone, IGF-I and insulin and their abuse in sport. British Journal of Pharmacology (Southampton). 2008; 154: 542–556

Capítulo 91

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA HACIA LOS PROFESIONALES SANITARIOS

IRENE PARDAVILA ÁLVAREZ

SONIA DE LA PUENTE BARCIA

1 Introducción

Definir una acción violenta en el lugar de trabajo es una tarea muy difícil, ya que es un concepto muy amplio. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) manifiesta que no existe una definición oficial de violencia laboral, pero lo que está claro es que esta debe recoger cualquier tipo de conducta agresiva, ya sea física o no física (intimidación, insultos, amenazas, conductas de violencia psicológica con propósito de causar daño psíquico, etc.) y produzca un daño físico o psicológico en la persona afectada o ponga en peligro su bienestar (1, 2).

2 Objetivos

- Conocer las consecuencias que conlleva la violencia, ya sea física o verbal, en el lugar de trabajo hacia los profesionales sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de información procedente de la base de datos PubMed principalmente y de páginas oficiales como la del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) relacionadas con la violencia hacia los profesionales sanitarios.
Las palabras claves utilizadas han sido: violence, healthworkers, violencia, profesionales y sanitarios.

4 Resultados

La violencia hacia los profesionales sanitarios no sólo tiene relevancia por la frecuencia con la que sucede, sino también por la gravedad de las secuelas que puede desencadenar. Pueden desencadenarse diversas consecuencias y dependerán tanto de la víctima como del agresor (1). Este problema afecta tanto a la salud física y psicológica de los trabajadores como a su motivación laboral, provocando de esta manera, un deterioro en la calidad de la atención sanitaria e incluso el abandono de su profesión. Por lo tanto, no hablamos únicamente de consecuencias para los trabajadores, sino que también afecta a su desarrollo profesional y al propio centro. En cuanto al agresor, en la mayoría de los casos, el acto suele proceder del paciente, aunque también agreden acompañantes, familiares y otras personas(3,4,5,7).

No sólo la violencia física provoca un gran impacto en el profesional, sino que también, la violencia verbal puede desencadenar serias repercusiones psicológicas, que con el tiempo, pueden llegar a tener una importancia mucho más seria de la que podría ocasionar una agresión física (6).

Entre las consecuencias sobre los trabajadores pueden aflorar problemas psicológicos, irritabilidad, disminución de la calidad de vida, humillación, ansiedad, depresión, insatisfacción laboral, Síndrome de Burnout, estrés y en peores casos, cuadros psicopatológicos, sobre todo de tipo ansioso-depresivo(3, 6, 7, 8).

Entre las consecuencias profesionales más relevantes encontramos una disminución en la calidad de la atención brindada al paciente y de la motivación laboral, sentimientos desagradables hacia sus profesiones e infravaloración de estas, sentimientos de miedo e inseguridad en el lugar de trabajo, pérdida de confianza

entre el profesional y el paciente y reacciones vengativas como respuesta a la violencia(4, 5, 6, 8).

Además de tener consecuencias para los profesionales, también las tiene para el propio centro como mencionamos anteriormente, pues debido a múltiples circunstancias, como puede ser un deterioro de la productividad o la inadecuada organización del trabajo, dificulta el adecuado funcionamiento de este(6, 8).

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la violencia laboral es un problema de salud importante, ya que se encuentra en distintos lugares, categorías profesionales y diferentes ámbitos y que puede generar graves consecuencias para los trabajadores, tanto físicas como psicológicas. No sólo perjudica a los profesionales sanitarios, sino que también puede perjudicar al propio centro. Por ello hay que darle la importancia que se merece y tratar de frenar esta situación.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo(INSHT). NTP:489: Violencia en el trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España;1998. [Visitado el 28 de Noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.insht.es
2. INSST: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Riesgos psicosociales: Violencia en el trabajo [internet]. [Visitado el 16 de Marzo de 2019] Disponible en: http://www.insht.es
3. Galián I. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería: Evaluación del riesgo laboral y análisis de las consecuencias psicológicas [tesis]. Universidad de Murcia; 2015. [Visitado el 18 de Noviembre de 2018] Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/agresiones/tesis_doctoral_agresiones.pdf
4. Brunetti L, Bambi S. Aggressions towards nurses in emergency departments: an international literature review. Prof Inferm. 2013 Apr-Jun;66(2):109-16. doi: 10.7429/pi.2013.662109. [Visitado el 16 de Noviembre de 2018] Disponible en: http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/26/22
5. Organización Mundial de la Salud. Violence against health workers;2018[Visitado el 30 de Noviembre de 2018] Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/

6. Miret C, Martínez-Larrea A. The professional in emergency care: aggressiveness and burnout. An Sist Sanit Navar. 2010;33 1:193-201.[Visitado el 29 de Noviembre de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original19.pdf
7. Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. Clin Ter. 2019 Mar-Apr;170(2):e110-e123. Disponible en: http://www.clinicaterapeutica.it
8. Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. Papeles del psicólogo. 2008;29(1):49-58. [Visitado el 10 de Abril de 2019] Disponible en: https://www.redalyc.org/html/778/77829107/

Capítulo 92

PREVENCIÓN DEL DELIRIO O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN CUIDADOS CRÍTICOS.

MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN

LUCÍA LÓPEZ SAMA

ROSANA FERNANDEZ PEREZ

SARA MÉNDEZ GARCÍA

EVA GONZALEZ LOPEZ

1 Introducción

El delirio es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la unidad de cuidados críticos (UCC). También se ha denominado "Síndrome de la unidad de cuidados intensivos" y "Síndrome confusional agudo" (SCA). El delirio se define como un inicio agudo de los cambios o fluctuaciones en el curso del estado mental, junto con falta de atención, y además, o bien "pensamiento desorganizado" o "alteración del nivel de conciencia".

El delirio es más común en la población anciana. Además de la edad, hay factores fisiológicos y psicológicos que están implicados como factores de riesgo para el desarrollo de delirio. Los factores fisiológicos incluyen la administración de medicamentos como las benzodiacepinas y narcóticos, shock cardiogénico o

séptico, hipoxia, insuficiencia renal, y trastornos metabólicos o térmicos. Los factores psicológicos incluyen deficiencia visual o auditiva, problemas psicológicos preexistentes, y los factores ambientales, como la falta de sueño, el ruido, el aislamiento, la comunicación y la inmovilización. Algunos de los cambios fisiológicos que se producen con el delirio incluyen vasoconstricción periférica, aumento de la presión arterial, la liberación de adrenalina y la tensión muscular.

La literatura nos muestra que la incidencia del delirio en CC varía desde un 10% a un 83%. Las consecuencias del delirio son el aumento de la estancia hospitalaria, aumento de la morbi-mortalidad, y el incremento de los costes sanitarios.

2 Objetivos

Analizar la evidencia científica disponible sobre el delirio en el paciente en el entorno de los cuidados críticos (CC).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: cuidados críticos, cuidados intensivos, paciente crítico, delirio, síndrome confusional agudo, prevención.

4 Resultados

En la literatura revisada se diferencian dos tipos de intervenciones para la prevención del delirio, farmacológicas y no farmacológicas.

1. Intervenciones no farmacológicas para la prevención del Delirio.

Estas intervenciones se basan en estimular la orientación del paciente y el mantenimiento de la función fisiológica normal.

Proporcionar apoyo y orientación:

• Comunicarse de forma clara y concisa con el paciente. Recordar verbalmente al paciente, de manera repetida, información del día, la hora, la ubicación y la identidad de las personas clave, como los miembros del equipo y familiares.
• Proporcionar indicaciones claras de ubicación al paciente (reloj, calendario).
• Proporcionar objetos familiares en la habitación o en la cama.
• Evitar, en lo posible, cambios de unidad, cama y personal. Asegurar la continuidad de los mismos profesionales de enfermería al cuidado del paciente con delirio.
• Usar la televisión o la radio para la relajación y para ayudar al paciente a mantener contacto con el mundo exterior.
• Involucrar a la familia y cuidadores para fomentar los sentimientos de seguridad y orientación en el paciente.

Proporcionar un entorno sin ambigüedades.
• Mantener el ciclo día-noche. Apagar las luces de noche y mantener la estimulación durante el día. Las medidas farmacológicas para favorecer el sueño se deben usar como último recurso.
• Controlar el exceso de ruido (personal, equipos, visitantes).
• Mantener la temperatura de la habitación/sala entre 21 y 24 ℃.

Fomentar la autonomía y las capacidades del paciente:
• Identificar y corregir las discapacidades sensoriales; asegurar que el paciente tiene sus gafas, audífonos, prótesis dentales.
• Fomentar el autocuidado y la participación en el tratamiento (por ejemplo, obtener la opinión sobre el dolor).
• Organizar las intervenciones, para permitir períodos máximos de sueño ininterrumpido.
• Mantener los niveles de actividad: los pacientes que no están encamados deben realizar movimientos durante 15 minutos, tres veces al día, si es posible.
• Identificar y, corregir/tratar las causas orgánicas del delirio como la hipoxia, dolor, acidosis, inestabilidad hemodinámica e infección.

2. Intervenciones farmacológicas para la prevención del Delirio.

• Fármacos deliriogénicos: El tratamiento con ciertos fármacos puede contribuir a la aparición del delirio. El cese inmediato de medicamentos que ya no se necesitan, puede ayudar a minimizar la aparición del delirio. Los fármacos antimuscarínicos o dopaminérgicos están particularmente asociados con el desarrollo de delirio. El aumento de las concentraciones plasmáticas y / o aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica pueden hacer a los pacientes suscep-

tibles a los efectos generadores de delirio de algunos medicamentos (penicilinas, quinolonas, opioides, linezolid).

• Fármacos que afectan el sueño: El establecimiento de un ciclo día-noche regular es una medida importante. Se conoce que muchos fármacos afectan negativamente a los patrones normales de sueño, actuando en diferentes fases del sueño. Un buen manejo de éstos ayudará a prevenir la aparición del delirio.

5 Discusión-Conclusión

Frecuentemente, el delirio es una alteración mental infradiagnosticada. En el entorno de los CC, se han desarrollado herramientas para su identificación temprana. Actualmente las dos más utilizadas son la Confusion Assessment Method (CAM-ICU) y The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC). La implicación de los profesionales de enfermería en CC en la detección y la prevención del delirio es esencial para reducir las complicaciones asociadas a éste.

6 Bibliografía

1. Weinhouse GL, Schwab RJ. Sleep in the critically ill patient. Sleep 2006;29(5):707-16.
2. Gabor JY, Cooper AB, Crombach SA, Lee B, Kadikar N, Bettger HE, Hanly PJ. Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2003;167(5):708-15.
3. Tembo AC, Parker V. Factors that impact on sleep in intensive care patients. Intensive and Critical Care Nursing 2009;25(6):314-22.
4. Parthasarathy S. Sleep during mechanical ventilation. Current Opinion in Pulmonary Medicine 2004;10(6):489-94.
5. Freedman NS, Kotzer N, Schwab RJ. Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 1999;159:1155-62.
6. Friese RS, Diaz-Arrastia R, McBride D, Frankel H, Gentilello LM. Quantity and quality of sleep in the surgical intensive care unit: are our patients sleeping? Journal of Trauma 2007;63(6):1210-14.
7. Simini B. Patients' perceptions of intensive care. Lancet 1999;354:571-72.
8. Nelson JE, Meier DE, Oei EJ, Nierman DM, Senzel RS, Manfredi PL, et al. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive

care. Critical Care Medicine 2001;29:277-82.
9. Meyer TJ, Eveloff SE, Bauer MS, Schwartz WA, Hill NS, Millman RP. Adverse environmental conditions in the respiratory and medical ICU settings. Chest. 1994;105(4):1211-6.
10. Hardin KA. Sleep in the ICU: potential mechanisms and clinical implications. Chest 2009;136(1):284-94.
11. Bihari S, Doug McEvoy R, Matheson E, Kim S, Woodman RJ, Bersten AD. Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit. Journal of Clinical Sleep Medicine 2012;8(3):301-7.
12. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR Gordon S, Francis J, May L, et al. Delirium in mechanically ventilated patients. Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). JAMA 2001;286:2703–10.
13. Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. Intensive Care Medicine 2001;27(5):859-64.
14. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE Jr, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. JAMA 2004; 291:1753–1762.
15. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney LM Jr. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. Archives of Internal Medicine 2001;161(20):2467-73.
16. Ely EW, Stephens RK, Jackson JC, Thomason JW, Truman B, Gordon S, et al. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. Critical Care Medicine 2004;32(1):106-12.
17. Rodríguez JJ, Martín R, Jorge RM, Iniesta J, Palazón C, Carrión F, et al. Síndrome confusional agudo en UCI: factores que influyen y actitud de enfermería. Enfermería Intensiva. 2001;12(1):3-9.
18. Ely EW, Gautam S, Margolin R, et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. Intensive Care Med 2001; 27: 1892-900.
19. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, Palmer RM, Pompei P. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three site epidemiologic study. Journal of General Internal Medicine 1998;13(4):234-42.
20. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality. Archives of Internal Medicine 2002;162(4):457-63.
21. Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, Shintani AK, Speroff T, Stiles RA, et al. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. Critical Care Medicine 2004;32(4):955-62.

22. Trompeo AC, Vidi Y, Locane MD, Braghiroli A, Mascia L, Bosma K, Ranieri VM. Sleep disturbances in the critically ill patients: role of delirium and sedative agents. Minerva Anestesiologica 2011;77(6):604-12.
23. Borthwick M, Bourne R, Craig M, et al. Detection, prevention and treatment of delirium in critically ill patients. Intensive Care Society. UK 2006.

Capítulo 93

APLICABILIDAD DE LAS REDES SOCIALES EN CATÁSTROFES.

ALBA GONZÁLEZ DÍAZ

TAMARA BELLOSO CUESTA

1 Introducción

La existencia humana ha estado siempre marcada por los desastres naturales y los conflictos armados. Éstos, tienen lugar en cualquier parte del mundo, pero son los países en vías de desarrollo los que sufren un impacto más devastador debido a su escasa capacidad para manejar estas situaciones por su baja calidad de las infraestructuras y servicios de emergencia, así como en su red de comunicación. El presupuesto mundial destinado a catástrofes, se reparte en un 96% a acciones de salvamento y reconstrucción, y el 4% restante a actividades de prevención. Es importante invertir más en estudios sobre sistemas de alerta y respuesta temprana, proporcionar educación ambiental sobre riesgos y una formación específica para gestionar emergencias. Esta fase, es un trabajo arduo pero resulta más barato que las operaciones de socorro y restauración.

Se puede reducir el efecto negativo que tiene un fenómeno, así como los riesgos que conlleva para la población afectada, gracias a un buen conocimiento del mismo. Por lo que la información, jugará un papel muy importante en las estrategias de prevención desde el periodo previo al suceso hasta la etapa de reconstrucción del mismo.

Los avances tecnológicos, incluyendo el uso de los teléfonos móviles así como la incorporación de las llamadas redes sociales (Facebook y Twitter) como nuevas formas de comunicación que se unen a la radio y la televisión, facilitan la rápida

y eficaz difusión de la información. Es por eso, que las organizaciones humanitarias usan la tecnología moderna para comunicarse más eficazmente con las comunidades afectadas por los desastres y para permitir a los miembros de esos colectivos que se relacionen entre sí y con el mundo exterior.
Gracias a su uso universal; su bajo coste; su capacidad de crecimiento en los últimos años y su fácil uso, las redes sociales, se han convertido en herramientas esenciales para el tráfico de información.
La información será útil si es precisa, objetiva y de confianza. Las personas son una parte vital del sistema de comunicación, por tanto, éste consta de dos vías de flujo para ser eficaz: una desde el mundo externo a la comunidad afectada, y una segunda de las personas damnificadas a los organismos que les prestan su ayuda.

Concepto de detalle.
El término desastre presenta, hoy en día, un gran número de definiciones. El Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo, recoge la que realizó la UNDHA en 1993, entendiéndose como: "Grave perturbación del funcionamiento de la sociedad, que causa amplias pérdidas humanas, materiales o medioambientales, que exceden la capacidad de la sociedad afectada para afrontarla utilizando sólo sus propios recursos".
Para que un desastre sea considerado como tal, debe cumplir al menos uno de los criterios de inclusión establecidos por la base de datos de desastre, del Centro de Investigación de Epidemiología de los Desastres (EM-DAT):
• 10 o más personas muertas.
• 100 o más personas afectadas.
• Declaración de situación de emergencia.
• Petición de ayuda internacional.

Clasificación de los desastres.
Los desastres se pueden dividir, según su origen, en dos categorías:
• Naturales: Incluidos en este grupo los desastres meteorológicos (ciclones, huracanes, sequías, tornados, granizadas); topográficos (deslizamientos de tierra y/o lodo, avalanchas e inundaciones); biológicos (epidemias de enfermedades contagiosas y plagas) y aquellos originados en planos subterráneos (sismos, erupciones volcánicas y tsunamis).
• Provocados por el hombre, cuyas causas son acciones humanas identificables. Se pueden subdividir a su vez, en: Guerras; desastres civiles (motines y manifestaciones públicas) y accidentes (transporte, químicos, incendios y explosiones).

Ciclo del desastre.
Todo desastre se divide cronológicamente en una sucesión continua de etapas, que forman el llamado ciclo del desastre , abarcando tres momentos clave del proceso: antes, durante y después, del mismo.
Según el periodo en el que se encuentre, se habla de las siguientes fases:
• Interdesastre: Es la ausencia de desastre. Comprende todas las acciones previas a la ocurrencia del mismo, que son esenciales para su adecuado manejo:
- Prevención.- Para evitar que ocurran daños mayores. Se desarrolla en un periodo en el que no existe riesgo inminente de ocurrencia del evento.
- Mitigación.- Disminuir su propio impacto.
- Preparación.- Hay ciertos sucesos que se pueden predecir con antelación, por eso, debemos de crear una respuesta rápida, eficiente y eficaz.
• Predesastre: Las maniobras que se deben de tener en cuenta en este periodo, son todas aquellas que comprenden actividades para el manejo de la emergencia: desde alertar a la población de la presencia de un peligro cercano, a medidas de protección centradas en la protección de la comunidad y el uso de planes de contingencia.
• Impacto: Es la etapa en la que tiene lugar el evento. Su duración es variable. En vistas a determinar las prioridades, necesidades y limitaciones de la respuesta de emergencia; es muy importante realizar una valoración primaria de los daños.
• De emergencia: Tiene lugar después del impacto y se prolonga hasta que el peligro inmediato se haya resuelto. Requiere acciones para una respuesta inminente, tales como: evacuación de las áreas afectadas, asistencia, búsqueda y rescate, con el fin de restaurar servicios básicos y la infraestructura vital.
• De recuperación: Empieza durante la fase anterior, y se continua hasta que se restauren las condiciones previas al desastre. La principal finalidad de esta etapa es lograr la rehabilitación de los servicios vitales indispensables a corto plazo, y la reconstrucción de la infraestructura afectada, sin olvidarse de impulsar el sistema productivo para revitalizar la economía.

Definición de red social.
”El conjunto de personas, comunidades, entes y organizaciones que producen, reciben e intercambian bienes o servicios sociales para su sostenimiento en un esquema de desarrollo y bienestar esperado. Dicho bienestar es mediatizado por los avances en el campo de la ciencia y la tecnología producidos y ofrecidos en su valor social y mercantil a las personas o grupos de ellas, en un territorio y en unas condiciones económicas sociales determinadas. Estos intercambios se dan a nivel local regional, nacional, internacional y global”

De una manera sencilla, se entiende por red social a aquellos sitios web que permiten al usuario interactuar con otras personas a través del envío de mensajes o compartiendo fotos.
Existen cuatro principios básicos que caracterizan este fenómeno:
• La apertura.
• La interacción entre iguales.
• El uso compartido.
• La actuación global.
La eficacia de las redes sociales, actúa de forma cruzada en tres ámbitos:
• Comunicación = Ponen en común conocimientos.
• Comunidad = Integran comunidades.
• Cooperación = Ayudan a hacer cosas en común.

2 Objetivos

Objetivo general:
Identificar el uso de las Redes Sociales como una fuente de información en caso de desastre, y que como tal, ayudará a reducir la vulnerabilidad de la población afectada.

Los objetivos específicos, serán:
• Identificar aquellos desastres en los que las redes sociales hayan sido usadas de manera relevante.
• Valorar la efectividad de Facebook como herramienta de información durante el ciclo del desastre.
• Valorar la efectividad de Twitter como herramienta de información durante el ciclo del desastre.
• Valorar la efectividad de Google + como herramienta de información durante el ciclo del desastre.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica tomando como fuentes de información, las bases de datos de organizaciones mundiales tales como “WHO website” y “Pan American Health Organization”.
Dicha búsqueda se realizó directamente sobre sus índices, empleando para ello el término “disaster”.

Se ha consultado además, la página web "Disaster 2.0 project repository", que se trata de un proyecto Europeo que explora el uso de aplicaciones web y nuevas tecnologías como respuesta a desastres. "Google Scholar", también ha sido de gran importancia para la búsqueda de artículos académicos relacionados con el tema.

Los términos utilizados para la búsqueda han sido "New technologies in emergencies and conflicts" y "Redes sociales en desastres". Con el propósito de encontrar información adicional, se ha revisado la bibliografía de los artículos localizados.

Se analizaron los resúmenes de aquellos artículos en los que el título mencionaba de algún modo las redes sociales. Una vez analizados, se seleccionaron para la lectura completa aquéllos que cumplían con el criterio de describir, analizar o estudiar el manejo de las redes sociales en situaciones de desastre.

Se llevará a cabo un análisis de las características de las redes sociales más utilizadas.

Se ha trabajado principalmente con dos guías metodológicas:
• "The Role of Information and Social Networks"
• "Disaster Relief 2.0: The future of information sharing in humanitarian emergencies".

4 Resultados

Principales usos de las redes sociales.
• Mantener las relaciones personales: Las redes sociales, favorecen el contacto a pesar de la distancia, entre los amigos del colegio, la universidad, el trabajo, la familia u otros grupos.
• Conocer a gente nueva: De la misma forma que sirven para mantener el contacto entre personas que ya se conocen; todas las redes sociales permiten la interacción entre sus miembros. Esto converge en la teoría de "Seis grados de separación" de Frigyes Karinthy. El cual apuntaba que no requeriríamos contactar con más de seis personas para encontrar a alguien siguiendo sus redes de amigos y conocidos. Lo que equivale a afirmar que cualesquiera dos personas del planeta están vinculadas.
• Medio de información: Mucha gente ya sólo se entera de las novedades de lo

que ocurre en el mundo a través de Twitter y los medios de comunicación que también tienen su página en Facebook. Una de sus principales ventajas, es la rápida difusión de los titulares más destacados, en comparación con los medios tradicionales.
• Autopromoción: Las redes sociales llegan a un público más amplio. Por lo que resultan una plataforma muy eficaz para que la gente dé a conocer sus blogs personales o sus talentos.
• Networking: El mundo de hoy se mueve por contactos, así que algunos prefieren usar las redes sociales para el ámbito profesional. Estos son los lugares ideales para las relaciones interpersonales, ya que su finalidad no es sólo construir amistades, sino establecer conexiones que puedan ser potencialmente útiles

En este trabajo se ha tomado Facebook, Twitter y Google + como referencia para valorar la influencia de las redes sociales como fuente informativa, por ser éstas las más usadas a nivel mundial (según la infografía realizada por Insights digitales, en 2013).
Para ello, se ha realizado una tabla con las principales características e inconvenientes de cada una de ellas, y se ha comparado, además, las prestaciones que éstas ofrecen con el objetivo de valorar su efectividad en situaciones de desastre
.
Por otro lado, se han tomado como ejemplos algunos desastres en los que el uso de las nuevas tecnologías, incluidas las redes sociales, han sido destacables:

Facebook.
Es un sitio web creado por Mark Zuckerberg, el 4 de febrero de 2004. Al principio era un sitio para estudiantes de la Universidad de Harvard, pero 10 años después de su creación cuenta con más de 1200 millones de usuarios y está disponible en 110 idiomas, siendo el español la primera lengua en usarse distinta al inglés.
La página es la más popular para subir fotografías, con estadísticas de más de 83 millones de fotos subidas a diario. Cuenta con unos ingresos de 7870 millones de dólares y 6818 empleados.
En 2012, adquirió Instagram por 1000 millones de dólares; y dos años más tarde, los responsables de Facebook anunciaron la compra la red de mensajería instantánea WhatsApp por 16000 millones de dólares.

Twitter.
Es un servicio de microblogging, creado por Jack Dorsey (ex trabajador de Google) en marzo de 2006 y lanzado en julio de ese mismo año, pero no es hasta el 3 de Noviembre cuando se traduce al español. Ha sido apodado como el ”SMS de

Internet", ya que permite enviar mensajes (tweets) con un máximo de 140 caracteres. Está disponible en 32 idiomas, traducidos voluntariamente por los propios usuarios.
Twitter cuenta con 288 millones de usuarios activos al mes, con un 78% de las visitas realizadas a través de los smartphones. La plataforma ha ingresado en 2013 un total de 664 millones de dólares.
Ha sido censurado en Irán, China, Egipto y Corea del Sur.

Google+
Es un servicio de red social creado por Google y lanzado el 28 de junio de 2011.
Google+ ya es la segunda red social más popular del mundo con aproximadamente 343 millones de usuarios activos y está disponible en 44 idiomas.
Su crecimiento es de 925.000 nuevos usuarios cada día.

Las redes sociales en los desastres.
Determinados eventos han logrado un importante efecto en el posterior desarrollo y uso de las nuevas tecnologías como fuentes de comunicación:

1. Terremoto de Kobe (Japón) en 1995 Fue uno de los primeros desastres de la era moderna de la comunicación. Cerca del 20% de la red telefónica local se vino abajo resultando afectadas 285.000 líneas. Hubo un aumento de 20 a 50 veces en el número de llamadas telefónicas durante el día del evento y el siguiente, por lo que se instalaron 2550 teléfonos y 361 faxes gratuitos. Durante su primera semana, se enviaron 5.000 mensajes que fueron vistos 650.000 veces por 140.000 personas.

2. Tsunami en el Océano Índico, 2004 No existía un sistema de alerta temprana, por lo que obligó a las agencias humanitarias a poner más atención sobre las necesidades de información.

3. Huracán Katrina, 2005 Se produjeron déficits debido a la lenta respuesta de las autoridades y a la falta de apoyo dentro de la propia comunidad. Se ha demostrado con esto, que la educación sobre desastres potenciales es una parte vital del proceso de la información.

4. Protestas tras las elecciones Iraníes, 2009 Han sido consideradas como la Revolución de Facebook y Twitter; ya que sustituyeron a los censurados medios tradicionales de comunicación para obtener y difundir información sobre las protestas contra el presidente acusado de fraude.
#IranElection e #IranVote, eran los términos elegidos en Twitter para informar.

5. Terremoto de Haití, 2010 Twitter fue una de las redes sociales más utilizadas por las personas que se encontraban en la isla, tanto como la fuente de información para el exterior como herramienta útil para la localización de las víctimas. Para ello, se crearon los siguientes hashtags: #HelpHaiti, #Haiti o #Earthquake.
Facebook, a través de los grupos "Earthquake Haití"; "Unidos por Haití"; "Emergencia Haití Terremoto"; "Colabora con Haití"; "Haití Emergencia Humana" también sirvió como plataforma informativa. Se habilitaron, además, páginas que donaban un euro por cada fan conseguido.

6. Terremoto de Japón, 2011 Google habilitó la página web "Person Finder: 2011 Japan Earthquake" para ayudar a encontrar personas desaparecidos. Dicha web, era una base de datos creada por los propios usuarios.
En Twitter, las etiquetas utilizadas para obtener información fueron: #Japan, #tsunami, #prayforjapan, #earthquake o #japon.

7. Tifón Haiyan, Filipinas, 2013: Facebook es la primera vez que desarrolla una herramienta que permitía hacer donaciones de diez euros para los afectados. Se realizó con la ayuda de Cruz Roja y la Media Luna Roja y cuyo pago se podía realizar con tarjeta de crédito o a través de una cuenta PayPal.

5 Discusión-Conclusión

El aprovechamiento de las nuevas tecnologías, especialmente de las redes sociales, ayudaría a reducir la vulnerabilidad de la población afectada; logrando así aliviar el miedo y la ansiedad. Es por eso, que el manejo de información durante todo el ciclo del desastre, es muy importante:
• Fase de alarma/alerta: El conocimiento tiene una gran importancia en casos de desastre; pero en estas situaciones de emergencia, una información objetiva y precisa, es a menudo escasa. Son los gobiernos y las agencias internacionales quienes deben de asegurar tan pronto como sea posible que la información que les llega a la población, cumpla esos requisitos. De ahí, que los sistemas de alerta temprana, tengan una especial trascendencia durante este periodo, ya que advirtiendo a la población sobre los peligros del evento, se reduciría el impacto del mismo. Ejemplos de ésto son los sistemas de alerta meteorológicos.
• Fase de prevención: Requiere una planificación a largo plazo en la que las actuales tecnologías y modos de comunicación, juegan un papel principal debido a que ofrecen nuevas posibilidades a la hora de mejorar la preparación de las poblaciones en situación de riesgo. Se debe de mencionar además, el uso de sistemas

GPS como punto de apoyo, ya que a través de imágenes por satélite y gracias a los sistemas de posicionamiento global, permiten el análisis de múltiples datos.
• Fase de reconstrucción: Durante el tiempo que dure esta fase, es importante mantener un flujo de comunicación de alta calidad y bidireccional: por un lado, proporcionar de una manera eficaz y coordinada información y servicios básicos a los damnificados; y por otro lado, recoger información de las áreas afectadas para coordinar los suministros y la asistencia a las víctimas con el objetivo de mejorar los esfuerzos y registrar el impacto del fenómeno para tener referencias en un futuro. Además, las imágenes por satélite y de vehículos aéreos no tripulados contribuyen a mejorar los sistemas de alertas tempranas
• Fase de rehabilitación a largo plazo: Se centra en la reconstrucción de la zona. En ella, la inversión en comunicaciones con fines para el desarrollo como el acceso a radios, teléfonos móviles e internet, tienen un papel muy valioso después de un desastre, porque son clave para que las poblaciones afectadas se recuperen de la crisis y puedan reconstruir sus medios de vida

Además, el crecimiento de las redes sociales como herramientas de información, se ve acentuado por su bajo coste y su uso a nivel mundial.
En casos de desastre, los sistemas de telefonía, se colapsan; por lo que el uso de éstas es una buena alternativa para mantener la comunicación de la zona afectada con el exterior.
El único impedimento para no poder utilizar las redes sociales en estos sucesos, es que la señal que activa los datos de internet en el dispositivo móvil, sea débil.
Las organizaciones humanitarias, explotan las redes sociales para dar a conocer información oficial acerca de cómo es la situación real, de la ubicación de los refugios cercanos disponibles, e incluso para pedir auxilio. De ahí, la importancia de una información precisa acorde con el contexto en el que se utiliza.
Es por eso, que las redes sociales resultan verdaderamente útiles durante este tipo de eventos. Bien sea tanto en el periodo anterior al suceso, como en las fases de recuperación del mismo; pues además de utilizarse como fuentes de información, constan de una serie de aplicaciones internas que pueden ayudar a localizar a las víctimas (a través del GPS del móvil, permiten conocer la ubicación de las personas afectadas).

Se ha constatado, que en una situación en la que se requiera ayuda urgente, el 52% de las personas enviaría un mensaje de texto a un organismo de respuesta; el 44% preguntaría a otros para encontrar una institución relacionada a través de las redes sociales; siendo el 35% a través de la página de Facebook de la organización y el 28% les enviaría un mensaje directo vía Twitter.

Después del terremoto de Haití, el uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación, fueron de gran ayuda para evaluar los daños y las necesidades de la población.
En el terremoto de Japón, se registraron 1200 tuits por minuto. Es en el tifón de Filipinas, cuando Facebook crea por primera vez, una herramienta que permitía hacer donaciones de diez euros para los afectados.
Según la tabla comparativa de las prestaciones de cada red social, se observa que tanto Twitter como Google + presentan una mayor rapidez de difusión de las noticias, ya que agrupan los temas más importantes del momento en los llamados hashtags (etiquetas), logrando así el fácil e inmediato acceso a la información. Si bien es cierto, que no toda la información que se maneja es del todo real.
Facebook, por su parte, es el medio idóneo para comunicarse con los familiares, puesto que posee un chat instantáneo dónde se pueden mandar de forma privada cualquier tipo de archivo (incluido documentos). Se pueden realizar también, videollamadas e incluso mantener conversaciones con más de tres personas a la vez. Google +, proporciona estas ventajas a través de hangout.
Esto es una de las desventajas de Twitter. Pese a que sí da la opción de enviar mensajes privados y sólo adjuntar fotos y enlaces en ellos.

Google + y Facebook no tienen límites de caracteres. Sin embargo, se podría decir que ésto es la seña de identidad de Twitter, cuyo máximo son 140 caracteres y cuatro fotos por tuit. Esta restricción, también puede ser de gran ayuda si el objetivo es mandar mensajes cortos para pedir auxilio.

Estos tres tipos de redes sociales, permiten incluir la geolocalización en sus mensajes.
Además, se pueden conectar con otras cuentas. Pudiendo así enlazarlas entre sí, por correo electrónico o con otras aplicaciones compatibles, de manera que se facilite el flujo de información y se economice el tiempo empleado para ello, tan indispensable en estos casos.
Google + es la única que permite exportar los datos, y en su versión para móviles, permite guardar directamente las fotos que se hagan con el teléfono en un lugar seguro de la red, por si un fallo técnico propicia su pérdida.
En cuanto a los contactos, Twitter y Google +, no es necesario que ambas personas se tengan agregadas. No existe la reciprocidad. Algo que no sucede con Facebook, que se debe de aprobar una solicitud de amistad, aunque la opción "suscripción", es similar a las dos primeras.

6 Bibliografía

1. Pan American Health Organization (PAHO), 1993, Mitigation of Disasters in Health Facilities-General Issues, Vol. I, p.1
2. Noji, Eric K. Naturaleza de los desastres: sus características generales y sus efectos sobre la salud pública. En: Erik K. Noji. Impacto de los desastres en la salud pública. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2000. P. 3-20.
3. Canales, Marta W. Consideraciones generales sobre emergencias y desastres. En: Banbarén, Celso. Guía de Vigilancia Epidemiológica en Emergencias y desastres. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2010. P. 9-12.
4. Stephen B. Taggart, B.S., M.S., C.H.C.M. Antecedentes y perspectiva histórica. En: Arvizu, Jaime. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Organización Panamericana de la Salud; 1989.
5. Dìaz, Elvis. Redes sociales. Venezuela: 2011.
6. Lorca, Julio. Redes sociales: descripción del fenómeno, situación actual y perspectivas. Universidad de la Rioja; 2008.
7. Ponce, Isabel. Redes Sociales. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y deporte. Observatorio Tecnológico; 2012.
8. La historia de Facebook. Venezuela: NotiActual, 9 de noviembre de 2010.
9. Twitter: Un nuevo fenómeno de la web 2.0. Publicistas. Org. Latinoamérica: Publicistas. Org, 2010.
10. Another try by Google to take on Facebook- The New York Times. New York: The New York Times; 2011. De Claire Cain Another Try by Google to Take On Facebook.
11. Del Moral, J.A: Redes Sociales ¿Moda o nuevo paradigma? Madrid, Asociación de usuarios de Internet, 2005.
12. Insights Digitales [sede Web]. Social Media facts, figures and statistics 2013. Harsh Ajmera; 4 de Septiembre de 2013.
13. Reconstrucción tras el terremoto - Planificación de la ciudad basada en lo aprendido del desastre. Ministerio de Tierras, Infraestructuras y Transportes: Oficina de Desarrollo Regional de Kinki (2002).
14. Status Quo of the tsunami early warning system for the Indian ocean, Science Daily,
15. Hughes, A, L. Palen, J. Sutton, S. Liu, and S. Vieweg. Site-seeing in Disaster: An examination of online social convergence, connectivity lab & the natural hazards center, university of Colorado, Boulder, May 2008.
16. Kucera, J. What if Twitter is leading us all astray in Iran.
17. Las redes sociales se movilizan para ayudar a Haití. RTVE. 13/01/2010.

18. Internet y móviles frente al gran terremoto. Madrid: El mundo. 12/03/2011.
19. Donaciones a través de Facebook para los afectados de Filipinas. Human Level. 29/11/2013.
20. Samarajiva, R. Mobilizing information and communications technologies for effective disaster warning: lessons from the 2004 tsunami, New media Society, 7(6): 731-747, 2005.
21. Global Survey Early Warning System: An Assessment of Capacities, Gaps and Opportunities toward building a comprehensive global early warning system for all natural hazards, A report prepared at the request of the secretary General of the United Nations (Pre-print version released at the Third International Conference on Early Warning, Bonn, 27-29 2006).
22. Wireless Technology for Social Change: Trends in Mobile Use by NGOs. United Nations Foundation. April 2008.
23. Mohapatra, S. Remittances and Natural Disasters: Ex-post response and contribution to ex-ante preparedness. World Bank Policy Research Working Paper 4972. Junio 2009.

Capítulo 94

LA EUTANASIA.

CHRISTIAN GARCIA ALVAREZ

AIDA RAMOS CORDERO

GABRIEL FUEGO CAVEDA

SHEILA ARNIELLA PÉREZ

1 Introducción

El derecho esencial que debe asistir a todo ser humano, siempre, es el de la vida. La muerte sigue siendo un tabú. Cuando la salud se ha perdido y la enfermedad alcanza una situación irreversible, debemos preguntarnos si se cuida la vida o estamos prolongando la agonía.

HISTORIA: La muerte como fenómeno social.
La percepción de la muerte es distinta dependiendo de la cultura y ha sufrido un cambio a través de los años, la investigación médica siempre ha ido encaminada a evitarla o a prolongar la vida.
Es un tema que debe ser manejado con cuidado y con respeto, las diferentes culturas y características que existen en el mundo moderno pudieran ser sujetas a ofensa. La muerte ha sido estudiada por múltiples disciplinas tales como la medicina, bioética, sociología y la antropología.
El proceso de la muerte ha sido considerado como un fenómeno social, se tienen datos de la muerte como un acontecimiento social y cultural por parte de culturas milenarias como: la azteca, maya, inca, y egipcia…

El término Eutanasia se cita por vez primera en la Utopía de Tomás Moro Aparece, el concepto médico y moral de la Eutanasia: "…Cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos atroces, los magistrados y sacerdotes, se presentan al paciente para exhortar, tratan de hacerle ver que está ya privado de los bienes y funciones vitales… y puesto que la vida es un puro tormento, no debe dudar en aceptar la muerte, no debe dudar en liberarse a sí mismo o permitir que otros le liberen…"
Etimológicamente hablando, eutanasia proviene del griego, eu que significa buena y thanatos que significa muerte, de manera que puede traducirse como "muerte buena". En concreto y a grandes rasgos la eutanasia es, entendido el concepto de la forma en que lo introdujo Francis Bacon en 1723, la muerte apacible, sin dolores ni tormentos; calificada más tarde en el siglo XVIII, como la acción que produce una muerte dulce y fácil y en el siglo XIX como la acción de matar a una persona por piedad.

Eutanasia y distanasia. Derecho a morir dignamente.
Eutanasia:
Podemos entender la eutanasia como aquella conducta o comportamiento tendente al cese o mitigación de los sufrimientos de otra persona, cuando tal conducta o comportamiento implica necesariamente la producción directa de la muerte o el aceleramiento de su producción. Esta conducta podrá comprender:
- Un no hacer o dejar de hacer algo que mantenga vivo al sujeto.
- Hacer algo que produzca su fallecimiento.
La anticipación de la muerte podrá consistir en:
- Dejar a la naturaleza que siga su curso.
- Administrar un tratamiento que produzca la muerte como efecto secundario.
- Suprimir directamente la vida.
La clasificación de los diferentes tipos de eutanasia se centra en la conducta que lleva a cabo una tercera persona:
- Eutanasia pasiva: Caracterizada fundamentalmente por una conducta omisiva. El médico no aplica medidas extraordinarias de tratamiento y deja seguir el proceso, limitándose a aliviar el dolor y el sufrimiento del paciente.
- Eutanasia activa: Hay una actuación que acelera el fallecimiento del sujeto. A su vez, pueden considerarse las siguientes situaciones:
Eutanasia activa indirecta: que consiste en la aplicación de técnicas o la administración de medicamentos a una persona con una enfermedad incurable y dolorosa, con el fin primordial de paliar sus padecimientos, y que conlleva como efecto secundario un acortamiento de su vida.

Eutanasia activa directa: en la que hay una actuación directa encaminada a acortar la vida del paciente
- Distanasia: En el extremo opuesto, se encuentra el concepto de distanasia, al que los autores franceses han denominado muy gráficamente encarnizamiento terapéutico y que englobaría aquellas actuaciones terapéuticas tendentes a mantener con vida a un enfermo agonizante, contra toda esperanza y a costa de prolongar un sufrimiento sin sentido.

Diferencias entre eutanasia y distanasia.
La respuesta está en la distinción entre "medios proporcionados" y "medios desproporcionados", y en el siguiente principio moral: no estamos obligados a utilizar "medios desproporcionados" (siempre y cuando respetemos los legítimos deseos del enfermo), pero sí estamos obligados a utilizar siempre "medios proporcionados". El no utilizar o el retirar "medios desproporcionados" no es eutanasia y el utilizar dichos medios sin respetar los legítimos deseos del enfermo es distanasia. Por otro lado, el no utilizar o el retirar "medios proporcionados" es eutanasia.
Podemos resumir el significado de "medios desproporcionados" diciendo que dichos medios son aquellos que o son inútiles para conservar la vida del paciente o para curarlo y que constituyen una carga demasiado grave, en términos de dolor y sufrimiento, para el enfermo y cuya carga es mayor que los beneficios que reportan. Por el contrario, "medios proporcionados" son aquellos que sí son útiles para conservar la vida del paciente o para curarlo y que no constituyen, para el enfermo, una carga grave desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener.
Reiteramos que el negar el uso de "medios desproporcionados" o el retirarlos, respetando los legítimos deseos del paciente, no constituye un acto de eutanasia, sino de dejar morir en auténtica paz y dignidad. Por el contrario, el negar el uso de "medios proporcionados" o el retirarlos sí constituye un acto criminal de eutanasia.

2 Objetivos

- Definir de forma breve conceptos de eutanasia, distanasia y las diferencias entre ambos términos.
- Conocer la legalidad en otros países que permiten la eutanasia y los que permiten el suicidio asistido así como la situación legal actual en España.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y bases de datos: Medline, consulta de libros, revistas científicas, guía de práctica clínica y protocolos.

4 Resultados

La eutanasia activa indirecta podría estar justificada en algunos casos, dependiendo de las patologías y circunstancias del paciente.
La distanasia es un acto reprobable éticamente. El beneficio del enfermo, constituye la motivación del profesional sanitario que debe de ayudar mediante todos los medios posibles al mantenimiento de la dignidad del enfermo agonizante

5 Discusión-Conclusión

- Eutanasia significa buena muerte y no prejuzga en absoluto ninguna actuación médica directa sobre la vida del paciente.
- La eutanasia activa directa, es un acto delictivo penado en nuestro código penal y que va en contra de todos los códigos éticos y deontológicos existentes.
- La eutanasia pasiva o de omisión es un acto lícito éticamente cuando las circunstancias del caso lo permitan, y siempre bajo el consentimiento del paciente.

6 Bibliografía

- http://www.um.edu.ar/ojs-new/index.php/RUM/article/view/34
- https://www.monografias.com/trabajos/eutanasia3/eutanasia3.shtml
- https://www.monografias.com/trabajos/eutanasia3/eutanasia3.shtml
https://www.eumed.net/
- https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html

Capítulo 95

ADICCIÓN A DROGAS VS ADICCIONES CONDUCTUALES.

JAIRO VOCES OVIEDO

MARTA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En los últimos años se constata una tendencia a generalizar la aplicación del término ”adicción” a actividades tan diversas entre sí como comer, trabajar, hacer ejercicio o practicar el sexo. Se habla también de mantener relaciones (interpersonales) adictivas. Según esta argumentación, no sólo las sustancias (alcohol, tabaco, heroína, ...) provocan dependencia, si no que determinadas conductas, en principio inofensivas, e incluso saludables, pueden terminar igualmente en una adicción e incluso ”enganchar” al sujeto como si de una droga se tratara. Se señala que de ”conductas normales” se pueden hacer ”usos anormales” en función de determinados parámetros como la intensidad, la frecuencia, la necesidad de consumir o la cantidad de tiempo/dinero invertido y, en último término, del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas consiguiendo que dejen de cumplir sus obligaciones (Secades, 1999; Echeburúa, 1999; Griffiths, 1998; Holden, 2001; Lemon, 2002).
El DSM siempre ha sido reacio a considerar a las “adicciones conductuales” como un trastorno mental (Carbonell, 2014) por lo que aún no se reconocen en la actualidad como patologías adictivas por parte de la American Psychiatric Association (APA), con la excepción del juego patológico (Demetrovics y Griffiths, 2012; Holden, 2010), aunque sí son estudiadas y tratadas como adicciones por un gran número de investigadores (Brugal, Rodríguez-Martos y Villalbí,2006;

Demetrovics y Griffiths, 2012; Jiménez-Albiar, Piqueras, Mateu-Martínez, Carballo, Orgilés y Espada, 2012; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010).

Entre este segundo grupo de autores también estarían Grant, Potenza, Weinstein y Gorelick (2010) que sostienen que varios comportamientos, además de la ingestión de sustancias psicoactivas, producen una recompensa a corto plazo que puede engendrar un comportamiento persistente, a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas, es decir, el control disminuido sobre el comportamiento.

La creciente evidencia sugiere que las adicciones conductuales se parecen a las adicciones a sustancias en muchos campos, incluyendo la historia natural, la fenomenología, la tolerancia, la comorbilidad, la superposición de la contribución genética, la respuesta al tratamiento e incluso, la utilización de los mismos circuitos neuronales (Valentini y Biondi, 2016; Yau y Potenza, 2015; Chamberlain et al., 2016; Majuri et al., 2017).

Sin embargo, para algunos autores (Grant y Chamberlain, 2014) los marcadores neurobiológicos que cruzan categorías diagnósticas específicas de adicciones a sustancias y adicciones a conductas se encuentran sólo en las primeras etapas, si bien es cierto que queda por esclarecer si los déficits cognitivos identificados son evidentes antes de la adicción o son una consecuencia del compromiso repetitivo en el comportamiento habitual.

No obstante, y pese a estos datos, las adicciones conductuales se han mantenido fuera de la clasificación, tal vez en parte para no exponerse a la crítica de querer clasificar todo de forma psiquiátrica, o, tal vez, también por una insuficiencia de evidencia científica que justifique la inclusión y el reconocimiento como trastornos (Valentini y Biondi, 2016; Grant et al, 2010; Carbonell, 2014). Una cosa es reconocer que el ser humano puede desarrollar conductas adictivas y otra inferir la peligrosidad intrínseca de cada una de estas actividades (Secades, 1999).

Como se ha comentado anteriormente, sólo el juego patológico es un diagnóstico reconocido en el DSM-IV (Grant et al., 2010). Sus criterios diagnósticos son conceptualmente similares a los del abuso / dependencia de sustancias, es decir, la preocupación por el comportamiento, la disminución de la capacidad de controlarlo, la tolerancia, la retirada y las consecuencias psicosociales adversas, además de que activan sistemas de recompensa similares a los que activan las drogas (Grant et al., 2010; Carbonell, 2014).

El Grupo de Trabajo del DSM-V ha sugerido que se mueva el juego patológico de su actual clasificación como trastorno de control de impulsos a una nueva clasificación denominada provisionalmente ”Adicción y Trastornos Relacionados”, que incluiría tanto trastornos por abuso de sustancias como ”adicciones no relacionadas con sustancias” (Grant et al., 2010).

Pero, ¿podrían estos trastornos caracterizados por comportamientos repetitivos, además del trastorno del juego, también ser considerados ”adicciones”? Según defiende Chamberlain et al. (2016), los individuos que presentan este tipo de adicciones frecuentemente exhiben un pobre control de impulsos, deterioro de diferentes áreas de su vida y consumo de riesgo. Si estos comportamientos también cumplieran criterios fisiológicos relacionados con la adicción sería aún más debatible que pudieran ser consideradas como tales.
En la actualidad, la literatura de adicciones conductuales ha traducido marcadores de los desórdenes de juego y abuso de sustancias para identificar a las personas con una adicción conductual (James y Tunney, 2016).
El objetivo principal de este trabajo es realizar una aproximación teórica al campo de las adicciones conductuales y a la evolución de su concepto. Se pretende ponerlas en relación con las tradicionales adicciones a sustancias psicoactivas para conocer semejanzas y diferencias entre ellas, así como el trato dado por los diferentes autores. A su vez, se busca profundizar en algunos de los diferentes subtipos a través de diversos estudios y realzar el crecimiento de algunas de ellas en el momento actual debido a los grandes avances de la sociedad contemporánea.

Tradicionalmente, sólo eran consideradas las adicciones a sustancias como un trastorno mental recogido por el DSM, pero, a partir de la década de los 80, surgen las opiniones de diversos autores que defienden que ciertos comportamientos cotidianos cuentan con las características propias de las adicciones tradicionales (tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia, reforzamiento positivo inmediato y pérdida de control). No obstante, el DSM, en su última versión, solo ha incluido al juego patológico como una adicción conductual dejando al margen al resto conductas por no disponer de suficiente evidencia empírica.
En el futuro y sobremanera en el contexto de una sociedad en continuo cambio tecnológico e informático, será fundamental continuar las líneas de investigación en este campo y ampliar los estudios sobre estas “conductas adictivas” con el propósito de delimitar claramente que características deben cumplir y cuáles serán susceptibles de esta consideración.

2 Objetivos

LLevar a cabo un acercamiento al mundo de las adicciones, en especial a las adicciones conductuales de gran relevancia actual y que han supuesto un importante debate entre autores.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática comenzando por una búsqueda de la literatura primaria en las diferentes bases de datos relacionadas con el tema del estudio: "PubMed", "Medline", "PsycINFO" y "Psicodoc". Los descriptores de búsqueda introducidos han sido: "trastornos relacionados con sustancias", "adicción", "sustancias psicotrópicas" "adicciones conductuales". Se realizaron numerosas combinaciones utilizando operadores booleanos tales como "AND" y "OR". Se limitó la búsqueda a estudios en inglés y castellano. Como filtro de búsqueda se usó el idioma ("inglés" y "español") y un criterio temporal. Todos los títulos y resúmenes encontrados por la estrategia de búsqueda anterior fueron filtrados según la pertinencia para el objetivo del estudio.

4 Resultados

Adicción a sustancias psicoactivas:
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define "adicción" o "toxicomanía" como "un estado de intoxicación periódica o crónica producido por el consumo repetido de una droga acompañado de un estado de abstinencia si se abandona su uso", entendiendo como droga "toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste" (Martínez y Rubio, 2002; Secades, 1999).
El actual concepto de adicción surge en las primeras décadas de este siglo. El "Oxford English Dictionary" atribuye a la Journal of the American Medical Association, en su número del 8 de febrero de 1913, el primer uso del término con el significado específico de dependencia (Secades, 1999).
Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción:
1. Fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible).
2. Capacidad deteriorada para controlar la conducta.
3. Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer.
4. Persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.
Así, siguiendo a algunos autores (Becoña y Cortés, 2016; Cía, 2013), el elemento esencial y común a las adicciones es la falta de control de la persona afectada.
Otras de las características propias de una conducta adictiva es la dependencia

psíquica la cual representa una situación en la que hay un sentimiento de satisfacción cuando se toma una droga, o un impulso psíquico que requiere su administración regular o continua, para reproducir la sensación de placer y evitar las sensaciones de malestar que se presentan en caso de ausencia de la droga (Kramer y Cameron, 1975). Por contra, en la dependencia física hay un estado de adaptación que se pone de manifiesto al producirse intensas alteraciones corporales (síndrome de abstinencia) cuando se suspende la administración de una droga (Martínez y Rubio, 2002). La simple observación clínica de los pacientes adictos a las drogas permite distinguir entre dependencia física y dependencia psíquica (Beine, De Timary y Hermans, 2006).

La tolerancia parece ser otra característica necesaria en las adicciones a sustancias. Se define como el proceso por el que la persona que consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar dicho consumo para conseguir el mismo efecto que tenía al principio (Becoña y Cortés, 2016).

El síndrome de abstinencia es un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa (según diferentes modos y niveles de gravedad), cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción a través de la administración de un antagonista específico (síndrome de abstinencia precipitado) (Becoña, 2008). Hay que tener en cuenta que ciertos autores abogan porque la existencia de un síndrome de abstinencia fácilmente observable no es una condición necesaria ni suficiente en la adicción (Wise y Bozarth, 1987).

La siguiente condición a cumplir sería el de la intoxicación, que se produce en todas las sustancias químicas, o la cuasi-disociación, estado este último que se encuentra tanto en las sustancias químicas como en las conductas que producen adicción. En este estado la persona parece que se encuentra fuera de sí, como si fuese otra (Jacobs, 1989).

Un último aspecto que se considera significativo se refiere a que el individuo con una adicción a drogas padece graves problemas en la esfera física y/o sanitaria, en la esfera personal, familiar, laboral y social. Estos problemas, en mayor o menor grado, están presentes en todas las conductas adictivas.

Junto a todo lo anterior no debemos dejar de apuntar otros dos hechos. El primero de ellos es que habitualmente no va sola una adicción, sino que suelen estar presentes varias al mismo. También, fruto de lo anterior, suele encontrarse frecuentemente, al menos en las personas dependientes, la presencia de patología orgánica, psicológica y psiquiátrica. Conocerlo es importante tanto para saber la causa del problema, como su evolución y su posible tratamiento en un mismo individuo (Becoña y Cortés, 2016).

Con respecto a la neurobiología de la adicción a sustancias, a pesar de tener objetivos farmacológicos distintos, todos tienen la propiedad común de estimular el circuito de recompensa del cerebro. Este hecho se traduce en un aumento de la liberación de dopamina en el núcleo accumbens (Scuvée-Moreau, 2013).

Además, la estimulación inducida por las drogas de abuso es mucho más importante en intensidad y duración que la estimulación inducida por recompensas naturales. El reforzamiento positivo resultante de esta estimulación promueve el consumo repetido de fármacos, lo que induce adaptaciones celulares y moleculares en el circuito de recompensa del cerebro y otras regiones asociadas con este circuito. Los cambios duraderos se observan más particularmente en las regiones que participan en el placer, la motivación, la memoria, el condicionamiento, las funciones ejecutivas, el juicio y el autocontrol. Se observa una tolerancia a los efectos de refuerzo de las recompensas naturales paralelamente a una hipersensibilidad a los efectos motivacionales de los fármacos y de los estímulos asociados a fármacos (Scuvée-Moreau, 2013).

Siguiendo los trabajos de Beine, De Timary y Hermans (2006) la investigación empírica ha hecho un avance importante en la comprensión de los mecanismos implicados en el desarrollo de la dependencia y abre nuevas opciones terapéuticas. Los hallazgos neurobiológicos sobre el circuito de recompensa del cerebro dopaminérgico proporcionan una mejor visión de los aspectos de incentivo de la búsqueda de drogas.

De acuerdo a los estudios sobre la dopamina en la vulnerabilidad a las adicciones de Leyton y Vezina (2014), estas son comúnmente presagiadas por problemas en la infancia y la adolescencia. Estas manifestaciones tempranas reflejan una mayor capacidad de los estímulos emocionalmente salientes para activar las vías de la dopamina que fomentan el enfoque conductual.

Según estos mismo autores, las personas que se inician en el consumo de sustancias tienen más probabilidad de desarrollar respuestas más intensas a las señales emparejadas por fármacos mediante el acondicionamiento y la sensibilización. Al mismo tiempo, las señales no asociadas a fármacos se asocian con una liberación de dopamina comparativamente más baja, acentuando aún más la diferencia entre las recompensas de fármacos y las que no reciben fármacos. De esta manera, la presencia o la ausencia de señales relacionadas con la droga puede llegar a regular la reactividad de la dopamina, dirigiendo los procesos motivacionales y preparando el escenario para el consumo de drogas progresivamente más frecuentes (Leyton y Vezina, 2014).

Adicciones conductuales:

Históricamente, cuando se hablaba de adicción nos referíamos a aquella rela-

cionada con sustancias. No obstante, de acuerdo con algunos autores, las personas pueden estar compulsiva y disfuncionalmente involucradas en comportamientos que no implican la administración exógena de fármacos y estos comportamientos pueden ser conceptualizados dentro de un marco de adicción como diferentes expresiones del mismo síndrome subyacente (Yau y Potenza, 2015).

Así, con el transcurrir de los años, se observó que estas conductas no relacionadas con el consumo de sustancias tenían la capacidad de producir dependencia y el resto de las características que tenían las dependencias a las sustancias psicoactivas (Becoña y Cortés, 2016)

Según algunos estudios epidemiológicos, clínicos y neurobiológicos recogidos por Valentini y Biondi (2016), las adicciones conductuales son una nueva e intrigante cuestión clínica y social y deben ser consideradas como tales (Yau y Potenza, 2015).

Así y aunque se han propuesto distintos tipos de adicciones, hoy podemos diferenciarlas en dos grandes grupos: aquellas producidas por sustancias químicas (adicciones químicas) y aquellas producidas por conductas (adicciones comportamentales o conductuales). Entre las segundas, se situarían, entre otras, el juego patológico, el comer compulsivo, el sexo compulsivo, el trabajo compulsivo, las compras compulsivas, etc., junto a la adicción a las nuevas tecnologías (Becoña y Cortés, 2016). No obstante, este segundo grupo de adicciones está mucho menos reconocido, pese a ser un campo importante para la atención clínica, ya que pueden afectar a la calidad de vida, incluyendo el impacto económico (por ejemplo, juegos de azar, compras), a las relaciones personales (por ejemplo, trabajo, sexo, Internet), a la salud física y a la salud mental en general (Najavits, Lung, Froias, Paull y Bailey, 2014).

Tal y como recoge James y Tunney (2016), uno de los problemas que ha tenido el desarrollo de las adicciones ha sido que su literatura se ha centrado en identificar a las personas con problemas de adicción, pero, con frecuencia, no ha considerado por qué ciertos comportamientos pueden ser adictivos. A su vez, la mayor parte de la investigación sobre la percepción pública de las personas con trastornos adictivos se ha centrado en el alcohol y las drogas ilícitas, y no tanto en la adicción a las actividades de comportamiento (Lang y Rosenberg, 2016), a pesar de que en la actualidad ya hay un número sustancial de personas que parecen experimentar niveles de angustia (en muchos casos severos) ante ciertos tipos de comportamiento o consumo (James y Tunney, 2016).

Un aspecto interesante en este campo sería concretar el tipo de conductas o hábitos conductuales que generan o pueden generar una adicción de este tipo. Empezaremos destacando que cualquier conducta normal – incluso saludable o

placentera para el individuo- se puede convertir en ”anormal” o adictiva en base a una serie de parámetros ya comentados anteriormente. Lo esencial de este aspecto es que el individuo pierde el control sobre la actividad elegida y continúa con ella a pesar de las consecuencias adversas de todo tipo que ella le produce (Cía, 2013).

Autores como Marlatt y Gordon (1985) ya apuntaban hace tiempo que hay muchos comportamientos habituales como comprar, trabajar, jugar, etc., que tienen efectos altamente reforzantes para la mayoría de las personas y cuentan, además, con la inmediatez en el refuerzo. Esto no implica que tengamos que considerar estos comportamientos como adictivos, pero sí nos encaminan hacia una reflexión en profundidad. Estas características de refuerzo inmediato alcanzan su máximo esplendor hoy en día con las redes sociales y demás desarrollos tecnológicos que cuentan con la facilidad de conexión en cualquier momento y desde cualquier lugar, todo ello unido a su atractivo y funcionalidad lo que conforma el mejor caldo de cultivo para una adicción (García 2013).

Por estas razones, sería importante delimitar claramente hasta qué punto podemos considerar un problema de adicción algunos comportamientos obsesivos, compulsivos o altamente reforzantes, al igual que aquellos que tienen muchas recompensas inmediatas y pocos límites preestablecidos (García, 2013).

El mismo autor defiende que si una persona pierde el control sobre una conducta placentera, que luego se destaca y sobresale del resto de actividades en su vida, se ha convertido en un adicto conductual (García, 2013).

Entre los síntomas principales de una adicción conductual nos encontraremos (Cía, 2013):

- Intenso deseo, ansia o necesidad imparable de concretar la actividad placentera.
- Pérdida progresiva del control sobre la misma, hasta llegar al descontrol.
- Descuido de las actividades habituales previas, tanto las familiares, como las académicas, laborales o de tiempo libre.
- Progresiva focalización de las relaciones, actividades e intereses en torno a la adicción, con descuido o abandono de los intereses y relaciones previos, ajenos a la conducta adictiva.
- Irritabilidad y malestar ante la imposibilidad de concretar el patrón o secuencia adictiva (abstinencia) e imposibilidad de dejar de hacerlo.
- Estas consecuencias negativas suelen ser advertidas por personas allegadas que se lo comunican al adicto, quien, a pesar de ello, no detiene la actividad y se pone a la defensiva, negando el problema que padece.

Similitudes y diferencias entre adicciones a sustancias y adicciones conductuales

Las adicciones a sustancias y las adicciones conductuales coinciden, no solo en

gran parte de los síntomas principales, sino también en producir una recompensa a corto plazo (Grant et al., 2010).

Ambos trastornos adictivos se mantienen a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas debido, en parte, al control disminuido de la persona sobre su comportamiento (Cía, 2013; Grant et al., 2010; Grant y Chamberlain, 2014; Yau y Potenza, 2015). A su vez, se encuentran implicadas muchas estructuras y circuitos cerebrales comunes e incluso criterios fisiológicos tales como la tolerancia y la abstinencia (Valentini y Biondi, 2016).

En el estudio de Encinas y González (2010) se constató que las nuevas tecnologías, consideradas como un tipo de adicciones conductuales, generan conductas similares a las consideradas características en las adicciones establecidas. Entre ellas, destaca la relajación producida por el uso o el malestar si no puede utilizarse. Estas conductas tienen un evidente parecido con los síntomas de abstinencia que el DSM-IV-TR (APA, 2002) considera necesarios para el diagnóstico de la dependencia de sustancias.

A su vez, parece haber una superposición de rasgos neurobiológicos entre ambos tipos de adicciones (Chamberlain et al., 2016). La correlación entre el desorden del juego y el abuso de sustancias psicoactivas parece indicar que depende de la función cerebral y de los circuitos neuronales que apoyan el comportamiento impulsivo además de los mecanismos de gratificación (Crusco et al., 2016).

El trabajo de Yip et al. (2017) ha puesto de manifiesto alteraciones en la estructura neuronal tanto en el consumo de cocaína (adicción a sustancias) como en el trastorno del juego (adicción conductual) por separado. Este aspecto pone de manifiesto similitudes entre ambos diagnósticos de adicción.

Majuri et al. (2017) sostienen, por su parte, que la función del neurotransmisor en las adicciones conductuales es poco comprendida, pero tiene importantes implicaciones en la comprensión de su relación con los trastornos por uso de sustancias y los mecanismos subyacentes de la eficacia terapéutica.

En un estudio interesante en cuanto a la relación entre ambos tipos de adicciones (Najavits et al., 2014) se concluye que es más frecuente la presencia de una adicción conductual en aquellos sujetos que ya tienen una adicción a sustancias conocida. También sostienen que, las adicciones conductuales más valoradas (gasto / compras, comer, trabajo) se basan en problemas de salud pública conocidos. La mayor parte de la población de los Estados Unidos está endeudada (correspondiente a problemas de gasto / compras) un alto porcentaje tiene sobrepeso (que corresponde a problemas de alimentación) y muchos trabajan más tiempo y con más estrés laboral que las épocas pasadas (que corresponden a problemas de trabajo). Por el contrario, se encontró bajo índice de adicciones conductuales en aquellos

comportamientos que se sabe que son bajos en la población de los EE.UU.: ejercicio, auto-daño, y el juego. Todos estos datos muestran que las adicciones conductuales tienen mucha relación con el tipo de sociedad donde se desarrollan. Este estudio acaba concluyendo que las adicciones conductuales son más frecuentes en las muestras de sujetos que ya tenían una adicción a sustancias conocida.

5 Discusión-Conclusión

Estudios recientes ponen de manifiesto una creciente evidencia de la existencia de similitudes entre las adicciones a sustancias y las adicciones conductuales, no solo en cuanto a los síntomas principales (Grant et al., 2010), sino que, además, parecen guardar semejanzas en su historia natural, fenomenología, tolerancia, comorbilidad e, incluso, superposición de rasgos neurobiológicos (Chamberlain et al., 2016; Valentini y Biondi, 2016; Yau y Potenza, 2015; Majuri et al., 2017).

No obstante, otros autores consideran que no existe suficiente evidencia científica para tratar a las adicciones conductuales como trastornos mentales en el DSM (Carbonell, 2014). Siguiendo en esta línea, autores como Grant y Chamberlain (2014) sostienen que aún queda por esclarecer si los déficits cognitivos identificados son evidentes antes de la adicción o son una consecuencia del compromiso repetitivo en el comportamiento habitual.

Diferentes expertos reconocen limitaciones en los trabajos a cerca de las adicciones conductuales (Castro-López y Zagálaz-Sánchez, 2012; Ruiz-Olivares et al., 2010) ya sea por un tamaño de muestra insuficiente o por otras variables externas como la deseabilidad social.

En todo caso, en la actualidad, existe un amplio consenso entre la mayoría de los expertos. De todos modos, la mayor parte de las investigaciones exponen la necesidad de ser cautos en la interpretación de los resultados obtenidos y en los riesgos que supondría la generalización del concepto de adicción a cualquier exceso conductual. Por tanto, se necesitan un mayor número de estudios que cuenten con instrumentos de evaluación más adecuados, así como profundizar en las variables que intervienen en las distintas adicciones conductuales (Ruiz-Olivares et al., 2010).

Por todas estas limitaciones, resulta básico continuar con las líneas de investigación en el futuro con el objetivo de conseguir trabajos cada vez más rigurosos y que permitan determinar si estos comportamientos adictivos merecen entrar en las clasificaciones categoriales del DSM en un futuro y, sobre todo, llevar a cabo un mejor abordaje individual mejorando las estrategias preventivas y terapéuticas.

6 Bibliografía

- Bakker, A.B., Demerouti, E., Oerlemans, W. y Sonnentag, S. (2013). Workaholism and daily recovery: A day reconstruction study of leisure activities. Journal of Organizational Behavior, 34, 87–107.
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias: Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña E., y Cortés M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Beine A., De Timary P. y Hermans E. (2006). Neurobiology and psychology of addictions. Journal de pharmacie de Belgique, 61(1), 15-25.
- Brugal, M.T., Rodríguez-Martos, A. y Villalbí, J.R. (2006). Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública. Gaceta Sanitaria, 20(1), 55-62.
- Carbonell, X. (2014). La adición a los videojuegos en el DSM-5. Adicciones, 26, 91-95.
- Cerniglia, L., Zoratto, F., Cimino, S., Laviola, G., Ammaniti, M., y Adriani, W. (2016). Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 76, 174-184.
- Chamberlain, S. R., Lochner, C., Stein, D. J., Goudriaan, A. E., Van Holst, R. J., Zohar, J. y Grant, J. E. (2016). Behavioural addiction: A rising tide?. European Neuropsychopharmacology, 26(5), 841-855.
Choliz, M. y Saiz-Ruiz, J. (2016). Regulating gambling to prevent addiction: more necessary now than ever. Adicciones, 28(3), 174-181.
- Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. Revista de Neuropsiquiatría, 76(4), 210-217.
- Clark, L. (2014). Disordered gambling: the evolving concept of behavioral addiction. Annals of the New York Academy of Sciences, 1327(1), 46-61.
- Clark, M. y Calleja, K. (2008). Shopping addiction: A preliminary investigation among Maltese university students. Addiction. Research & Theory, 16(6), 633-649.
- Crusco, M., Massoni, F., Luzi, E., Ricci, P., Pelosi, M., Corbosiero, P., Rapp-Ricciardi, M. y Ricci, S. (2016). Gambling and the need for new responses in Public Health with an addiction "sine substantia". La Clinica terapeutica, 167(6), 162-166.
- Demetrovics, J. y Griffiths, M.D. (2012). Behavioral addictions: Past, present and future. Journal of Behavioral Addictions, 1(1), 1–2.
- Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas?. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Encinas, F. J. L. y González, S. M. V. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. Psicothema, 22(2), 180-188.

- Fatehi, F., Monajemi, A., Sadeghi, A., Mojtahedzadeh, R. y Mirzazadeh, A. (2016). Quality of Life in Medical Students with Internet Addiction. Acta Medica Iranica, 54(10), 663-667.
- Del Castillo, J.A.G. (2013). Adicciones tecnológicas: El auge de las redes sociales. Salud y drogas, 13(1), 5-13.
- Goodman, A. (1993). Diagnosis and treatment of sexual addiction. Journal of Sex and Marital Therapy, 19(1), 225-251.
- Gossop, M. (1989). Relapse and addictive behaviour. Londres: Routledge.
- Granero, R., Fernández-Aranda, F., Mestre-Bach, G., Steward, T., Baño, M., del Pino-Gutiérrez, A., Moragas L., Mallorquí-Bagué N., Aymamí N., Gómez-Peña M., Tárrega S., Menchón JM. y Jiménez-Murcia S. (2016). Compulsive buying behavior: Clinical comparison with other behavioral addictions. Frontiers in Psychology, 7, 914.
- Grant, J. E., y Chamberlain, S. R. (2014). Impulsive action and impulsive choice across substance and behavioral addictions: cause or consequence?. Addictive behaviors, 39(11), 1632-1639.
- Grant, J.E., Potenza, M.N., Weinstein, A. y Gorelick, D.A. (2010). Introduction to Behavioral Addictions. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36(5), 233-241.
- Griffiths, M.D. (1998). Internet addiction: does it really exist?. New York: Academic Press.
- Holden, C. (2001). Behavioral addictions: do they exist?. Science, 294, 980-982.
- Holden, C. (2010). Behavioral addictions debut in proposed DSM-V. Science, 327(5968), 935-935.
- Jacobs, D.F. (1989). Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America. Compulsive gambling: Theory, research, and practice. Lexington: Lexington Books.
- James, R. J., y Tunney, R. J. (2016). The need for a behavioural analysis of behavioural addictions. Clinical Psychology Review, 52, 69-76.
- Jiménez-Albiar, M.I., Piqueras, J.A., Mateu-Martínez, O., Carballo, J.L., Orgilés, M. y Espada, J.P. (2012). Diferencias de sexo, característica de personalidad y afrontamiento en el uso de internet, el móvil y los videojuegos en la adolescencia. Health and Adicctions/Salud y Drogas, 12(1), 61-82.
- Kramer, J.F. y Cameron, D.C. (1975). Manual sobre dependencia de las drogas. Ginebra: OMS.
- Kuss, D. J. (2013). Internet gaming addiction: current perspectives. Psychology research and behavior management, 6, 125-137.
- Lam, L. T. (2014). Risk factors of Internet addiction and the health effect of Inter-

net addiction on adolescents: A systematic review of longitudinal and prospective studies. Current psychiatry reports, 16(11), 1-9.
- Lang, B., y Rosenberg, H. (2017). Public perceptions of behavioral and substance addictions. Psychology of Addictive Behaviors, 31(1), 79.
- Lejoyeux, M. y Weinstein, A. (2011). Compulsive Buying. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36(5), 248-253.
Lemon, J. (2002). Can we call behaviours addictive? Clinical psychologist, 3, 44-49.
- Leyton, M., y Vezina, P. (2014). Dopamine ups and downs in vulnerability to addictions: a neurodevelopmental model. Trends in pharmacological sciences, 35(6), 268-276.
- Lim, J. A., Lee, J. Y., Jung, H. Y., Sohn, B. K., Choi, S. W., Kim, Y. J., Kim, D.J. y Choi, J. S. (2016). Changes of quality of life and cognitive function in individuals with Internet gaming disorder: A 6-month follow-up. Medicine, 95(50), 5695.
- Majuri, J., Joutsa, J., Johansson, J., Voon, V., Alakurtti, K., Parkkola, R., Lahti T., Alho H., Hirvonen J., Arponen E., Forsback S. y Kaasinen V. (2017). Dopamine and opioid neurotransmission in behavioral addictions: a comparative PET study in pathological gambling and binge eating. Neuropsychopharmacology, 42(5), 1169-1177.
- Martínez M. y Rubio G. (2002). Manual de drogodependencias para enfermería. Madrid: Díaz de Santos.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.
- Molero, D., Castro-López, R. y Zagálaz-Sánchez, M.L. (2012). Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física. Cuadernos de Psicología del Deporte, 12(2), 91-100.
Mondragón, C. y Merino, M. (2011). Un perfil del comprador compulsivo de clase media alta en la Ciudad de México. Cuadernos de Estudios Empresariales, 21, 11-42.
- Navas, J. F., Contreras-Rodríguez, O., Verdejo-Román, J., Perandrés-Gómez, A., Albein-Urios, N., Verdejo-García, A. y Perales, J. C. (2017). Trait and neurobiological underpinnings of negative emotion regulation in gambling disorder. Addiction, 112(6), 1086-1094.
- Najavits, L., Lung, J., Froias, A., Paull, N. y Bailey, G. (2014). A study of multiple behavioral addictions in a substance abuse sample. Substance use & misuse, 49(4), 479-484.
- Oliva, A., Hidalgo, M. V., Moreno, C., Jiménez, L., Jiménez, A., Antolín, L. y Ramos, P. (2012). Uso y riesgo de adicciones a las nuevas tecnologías entre ado-

lescentes y jóvenes andaluces. Sevilla: Aguaclara.
- Petry, N. M. y O'Brien, C. P. (2013). Internet gaming disorder and the DSM-5. Addiction, 108, 1186–118.
- Rodríguez-Villarino, R., González-Lorenzo, M., Fernández-González, A., Lameiras-Fernández, M. y Folt, M.L. (2006). Individual factors associated with buying addiction: An empirical study. Addiction Research & Theory, 14(5), 511-525.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M.J. y Herruzo, J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. Adicciones, 22(4), 301-310.
- Salanova, M., Líbano, M., Llorens, S., Schaufeli, W.B y Fidalgo, M (2005). La adicción al trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Scuvée-Moreau J. (2013). Neurobiology of addiction. Rev. Med. Liege, 68(5-6), 211-217.
- Secades, R. (1999). Proyecto Docente. Departamento de Psicología. Oviedo.
- Symons Downs, D., Savage, J.S. y DiNallo, J.M. (2013). Self-determined to exercise? Leisure-time exercise behavior, exercise motivation, and exercise dependence in youth. Journal of Physical Activity & Health, 10(2), 176-184.
- Valentini, M. y Biondi, M. (2016). The emergence of behavioral addictions. Rivista di psichiatria, 51(3), 85.
- Vondráčková, P. y Gabrhelík, R. (2016). Prevention of Internet addiction: A systematic review. Journal of Behavioral Addictions, 5(4), 568-579.
- Widyanto, L. y Griffiths, M. (2006). Internet addiction: a critical review. International Journal of Mental Health and Addiction, 4(1), 31-51.
- Wieland, D. M. (2015). Behavioral Addictions. Journal of psychosocial nursing and mental health services, 53(10), 13-15.
- Wise, R.A. y Bozarth, M.A. (1987). A psychomotor stimulant theory of addiction. Psychological Review, 94, 469-492.
- Yau, M. Y. H., y Potenza, M. N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. Harvard review of psychiatry, 23(2), 134-146.
Yip, S. W., Worhunsky, P. D., Xu, J., Morie, K. P., Constable, R. T., Malison, R. T., Carroll K. M. y Potenza, M. N. (2017). Gray-matter relationships to diagnostic and transdiagnostic features of drug and behavioral addictions. Addiction Biology.

Capítulo 96

MANEJO DE LA SEPSIS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

LIDIA EXPÓSITO MARQUÉS

MARIA FEITO ALVAREZ

VERÓNICA DE LA FUENTE ELÍAS

1 Introducción

La sepsis se define, como la disfunción orgánica potencialmente letal en la respuesta del paciente a una infección produciéndose un fallo de órganos no relacionados necesariamente con la infección. Es una enfermedad con una alta tasa de mortalidad y su incidencia aumenta cada año. En España se dan 50.000 a 100.000 casos anuales, la edad media es de 65-74 años y la mortalidad 13 veces más que por accidentes de tráfico al año.
El código sepsis se pone en marcha cuando se detecta a un paciente con parámetros clínicos de sospecha de sepsis. Su aplicación en las comunidades autónomas ha permitido disminuir la morbo-mortalidad. Tras activar el Código, se establecen una serie de paquetes, a fin de mejorar el pronóstico del paciente y optimizar el tratamiento.
La herramienta clínica usada para la identificación de pacientes con sepsis en la actualidad es la llamada escala SOFA, que hace referencia a la evaluación del fallo orgánico relacionado con la sepsis. Para cumplir los criterios de sepsis, la situación del paciente debe sumar dos o más puntos de dicha tabla, considerándose una puntuación basal de 0, siempre y cuando el paciente no padeciese una disfunción orgánica conocida previa a la aparición de la infección. Para mayor

comodidad en la detección de esta patología existe una nueva escala adaptada llamada sofa (quick SOFA), elaborada con los criterios clínicos exclusivos de sepsis, para su rápida detección.
Al tratarse de una condición sistémica, las afectaciones hemodinámicas incluyen: hipotensión, baja saturación venosa central, alto índice cardíaco, disfunción orgánica, hipoxia, oliguria (debida a la hipoperfusión renal), alto nivel de creatinina, alteración de la coagulación, trombocitopenia, alto nivel de bilirrubina, ictericia, hipoperfusión tisular, nivel de lactato elevado y llenado capilar lento.
Los objetivos principales de las primeras medidas son la estabilización hemodinámica del paciente y el control del agente infeccioso. En el momento de identificación, las medidas recomendadas son: revisar la historia clínica, realizar una correcta anamnesis, realizar una exploración física por sistemas, toma de constantes, monitorizar al paciente, realización de un ECG, evaluar la presencia de alergias medicamentosas y realizar una extracción sanguínea para analítica.

2 Objetivos

- Valorar el cumplimiento de las intervenciones de enfermería en el manejo de la sepsis
- Definir las funciones de la enfermera en Urgencias en aquellos pacientes con sospecha de padecer una sepsis.
- Elaborar un plan de cuidados de urgencias en pacientes con sepsis grave.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: Sepsis, urgencias, Enfermería.

4 Resultados

Se ha producido un incremento de la incidencia anual de sepsis debido a múltiples factores, como el incremento de la esperanza de vida, aumento de la frecuencia

de realización de técnicas invasivas o estados de inmunodepresión por fármacos o tratamientos de quimioterápicos.
Las profesionales de enfermería por el estrecho y continuo cuidado que proporcionan al paciente están en la mejor posición para prevenir o identificar signos tempranos de la Sepsis, ya que la única manera de reducir su morbimortalidad es prevenirla.

5 Discusión-Conclusión

El reconocimiento e intervención temprana de la sepsis grave y shock séptico ocurre en el ámbito de la enfermería. El personal de enfermería de urgencias, juega un papel importante en la evaluación inicial y la asignación de un nivel de gravedad y de atención en el paciente que acude al servicio, a la hora de valorar los signos y síntomas y el estado general del paciente en la presentación inicial. Por este motivo, el rol enfermero en el triaje es especialmente relevante a la hora de realizar la correcta identificación del paciente séptico.

6 Bibliografía

- Aramendía Erviti R. Enfermería En La Sepsis [Internet]. Biblioteca.unirioja.es. 2018.
- Cabaleiro López S. [Internet]. Uvadoc.uva.es. 2020.
- Pettirossi Arzuaga M. Código sepsis: El rol clave del enfermero de urgencias. Dugi-doc.udg.edu. 2020.

Capítulo 97

COMO ACTUAR ANTE EL SÍNDROME ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

ZAIRA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El consumo de bebidas alcohólicas es algo habitual hoy en día y forma parte de costumbres sociales y gastronómicas. El consumo de éstas en cantidades excesivas es un problema importante de salud.

En el momento en el que el consumo de bebidas alcohólicas ya ocasiona problemas, se habla de trastornos por consumo de alcohol.

Dentro de los criterios para hablar de trastornos por consumo de alcohol es el de presentar sintomas de abstinencia al suspender o disminuir el consumo.

2 Objetivos

Conocer el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica.

3 Metodología

Se ha procedido a realizar una revisión bibliográfica. Para este fin, se han consultado fuentes como revistas y libros especializados en ciencias de la salud, páginas web relacionadas con el tema y también se ha recurrido a las principales bases de datos, así como también se han consultado diferentes guías clínicas de actuación.

4 Resultados

El diagnostico del síndrome de abstinencia alcohólica es clínico y puede presentar diferentes grados de severidad, además de una sintomatología muy variada.

Dentro de los síntomas que pueden aparecer encontramos: hiperactividad del sistema nervioso autónomo, incremento del temblor de manos, insomnio, nauseas o vómitos, alucinaciones o ilusiones transitorias, agitación psicomotora, ansiedad y convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

Existen 3 fases de evolución:
• 1ª fase: suele aparecer a las pocas horas de dejar de consumir, entre 4 y 12 horas. Esto revela que en las personas con consumos importantes puedan presentar síntomas al levantarse por la mañana. Estos síntomas desaparecen al volver a consumir alcohol. Incluye síntomas como ansiedad, insomnio, temblor moderado, taquicardia y náuseas.
• 2ª fase: puede aparecer entre las 24 y 72 horas tras dejar el consumo. Presentan síntomas más graves como agitación, vómitos, diarrea, sudoración profusa, y la tríada clásica del delirium: alucinaciones sensoriales, temblor intenso y deterioro del nivel de alerta con confusión y desorientación.
• 3ª fase: también conocida como ”delirium tremens”, puede aparecer tras las 72 horas posteriores a dejar de consumir alcohol. Es un cuadro grave que incluye fiebre, hipertensión, delirium, desconexión con el medio, marcado temblor y agitación, etc.

Las medidas para abordar el síndrome de abstinencia alcohólica contemplan desde las intervenciones no farmacológicas que son de gran importancia para conseguir el objetivo que además debe incluir una reevaluación periódica. Son intervenciones a seguir, por ejemplo, abundante hidratación, alimentación adecuado y el paciente en reposo relativo en un ambiente tranquilo con escasos estímulos. Debe de existir una suplementación de algunas vitaminas.

Entre las medidas farmacológicas hay que destacar que no siempre es necesario el uso de sedantes. Los fármacos que se suelen utilizar son las benzodiacepinas.

El importante mostrar siempre un adecuado apoyo psico-social al paciente y a la familia por parte de todo el equipo sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Principalmente algo muy importante es realizar una buena prevención y promoción de la salud entre la población más joven con respecto al tema del alcohol, que en la actualidad es el rango de edad en el que se consumen cantidades excesivas.

Una vez que el consumo diario de alcohol esta instaurado en una persona, cuando aparezca síndrome de abstinencia, es importante detectar sol síntomas y poder tratarlos lo antes posible.

6 Bibliografía

- Gortney JS, Raub JN, Patel P, Kokoska L, Hannawa M, Argyris A. Alcohol withdrawal syndrome in medical patients. Cleve Clin J Med. 2016;83(1):67-79
- González-Reimers E, Fernández-Rodríguez CM, Martín-González MC, Hernández-Betancor I, Abreu-González P, De la Vega-Prieto MJ, et al. Antioxidant Vitamins and Brain Dysfunction in Alcoholics. Alcohol Alcohol. 2014;49(1):45-50
- Mosquera J, Gómez-Ben B, Guimeráns C, Davila N. Desintoxicación ambulatoria de alcohol: una opción segura. Adicciones. 2005;17(1):29-32.
- National Institute for Health and Clinical Excelence (NICE). Alcohol-use disorders: diagnosis and clinical managemente of alcohol-related physical complications. National Clinical Guideline Centre (UK); 2010

Capítulo 98

BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA PARTICIPACION DE LAS PAREJAS EN LOS CUIDADOS ANTENATALES

ANTONIO JESUS NAVARRO GARCIA

REBECA FOLLEDO ACEBAL

JUDIT LÒPEZ GONZÁLEZ

CRISTINA VAZQUEZ VAZQUEZ

ANDREA SUÁREZ BANCIELLA

1 Introducción

La mortalidad materna perinatal es un problema relevante. Actualmente se estima que su incidencia esta alrededor de las 300.000 muertes maternales al año. Igualmente, la mortalidad de recién nacidos se estima que llega a ser de diez veces esta cantidad (WHO, 2016).

Distintas medidas han demostrado ser eficaces en la disminución de este problema. La participación de los padres en los cuidados perinatales y particularmente en la preparación al parto ha demostrado ser una intervención coste-eficiente para abordar esta problemática.

Existe evidencia de que la implicación de los padres en la preparación al parto tiene un impacto en el bienestar a largo plazo de madres y recién nacidos (Cosson

& Graham, 2012) y que su mayor participación en los cuidados perinatales disminuye mortalidad y morbilidad asociadas a esta etapa, siendo determinante para establecer comportamientos saludables en el embarazo (Alio, Salihu, Kornosky, Richman, & Marty, 2010; Wolfberg et al., 2004).

También se ha relacionado una mayor participación de los padres con incremento en las tasas de utilización de los servicios sanitarios maternales (Fenwick, Bayes, & Johansson, 2012). Otros marcadores indirectos, como la incidencia y prevalencia de lactancia materna en los primeros meses de vida (Maycock et al., 2013) también se ve mejorada cuando las parejas reciben formación al respecto y son abordadas en la preparación al parto. Actualmente, en vista de estos y otros hallazgos se considera que la preparación al parto debe estar orientada a ambos miembros de la pareja.

Esta implicación por parte de padres/parejas se ha visto incrementada de forma progresiva en las últimas décadas, con un incremento paulatino desde los años 60 de la cantidad de padres que se involucran en cuidados antenatales. No obstante se observa una heterogeneidad importante. Si bien en países como EEUU existe la participación de los padres que puede acercarse al 90% o un 80% en Australia (Fletcher, Silberberg, & Galloway, 2004) en países en vías de desarrollo, donde la mortalidad perinatal se acumula se observan niveles de participación menores. En muchos países en vías de desarrollo la participación de los padres en la preparación al parto está por debajo del 25% (Ganle & Dery, 2015). De la misma forma, las circunstancias socioeconómicas en países desarrollados pueden tener un impacto en la participación de las parejas en la preparación al parto.

La realidad es que la participación de los padres es altamente heterogénea a pesar del impacto potencial que puede tener en los resultados del embarazo. Esta revisión bibliográfica de la literatura pretende establecer que barreras y facilitadores percibidos existen para la participación de los padres en las clases de preparación al parto y los cuidados antenatales de sus parejas.

2 Objetivos

- Revisión sistemática de la literatura existente para encontrar barreras y facilitadores a la educación maternal.

3 Metodología

Para lograr nuestro objetivo hemos realizado una revisión sistemática de la literatura. Hemos utilizado la base de datos Medline a través del buscador Pubmed para la búsqueda primaria. Limitamos los resultados a los últimos 5 años para garantizar que los resultados sean actuales.
Se han llevado a cabo dos búsquedas independientes, una de términos libres: (Father OR Parent OR partner) AND (Antenatal or prenatal) AND (classes or preparation) que ha arrojado 596 resultados, de los que un total de 135 estudios han cumplido nuestro criterio de exclusión con respecto a antigüedad.

Una segunda búsqueda con los MeSH "Fathers" and AND "prenatal care" que ha arrojado 176 resultados de los que 48 cumplen nuestro criterio de exclusión de antigüedad.
Una selección inicial en base a los títulos de los artículos ha reducido esta selección a 28 y posteriormente se han elegido 9 en base a sus abstracts para su análisis.

Palabras clave: antenatal education, childbirth, fathers, education.

4 Resultados

El número de barreras que se identifican para el acceso y participación de las parejas en los cuidados antenatales es significativo. Un tema recurrente entre las barreras ha sido el tiempo y las necesidades laborales que afectan a los padres dificultando su asistencia a las sesiones ante parto (Adejoh, Olorunlana, & Olaosebikan, 2018; Davis et al., 2018). Este hecho puede verse incrementado por complicaciones logísticas del entorno. La distancia hasta las clínicas en localizaciones donde es significativa, se identifica como otro factor que puede dificultar seriamente la capacidad de los padres para asistir a la preparación al parto (Craymah, Oppong, & Tuoyire, 2017). Esta distancia puede ser un problema de forma independiente o verse acentuada por el desembolso económico necesario para desplazarse a los lugares de asistencia, bien por el precio de transporte como por la necesidad de tiempo que se dedicara al trabajo de otra forma y que puede no ser remunerado (Davis et al., 2018). Algunos estudios, han añadido a estos problemas de índole económica la dificultad para asistir a la preparación en entornos donde la sanidad pública no es universal y esto puede dar lugar a que el nivel poder adquisitivo y los recursos económicos se conviertan en una barrera para la asistencia materna a los cuidados antenatales, con el consecuente impacto en la pareja. (Adejoh et

al., 2018a)

También se identifica como una barrera la inadecuación de las instalaciones para acoger a los padres, con relatos de localizaciones con falta de espacio físico para acomodar a los padres, que independientemente de su intención inicial pueden verse obligados a quedar fuera de las instalaciones por las características de estas.(Adejoh, Olorunlana, & Olaosebikan, 2018b).

Los tiempos pos de espera para la atención sanitaria también afectaron de forma relevante la asistencia de los padres a las consultas antenatales así como la actitudes de los trabajadores sanitarios hacia ellos que se identificó como una barrera importante en entornos donde culturalmente la participación de los padres no se contempla en la etapa perinatal y pudieron encontrarse actitudes hostiles o simplemente falta de atención por parte del personal sanitario (Gibore, Bali, & Kibusi, 2019).

Por otra parte se identificaron un número de facilitadores. En primer lugar, la participación en sesiones exclusivas orientadas a parejas cuando existieron contribuyo a generar una sensación de unión y de grupo. El entorno de los grupos se relacionó con un ambiente privado en que los padres no tenían necesidad de ser vistos como modelos. Al considerarse tradicionalmente no expertos en crianza reportaron una dinámica más relajada y abierta que contribuyo de forma positiva a la participación continuada (Nash, 2018)
También se identificó como un facilitador la normalización de que el padre sea un actor relevante y principal en la etapa perinatal en yuxtaposición con contextos en los que las normas socioculturales tienden excluirlo. La organización explicita de las clases orientadas a la pareja como equipo de iguales se identificó como un facilitador, particularmente en entornos en que la percepción social es que estas sesiones que están orientadas en exclusiva hacia mujeres y esto se ve reforzado por un ambiente abrumadoramente femenino. (Davis et al., 2018; Ganle & Dery, 2015)

Las actitudes del personal sanitario también demostraron tener potencial para influir negativamente en la participación de consortes. No involucrar de forma activa a las parejas o directamente excluirlas fue una actitud identificada como desmotivadora y poco favorecedora de la participación de parejas (Davis et al., 2018; Ganle & Dery, 2015) El hecho de ser considerados padres suplentes por detrás de la madre y ser tratados como tal por el personal sanitario, quedando relegados a un papel de acompañantes en la preparación se identificó como un elemento que puede dificultar la implicación de los padres. (Cosson & Graham,

2012; Ganle & Dery, 2015).

5 Discusión-Conclusión

Se identifica un número significativo de barreras y facilitadores de para la participación de padres en la preparación al parto y los cuidados antenatales. Los ejes alrededor de los que oscilan son en primer lugar la percepción del rol del padre en estos cuidados y la contribución que se considera que puede hacer. En segundo roles tradicionales, percepción cultural y creencias tradicionales. En tercer lugar los factores económicos y de logística que incluyen transporte, instalaciones y acceso universal al sistema de salud y por ultimo las actitudes por parte del personal sanitario.

La evidencia apoya de forma clara que el rol de las parejas tiene un peso específico en muchos aspectos de los cuidados perinatales pudiendo influir en áreas como el tipo parto y de cuidado antenatal. Particularmente en localizaciones donde culturalmente el cabeza de familia tiene más peso, puede ser el uno de los determinantes principales precisamente en contextos donde la participación es menor. Las barreras a su participación deben ser analizadas por que pueden tener un impacto en la mortalidad y morbilidad asociada al parto.
La identificación de facilitadores y barreras abre la puerta a su utilización como oportunidades para incrementar la participación de los padres. No obstante la heterogeneidad de los entornos en los que se han identificado estas barreras y facilitadores hace que su implementación sea dificultosa y requiera planificación específica para cada contexto.

Algunos autores, recomiendan (Ganle & Dery, 2015) recomienda medidas como programas comunitarios para promover que los padres se involucren, educación para la salud, programas de liderazgo y entrenamiento de los profesionales orientado al respeto centrado en pacientes y sus familias, otros estudios estudios (Kululanga, Sundby, Malata, & Chirwa, 2011) demostraron que es un problema abordable y que la implementación de medidas orientadas a este efecto puede ser eficaz tanto con campañas de salud específicas como de concienciación social.

Tras la identificación de las principales barreras, la elaboración de planes de acción o campañas que los aborden debe ser específica en cada área donde se identifican estos elementos. La evaluación de la eficacia de distintos abordajes abre la puerta a profundizar en esta área. Actualmente los estudios cualitativos so-

bre medidas para fomentar la participación de acompañantes en los cuidados antenatales y su impacto especifico es escasa y abre la puerta a un campo de investigación amplio y relevante que permanece por desarrollar.

6 Bibliografía

- Adejoh, S. O., Olorunlana, A., & Olaosebikan, O. (2018). Maternal Health: a Qualitative Study of Male Partners' Participation in Lagos, Nigeria. International Journal of Behavioral Medicine, 25(1), 112–122. https://doi.org/10.1007/s12529-017-9659-y
- Alio, A. P., Salihu, H. M., Kornosky, J. L., Richman, A. M., & Marty, P. J. (2010). Feto-infant health and survival: does paternal involvement matter? Maternal and Child Health Journal, 14(6), 931–937. https://doi.org/10.1007/s10995-009-0531-9
- Cosson, B., & Graham, E. (2012). 'I felt like a third wheel': Fathers' stories of exclusion from the 'parenting team.' Journal of Family Studies, 18(2–3), 121–129. https://doi.org/10.5172/jfs.2012.18.2-3.121
- Craymah, J. P., Oppong, R. K., & Tuoyire, D. A. (2017). male involvement in maternal health care Anamabo. Int J Reprod Med, 2017(Article ID 2929013). https://doi.org/10.1155/2017/2929013
- Davis, J., Vaughan, C., Nankinga, J., Davidson, L., Kigodi, H., Alalo, E., … Luchters, S. (2018). Expectant fathers' participation in antenatal care services in Papua New Guinea: a qualitative inquiry. BMC Pregnancy and Childbirth, 18(1), 138. https://doi.org/10.1186/s12884-018-1759-4
- Fenwick, J., Bayes, S., & Johansson, M. (2012). Sexual & Reproductive Healthcare A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. Sexual & Reproductive Healthcare, 3(1), 3–9. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.11.001
- Fletcher, R., Silberberg, S., & Galloway, D. (2004). New fathers' postbirth views of antenatal classes: satisfaction, benefits, and knowledge of family services. The Journal of Perinatal Education, 13(3), 18–26. https://doi.org/10.1624/105812404X1734
- Ganle, J. K., & Dery, I. (2015). "What men don't know can hurt women's health": a qualitative study of the barriers to and opportunities for men's involvement in maternal healthcare in Ghana. Reproductive Health, 12(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12978-015-0083-y
- Gibore, N. S., Bali, T. A. L., & Kibusi, S. M. (2019). Factors influencing men's involvement in antenatal care services: A cross-sectional study in a low resource

setting, Central Tanzania. Reproductive Health, 16(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12978-019-0721-x
- Kululanga, L. I., Sundby, J., Malata, A., & Chirwa, E. (2011). Striving to promote male involvement in maternal health care in rural and urban settings in Malawi - A qualitative study. Reproductive Health, 8(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-36
- Maycock, B., Binns, C. W., Dhaliwal, S., Tohotoa, J., Hauck, Y., Burns, S., & Howat, P. (2013). Education and support for fathers improves breastfeeding rates: a randomized controlled trial. Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association, 29(4), 484–490. https://doi.org/10.1177/0890334413484387
- Nash, M. (2018). Addressing the needs of first-time fathers in Tasmania: A qualitative study of father-only antenatal groups. Australian Journal of Rural Health, 26(2), 106–111. https://doi.org/10.1111/ajr.12371
- Wolfberg, A. J., Michels, K. B., Shields, W., O'Campo, P., Bronner, Y., & Bienstock, J. (2004). Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 191(3), 708–712. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.05.019
- World Health Organization. Maternal mortality fact sheet No 348. In. 2016. [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/].
Accessed 1 Feb 2020

Capítulo 99

¿QUÉ ES LA MICROBIOTA? ¿CÓMO FUNCIONA? TRASPLANTE DE MICROBIOTA

ALBA GARCÍA RUIZ

LUCIA FERNANDEZ MENENDEZ

ILUMINADA PRIETO SANTOVEÑA

MARIA DE LA PAZ DELGADO ALVAREZ

ALEJANDRA GARCIA IZQUIERDO

1 Introducción

Podemos definir el término microbiota como el colectivo de microorganismos vivos que residen en un nicho ecológico determinado (Icaza-Chávez, 2013; Zamudio-Tiburcio et al., 2017).

La microbiota intestinal, compuesta por miles de especies microbianas diferentes y más de 15000 tipos de bacterias, representa el primer sistema de protección del aparato gastrointestinal (GI) (Mangiola et al., 2016; Wang & Wang, 2016). La presencia de la microbiota puede variar dentro del tracto gastrointestinal, desde pocos microorganismos en el estómago y el intestino delgado, hasta una concentración de aproximadamente 1.012 bacterias en el colon, representadas principalmente por Firmicutes y Bacteriodetes phyla (Mangiola et al., 2016; Sartor, 2008).

Dentro de las especies que componen la microbiota, también es posible reconocer el reino de Archaea y eucariotas, y muchos virus y bacteriófagos. Además, podemos encontrar familias de hongos, cuya función fisiológica en el sistema gastrointestinal aún no está clara (Mangiola et al., 2016; Roy & Trinchieri, 2017). La microbiota residente en el intestino humano es considerada una de las comunidades con más densidad de población (Quigley, 2017; Zamudio-Tiburcio et al., 2017).

1.1. Función de la microbiota intestinal.
Las funciones que realiza la flora son múltiples; además de la contribución al establecimiento de la barrera intestinal, promueve su mantenimiento, estimulando la regeneración epitelial a través de la producción de ácidos grasos de cadena corta (SCFA), lo que lleva a la producción de moco y ejerce una acción trófica sobre la membrana mucosa (Burger-van Paassen et al., 2009; Mangiola et al., 2016).

Tal y como se ha indicado anteriormente, la microbiota intestinal, está compuesta por aproximadamente 1014 microorganismos altamente diversos, siendo vital para la digestión y el metabolismo, además de ello, sus funciones inmunológicas, incluido el bloqueo físico de los posibles patógenos ingeridos, la tolerancia oral a estímulos antigénicos y la modulación del tejido linfoide asociado al intestino, pueden desempeñar un papel importante en enfermedades autoinmunes (Budhram et al., 2017).

La microbiota humana y el microbioma tienen un potencial considerable para mejorar la práctica farmacológica. Los avances recientes en las técnicas multimáticas han mejorado dramáticamente nuestra comprensión de los componentes del microbioma y sus funciones. Las implicaciones de esta investigación para la salud humana, incluidos los vínculos del microbioma con la obesidad, el metabolismo de los medicamentos, las enfermedades neurológicas, el cáncer y muchas otras afecciones de salud, han despertado un interés considerable en la explotación del microbioma para terapias dirigidas. Los vínculos entre las vías microbianas y los estados de enfermedad resaltan aún más un gran potencial para el diagnóstico complementario y los enfoques de medicina de precisión. Por ejemplo, el éxito del trasplante de microbiota fecal para tratar la infección por Clostridium difficile ya ha comenzado a redefinir el estándar de atención con una terapia dirigida por microbioma (Chavira et al., 2019).

La microbiota intestinal se considera actualmente una especie de «órgano metabólico», con funciones en la nutrición, la regulación de la inmunidad y la inflamación sistémica (Frazier et al., 2011).

Según ciertos estudios, los mamíferos que crecen libres de cualquier tipo de germen manifiestan un desarrollo corporal ciertamente anormal, presentando una pared intestinal atrófica y, órganos como el corazón, pulmones e hígado con bajo peso y sistema inmunológico inmaduro con niveles disminuidos de inmunoglobulinas (Icaza-Chávez, 2013).

La microbiota intestinal presenta ciertas enzimas que sirven para transformar a los polisacáridos complejos de la dieta, que el intestino humano no puede absorber ni digerir, en monosacáridos y ácidos grasos de cadena corta (AGCC), principalmente Acético, Butírico y Propiónico. El Acético y el Propiónico se absorben a la circulación portal y el Butírico es empleado por los colonocitos como una importante fuente de energía. Los AGCC se pueden transportar al hígado para utilizarse en la síntesis lipídica; concretamente, se estima que las calorías derivadas de esta digestión bacteriana puede constituir aproximadamente un 10% de toda la energía que absorbemos (Icaza-Chávez, 2013). La cantidad de AGCC en la sangre y en el colon son de vital importancia para la inmunorregulación del huésped. Ciertos estudios indican efectos muy positivos de los AGCC en pacientes con ciertas patologías inflamatorias del intestino, de hecho, estos individuos presentan concentraciones mucho menores de AGCC (Maslowski & MacKay, 2011).

2. Trasplante de microbiota fecal.
El éxito en el uso del trasplante de microbiota fecal -en adelante FMT-, que literalmente trasplanta microbios intestinales de una persona a otra, para tratar enfermedades gastrointestinales como la infección por Clostridium difficile es el ejemplo clave hasta la fecha de una aplicación clínica para microbios comensales como agentes bioterapéuticos vivos (Chavira et al., 2019).

El Clostridium difficile es una bacteria Gram positiva productora de toxina que es común en nuestras instalaciones alimenticias y de atención médica. El ecosistema microbiano intestinal sano proporciona una línea de defensa que previene la infección, pero esta línea de defensa puede romperse sin querer. Un factor de riesgo importante asociado con la infección por C. difficile es el uso de antibióticos, especialmente clindamicina (Nowak et al., 2019).

Se ha demostrado que la restauración de la microbiota intestinal a través de FMT tiene altas tasas de éxito que no se ven con otros métodos de tratamiento, en particular el uso repetido de antibióticos que tiende a provocar una recaída (Tvede et al., 2015). También se ha demostrado que otros tipos de trasplantes de microbioma, como los microbios de la piel para tratar la dermatitis atópica, son efec-

tivos (Nakatsuji et al., 2017).

Usar el microbioma para estratificar a los pacientes antes de la terapia para una respuesta probable al tratamiento también es muy prometedor. Por ejemplo, el microbioma humano juega un papel importante en si un paciente responderá bien a los tratamientos quimioterapéuticos contra el cáncer o si experimentará eventos adversos. A saber, un agente terapéutico para el cáncer de colon es CPT-11 (irinotecan), que tiene diarrea severa como un efecto secundario adverso común. A través de una serie de reacciones, CPT 11 se convierte en SN 38G inactivo en el hígado humano (Chavira et al., 2019; Wallace et al., 2010).

El SN-38G inactivo se excreta en el tracto gastrointestinal a través de los conductos biliares, donde las enzimas β glucuronidasa producidas por Streptococcus agalactiae, Escherichia coli y Bacteroides fragilis lo hidrolizan en SN-38 activo (Wallace et al., 2010). Los niveles elevados de SN-38 activo en el tracto gastrointestinal están relacionados con la diarrea de los pacientes y se ha demostrado que disminuyen la eficacia de CPT-11 (Kurita et al., 2011).

2 Objetivos

- Analizar la evidencia científica existente sobre la microbiota intestinal en las principales bases de datos.
- Evaluar el funcionamiento de la microbiota intestinal.
- Estimar la eficacia y efectividad de un trasplante de microbiota fecal.

3 Metodología

El objetivo de esta revisión bibliográfica ha sido revisar la literatura científica existente con la finalidad de analizar el funcionamiento de la microbiota intestinal y evaluar su eficacia con respecto al trasplante de microbiota fecal. Para ello, se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos: Pubmed, Scopus y CINAHL.

La metodología que se estableció para la elaboración de esta revisión bibliográfica puede organizarse en una única fase de búsqueda de información y revisión, donde se planteó evaluar el contenido y la calidad de información publicada. Durante esta fase se establecieron los descriptores previamente analizados en el "DeCS". Para combinar estos descriptores se usaron los operadores booleanos "AND" y "OR", éste último para que ampliase los términos de la búsqueda.

Las fórmulas de búsqueda utilizadas en las bases de datos anteriormente citadas incluyendo los operadores booleanos se encuentran recogidas y enumeradas en la tabla 1.
”Fecal Microbiota Transplantation”
“GUT microbiota”
”Fecal Microbiota Transplantation” OR ” GUT microbiota”

Tabla 1. Combinaciones empleadas en la búsqueda en las diferentes bases de datos. Fuente propia.

1. Criterios de inclusión
- Artículos en inglés y español.
- Documentos publicados en los últimos 5 años principalmente y no más de 10 años de antigüedad.
- Estudios cuyos contenidos incluyeran las funciones generales de la microbiota intestinal y el uso de ésta para trasplante.

2. Criterios de exclusión
- Artículos con animales.
- Documentos con más de 10 años desde su publicación.
- Artículos en otros idiomas diferentes del inglés o el español.

Los artículos científicos resultantes de la búsqueda bibliográfica fueron evaluados y clasificados comprobando que cumpliesen los requisitos y se adecuasen a los criterios de inclusión previamente establecidos, analizando únicamente el título, el resumen y la introducción previa. En una segunda fase, se analizaron más minuciosamente los artículos científicos y se tradujeron aquellos textos completos que estuviesen en inglés para, finalmente, reevaluar su definitiva aceptación/inclusión o exclusión.

4 Resultados

Se obtuvo una muestra muy amplia de artículos, decidiendo analizar solo un total de 150 documentos, de los cuales en una primera fase de lectura crítica se excluyeron más de 70 al no cumplir los criterios de inclusión ni los requisitos de la revisión bibliográfica que se preestablecieron.

De los 73 restantes se volvieron a eliminar unos 56 artículos. En total, se han utilizado unos 17 artículos científicos de los últimos 5 años principalmente, exceptuando algunos artículos empleados por la relevancia de su contenido, cuya

fecha de publicación es mayor a los últimos 5 años, pero inferior a los últimos 10 años.

5 Discusión-Conclusión

Las interacciones microbianas son claramente importantes para muchos estados de enfermedad humana donde su participación ni siquiera se sospechaba hace algunos años. Debido a que afecta muchos procesos biológicos por una gran variedad de mecanismos, es importante continuar con líneas de investigación diferentes y complementarias para mostrar cómo el funcionamiento de la microbiota y sus diferentes usos que pueden ir desde afectar a la acción farmacológica a incluso ser fuentes de nuevos agentes terapéuticos.

Con respecto al trasplante de microbiota fecal, podemos determinar su utilidad basándonos en funciones como el mantenimiento eficaz de la homeostasis microecológica y antagonizar microorganismos patógenos, y por lo tanto, se muestra como una terapia eficaz y novedosa para la insuficiencia intestinal entre otras, independientemente de los factores causales, especialmente en la era del abuso de antibióticos y la resistencia a los medicamentos.

6 Bibliografía

- Budhram, A., Parvathy, S., Kremenchutzky, M., & Silverman, M. (2017). Breaking down the gut microbiome composition in multiple sclerosis. Multiple Sclerosis, 23(5), 628–636.
- Burger-van Paassen, N., Vincent, A., Puiman, P. J., van der Sluis, M., Bouma, J., Boehm, G., van Goudoever, J. B., Van Seuningen, I., & Renes, I. B. (2009). The regulation of intestinal mucin MUC2 expression by short-chain fatty acids: Implications for epithelial protection. Biochemical Journal, 420(2), 211–219.
- Chavira, A., Belda-Ferre, P., Kosciolek, T., Ali, F., Dorrestein, P. C., & Knight, R. (2019). The microbiome and its potential for pharmacology. Handbook of Experimental Pharmacology, 260, 301–326.
- Frazier, T. H., DiBaise, J. K., & McClain, C. J. (2011). Gut microbiota, intestinal permeability, obesity-induced inflammation, and liver injury. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 35(5 SUPPL.).
- Icaza-Chávez, M. E. (2013). Microbiota intestinal en la salud y la enfermedad. Revista de Gastroenterología de México, 78(4), 240–248.

- Kurita, A., Kado, S., Matsumoto, T., Asakawa, N., Kaneda, N., Kato, I., Uchida, K., Onoue, M., & Yokokura, T. (2011). Streptomycin alleviates irinotecan-induced delayed-onset diarrhea in rats by a mechanism other than inhibition of β-glucuronidase activity in intestinal lumen. Cancer Chemotherapy and Pharmacology, 67(1), 201–213.
- Mangiola, F., Ianiro, G., Franceschi, F., Fagiuoli, S., Gasbarrini, G., & Gasbarrini, A. (2016). Gut microbiota in autism and mood disorders. World Journal of Gastroenterology, 22(1), 361–368.
Maslowski, K. M., & MacKay, C. R. (2011). Diet, gut microbiota and immune responses. Nature Immunology, 12(1), 5–9.
- Nakatsuji, T., Chen, T. H., Narala, S., Chun, K. A., Two, A. M., Yun, T., Shafiq, F., Kotol, P. F., Bouslimani, A., Melnik, A. V., Latif, H., Kim, J. N., Lockhart, A., Artis, K., David, G., Taylor, P., Streib, J., Dorrestein, P. C., Grier, A., … Gallo, R. L. (2017). Antimicrobials from human skin commensal bacteria protect against Staphylococcus aureus and are deficient in atopic dermatitis. Science Translational Medicine, 9(378), 1–12.
- Nowak, A., Hedenstierna, M., Ursing, J., Lidman, C., & Nowak, P. (2019). Efficacy of routine fecal microbiota transplantation for treatment of recurrent clostridium difficile infection: A retrospective cohort study. International Journal of Microbiology, 2019.
- Quigley, E. M. M. (2017). Microbiota-Brain-Gut Axis and Neurodegenerative Diseases. Current Neurology and Neuroscience Reports, 17(12).
- Roy, S., & Trinchieri, G. (2017). Microbiota: A key orchestrator of cancer therapy. Nature Reviews Cancer, 17(5), 271–285.
- Sartor, R. B. (2008). Microbial Influences in Inflammatory Bowel Diseases. Gastroenterology, 134(2), 577–594.
- Tvede, M., Tinggaard, M., & Helms, M. (2015). Rectal bacteriotherapy for recurrent Clostridium difficile-associated diarrhoea: Results from a case series of 55 patients in Denmark 2000-2012. Clinical Microbiology and Infection, 21(1), 48–53.
- Wallace, B. D., Wang, H., Lane, K. T., Scott, J. E., Orans, J., Koo, J. S., Venkatesh, M., Jobin, C., Yeh, L. A., Mani, S., & Redinbo, M. R. (2010). Alleviating cancer drug toxicity by inhibiting a bacterial enzyme. Science, 330(6005), 831–835.
- Wang, H. X., & Wang, Y. P. (2016). Gut microbiota-brain axis. Chinese Medical Journal, 129(19), 2373–2380.
- Zamudio-Tiburcio, Á., Bermúdez-Ruiz, H., Lezama-Guzmán, H. R., Guevara-Ortigoza, M. del P., Islas-Solares, E., & Sosa-López, F. A. (2017). Breaking paradigms. Intestinal microbiota transplantation: Preliminar report. Cirugia y

Cirujanos (English Edition), 85, 6–12.

Capítulo 100

LA OBESIDAD INFANTIL, PROBLEMA EMERGENTE EN LA ACTUALIDAD

LORENA BOBES FERNÁNDEZ

ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ

VANESA LLANOS GARCIA

1 Introducción

La obesidad es uno de los problemas de salud pública con más prevalencia en los países desarrollados; el porcentaje de población tanto infantil como adulta que padece este problema se ha duplicado desde la década de los 80 hasta la actualidad. La OMS ha declarado a la obesidad como la "epidemia del siglo XXI" y ha propuesto una serie de medidas para intentar prevenirla.

Los malos hábitos alimentarios, la vida sedentaria así como la escasa ingesta de frutas, verduras y cereales traerán graves problemas de salud y un empeoramiento en la calidad de vida a la población infantojuvenil cuando alcance su edad adulta.
Podemos definir la obesidad como una enfermedad que tiene su origen en la infancia; se trata de una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que provoca alteraciones psicológicas, mecánicas y metabólicas.

Son muchos los factores que pueden conducir a la aparición de la obesidad infantil:
• Factores genéticos: juegan un papel importante en la aparición de esta patología.

• Factores ambientales: los hábitos alimentarios, la realización de ejercicio físico…
• La presencia de otras patologías: hipotiroidismo, déficits hormonales (hormona de crecimiento)…
• Fármacos: esteroides, antipsicóticos, antiepilépticos…

En las revisiones del niño sano que se realizan en las consultas de pediatría de los centros de salud deben llevarse a cabo una serie de determinaciones para poder prevenir y diagnosticar la obesidad infantil, algunas de ellas son:
• Determinación de las medidas antropométricas básicas: peso, talla, perímetro braquial…
• Índices para definir el sobrepeso/obesidad: relación peso/talla, índice de masa corporal…
• Valoración de la composición corporal: medición de pliegues cutáneos.
• Exploraciones adicionales: perfil lipídico, glucemia, niveles de insulina, radiografía del carpo…

La prevención primaria es la base para la lucha contra la obesidad infantil, en ella debería estar implicado todo el entorno que rodea al niño; colegios, medios de comunicación, familia, administraciones públicas, medios de comunicación…

La prevención secundaria debe llevar a cabo una serie de medidas para detectar precozmente los factores de riesgo del sobrepeso u obesidad.

La obesidad es uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas más prevalentes: diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, patología osteomuscular, apnea del sueño, cáncer, etc. Además en la infancia la obesidad es la causa de trastornos psicológicos y sociales, siendo uno de los más importantes los trastornos de la conducta alimentaria.

2 Objetivos

- Obtener información sobre la incidencia y prevalencia de la obesidad infantojuvenil en España.
- Conocer las estrategias de prevención primaria y secundaria para la obesidad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en google académico con las palabras clave: obesidad infantil, factores de riesgo, atención primaria, prevalencia de la

obesidad infantil y prevención de la obesidad infantil. Se han seleccionado los documentos a partir del año 2006 y las publicaciones en español.

4 Resultados

La obesidad infantil constituye un importante problema de salud pública en los países desarrollados; esta obesidad infantil constituye un importantísimo factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta que generan además unos gastos sanitarios elevados.

El Ministerio de Sanidad realizó en el año 2006 una encuesta nacional de salud; en ella se pesaron y midieron un total de 9.122 niños con edades comprendidas entre los 2 y los 17 años. En esta encuesta se observó que un 18.7 % de los niños padecían sobrepeso y un 8.9% obesidad. En 2012 se volvieron a pesar y medir 5.495 niños entre los 0 y los 14 años, se observó que un 27.9 % padecían un exceso de peso, entre ellos un 18.3% era sobrepeso y un 9.6% padecía obesidad, como se puede observar no existen grandes diferencias en los resultados obtenidos.

La prevención primaria es la base para la lucha contra la obesidad; desde atención primaria se deben llevar a cabo programas educativos que fomenten la lactancia materna, los hábitos de alimentación saludable y el fomento del ejercicio físico; a nivel colectivo se deben crear políticas para fomentar los estilos de vida saludables (control de precios en los alimentos, publicidad, conseguir que lo más saludable sea lo más accesible…), los entornos familiares y educativos también deben promover estas conductas:

• Se debe fomentar el equilibrio energético y nutricional según los requerimientos.

• Proporcionar conocimientos a la población sobre la dieta mediterránea: El número total de comidas no debería ser inferior a 4 al día, con una distribución energética del 25% ente desayuno y almuerzo; 30-35% en la comida; 15% en la merienda y el resto para la cena. Se deben establecer tres comidas principales (desayuno, comida y cena), y evitar periodos prolongados de ayuno con dos comidas menores (media mañana y merienda) con lácteos, cereales o fruta. La bebida habitual debe ser agua.

• Disminuir la ingesta de grasas saturadas y sustituirlas por grasas insaturadas siempre en la proporción adecuada.

• Fomentar el consumo de frutas, verduras, cereales integrales, legumbres y frutos secos.

• Fomentar el consumo de pescado frente al de alimentos cárnicos y embutidos.

• Disminuir la ingesta de azúcares y bebidas azucaradas.
• Disminuir el sedentarismo, fomentar el ocio activo.

La prevención secundaria debe detectar precozmente a los niños con factores de riesgo para padecer una obesidad infantil; una vez detectados se debe evaluar su alimentación, actividad física y estilos de vida para llevar a cabo un cambio en estos hábitos (disminuir la ingesta calórica, aumentar el gasto calórico, realizar educación sanitaria y terapia motivacional) para evitar que aparezcan enfermedades asociadas a la obesidad.

5 Discusión-Conclusión

• La obesidad infantil constituye un importante problema de salud pública, no sólo por ser por sí misma una enfermedad, sino porque también actúa como factor de riesgo de importantes patologías crónicas en la edad adulta.
• La población infantil española lleva a cabo una vida sedentaria, lo que conduce a la aparición de trastornos relacionados con el peso.
• La educación en estilos de vida saludables en lo que a alimentación se refiere es una importante intervención para que las familias desarrollen hábitos alimentarios saludables que se mantengan en el tiempo.
• El profesional de enfermería tiene un rol fundamental a la hora de realizar educación alimentaria para prevenir el sobrepeso y la obesidad infantil.

6 Bibliografía

- Carrascosa, Antonio. Obesidad durante la infancia y adolescencia. Una pandemia que demanda nuestra atención. Med Clin (Barc). 2006; 126 (18):693-694.
- Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E, Muñoz Velasco F. Obesidad. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11 Supl 16: s239-s257.
- Martínez Sanz JM, Ortiz Moncada R. Indicadores utilizados para estimar los costos directos de la obesidad a partir de una revisión bibliográfica: aplicación al caso español. Spanish journal of community nutrition. 2011. 17(3): 120-132.
- Lama More RA, Alonso Franch A, Gil Campos M, Leis Trabazo R, Martínez Suárez V, Moráis López A, et al. Obesidad infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría Parte l. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. An Pediatr. 2006; 65 (6):607-615.
- González Jiménez E, Aguilar Cordero MªJ, García García CJ, García López P, Álvarez Ferre J, Padilla López A, et all. Influencia del entorno familiar en el de-

sarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). Nutr Hosp. 2012; 27(1): 177-184.
- Dalmau Serra J, Alonso Franch M, Gómez López L, Martínez Costa C, Sierra Salinas C. Obesidad infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte ll. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento. An Pediatr. 2007; 66(3): 294-304.
- Ferrer Pérez J, Martí Pérez M, Burches Greus B. El papel de enfermería ante la obesidad. Enfermería integral. 2009. Diciembre;(88): 32-35.
- Albañil Ballesteros MR, Rogero Blanco ME, Sánchez Martin M, Olivas Domínguez A, Rabanal Básalo A, Sanz Bayona MT, et al. Riesgo de mantener obesidad desde la infancia hasta el final de la adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011; 13:199-211.
- Martínez Álvarez JR, Villarino Marín A, García Alcón RM, Calle Purón ME, Marrodán Serrano MD. Obesidad infantil en España: hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas. Nut clín diet hosp. 2013; 33(2): 80-88.
- Martos Moreno GA, Argente J. Obesidades pediátricas: de la lactancia a la adolescencia. An pediatr. 2011; 75(1): 63.e1-63.e23.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el tratamiento de la Obesidad. Guía de práctica clínica. Barcelona: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d´Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Report No.: 978-84-393-8229-4.
- Sánchez Cruz JJ, Jiménez Moleón JJ, Fernández Quesada F, Sánchez MJ. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. Rev Esp Cardiol. 2013; 66(5):371-376.
- Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm
- Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012 (ENSE 2011/2012), Ministerio de Sanidad, Servicios e Igualdad – Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.msssi.gob.es
- Ariza C, Ortega Rodríguez E, Sánchez Martínez F, Valmayor S, Juárez O, Pasarín MI. La prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva comunitaria. Elsevier. 2015; 47 (4):246:255.

Capítulo 101

ANÁLISIS DE LOS INCENDIOS FORESTALES EN ESPAÑA ENTRE 1990-2015

SONIA MONTERO ROMERO

1 Introducción

Los incendios forestales, son un grave problema en la actualidad, no sólo por la amenaza medioambiental que estos provocan sino por los problemas indirectos que surgen de ellos, tales como daños a infraestructuras y pérdidas humanas. Para comprender el concepto de incendio forestal es fundamental, conocer la definición de éste y sus respectivas clasificaciones.
Incendio forestal hace referencia a todo aquel fuego que se extiende sin control por terreno forestal, situado en el monte. Éstos se pueden clasificar en:
- Conato: aquel que su extensión es inferior a una hectárea.
- Incendio: aquel que su extensión es igual o superior a una hectárea.
- Grandes incendios (GIFs): Aquellos cuya extensión es igual o superior a 500 hectáreas.

Otro concepto importante a tratar al hablar de incendios forestales, es el concepto desastre, entendiendo "desastre" como un evento inesperado que provoca una perturbación grave del funcionamiento normal de la comunidad, que implica pérdidas e impactos generalizados,materiales,económicos o ambientales y que excede la capacidad de la comunidad para hacer frente con sus propios recursos. Basándonos en los criterios de la base internacional sobre desastres EM-DAT, para que un evento se considere desastre debe reunir al menos uno de los siguientes criterios:

- 10 o más fallecidos.
- 100 o más afectados.
- Declaración de estado de emergencia.
- Solicitud de asistencia externa o internacional.

2 Objetivos

- Analizar el impacto de los Incendios forestales y Grandes Incendios forestales en España en el periodo 1990-2015 en términos de salud pública.
- Analizar el impacto con relación a la morbilidad y mortalidad relativa, la tendencia con respecto a las incidencias de los eventos y el impacto de daños materiales y pérdidas que ocasionan los Incendios.

3 Metodología

El estudio empleado es de tipo observacional retrospectivo. Se incluyeron los grandes incendios forestales ocurridos en el periodo 1990-2015 y también se incluyeron a nivel global todos los incendios ocurridos en cada año. Se analizaron veinte seis años, en un periodo comprendidos entre 1990-2015.

4 Resultados

- El número de conatos e incendios es notablemente superior, al de grandes incendios.
- Como consecuencia de los incendios el siniestro que predomina como mayoritario todos los años es el corte de carreteras, siguiéndole las líneas eléctricas.
- La superficie forestal total durante los 26 años de estudio, ha sido de 3441601,53 hectáreas.
- El número de heridos a consecuencia de los incendios ha sido de 1537.
- La provincia con mas grandes incendios fue León.

5 Discusión-Conclusión

Sobre los incendios forestales en España puede concluirse que no sólo provocan daños medioambientales, sino que también provocan daños a infraestructuras, heridos y muertos, aunque estos pasen más desapercibidos a la hora de reflejarse en los documentos publicados en MAPAMA.

El número de grandes incendios es muy inferior al número de conatos e incendios, aunque los GIFs supongan una pérdida mayor de superficie forestal. Las condiciones climatológicas afectan notablemente en la incidencia de los incendios forestales, ya que los años de mayor incidencia de incendios fueron 1995 y 1995, ambos caracterizados por grandes sequías y aumento de la temperatura.

Es muy llamativo y preocupador al mismo tiempo que algunos años como 2010, por ejemplo, no hubiese ni un solo día del año sin un incendio activo o que algunos años registren en un día más 200 incendios activos.

6 Bibliografía

- Ministerio de Agricultura,pesca,alimentacion y medio ambiente(MAPAMA). Estadistica General de Incendios Forestales.
- EM-DAT,The International Disaster Database-Centre of Research on the Epidemiology of Disaster(CRED).

Capítulo 102

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA INFORMACIÓN SENSORIAL Y DESEQUILIBRIO SENSORIAL EN EL PACIENTE CRÍTICO.

MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN

ROSANA FERNANDEZ PEREZ

SARA MÉNDEZ GARCÍA

EVA GONZALEZ LOPEZ

LUCÍA LÓPEZ SAMA

1 Introducción

El entorno en cuidados críticos es un entorno atípico, y expone a los pacientes a una estimulación sensorial también atípica, a veces excesiva y a veces deficiente. El entorno es interpretado a través de los cinco sentidos. Una mala interpretación de los estímulos sensoriales o el desequilibrio sensorial puede causar confusión o delirio. El desequilibrio sensorial y la desorientación ocurren cuando el nivel de estímulos sensoriales recibido por una persona es muy elevado o muy disminuido, para que sea reconocido o tenga sentido. Algunas alteraciones de la percepción causadas por el desequilibrio sensorial son las alucinaciones, ilusiones y delusiones.

2 Objetivos

Analizar la evidencia científica disponible sobre la información sensorial y desequilibrio sensorial del paciente en el entorno de los cuidados críticos (CC).

3 Metodología

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

4 Resultados

Principalmente, existen 5 tipos de alteración sensorial, todas ellas aplicables al entorno de los cuidados críticos:
1. Reducción de la cantidad y variedad de los estímulos,
2. Monotonía de estímulos sin sentido, indistintos,
3. Aislamiento, ya sea físico o social,
4. Confinamiento, inmovilización o restricción de movimiento,
5. Aumento de los estímulos sensoriales.

Las causas de la privación sensorial son:
• Pérdida del tacto humano. La mayoría del contacto se da en las técnicas y procedimientos. El tacto es un importante medio de comunicación no verbal y fundamental para el cuidado, puede ser tranquilizador y mejorar el bienestar.
• Incremento de la falta de movilidad debido a drenajes, equipos, sedación, etc.
• Aislamiento, físico o social (uso de mascarillas, batas, visitas restringidas, etc.).
• Limitación de los estímulos visuales (medicación, falta de gafas).

Las causas de la sobrecarga sensorial son:
• Niveles altos de ruido de manera continua (alarmas, teléfonos, timbres, conversaciones del personal, etc.).
• Sonidos extraños e incompresibles.
• Ambiente estresante, falta de sonidos con sentido y pérdida de un entorno en el que el paciente se pueda orientar.

• Frecuente invasión del espacio personal y contacto no deseado.
• Iluminación constante (pérdida de la eliminación gradual de los niveles de luz diurna).

Muchos fármacos que habitualmente son utilizados en CC están asociados con el desequilibrio sensorial: atropina, anticonvulsivantes, barbitúricos, ácido aminocaproico, penicilina y cefalosporinas, esteroides, morfina, lidocaína, diazepam, digoxina.

Algunas intervenciones enfermeras en CC que pueden ayudar a la optimización de la respuesta del paciente a estímulos sensoriales son:
• Valorar factores predisponentes del paciente: alcoholismo y uso de drogas, edad avanzada, previos episodios de delirio, enfermedad renal, cardiovascular, respiratoria o metabólica crónicas, y enfermedad mental.
• Orientar, de manera frecuente y repetida, en tiempo, persona, espacio y acontecimientos. Poner a la vista del paciente calendarios y relojes.
• Establecer diferencias entre el día y la noche, reforzando las acciones que marcan el ritmo diario como la higiene por la mañana, las comidas, etc.
• Reducir el ruido innecesario.
• Acomodar al paciente para la noche, poniendo especial atención a la analgesia, sedación, posición, luces y temperatura. Limitar y agrupar las intervenciones por la noche.
• Presentar al paciente a los diferentes profesionales.
• Usar fotos y objetos familiares para reducir la hostilidad del entorno.
• Fomentar la participación de los miembros de la familia en la conversación, obtener información sobre temas de interés para el paciente, e incluir al paciente en la conversación.
• Proveer información y explicaciones para ayudar a entender e interpretar el entorno de los CC.
• Averiguar los gustos del paciente. Usar música, periódicos, revistas, etc.
• Utilizar el tacto tranquilizador y humano, como parte de la comunicación con el paciente.
• Fomentar en lo posible la autonomía del paciente en su cuidado y la toma de decisiones.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería juegan un papel muy importante en la prevención y la reducción del desequilibrio sensorial. Los esfuerzos se deben dirigir a

minimizar el impacto del entorno tecnológico predominante en CC. Los profesionales de enfermería en CC deben ser conscientes de que muchas de las intervenciones que realizan tienen un importante efecto en la carga sensorial del paciente.

6 Bibliografía

1. Tanimoto S, Takayanagi K, Yokota H, Yamamoto Y.The psychological and physiological effects of an intensive-care unit environment on healthy individuals. Clinical Performance and Quality Health Care. 1999;7(2):77-82.
2. Hainsworth T. Post-traumatic stress disorder following critical illness. Nursing Times 2006;102(43):23-4.
3. Pattison N. Psychological implications of admission to critical care. British Journal of Nursing 2005;14(13):708 – 714.
4. Stichler JF. Planning and design in critical care: creating healing environments in critical care units. Critical Care Nursing Quarterly 2001;24(3):1-20.
5. Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scout J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. Intensive Care Medicine 2004;30(3):450-455.
6. Bazuin D, Cardon K. Creating healing intensive care unit environments: physical and psychological considerations in designing critical care areas. Critical Care Nursing Quaterly 2011;34(4):259-67.
7. Fontaine, D. Impact of the critical care environment on the patient. Critical Care Nursing: A Holistic Approach. 2005 (8th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 36-45.
8. Wenham T, Pittard A. Intensive care unit environment. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain. 2009;9(6):178-83.
9. Best Practice. Evidence based information sheets for health professionals. La música como intervención en el medio hospitalario. Reproducido del Best Practice 2009; 13 (3):1-4. [Internet] [Consultado el 5/6/2013] Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/pdf/jb/2009_13_3_musica_como_intervencion.pdf
10. McKinley S, Stein-Parbury J, Chehelnabi A, Lovas J. Assessment of anxiety in intensive care patients by using the Faces Anxiety Scale. American Journal of Critical Care. 2004;13(2):146-52.
11. McKinley S, Coote K, Stein-Parbury J. Development and testing of a Faces Scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. Journal of Advanced Nursing 2003;41(1):73–9.

12. McCorkle R. Effects of touch on seriously ill patients. Nursing Research 1974;23(2):125-32.
13. Adam S.K., Osborne S. Critical care nursing: science and practice. (2nd. ed.). Oxford: Oxford; 2005.
14. Weinhouse GL, Schwab RJ. Sleep in the critically ill patient. Sleep 2006;29(5):707-16.

Capítulo 103

INCIDENCIA, PREVALENCIA Y MORTALIDAD DEL CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA

LAURA FERNÁNDEZ CANO

LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA

FRANCISCO SOUSA GÓMEZ

1 Introducción

El cáncer es actualmente la segunda causa de muerte en los países occidentales, por detrás de las enfermedades cardiovasculares. En España, el 27,5% de las defunciones se deben a esta patología. Su elevada morbimortalidad, junto con las consecuencias asociadas a ella, mortalidad prematura e invalideces, hacen del cáncer un importantísimo problema de Salud Pública.

El cáncer o tumor maligno es una enfermedad que se produce por un crecimiento y multiplicación celular anárquica de células que presentan mutaciones en los genes que controlan estos procesos. Cuando esta patología afecta a las células sanas del revestimiento interno del intestino grueso, hablamos de cáncer colorrectal (CCR).

2 Objetivos

Describir la magnitud del cáncer colorrectal en España según tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la situación actual del cáncer colorrectal en España, su incidencia, prevalencia y mortalidad. En la estrategia de búsqueda se utilizaron las bases de datos: Pubmed, biblioteca cochrane. Se usaron los siguientes descriptores:

- MeSH: colorectal cancer, incidence, prevalence, mortality.
- DeCS: neoplasias colorrectales, epidemiología, incidencia, mortalidad.

Se escogieron artículos publicados en los últimos 6 años (2014-2020), tanto en inglés como en español.

4 Resultados

El cáncer de colon y recto es la neoplasia maligna más frecuente en España y en los países desarrollados. El número de tumores diagnosticados en nuestro país ha experimentado un crecimiento constante relacionado, no sólo con el aumento poblacional, sino también con la mayor esperanza de vida y los programas de detección precoz. Actualmente, España presenta tasas ligeramente superiores a la media europea en cuanto a la incidencia del CCR, tanto en hombres (73 vs 59 por 100.000) como en mujeres (39,9 vs 36,1 por 100.000). No obstante, al comparar las tasas de incidencia y mortalidad ajustadas por edad en Europa, la incidencia y la mortalidad se homogenizan.

1. Incidencia en España:

De acuerdo con las estimaciones realizadas por la Sociedad Española de Oncología Médica, en 2017, el CCR fue el tumor con mayor número de casos nuevos en España, exceptuando los de piel no melanoma, con 34.331 personas diagnosticadas. Es decir, más del 15% del total de cánceres diagnosticados ese año. Los tumores que le siguieron, de mayor a menor incidencia, fueron el cáncer de próstata, pulmón, mama y vejiga.

Si se considera la incidencia en función del sexo, el cáncer de colon y recto pasa a ocupar la tercera posición entre los varones y la segunda posición entre las mujeres (tabla I).

Por otro lado, se ha descrito un retraso en la edad en la cual se manifiesta en mujeres con respecto a los hombres.

2. Prevalencia en España:

El proyecto GLOBOCAN 2012 estimó que, a nivel mundial, el CCR se situaba en tercera posición en cuanto a prevalencia frente al resto de tumores tanto a los 5, 3 y 1 años del diagnóstico, justo por detrás de los cánceres de mama y próstata, respectivamente.

Con respecto a la población española, las cifras fueron ligeramente diferentes. Al año de diagnóstico, el cáncer de colon y recto se vinculaba a 23.949 casos, solo por detrás del cáncer de próstata. A los 3 y 5 años del diagnóstico pasó a ocupar el tercer lugar, por detrás del de próstata y el de mama. Esto se debe probablemente a las tasas de supervivencia de cada tumor, de manera que serán más prevalentes aquellos tumores con mayor supervivencia.

3. Mortalidad en España:

Los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística indican que las neoplasias son la segunda causa de muerte en España en la población general por detrás de las enfermedades cardiovasculares, y la principal causa de muerte entre los varones.

El cáncer de colon fue responsable de 15.802 muertes en 2016 en España, el segundo mayor número de fallecimientos después del cáncer de pulmón (22.187 muertes). Muy por debajo, se situaron los cánceres de páncreas, mama y próstata. Por sexos, el CCR fue también la segunda causa de muerte, detrás del cáncer de pulmón en hombres y del cáncer de mama en mujeres.

En los últimos años se está produciendo un descenso en el número de muertes debidas a neoplasias en España. En concreto, la tasa de mortalidad por tumores disminuyó un 1,32% y un 0,56% al año en varones y mujeres respectivamente, entre 2003-2012. Estos datos reflejan las mejoras en las cifras de supervivencia. Según los datos recogidos a nivel mundial por el estudio del grupo CONCORD, la supervivencia en algunos de los cánceres más incidentes en la actualidad ha aumentado en gran parte de los países desarrollados, favorecida por los avances terapéuticos, las actividades preventivas y las campañas de diagnóstico precoz. En concreto, para el cáncer de colon se detectó una supervivencia a los 5 años en torno al 55%, con tendencia ascendente.

A nivel mundial, el CCR se sitúa en cuarta posición (693.933 fallecimientos) tras el cáncer de pulmón, el de hígado y el gástrico.

Tabla I. Incidencia de las principales localizaciones del cáncer en España 2017

	Total		*Hombres*		*Mujeres*	
	Tumor maligno	**%**	**Tumor maligno**	**%**	**Tumor maligno**	**%**
1º	Colorrectal	15	Próstata	23	Mama	29
2º	Próstata	13,2	Pulmón	17,1	Colorrectal	15,1
3º	Pulmón	12,5	Colorrectal	15,1	Útero	6
4º	Mama	11,5	Vejiga	9	Pulmón	5,8
5º	Vejiga	6,4	Estómago	3,8	Ovario	3,8

5 Discusión-Conclusión

El cáncer colorrectal es el tumor maligno más frecuente en España y en el resto de países desarrollados. En 2017 se registraron en nuestro país un total de 228.482 tumores, de los cuales 34.331 fueron colorrectales. Es decir, el 15% de todos los cánceres diagnosticados. Además, es responsable del segundo mayor número de fallecimientos por detrás del cáncer de pulmón.

Sin embargo, muchos de estos casos podrían evitarse. El Informe Mundial sobre el Cáncer 2014 de la International Agency for Research on Cancer (IARC) determinó que 1 de cada 3 muertes por cáncer se deben a causas evitables, quedando patente la importancia de desarrollar estrategias de prevención primaria eficaces.

6 Bibliografía

1. Tardón García A, García López EM, Delgado Rodríguez M, Martín Moreno JM. Epidemiología del cáncer. En: Fernández-Crehuet Navajas J, Gestal Otero JJ, Delgado Rodríguez M, Bolúmar Montrull F, Herruzo Cabrera R, Serra Majem L, et al., editores. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Elsevier Masson; 2015. p: 798-825.
2. Forman D, Ferlay J, Stewart BW, Wild CP. The global and regional burden of cancer. En: International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 2014. 4ª ed. Lyon: IARC; 2014. p: 16-52.

3. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2018. Madrid: SEOM; 2018. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf
4. Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Alemán A, et al. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Granada: Red Española de Registros de Cáncer; 2014. Disponible en: http://redecan.org/es/page.cfm?id=196&title=estimaciones-de-la
5. Global Cancer Observatory [Internet]. Lyon: IARC [citada 11 Ene 2020]. Disponible en: http://gco.iarc.fr/
6. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte [Internet]. Madrid: INE; 2017 [citada 10 Ene 2020]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf
7. Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). Lancet. 2015; 385 (9972): 977-1010.

Capítulo 104

TRABAJO A TURNOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR

ELEAZAR BLANCO ALONSO

1 Introducción

Según un informe de la OMS de 2015, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo. En el año 2012, las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares representaron el 31% de los fallecimientos totales a nivel mundial.

2 Objetivos

- Analizar si la bibliografía más reciente relaciona la jornada laboral a turnos con un aumento de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en los trabajadores.

3 Metodología

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

4 Resultados

Diferentes investigaciones muestran una relación directa entre el trabajo a turnos y la obesidad, aunque en el caso de los hombres existe mayor variabilidad debido al tipo de trabajos que desempeñan. También se encuentra una relación entre este tipo de jornada laboral y un aumento en el consumo de cafeína y tabaco, que con la obesidad forman algunos de los factores de riesgo más importantes para la enfermedad cardiovascular.

Un meta-análisis de 2013 sobre 34 estudios previos que engloba a más de dos millones de personas muestra una relación entre el trabajo a turnos y un aumento de la odss ratio para padecer infartos de miocardio, accidentes cerebrovascuales y eventos cardiovasculares.

La relación entre el trabajo a turnos y el síndrome metabólico también está recogido en diferentes estudios de los últimos años, y esta relación se hace más fuerte con el aumento de años en ese tipo de jornada laboral.

5 Discusión-Conclusión

La bibliografía de los últimos diez años muestra una relación entre el trabajo a turnos y el aumento de la odds ratio de padecer enfermedades cardiovasculares, así como también un aumento de probabilidades en la incidencia de sus principales factores de riesgo como la enfermedad metabólica, obesidad, y el consumo de tabaco y cafeína.

6 Bibliografía

- Esquirol Y, Perret B, Ruidavets JB, Marquie JC, Dienne E, Niezborala M, et al. Shift work and cardiovascular risk factors: New knowledge from the past decade. Arch Cardiovasc Dis [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 20];104(12):636–68.
- Vyas M V, Garg AX, Iansavichus A V, Costella J, Donner A, Laugsand LE, et al. Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. BMJ [Internet]. 2012 [cited 2017 Jul 11];345.
- Guo Y, Rong Y, Huang X, Lai H, Luo X, Zhang Z, et al. Shift Work and the Relationship with Metabolic Syndrome in Chinese Aged Workers. Behrens T, editor. PLoS One [Internet]. 2015 Mar 11 [cited 2017 May 2];10(3):e0120632.
- Pan A, Schernhammer ES, Sun Q, Hu FB, Hu F. Rotating Night Shift Work and Risk of Type 2 Diabetes: Two Prospective Cohort Studies in Women. Groop L,

editor. PLoS Med [Internet]. 2011 Dec 6 [cited 2017 Apr 20];8(12):e1001141.

Capítulo 105

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS MATERNO INFANTILES A LO LARGO DE LA HISTORIA

MARÍA MONTERO ÁLVAREZ

PABLO MONTES HERREROS

1 Introducción

Entendemos como enfermería materno-infantil a la rama de enfermería que se encarga de realizar los cuidados relacionados tanto con las mujeres embarazadas o parturientas como también con los recién nacidos. Además se encarga de los cuidados de la mujer en cualquier etapa de su vida (embarazo, parto, puerperio, lactancia, climaterio…).

Esta figura de agente de cuidados ha estado ligada a lo largo de la historia a las mujeres, y sería hoy en día la correspondiente a la matrona.

2 Objetivos

• Conocer la evolución de los cuidados de la enfermería materno - infantil en las distintas etapas de la historia.
• Conocer la evolución de la figura de las matronas a lo largo de la historia.

3 Metodología

Para esta revisión bibliográfica se ha realizado la consulta de artículos en las bases de datos Dialnet, Pubmed y Google Académico. Acotando la búsqueda al idioma castellano, sin establecer límite en el año de la publicación.

4 Resultados

Los cuidados materno infantiles evolucionan con la especie humana, ocurriendo cambios significativos en los huesos de la pelvis que harían el parto más dificultoso. Gracias a las pinturas rupestres se puede deducir que las mujeres daban a luz en cuclillas o con las nalgas o rodillas sobre grandes piedras y al desarrollarse la ganadería y agricultura eran las ancianas de la tribu las encargadas de ayudar en los partos.

En la Edad Antigua la matrona era denominada con el término griego "mayéutica" el cual significa partera y fue puesto por Sócrates.

• Pueblo hebreo. En las parteras hebreas cabe destacar a Sifrá y Puá, las cuales fueron ordenadas de matar a los recién nacidos hombres por el Faraón, pero no lo llevaron a cabo, siendo el motivo «Están llenas de vida y dan a luz antes que llegue a ellas la partera» (Éxodo, I; 15-22).

• Egipto. La era egipcia nos deja papiros como el Papiro Westcar (1700 a. De J.C.) en el cual describen instrumental utilizado en el parto y el Papiro Ebers (1550 a J.C.) donde aparecen los conceptos «sobre la predicción del embarazo, mecanismos para acelerar el parto, pronóstico del recién nacido según el llanto y la determinación de la asistencia al parto por patronas experimentadas».

• Grecia. En la antigua Grecia las parteras no solo ayudaban en la asistencia al parto, sino que realizaban más funciones como controlar el embarazo, la educación de las embarazadas respecto a la alimentación y hábitos, manejo del dolor con respiraciones e incorporaron el uso de la silla obstétrica. Debido al avance de la sociedad griega, entra en juego el papel del médico hombre en la asistencia al parto.

• Roma da un paso atrás, volviendo a la atención al parto realizada únicamente por mujeres matronas. Destaca el médico Sorano llamado "padre de la Obstetricia" y que escribió "De Morbis muelieerium" donde recoge los requisitos prácticos y teóricos que debían cumplir las matronas (posiciones fetales, maniobras de extracción, protección del periné y cuidados al recién nacido).

La edad media supuso un gran retroceso en los cuidados materno infantiles debido a que fue una época de pobreza y predominio rural. Además la iglesia católica prohibió ejercer la medicina a judíos y mujeres, quienes tenían una imagen de brujas, siendo perseguidas acusadas de brujería.

Encontramos aquí la Escuela de Salerno que ejerció como resistencia formando a mujeres en medicina, entre ellas la matrona Trótula, que escribió una obra ginecológica y obstétrica donde aparece:
• Describe el desarrollo fetal (mediante la observación de embriones y fetos abortados).
• Mantiene que una correcta protección perineal previene los desgarros.
• Detalla las laceraciones, su sutura y sus cuidados.
• Destaca la importancia de la limpieza y prevención de la contaminación.
• Habla de la versión interna del feto
• Y recomienda cuidados durante el parto (baños, masajes, deambulación…).

Cuidados:
1. Se sabía que la mujer estaba embarazada mediante el cese de la menstruación, coloración más rojiza de la orina, oscurecimiento de los ojos y métodos como el ajo bajo la almohada.
2. Durante el parto: baño con hierbas, aceite de ajonjolí, almendras dulces y grasa de gallina.
3. Tras el nacimiento: corte del cordón, se le fajaban las extremidades al niño para evitar deformidades. Los vendajes se quitaban a los 4 meses y al año.
4. Lactancia: lo ejercían las nodrizas o amas de cría. En el siglo IX aparece el primer biberón o "cuerno de mamar".

En la edad moderna, con la llegada de la imprenta (S.XV) aparecen los libros médicos para la formación de matronas.
Francois Mauriceau escribe "Traité des Maladies des Femmes Grosses et Accouchées" en 1668 donde pasamos de la silla de partos a la postura de litotomía. Además, Peter Chamberlen inventa en el S.XVII los fórceps.

En España Damiá Carbó escribe el "Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños" donde define a la matrona ideal y establece como cuidados durante el puerperio:
• Preservar calor madre – hijo.
• Abstinencia sexual durante los primeros meses.
• No acunar al niño después de mamar.

Francisco Núñez escribió el "Libro intitulado del parto humano" donde establece los siguientes cuidados al recién nacido: cuidados del cordón, proteger la piel (con aceite de bellota y agua tibia), los ojos (lavado con leche o aceite) y apertura de las fosas nasales.

Desde el siglo XX hasta la actualidad se llevaron a cabo numerosas reestructuraciones con el fin de adaptarse a los nuevos avances.
- En 1902 existía un practicante autorizado para la asistencia a partos normales
- En 1904 mediante un Real Decreto se establece la formación académica de los estudios de matrona.
- En 1928 mediante un Real Decreto se establecen las escuelas de matronas y los requisitos que deben tener los organismos de docencia de matronas.
- El 6 de febrero de 1958 se publicó en el Boletín Oficial del Estado la Especialidad Obstétrica o Matrona como parte de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS).

Primera mitad del siglo XX: los partos son asistidos en casa, la atención de la comadrona era únicamente en el momento del parto y en los días posteriores al nacimiento, ellas eran las encargadas de visitar a la madre y velar por su salud y la del niño.

En la segunda mitad del siglo XX: los partos ya son hospitalizados, la atención al parto en el hospital avanza de una asistencia medicalizada e intervencionista a una asistencia más respetuosa, donde se prioriza la piel con piel y lactancia materna desde el primer momento.

La matrona en la actualidad ocupa un papel de asesoramiento y educación para la salud a las mujeres, familia y comunidad. Además destaca su papel en la educación prenatal, preparación para el parto, puerperio y maternidad, y todos los asuntos relacionados con la salud de la mujer y sexualidad.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados materno infantiles, así como a profesión de matrona han ido evolucionando a lo largo del tiempo, siendo la mujer la figura principal en la responsabilidad de los mismos.

Desde las épocas más antiguas han existido los cuidados de la mujer embarazada,

parto, puerperio y recién nacido, aunque variando en el grado de implicación por parte de la sociedad, donde destaca el gran retroceso durante la edad media.

En la actualidad los cuidados y la profesión de matrona han progresado llegando a un gran nivel de calidad y profesionalidad, los cuales seguirán desarrollándose y mejorando con la investigación científica.

6 Bibliografía

1. García M, García AC. Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la Historia. Matronas Profesión 2005; 6(1): 11-18.
2. Claret Garcia Martinez A, García Martinez M.J, Valle Racero J.I. Imagen de la matrona en la edad media: entre la superstición y la profesión. Libro de ponencias y comunicaciones. II Congreso Nacional de Historia de Enfermería. Academia.edu [Internet]. 1998. 4º comunicación: 204-211. Disponible en: http://www.academia.edu/2552326/_1998_Imagen_de_la_Matrona_en_la_Edad_Media_entre_la_superstici%C3%B3n_y_la_profesi%C3%B3n
3. http://enfeps.blogspot.com.es/2013/04/historia-de-las-matronas-desde-sus.html
4. Dunn P. Francois Mauriceau (1637-1709) and posture for parturition. Arch Dis Child. 1991; 66: 78-9
5. http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a18v14n4.pdf
6. http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/35/

Capítulo 106

AGENTES EXTERNOS. HIPOTERMIA.

ZAIDA GARCÍA BURON

ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ

JULIETA ALONSO SOTO

ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO

RICARDO ELORRIAGA CLARACO

1 Introducción

El ser humano es un animal homeotermo que trata de mantener una temperatura corporal constante a pesar de los cambios térmicos ambientales. La temperatura corporal normal medida en la cavidad oral es de 36,6 +/- 0,38 ºC, si bien estos valores varían de un individuo a otro y temporalmente, ya que siguen un ritmo circadiano.

El organismo es muy eficaz en la eliminación del calor pero tiene muy poca capacidad de generarlo, por lo que se adapta mal a los ambientes fríos. La temperatura ambiental ideal con lo cual el organismo no precisa ni producir ni disipar calor es de 28ºC.

La hipotermia se define como la presencia de una temperatura corporal central igual o inferior a 35ºC, entendiendo por temperatura central la medida en esófago, arteria pulmonar, recto o membrana timpánica.

- Hipotermia ligera : Temperatura entre 32 y 35 ºC.

- Hipotermia moderada: Temperatura entre 28 y 32 ªC.
- Hipotermia grave : Temperatura por debajo de 28ºC.

2 Objetivos

- Reconocer e identificar las manifestaciones clínicas de la hipotermia.
- Proporcionar los conocimientos necesarios para contribuir a restablecer la temperatura corporal hasta los valores normales y colaborar en la prevención de las posibles complicaciones derivadas de la hipotermia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tipos de hipotermia:
- Hipotermia accidental primaria: Exposición a ambientes hostiles extremos como inmersión en agua fría, extravío en la naturaleza…
- Hipotermia accidental secundaria: Alteraciones en los mecanismos de termorregulación como hipotiroidismo, hipoglucemia, sobredosis farmacológicas, hipoadrenalismo, accidente cerebrovascular
- Hipotermia urbana: Exposición a ambientes fríos por intoxicación con drogas o alcohol, indigencia, edad avanzada, enfermedades debilitantes
- Hipotermia inducida: Provocada con fines terapeúticos
- Hipotermia crónica: Alteración de los mecanismos productores del calor (personas de edad avanzada o discapacitadas)

Manifestaciones clínicas
Varían en función de los valores absolutos que alcanza el descenso. Temperatura (ºC) y manifestaciones clínicas:
35-34 - Máxima capacidad para tiritar.
- Aumento de la frecuencia cardíaca, taquipnea y vasoconstricción.
- Pérdida de la coordinación motora fina.

- Diuresis fría.

34-33 - Alteración de los mecanismos de regulación de la temperatura.
-Disminución del metabolismo.
-Disminución del gasto cardíaco.
-Disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria.
-Disminución de las concentraciones de catecolaminas.

32,5 - Confusión y pérdida de memoria.

31 - Pérdida de la capacidad de tiritar.

30 - Pérdida total de la regulación térmica.
- Aparición de onda J.
- Enlentecimiento del ritmo cardíaco.

28 - Disminución de la presión en la aorta.
- Disminución de la frecuencia cardíaca.
- Disminución del consumo de oxígeno.
- Riesgo de fibrilación ventricular.
- Disminución del flujo y del filtrado glomerular.

25 - Pérdida de reflejos.
- Máximo riesgo de fibrilación ventricular.

20 - Asistolia.
- Electroencefalograma plano.

Tratamiento:
- En el ámbito extrahospitalario hay que considerar que el coma asociado a hipotermia no es irreversible y que deben aplicarse medidas de reanimación intensas en víctimas aparentemente muertas en el mismo lugar del accidente. La ausencia de pulsos periféricos pueden reflejar, únicamente, un estado de vasoconstricción intenso. La hipotermia siempre debe considerarse un estado reversible, ya que, en esa situación disminuye el metabolismo y las necesidades de oxígeno y nutrientes de los tejidos, por lo que aumenta la tolerancia a insuficiencia circulatoria y al shock.

Si la víctima está en coma hay que manejarla con cuidado, pues cualquier estímulo externo (colocación de un catéter venoso, intubación orotraqueal o compresiones torácicas), pueden provocar fibrilación ventricular o asistolia. Hay que

evitar una mayor pérdida de calor y estabilizar las funciones vitales. Sustituir las ropas húmedas por secas. Como en cualquier víctima, debe controlarse permanentemente la vía aérea, respiración y circulación.

- En el ámbito hospitalario, los objetivos principales del tratamiento deben dirigirse a mantener una ventilación adecuada, conseguir un acceso venoso central, colocar una sonda nasogástrica y una sonda urinaria, reponer fluidos y tratar las posibles complicaciones.Establecer medidas de calentamiento corporal.

Técnicas de calentamiento:
- Calentamiento de los líquidos endovenosos.
- Lavado gástrico con líquidos calientes con el fin de calentar los órganos centrales.
- Calentamiento de la vía aérea, mediante humidificador en el respirador. Por este procedimiento se puede elevar un grado la temperatura corporal.
- Calentamiento pasivo, eficaz solamente en hipotermia moderada. Consiste en retirar las ropas frías, mantener al paciente seco cubriéndolo con mantas. Se consigue elevar la temperatura 0,38ºC.
- Calentamiento por radiación, con radiadores de calor.
- Calentamiento por inmersión en agua caliente.

5 Discusión-Conclusión

Las causas de hipotermia son múltiples. El conocimiento de los efectos fisiológicos de la hipotermia es esencial para el buen manejo de los pacientes hipotérmicos. La historia clínica, la determinación de factores predisponentes y los hallazgos en el examen físico son los elementos clave para establecer el diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Berlango Jiménez A, Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Hipo- termia accidental. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, di- rectores. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4a ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 794-97.
2.Yusta Escudero Z, Corrionero Fradejas MI, Palomo de los Reyes MJ. Hipotermia y congelación. En: Julián Jiménez A, coordinador. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Complejo hospi- talario de Toledo. 3a ed. Toledo: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; 2010. p. 1387-92.

3. Llenas GarcíaJ,CarlavillaMartínezAB.Trastornosdelaregulación de la temperatura. En: Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JI, Gracia Lorenzo V, Ibero Esparza C, La- lueza Blanco A et al, editores. Manual de diagnóstico y terapéu- tica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6a ed. Madrid: MSD; 2007. p. 119-29.
4. Henstridge, Victoria : Maneo de la Hipotermia (terapeútica). Base de datos de resúmenes de evidencia del JBI.2006
5. Ezpeleta A, Lorente JA, Esteban A. Manejo inicial del paciente con traumatismo térmico severo. Med Intensiva, 18: 478-489,1994.

Capítulo 107

PROPUESTA PARA LA MEJORA DE UN SERVICIO SANITARIO EN CUANTO A PREVENCIÓN DEL BURNOUT

MERCEDES URRA MONAUT

BLANCA FERNANDINO ZUBIETA

MIRIAM SALINAS VALENCIA

MARIA TERESA CARRASQUER PIRLA

DAVID GARCÍA TOSTÓN

1 Introducción

EL Burnout es la respuesta al estrés laboral crónico. Podemos destacar:
- OMS CIE-10: "Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)". Categoría "Z73 problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida"

2 Objetivos

Demostrar mediante una revisión sistemática la existencia del burnout en un servicio sanitario.

3 Caso clínico

Variables personales:
- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Antigüedad en el trabajo.
- Características de la personalidad.
- Psicopatología.
- Estrategias de afrontamiento.

Consecuencias del estrés laboral crónico:
- Alteraciones físicas.
- Alteraciones psicológicas.
- Alteraciones conductuales.
- Consecuencias a nivel organizacional.

Estresores específicos en enfermería:
- Exceso de estimulación aversiva.
- Contacto con enfermos.
- Frustración por no poder curar.
- Proporción muy alta de pacientes.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo a turnos.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización en las instituciones sanitarias.
- Carga de trabajo y problemas en el tiempo: conflictos entre el personal, disminución del compromiso en las decisiones o disminución del apoyo y pobre comunicación.
- Preparación inadecuada para el rol a desempeñar: relación con la atención al moribundo y la muerte.

Revisión sistemática realizada en febrero 2018.
- 38 artículos (63% utilizan MBI) tomando como estudio a más de 6000 enfermeras.
- 31% Agotamiento emocional.
- 24% Alta despersonalización.
- 38% Bajo logro personal.

Se proponen 10 sesiones semanales de 90 minutos de duración fuera del horario laboral. Técnicas requeridas para el desarrollo del programa: explicaciones, discusiones en grupo, apoyo grupal, ejercicios de role-playing, lluvia de ideas, técnicas de comunicación adecuada, formación en relajación y Reiky.
Se realiza un abordaje individual y otro abordaje organizacional. Este último con un grupo de participantes de 8-10 personas.

4 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica realizada creo importante realizar, de forma rutinaria, intervenciones como la propuesta en los centros de trabajo. De esta manera podríamos encontrar mejoras significativas en cuanto a despersonalización, falta de realización personal, cansancio emocional, interrupciones laborales temporales y satisfacción de los pacientes.

Tratar la cuestión del estrés ligado al trabajo puede conducir a una mayor eficacia y mejora de la salud y de la seguridad en el trabajo con los correspondientes beneficios económicos y sociales para las empresas, los trabajadores y la sociedad en su conjunto.

5 Bibliografía

1. OMS Clasificación Internacional de Enfermedades ICD10 http://www.who.int/classifications/icd/en/.
2. Gascon, S.; Olmedo, M.; Coccotelli, H. La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). Revista psicopatología Clinica 8(1):55-66.
3. Atance-Martinez, JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Rev. Esp. Salud Pública 1997; 71 (3): 293-303.
4. Thomaé, M.N.V.; Ayala, E. A.; Sphan M. S.. etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. Revista de postgrado de la VIa Cátedra de Medicina-Nº153-Enero 2006
5. Lopez, L. Martín, M. et al "el síndrome de burnout en el personal sanitario" ,instrumentos de medida. Medicina paliativa, Vol 7, Nº3 pg 94-100.
6. Masilla, F. (2011) Manual de riesgos profesionales en el trabajo: teoría y práctica. http://www.psicologíaonline.com (consultado 03/02/2019).
7. Maslach, C.; Jackson, S.E. (1986). The Maslach Burnout Inventory. (Zaed) Palo Alto, Consulting Psychologists Press (Versión espàñola adaptada por Nicolás

Seisdedos Cubero, TEA 1987).
8. Cabrera Pivaral, C.; Ruiz Cruz, L. Efecto de una intervención psicoeducativa para disminuir el Síndrome Burnout en personal de confianza de la Comisión Federal de Electricidad". Salud Mental Vol. 32 N°3 Mayo-junio 2009
9. Walter U, Krugmann CS, Plaumann M. Preventing burnout? A systematic review of effectiveness of individual and combined approaches. 2012 Feb; 55(2):172-82.
10. Albaladejo, R., et al "Sindrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de madrid". Rev. Española de Salud Pública 2004; 78:505-516 N°4. Julio/agosto 2004.
11. Ortega Loubon, C., Salas, R., Correa, R. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Hospital Aquilino Tejeira. Febrero Marzo 2011 iMedPub Journals doi: 10:3823/072 Vol.7 N°2:4.
12. Instituto nacional de seguridad y salud en el trabajo http://www.insht.es/portal/site/Insht/
(consultado 29/01/2019)
13. Ezenwaji, I. O., C. Eseadi, C. C. Okide, N. C. Nwosu, S. C. Ugwoke, K. O. Ololo, T. O. Oforka & A. I. Oboegbulem (2019) Work-related stress, burnout, and related sociodemographic factors among nurses: Implications for administrators, research, and policy. Medicine (Baltimore), 98, e13889.
14. Walter U, Krugmann CS, Plaumann M. Preventing burnout? A systematic review of effectiveness of individual and combined approaches. 2012 Feb; 55(2):172-82.
15. Bagheri Hosseinabadi, M., M. H. Ebrahimi, N. Khanjani, J. Biganeh, S. Mohammadi & M. Abdolahfard (2019) The effects of amplitude and stability of circadian rhythm and occupational stress on burnout syndrome and job dissatisfaction among irregular shift working nurses. J Clin Nurs.
16. Bakhamis, L., D. P. Paul, 3rd, H. Smith & A. Coustasse (2019) Still an Epidemic: The Burnout Syndrome in Hospital Registered Nurses. Health Care Manag (Frederick), 38, 3-10.
17. Deldar, K., R. Froutan, S. Dalvand, R. G. Gheshlagh & S. R. Mazloum (2018) The Relationship between Resiliency and Burnout in Iranian Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. Open Access Maced J Med Sci, 6, 2250-2256.
18. Creedy, D. K., M. Sidebotham, J. Gamble, J. Pallant & J. Fenwick (2017) Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. BMC Pregnancy Childbirth, 17.

Capítulo 108

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO EN UNA PACIENTE DE UNA UTT

ALICIA DIAZ GONZALEZ

LETICIA CUELI ARENAS

PAULA CUELI ARENAS

JUAN ANTONIO LEAL MEDIAVILLA

1 Introducción

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método sistemático para brindar cuidados humanistas tratando a la persona como un todo, cada paciente es un individuo único que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

Caso Clínico. Mujer de 32 años, politoxicómana desde los 16 años que tiene su primer contacto con Salud Mental en 1997 (a los 17 años). Incluida en el Programa de Mantenimiento con Metadona en la UTT desde mayo del 2003, con varias recaídas en el consumo de drogas hasta la actualidad (último consumo hace un mes). Como antecedentes personales de interés se pueden citar: VIH , VHC, cáncer de cervix, asma. En enero de este año estuvo ingresada en el Hospital de Cabueñes diagnosticada de neumonía, debido a la cual perdió 17 Kg, de los cuales ya ha recuperado 8 Kg.

2 Objetivos

- Seleccionar y recopilar las intervenciones enfermeras (NIC) necesarias y pertinentes para los diagnósticos (NANDA) de un PAE de una paciente en una Unidad de Tratamiento de Toxicomanías (UTT).

3 Metodología

Se ha seguido la metodología del plan de cuidados enfermeros, siguiendo el modelo de Virginia Henderson. Se han identificado los diagnósticos de enfermería (taxonomía NANDA), seleccionando posteriormente los criterios de resultados (NOC), las intervenciones (NIC) y las actividades.

- Dg de enfermería: (00002) Desequilibrio nutricional: por defecto m/p peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal r/c incapacidad para digerir los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o sociales.
- NOC: (1006) Peso: Masa corporal.
- NIC: o (5246) Asesoramiento nutricional. o (1240) Ayuda para ganar peso.
- Actividades:

Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
Ayudar al paciente a registrar lo que come normalmente en un periodo de 24 horas
Pesar al paciente a los intervalos determinados, si procede-
Controlar periódicamente el consumo diario de calorías.
Fomentar el aumento de ingesta de calorías.
Proporcionar suplementos dietéticos, si procede.

- Dg de enfermería: (00001) Estreñimiento m/p disminución de la frecuencia r/c opiáceos.
- NOC: (0501) Eliminación intestinal.
- NIC: o (0440) Entrenamiento intestinal. o (0450) Manejo del estreñimiento / impactación.
- Actividades:

Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.
Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones.
Disponer intimidad.

Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
Vigilar la existencia de peristaltismo.
Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir al paciente.
Instruir al paciente sobre el uso correcto de laxantes.

- Dg de enfermería: (00082) Manejo efectivo del régimen terapéutico m/p elección de actividades de la vida diarias apropiadas para alcanzar los objetivos del tratamiento y el programa de prevención r/c mantenimiento de la abstinencia.
- NOC: (1904) Control del riesgo.
- NIC: o (4470) Ayuda en la modificación de sí mismo.
(6610) Identificación del riesgo.
- Actividades:
Ayudar al paciente a identificar las conductas objetivo que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.
Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación al cambio deseado.
Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.
Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.
Determinar el nivel educativo.
Identificar las estrategias habituales de resolución de problemas.
Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.
Utilizar acuerdos con el paciente, si procede.

4 Bibliografía

- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier.
- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier.
- NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012 - 2014. Madrid: Elsevier; 2012.

Capítulo 109

ACTUACIÓN ANTE ATRAGANTAMIENTO.

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍN

LORETO GIL DIEZ

1 Introducción

Un atragantamiento es una obstrucción parcial o total de la vía aérea por un cuerpo extraño, en adultos suele ser por comida, y en niños por pequeños objetos que se hayan introducido en la boca. Sucede con frecuencia, y la mayoría de veces, se resuelve espontáneamente. Sin embargo es una situación potencialmente grave por ser una causa tratable de muerte accidental, aunque este desenlace sea infrecuente. Una actuación diligente y precoz puede salvar una vida.

Hay dos formas que se pueden presentar, la obstrucción leve y la obstrucción severa de la vía aérea, y que requerirán de medidas de actuación diferentes según la que se nos presente. Lo importante es en primera instancia saber determinar si se trata de una o de otra, para poder actuar de manera inmediata y con conocimiento de causa.

Obstrucción Leve.
El atragantamiento u obstrucción leve de la vía aérea no requiere de medidas complejas, pero es necesario actuar correctamente, ya que puede ocurrir que termine por evolucionar hacia un atragantamiento severo o total, necesitando en este caso una actuación que resolveremos más adelante.
- Signos generales: El atragantamiento puede ocurrir mientras la persona está comiendo. En ese momento, puede llevarse las manos al cuello como acto reflejo

ante el intento de recuperarse, y se produce una alteración del ciclo normal de la respiración.
- Signos específicos: Los signos específicos de esta situación son claros. La persona puede tanto hablar como responder. Se produce el reflejo de la tos, y a pesar de la alteración del ciclo respiratorio, puede respirar, aunque con dificultad variable.
- Acciones inmediatas: Cuando detectamos un atragantamiento leve, como primera acción, debemos sólamente estimular a la persona a toser. Luego, corresponde vigilar hasta que se produce la resolución del problema, o bien el inicio de tos ineficaz, en la cual debemos pasar al criterio de obstrucción severa de la vía aérea.

Obstrucción severa:
-Signos generales: Al igual que en el atragantamiento leve, la obstrucción severa de la vía aérea puede ocurrir mientras la persona está comiendo. En ese momento, suele llevarse las manos al cuello como acto reflejo al intentar eliminar el cuerpo extraño, y se produce una alteración notoria del ciclo normal de la respiración.
- Signos específicos: Los signos específicos difieren notablemente del atragantamiento leve. La persona, ante una obstrucción severa, no puede hablar, pero sí puede asentir o negar con la cabeza. La respiración se ve afectada al punto de no poder respirar o de presentar un sonido sibilante o una respiración paradójica, en la cual existe incongruencia entre los movimientos torácico y abdominal. Bajo estas circunstancias la tos se vuelve ineficaz.
En cuanto al nivel de consciencia, puede ser el caso de que hubiese un deterioro cognitivo previo, siendo el factor causante de la obstrucción, o bien suceder como manifestación secundaria al atragantamiento, habiendo pasado ya un tiempo.

- Acciones inmediatas:
1. Paciente Consciente:
Si el paciente está consciente, como primera medida se deben dar "hasta" 5 golpes entre las escápulas, con firmeza, y con el paciente colocado hacia adelante, estando el reanimador colocado en un lateral y por detrás de la persona afectada, con una mano en el pecho, y con la otra dando los golpes interescapulares. Decimos "hasta", porque en caso de resolverse el atragantamiento, debemos detenernos para no producir una nueva obstrucción.

En caso de que no se consiga la eliminación del cuerpo extraño, se debe proceder a realizar "hasta" 5 compresiones abdominales, conocidas como maniobra de Heimlich. En esta maniobra, el reanimador se encuentra por detrás abrazando a la persona atragantada, colocando un puño cerrado por debajo del apéndice xi-

foides (o entre el ombligo y el esternón), con el pulgar sobre la pared abdominal, y la otra mano reforzando a la primera. Las compresiones abdominales deben dirigirse hacia el centro del abdomen y hacia arriba.

Si al terminar el primer ciclo de 5 golpes entre las escápulas seguido de las 5 compresiones abdominales, persiste la obstrucción de la vía aérea, debemos reiniciar nuevamente los golpes interescapulares, continuados de las compresiones abdominales. Repetiremos este ciclo hasta que se resuelva la obstrucción o hasta que el paciente evolucione hacia la pérdida de consciencia.

2. Paciente Inconsciente:
Cuando hallamos a un paciente que se ha atragantado y ha perdido la consciencia, debemos proceder a activar al equipo de resucitación e iniciar la reanimación cardiopulmonar de manera inmediata. Esto se consigue realizando una llamada al 061 en España, al 112 si estamos en Europa, o al 911 en algunos países del mundo.

Una vez hecha la llamada, debemos proceder a realizar la maniobra de RCP o resucitación cardiopulmonar, con una frecuencia de 30 compresiones torácicas seguidas de 2 ventilaciones, con la particularidad de que entre las compresiones y las dos ventilaciones deberemos observar rápidamente si existe algún cuerpo extraño alojado en la boca, con el fin de retirarlo con el dedo índice en forma de gancho, si fuera posible; nunca debemos realizar la búsqueda de cuerpos extraños a ciegas, ya que podemos complicar la situación introduciendo el objeto aún más en la vía aérea.

Deberemos continuar con la reanimación cardiopulmonar hasta la llegada del equipo de asistencia o hasta que se haya conseguido la desobstrucción y la reaparición de la respiración espontánea por parte de la persona que ha sufrido el atragantamiento.

Menores de 1 año:
- Inclinar al niño cabeza abajo, apoyado en el antebrazo y sujetándolo bien por la barbilla, de modo que su cabeza quede más baja que el tronco pero no flexionada, y en esta posición, darle cinco golpes en la espalda con la parte de la mano más cercana a la muñeca.

Si con esto no expulsa lo que le ha atragantado, darle la vuelta para que quede con igual inclinación, pero boca arriba y con la cabeza ladeada, y apretarle cinco veces en el centro del pecho, un dedo por debajo del nivel de los pezones, con los dedos medio y anular. Lo que se pretende con cada empujón es que el aire

ascienda por la tráquea y despeje las vías respiratorias.
- Si no es posible sacarlo, intentar la respiración artificial.
- Repetir los golpes en la espalda y las compresiones en el pecho.

La asfixia por atragantamiento es la tercera causa de muerte no natural en España por delante los accidentes de tráfico. En 2017, un total de 2.336 personas perdieron la vida porque un trozo de comida u otro objeto les impidió respirar y nadie logró ayudarles a expulsarlo, según recoge el Instituto Nacional de Estadística (INE). Solo se sitúan por encima el número suicidios (3.679) y el de muertes por caídas accidentales (3.057)

2 Objetivos

Explicar cómo actuar ante situaciones de atragantamiento diferenciando el atragantamiento parcial del total y describiendo cómo se realiza una correcta técnica de Heimlich.

3 Caso clínico

Lactante de 12 meses que durante su estancia en la guardería se atraganta con un botón de su ropa. Comienza con tos y eritrosis facial. La cuidadora observa que no respira con normalidad y avisa a sus compañeras, que llaman al 112, mientras ella le da golpes en la espalda para que tosa, el niño está consciente y parece que ha sufrido un atragantamiento con un objeto.

Desde el 112 se activa la UVI móvil y se dan indicaciones a la cuidadora para que actúe mientras llegan los sanitarios. Deben mantener la calma. La cuidadora siguiendo las indicaciones intenta realizar extracción manual del cuerpo extraño para abrir vía aérea, no siendo efectiva, por lo que se le indica iniciar maniobras de expulsión cuerpo extraño.

Se le indica que debe colocar al niño sobre su antebrazo en decúbito prono, apoyando la cabeza sobre la mano en posición neutral, ligeramente extendida y más baja que el tronco; con el talón de la otra mano debe comenzar a dar 5 golpes rápidos y fuertes en zona interescapular. No se consigue la expulsión del cuerpo extraño, por lo que el coordinador del 112 indica a la cuidadora que cambie de posición.

Se le indica que cambie al lactante de antebrazo, colocándole decúbito supino, su-

jetándole la cabeza más baja que el tronco e iniciar con 5 compresiones torácicas con los dedos índice y corazón en la misma zona que el masaje cardiaco, pero más fuerte y lento.

Tras unos minutos llega la UVI móvil el niño no presenta movimientos voluntarios espontáneos y presenta cianosis central y periférica, con movimientos respiratorios ausentes. Los sanitarios de la UVI se hacen cargo de la situación.
Se procede a la valoración ABCDE y se inician medidas de estabilización. Al abrir vía aérea no existe cuerpo extraño visible, se inician 5 ventilaciones de rescate con ombú y masaje cardiaco, se traslada a la ambulancia y monitorizar electrocardiograma.

Se continúa con maniobras de RCP avanzada. Se optimiza la vía aérea y ventilación, mediante intubación del paciente, se consigue mejorar la saturación de O2 al 95%, durante la intubación se localiza cuerpo extraño que es extraído con unas pinzas. Se continúa con masaje cardiaco con un ritmo de 100 compresiones torácicas y 20 respiraciones/ minuto. Se canaliza vía periférica.

Monitorización electrocardiográfica. Se suspende para comprobar si existe respiración espontánea, signos vitales, pulso y actividad en el electrocardiograma que marca un ritmo sinusal a 80 lpm, se comprueba existencia de pulso femoral y toma de constantes. Se conecta paciente al respirador y se comprueba que persiste el ritmo y la constantes unos minutos más.

Tras comprobar estabilización del paciente se traslada a en la Uvi móvil al servicio de urgencias del hospital de referencia.
Se ingresa en la UCI pediátrica. Tras varias horas de observación se extuba al paciente y se pasa a una unidad de hospitalización. Tras 24 horas es dado de alta a su domicilio.

Pruebas complementarias:
- Toma de constantes:
• Frecuencia cardiaca.
• Frecuencia respiratoria.
• Tensión Arterial.
• Temperatura.
• Saturación de oxígeno.
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax

4 Discusión-Conclusión

Es necesario desde las administraciones públicas que promuevan la enseñanza de las técnicas de reanimación. Los primeros auxilios deben formar parte del currículo escolar. Los esfuerzos de las autoridades educativas y sanitarias deben ir enfocados a que todo el mundo sepa cómo actuar cuando se produce una crisis de este tipo, porque salvar la vida depende de segundos.

5 Bibliografía

- Guia de practica clinica AHA y ERC 2015
- INE
- Rodríguez, N. (2011).Manual de primeros auxilios. - Santamaría, VC.(2013).Educación sanitaria grupal sobre primeros auxilios. Nuberos Científica, 2

Capítulo 110

VÍA VENOSA CENTRAL

SANDRA CHICA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La canalización de una vía venosa central (VVC) es un procedimiento clave en el abordaje de pacientes críticos o bien pacientes en los que el acceso venoso periférico es prácticamente nulo, por lo que, en un intento de minimizar el tiempo de manipulación, el elevado porcentaje de éxito y la comodidad sobre estos pacientes, el acceso central es la mejor alternativa.La elección de la vía de acceso al sistema venoso central depende de la propia experiencia y de la situación cardiorrespiratoria del paciente.

La primera opción que se contempla es la vena yugular interna en su acceso posterior, utilizando la técnica de Seldinger para su canalización, ya que presenta menor número de complicaciones al emplear agujas de menor calibre. Esta técnica requiere las máximas condiciones de asepsia antes, durante y después de su realización. La ayuda mediante ecografía para su inserción ha demostrado menor tasa de fracasos, del tiempo de realización y de complicaciones.

2 Objetivos

- Mencionar las indicaciones y contraindicaciones de uso de la VVC.
- Exponer los distintos abordajes de las VVC y sus posibles complicaciones.
- Explicar la técnica Seldinger y sus tipos.
- Citar los procedimientos que se llevan a cabo para el cuidado de la VVC.

3 Metodología

Para la obtención de datos de este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica de documentos como ensayos y guías clínicas, revistas, libros; de la base de datos de ClinicalKey (Elsevier), Scielo y Medline. El tesauro empleado para ello fue: vías venosas, vía venosa central, cuidados vías venosas, Seldinger y anatomía vascular, seleccionando de forma minuciosa documentos escritos en castellano que recopilasen información adecuada para llevar a cabo este capítulo.

4 Resultados

La VVC está indicada en aquellos casos donde haya que obtener un acceso urgente a la circulación venosa central o bien en aquellos casos donde el acceso venoso es insuficiente; monitorizar la presión venosa central, administrar nutrición parenteral absoluta, tratamientos intravenosos de duración prolongada previsible, perfusión de hemoderivados o grandes volúmenes de líquidos, tratamientos agresivos para las venas periféricas.

Este tipo de vía no siempre es apta para todos los pacientes, por lo que existen algunas situaciones en la que está contraindicada como son la presencia de trombosis venosa profunda en el lugar de elección, coagulopatía o recuento plaquetario muy pobre, infecciones generalizadas no tratadas/sepsis y cirugía vascular femoral previa (para abordaje femoral), entre otras situaciones.

Para llevar a cabo la inserción de una VVC existen distintas zonas de acceso como son:

- La vena yugular: forma parte del paquete vascular del cuello, se sitúa lateralmente a la arteria carótida común. Como complicaciones pueden producirse neumotórax, lesión del plexo braquial, lesión de la carótida y hematomas, trastornos del ritmo cardíaco, lesión cardíaca y derrame pericárdico.
- La vena subclavia: localizada en el tercio superior del tórax, por delante del músculo escaleno. El borde inferior de la clavícula y la fosa supraesternal son las dos referencias que se utilizan para su localización. En este caso, las complicaciones son las mismas que las descritas para la vena yugular, aunque el desarrollo de neumotórax y hemotórax es más frecuente.
- La vena femoral: localizada debajo del ligamento inguinal, por dentro del punto medio de la línea que une la espina ilíaca anterosuperior y la espina del pubis. Dicha zona de inserción está desaconsejada en pacientes con traumatismos pélvicos graves.

Para la colocación de una vía venosa central se utiliza la técnica de Seldinger, la cual se lleva a cabo de la siguiente manera:
- Colocación del paciente, preparar la técnica bajo asepsia (guantes y bata estériles, gorro, mascarilla además de cubrir la zona y al paciente por completo con campo estéril), preparación de la zona de punción (lavado de la zona durante 30 segundos con clorhexidina y esperar otros 30 segundos a que se seque; en la ingle, frotar durante 2 minutos y esperar otro minuto a que se seque).
- Purgado de catéter con suero fisiológico (algunas instituciones se utiliza el suero heparinizado).
- Inserción de la aguja con un ángulo de 30-45º, aplicando presión negativa para localizar el vaso.
- Una vez haya retorno de sangre, insertar una guía en la vena a través de la aguja observando el monitor cardíaco en busca de latidos ectópicos.
- Retirar la aguja sujetando firmemente la guía y deslizar un catéter prelavado con suero fisiológico estéril al interior de la vena por la guía con un movimiento de giro en caso de necesidad.
- Avanzar el catéter por la guía hasta que el conector esté en la superficie de la piel. Retirar despacio la guía, asegurar que fluye sangre a través del catéter y fijarlo con suturas.
- Y por último, colocar un apósito estéril en el punto de acceso.

Para realizar esta técnica se pueden llevar a cabo tres métodos distintos:
- Método en dos etapas: punción de la vena e introducción del catéter en la aguja a posteriori.
- Método de Seldinger en cuatro etapas: punción de la vena, introducción de una guía metálica en la aguja de punción, retirada de la aguja y paso del catéter sobre la guía.
- Método de Seldinger con introductor, en el que éste se pasa sobre la guía y por él se inserta el catéter.

El cuidado y el mantenimiento de los catéteres venosos centrales son fundamentales para reducir las infecciones del torrente sanguíneo asociada a la vía central (ITSAVC).

Sobre la base del conocimiento de los factores de riesgo y los esfuerzos de mejora de calidad, se llevan a cabo diferentes elementos clave para prevenir estas ITSAVC:
- Higiene de manos con productos a base de alcohol o jabón antiséptico antes y después de manipular el catéter o vendaje.

- A la hora de su inserción: técnica aséptica, uso de equipos de barrera como son bata, guantes estériles, campo estéril etc.
- Desinfección de la piel con Clorhexidina al 2% o alcohol al 70% previa a la inserción.
- Uso de apósitos semipermeables transparentes estériles.
- Inspección diaria del sitio de inserción para controlar posibles signos de infección.

5 Discusión-Conclusión

Las vías venosas centrales son un instrumento que facilita el acceso venoso en pacientes en los que éste es complejo o el periférico resulta imposible. Enfermería juega un importante papel en el cuidado y manipulación de estas vías lo cual requiere habilidad y destreza del profesional. Se hace imprescindible la implantación y adherencia de los sanitarios a los protocolos que hagan referencia al correcto uso y manejo de estos dispositivos. El uso de solución de clorhexidina para el cuidado del sitio de inserción del catéter reduce el riesgo de ITSAVC en un alto porcentaje en comparación con el uso de soluciones con povidona yodada.

6 Bibliografía

- Accesos venosos en el recién nacido, el lactante y el niño- ClinicalKey [Internet]. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1280470317877549?scrollTo=%23hl0000645
- Cárcoba Rubio N, Ceña Santorcuato S. Cateterización venosa central de acceso periférico mediante técnica seldinger modificada en la urgencia hospitalaria. Enferm Glob [Internet]. octubre de 2010 [citado 11 de febrero de 2020];(20). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?scrpt=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Parra-Flores M, Souza-Gallardo LM, García-Correa GA, Centellas-Hinojosa S. Incidencia de infección asociada a catéter venoso central y factores de riesgo relacionados en pacientes con nutrición parenteral total en un hospital de tercer nivel. Cir Cir. 1 de marzo de 2017;85(2):104-8.
- Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria- ClinicalKey [Internet]. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491133889000404?scrollTo=%23hl0001452

- Puertos para catéteres venosos centrales: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000491.htm
- Técnicas diagnóstico-terapéuticas en medicina de urgencias y emergencias- ClinicalKey [Internet]. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491132080001959?scrollTo=%23hl0000507
- Técnicas- ClinicalKey [Internet]. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491132042000038?scrollTo=%23hl0000648
- Vías venosas centrales- ClinicalKey [Internet]. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788480866910000810

Capítulo 111

APROXIMACIÓN AL SESGO DE GÉNERO EN SALUD.

PATRICIA PALACIOS CARRETERO

ANDREA PÉREZ DÍAZ

ADRIANA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

REBECA AVILA LUSQUIÑOS

TANIA ÁLVAREZ COSTA

1 Introducción

El concepto de género, introducido por las teóricas feministas en los años 60 para intentar discernir entre lo biológico y lo cultural, está en continua construcción y deconstrucción al tratarse de un constructo socio-cultural, lo que implica constantes argumentaciones y nuevas aportaciones para redefinirlo desde un enfoque multidisciplinar.

Para Lourdes Benería el género podría definirse como: "conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. En primer lugar, es un proceso histórico que se desarrolla a distintos niveles tales como el estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través de las relaciones interpersonales. En segundo lugar, este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como masculinos

se les atribuye mayor valor." Esta definición avala el término de género como una elaboración social, la cual hay que enmarcar siempre en un contexto cultural e histórico, ya que en cuestiones biológicas sexos hay dos, pero en materia de género existen transgresiones con un amplio abanico de posibilidades, pues se deben tener en cuenta cuestiones de etnia, nacionalidad, edad, orientación sexual, entre otras.

A pesar de que la conciencia de género, cada día está más presente socialmente, continuamos perpetuando una distinción o jerarquización social, que se refleja en asignación de roles, símbolos o expectativas entre las personas que conformamos dichos colectivos, y perpetúan las representaciones y prácticas hegemónicas de un contexto aún heteropatriarcal.

A partir de este análisis, las corrientes feministas comienzan a cuestionarse las estructuras hegemónicas culturalmente establecidas y, entre otros muchos y diversos temas, se plantea la crítica en el campo de la salud y la biomedicina. Las múltiples definiciones actuales de salud ponen especial atención en la consecución de un completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente en la ausencia de enfermedad; por tanto, puede entenderse la enfermedad como la ausencia de esta plenitud por carencias en cualquiera de las áreas nombradas con anterioridad. Estas carencias pueden reflejarse no solo en las diferencias fisiológicas por sexo, sino también en las construcciones sociales que conforman la identidad de género de una persona, estableciéndose un vínculo indiscutible con el estado de salud/enfermedad. Por dicho motivo, los estudios de género, comienzan a percatarse de la insuficiencia y falta de conocimiento existente en las diversas áreas de investigación clínica referentes a la medicina, así como de la existencia de una praxis sanitaria basada en el androcentrismo y en el fenómeno del sesgo de género.

El sistema médico-científico es considerado uno de los principales sistemas sociales generador de desigualdades y discriminación hacia las mujeres. Es a finales de los años sesenta, principios de los setenta, cuando las corrientes feministas comienzan a poner de manifiesto el descontento hacia la jerarquización dentro del sistema clínico-asistencial. Los puntos de partida fueron: la concienciación sobre la salud de las mujeres, la necesidad de autocontrol y autodeterminación de estas sobre su propio cuerpo, además de la inminente separación de la reproducción y la sexualidad vivida en aquellos años. Sin embargo, no se apreciarán hasta los años noventa las múltiples necesidades de salud (las cuáles se extienden más allá del ámbito reproductivo) y situaciones de inequidad que hasta el

momento venían siendo sufridas por las mujeres.

Algunas de las denuncias expuestas al androcentrismo médico son las siguientes: exclusión de las mujeres de los niveles de decisión y elaboración teórica; la selección y priorización de los problemas a estudiar, el diseño, metodología, formulación de hipótesis e interpretación de la investigación, entre otros; formas de diagnosticar donde claramente impera el patrón androcéntrico, generalizando la sintomatología masculina en el procesos de enfermar; incorrecta utilización de tratamientos, como la excesiva prescripción de tratamientos hormonales, medicalizándose en muchas ocasiones procesos naturales; infravaloración de minorías étnicas ; etc.

Los discursos sociales y médicos han ido evolucionando con el pasar de los años, pero siguen manteniendo vigente las diferenciaciones por razones de sexo; los cuales, a pesar de la evolución que ha experimentado el conocimiento sobre cuerpo de la mujer, siguen escondiendo esta jerarquización perpetuando así la supremacía del cuerpo masculino.

La sociedad Americana de Mujeres Médicas define el Sesgo de Género como: "la diferencia en el tratamiento de ambos sexos con un mismo diagnóstico clínico, que puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud". Esta definición, puede ser supeditada, en cierto modo, al concepto androcentrista aún existente y que hemos nombrado con anterioridad, por lo que una definición más exhausta y adecuada sería: "el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres, en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos, el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios (incluida la investigación) y es discriminativa de un sexo respecto al otro".

Cuando se estudia el sesgo de género en el ámbito sanitario, podemos diferenciar dos áreas básicas: el sesgo presente en la investigación, y el que es resultado de la práctica clínica.

Las investigaciones biomédicas que nos preceden, incluso algunas actuales, eligen como sujetos de estudio a hombres o animales machos, y se extrapolan los resultados a toda la población. Esta premisa, sumada al hecho de la falta de costumbre de diseñar estudios con sensibilidad de género y a la falta de análisis de los resultados con perspectiva de género, generan un cuerpo de conocimiento sesgado que tiende a: invisivilizar bajo la normatividad masculina a las mujeres; investigar la salud de las mujeres en basa al concepto de feminidad socialmente

aceptado por el sistema; y utilizar este sistema de conocimiento como instrumento que mantiene y afianza el control sobre el cuerpo de éstas.

Por otro lado, la praxis (basada a su vez en el cuerpo de conocimientos generado por la investigación científica anteriormente nombrada) se encuentra sesgada en diferentes ámbitos de la atención sanitaria destinándose un número mayor de recursos y medios al proceso salud/enfermedad (prevención, diagnóstico y tratamiento) de un género respecto al otro ante iguales necesidades, sin disponer de evidencia que justifique esta inequidad en el reparto de recursos. De igual modo, observamos sesgos en la práctica clínica cuando las intervenciones terapéuticas o el abordaje clínico se realiza de forma indiferenciada (asunción de igualdad) entre hombre y mujeres, a pesar de la existencia de evidencias que justifican que estos dos grupos enferman o responden de manera desigual a un mismo proceso, y por tanto reafirmando la normatividad de un género (por lo general el masculino) mientras se anula al otro.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Analizar las manifestaciones del sesgo de género en la asistencia sanitaria española de los estudios seleccionados.

Objetivos secundarios:
- Analizar la prevalencia y utilización de los sistemas sanitarios (atención especializada y atención primaria) según el sexo del paciente desde una perspectiva de género.
- Comparar los tiempos de demora y de espera en la asistencia sanitaria española según el sexo del paciente desde una perspectiva de género.
- Comprobar y estudiar la existencia del sesgo de género en los servicios de urgencias.

3 Metodología

El siguiente trabajo se ha diseñado como una revisión bibliográfica, en la cual se ha llevado a cabo un proceso de búsqueda y selección de documentos durante los meses de octubre a diciembre de 2019.

La búsqueda y selección de artículos para el estudio se ha realizado atendiendo a una serie de criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión: fecha de publicación igual o posterior a 1995, disponibilidad del artículo a texto completo en la base consultada y textos publicados tanto en inglés como en castellano.
- Criterios de exclusión: estudios realizados en centros asistenciales fuera del territorio español, estudios realizados o que incluyan población pediátrica y artículos que declararan tener conflictos de intereses a la hora de elaborar la investigación.

Para efectuar la búsqueda y selección de documentos se ha llevado a cabo una consulta en las bases de datos CUIDEN, MEDLINE (PubMed), COCHRANE LIBRARY, SciELO, BIREME, MEDES, Ebsco Host (con todas sus bases de datos incluidas), ProQuest y Plinio. Así mismo, se consultó la Revista Gaceta Sanitaria y diversos documentos y estudios publicados por el Ministerio del Interior español y el Instituto Nacional de Estadística (INE); y mediante el método de búsqueda en cascada, se obtuvieron algunas investigaciones y artículos.

Para la búsqueda bibliográfica se han utilizado Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) y descriptores intuitivos. Los DECS empleados han sido: Salud (Health), Identidad de Género (Gender Identity), Igualdad de Género (Gender Equality), Sexo (Sex), Equidad (Equity) Atención Hospitalaria (Hospital Care) y Atención Primaria de Salud (Primary Health Care).

4 Resultados

La mayor utilización de hospitales por hombres es el indicador de sesgo de género del que más bibliografía científica poseemos. Elisabet Tasa-Vinyals et al., observan tras una síntesis bibliográfica en su estudio, que los hombres utilizan más los servicios de atención especializada y/o urgentes, siendo los recursos de la atención primaria los más utilizados por las mujeres.

En el estudio realizado por Rosa María García-Vandewalle en un hospital de Melilla se obtuvo (una vez corregidos los datos tras descontar los ingresos de mujeres en servicios de Ginecología y Obstetricia), que un 57,18% del total de ingresos fue cursado por hombres. Así mismo, un estudio Catalán concluyó que las hospitalizaciones son más frecuentes en los hombres para todos los rangos de edad y para la gran mayoría de diagnósticos (exceptuando las hospitalizaciones Obstétrico-Ginecológicas).

Una de las patologías donde más estudios comparativos se han hecho entre mujeres y hombres es el Infarto Agudo de Miocardio (IAM); un estudio llevado acabo

por Larrañaga N et al. (realizado en un hospital de Guipúzcoa), evidenció que del total de ingresos por dicha patología un 69% fueron hombres y un 31% mujeres, y a su vez se observó que dentro del grupo poblacional de mujeres se produjo una tasa más alta de letalidad y complicaciones (21% en mujeres, 13% en hombres). Por su parte el estudio IBERICA del año 2002, con una muestra poblacional de 8200 casos de IAM, avala que la sintomatología presentada en las mujeres es atípica (distinta de los patrones hegemónicos estudiados presentes principalmente en hombres), y por tanto existe una mayor gravedad al ingreso y un aumento de la letalidad.

Dentro del Estado Español, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el año 2010, publicó que un 53,6% del total de ingresos hospitalarios se realizaron a mujeres. Sin embargo, si dejamos a un lado las especialidades específicamente femeninas (embarazo, parto y puerperio, siendo éstas el principal motivo de ingreso con un 22,9% respecto del total de ingresos), el mayor porcentaje de ingresos correspondería al sexo masculino con un 52,5% del total. La última encuesta de morbilidad hospitalaria publicada por el INE en el año 2017 muestra que en nuestro país: "Por sexo, las altas hospitalarias aumentaron un 1,0% en el caso de los hombres y descendieron un 0,2% en el de las mujeres (si se excluyen las complicaciones del embarazo, parto y puerperio ascendieron un 1,1%). Más de la mitad de las altas correspondieron a mujeres (52,3%). No obstante, si se excluyen las producidas por embarazo, parto y puerperio, este porcentaje se situaría en el 47,4%".

El cuadro sintomatológico de las mujeres puede presentarse difuso a la hora de demandar asistencia sanitaria, ya que como venimos diciendo, no encaja en el cuadro típico de enfermedad masculina. Como consecuencia de este hecho, muchas mujeres vagan por el sistema sanitario sin un tratamiento adecuado a sus necesidades por las distintas especialidades médicas.
Por lo general, se viene observando que, a iguales problemas de salud o necesidades terapéuticas, las mujeres tardan más en buscar ayuda médica, y una vez que la solicitan tardan más en ser atendidas.

Por citar algunos ejemplos del infarto de miocardio (como se nombró con anterioridad una de las patologías más estudiadas en cuanto a cuestiones de género):
• El estudio IBERICA observó en su muestra poblacional que la demora entre el inicio de la sintomatología y la monitorización del paciente fue de 120 minutos (media) para los hombres frente a 153 minutos (media) para las mujeres.
• Un estudio realizado en Asturias sobre el Infarto de Miocardio encontró una

demora en la llegada al servicio de urgencias de 120 minutos (media) para los hombres, frente a 180 minutos (media) en las mujeres.
• Gonseth J et al. en su investigación llevada a cabo en Castilla La Mancha objetivaron un tiempo de espera de 150 minutos (media) en hombres, frente a 175 minutos (media) en mujeres.
• Por último, y para no extendernos mucho más en las claras evidencias observadas en este patología, citar que el estudio realizado en el Hospital de Guipúzcoa por Larrañaga N et al., observaron 90 minutos en el sexo masculino, frente a 120 minutos en el femenino.

Los únicos datos obtenidos en la búsqueda bibliográfica sobre los sesgos de género centrados exclusivamente en los servicios de urgencias son publicados en el año 1995, lo que hacen dudar de su validez científica. No obstante, los autores de este trabajo, realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital de Elche, encontraron un mayor uso de este servicio por parte del sexo masculino (un 57,5% de los pacientes atendidos fueron hombres, frente a un 42,5% de mujeres). La media de tiempo de espera fue menor para los hombres y recibieron tratamiento un porcentaje mayor de varones. Por otro lado, la media de tiempo que se tardó en encontrar un diagnóstico fue mayor para las mujeres, aumentándose en este grupo poblacional el número de pruebas diagnósticas.

Por su parte, y ya con datos más actuales y de mayor peso y evidencia científica, el estudio realizado en el Hospital Comarcal de la Ciudad Autónoma de Melilla, en el año 2010, observó en una muestra de 57.186 pacientes que un 55,05% eran mujeres, con un total de ingresos dentro de este 55,05% del 79%; sin embargo si se excluían las consultas e ingresos dentro de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, considerando exclusivamente servicios donde pudieran ingresar indistintamente hombres y mujeres, los resultados se invertían, realizándose un mayor número de ingresos en servicio "mixtos" (por así decirlo) por parte de hombres -57,18% (frente a mujeres -42,82%).

Por su parte, un estudio realizado por López Alonso SR et al. en 2017, que diferencia la casuística de las urgencias domiciliarias atendidas por enfermería, en una muestra de 1569 pacientes, sólo tiene en cuenta la variable sexo y concluye que se atendieron más mujeres que hombres (63,48% de pacientes mujeres versus 36,52% de pacientes hombres).

5 Discusión-Conclusión

Se ha observado tras la revisión bibliográfica que la población masculina hace una mayor demanda y utilización de los servicios de atención especializada y/o urgentes, siendo los recursos de la atención primaria los más utilizados por la población femenina.

En relación a los ingresos hospitalarios, si no se incluyen los motivos de consulta Obstétrico-Ginecológicos, el mayor porcentaje de estos ingresos es realizado por hombres, siendo por tanto los paciente varones los que hacen un mayor consumo de recursos sanitarios al contar con un mayor número de ingresos y con una mayor estancia hospitalaria según los datos del INE y de los diferentes estudios.

Se han observado diferencias en el tiempo discurrido entre la aparición de la clínica y la demanda de atención sanitaria entre el colectivo de hombres y de mujeres, siendo este tiempo mayor para las mujeres, y una vez solicitada la atención médica, los tiempos de espera se cuantifican mayores en éstas. Las diferencias objetivadas, con los datos anteriormente expuestos, entre hombres y mujeres a la hora de demorar la asistencia sanitaria, podría deberse a que éstas perciben la sintomatología o la gravedad de la situación cuando el proceso se encuentra en un estado más avanzado (en gran medida por el androcentrismo médico explicado en puntos anteriores); la influencia de roles marcada socialmente en un contexto social aún heteropatriarcal; la falta de conciencia de género así como de estudios en la materia por parte del personal sanitario, etc.

Con respecto a la utilización de los servicios de urgencia, los escasos estudios encontrados muestran una utilización de los servicios de atención especializada mayor por parte de los hombres, mientras que la utilización de la urgencia domiciliaria o de atención primaria es mayor por parte del colectivo femenino. Esto puede deberse por un lado a la sintomatología más inespecífica presente en las pacientes femeninas, así como a la menor percepción de gravedad dentro de este grupo poblacional. Ambas situaciones, pueden derivarse de un insuficiente conocimiento de la enfermedad y su evolución en el cuerpo femenino, por la falta de investigaciones nombradas con anterioridad, así como por la existencia de un cuerpo de conocimientos y sistema clínico asistencial androcéntrico que pone al sexo masculino en el eje central de su práctica y estudio.
Por último, hacer referencia a las limitaciones de este estudio por las escasas publicaciones e investigaciones encontradas, así como la falta de validez científica por razones de antigüedad/actualidad o tamaño muestral de los estudios

seleccionados. Estos hechos pueden sesgar la extrapolación de datos a la actualidad, haciéndose patente la necesidad de una actualización de conocimientos en esta materia, para permitir un mayor conocimiento de la magnitud del sesgo de género en dicho ámbito, proporcionar un mejor tratamiento y una mejor calidad y continuidad asistencial basada en la igualdad y la equidad, así como ajustar los recursos sanitarios disponibles en la actualidad, debido al gran impacto en materia de Salud Pública que suponen estas diferencias y sesgos encontradas en la investigación científica y en la práctica clínica por razones de sexo y por la falta del análisis desde una perspectiva de género.

6 Bibliografía

- https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/249300/13_11erart_.pdf
- Brugulat, P., Séculi, E., y Fusét, J. (2001). Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles. Gaceta Sanitaria, 15(1), 54-60.
- Esteban, M. L. (1996). Relaciones entre feminismo y sistema médico–científico, en Ortiz, T. (ed.), Mujeres de ciencia: 143-184. Granada: Universidad de Granada, Seminario de Estudios de la mujer.
- Esteban-Galarza, M. L. (2003). El Género como categoría analítica: Revisiones y aplicaciones a la salud. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 3(1), 22-39.
- Fraisse, G. (2003). Del sexo al género: los equívocos de un concepto. Universitat de València. Madrid, España: Ediciones Catedra.
- García, R. M. G. V. (2012). Desigualdad (inequidad) de género en el acceso a recursos sanitarios críticos en el siglo XXI. En Investigación y género, inseparables en el presente y en el futuro: IV Congreso Universitario Nacional "Investigación y Género". (pp. 651-668). Sevilla.
- Gonseth, J., Sanz, J., Segura, A., y García, C. (2002). Diferencias por sexo en el tiempo hasta la monitorización del infarto agudo de miocardio. Gac Sanit, 16(Supl 1), 90.
- INE. (2010). Movimiento Natural de la Población 2010. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE. (2017). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria Año 2017. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Lama, M. (2013). El género la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Librero-editor.
- Larrañaga, N., y Baterretxea M. (2002). Infarto agudo de miocardio con ingreso hospitalario en Gipuzkoa. Gac Sanit, 16(Supl 1), 60.

- Lenhart, S. (1993). Gender discrimination: a health and career development problem for women physicians. Journal of the American Medical Women's Association (1972), 48(5), 155-159.
- López Alonso, S. R., Martínez García, A. I., Arroyo Rodríguez, A., Linares Rodríguez, C., Romero Serrano, R., y Martín Caravante, S. (2017). Diferencias por sexo en la casuística de urgencias domiciliarias atendidas por una enfermera. Index de Enfermería, 26(4), 260264.
- Mosquera, C., De la Hera, J., Barriales, V., y Grupo de Estudio RIMAS. (2002). El infarto ¿Por qué la sobremortalidad en mujeres?. Gac Sanit, 16(Supl 1), 60.
- Ruiz-Cantero, M. T. (2009). Sesgos de género en la atención sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ruiz, M. T., Ronda, E., Álvarez-Dardet, C., Gil, V., & Belda, J. (1995). Atención según el género del paciente en los servicios de urgencias: ¿diferente o desigual? Gaceta Sanitaria, 9(47), 76-83.
- Ruiz-Cantero, M. T., y Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gaceta Sanitaria, 18(4), 118-125.
- Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V., ... y Peiró, R. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gaceta Sanitaria, 14(2), 146-155.
- Segura, A., Zurriaga, O., Rohlfs, I., Marrugat, J., Marco, R., ... y Riera, M. (2002). Estudio IBERICA. Gac Sanit, 16(Supl 1), 90.
- Tasa-Vinyals, E., Giral, M. M., y Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatria de Enlace, 113, 14-25.

Capítulo 112

HEMOTERAPIA: SISTEMAS DE CALIDAD

YOLANDA MÉNDEZ PELÁEZ

1 Introducción

Los criterios por los que se rigen los Centros de Transfusión en nuestro país podrán diferenciarse en: Reales Decretos (RD), Programas de Acreditación de los Bancos de Sangre (PABAS), Guías especializadas en Hemoterapia y controles de calidad siguiendo la certificación ISO.

2 Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica acerca de los sistemas de calidad en hemoterapia.

3 Metodología

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

4 Resultados

La calidad en un enfoque general sería la perfección tanto de las técnicas como del proceso humano. Por ello siempre estamos intentando buscar la manera de mejorar.

5 Discusión-Conclusión

La Calidad se puede definir como las actividades que incluyen el manejo, revisión, entrenamiento del personal, el establecimiento de auditorías, y la adopción de medidas preventivas y correctoras, que representan el compromiso por parte de los Centros y Servicios de Transfusión en la calidad de sus productos.

Los responsables de la transfusión deben garantizar la calidad de los componentes sanguíneos para asegurar la máxima seguridad al paciente.

6 Bibliografía

- Calidad y transfusión, Requisitos de evaluación de la calidad, Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España, 2018.
- Manual de uso óptimo de Componentes Sanguíneos. Por un uso seguro, eficiente y clínicamente eficaz de la sangre en Europa.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- http://www.scielo.org.co
- https://www.medline.eu/es

Capítulo 113

DONACIÓN DE HEMOCOMPONENTES MEDIANTE AFÉRESIS

DAVID RODRÍGUEZ ALONSO

LLARA LAVILLA SOLÍS

CRISTINA ORDIALES VEGA

SHEILA PEREZ RODRÍGUEZ

JENNYFER CORBEIRA PRESNO

1 Introducción

El término aféresis proviene del griego y su significado es separar, extraer o suprimir. Consiste en la obtención selectiva de uno o más componentes de la sangre.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento de donación de hemoderivados a través de la técnica de aféresis, así como plasmar las diferencias entre las modalidades existentes.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos. Para la realización de la búsqueda se han empleado como palabras clave:

- Aféresis
- Sangre
- Transfusión
- Donación

4 Resultados

Es la obtención selectiva de uno o más componentes de la sangre de forma automatizada. Mediante separadores celulares, que cuentan con un circuito cerrado, estéril y de un sólo uso, y tras punción en la vena del donante, se repiten varios ciclos de extracción de un pequeño volumen de sangre, se separan sus tres componentes y se procede a la selección de los mismos, recogiendo el componente deseado en cada caso, con devolución al donante de los componentes no seleccionados. El proceso dura entre 45 y 70 minutos, según el componente que se desee obtener y las características del donante.

En función del hemocomponente que se obtenga mediante el procedimiento, existen diferentes tipos:
ERITROAFÉRESIS
Se obtienen entre 2 y 3 concentrados de hematíes en una sesión. Indicaciones terapéuticas de los concentrados de hematíes o eritrocitos:
- Autóloga (Con fines quirúrgicos).Se extrae unos días antes de la intervención.
- Homóloga dirigida. Para uso pediátrico, anemias crónicas, inmunodeprimidos, fenotipos especiales.

La extracción dura unos 30 minutos.Se hace reposición salina. Para realizar una nueva donación, dependerá de las cifras de Hemoglobina y de Fe, pero habitualmente no antes de 2 meses.

TROMBOAFÉRESIS
Supone una extracción de plaquetas suficientes para una dosis a partir de un donante único, necesitándose habitualmente 5 donaciones convencionales para conformar la misma dosis.
Indicaciones:
- Pacientes con déficit de plaquetas y politransfundidos. Disminuye la transmisión de virus y mejora la respuesta transfusional en cantidad y en calidad.
- Estados de refractariedad plaquetaria, mediada por anticuerpos anti-HLA

Confirmada la no ingestión de antiagregantes plaquetarios durante los últimos tres días y que el donante se encuentre bien; se procede a la conexión a la máquina.

El proceso dura 1 hora aproximadamente. Para una nueva tromboféresis, el periodo de espera es de 48 horas. Legalmente puede realizarse hasta un total de 24 veces al año.

PLASMAFÉRESIS
Extracción de plasma en cantidad de 500-600ml en sesión única. El plasma es muy rico en proteínas, entre las más importantes destacan:
- La albúmina, que mantiene el plasma en el interior de los vasos e impide que se produzcan edemas (retención de líquidos); además actúa como transportador de hormonas, iones, y fármacos a los distintos tejidos del organismo.
- Los factores de coagulación, que se encargan, junto con las plaquetas, de frenar el sangrado cuando se produce una lesión en los vasos sanguíneos.
- Las inmunoglobulinas, que son producidas por células del sistema inmune y protegen al organismo de distintas infecciones.

Está indicado en individuos con pérdidas importantes de volumen sanguíneo o plasmático, que sufren por tanto una hipoproteinemia con o sin bajada de factores de coagulación.

LEUCOFÉRESIS
Extracción de leucocitos con o sin estimulación medular con esteroides o con GCSF con el fin de su infusión posterior.
Dependiendo del tipo de células a extraer denominamos:
- Granuloféresis. Retirada de Granulocitos
- Extracción de células CD3+
- Extracción linfomononucleados (CD34+) o Stem Cell

5 Discusión-Conclusión

Con este tipo de donación se mejora el rendimiento de la extracción ya que se obtienen cantidades mayores de plasma y plaquetas de un solo donante que las obtenidas en la separación de componentes de una donación normal, puesto que utilizando esta técnica, con una sola donación se obtiene una dosis terapéutica para un paciente adulto. Además, al provenir de un solo donante se garantiza una mayor calidad y seguridad transfusional, es decir, menor probabilidad de aloinmunización y menor probabilidad de transmisión de enfermedades infecciosas.

6 Bibliografía

- González T, Fernández N, Salgado O, González AI, Román R, de la Cruz N. Procederes de aféresis en el Instituto de Hematología e Inmunología. Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter. 2015;31(4):434-43.
- Mallhi RS, Kumar S, Philip J. A Comparative Assessment of Quality of Platelet Concentrates Prepared by Buffy Coat Poor Platelet Concentrate Method and Apheresis Derived Platelet Concentrate Method. Indian J Hematol Blood Transfus. 2015 Oct-Dec;31(4):453-9.
- Lieshout-Krikke RW, Zaaijer HL, van de Laar TJ. Predonation screening of candidate donors and prevention of window period donations. Transfusion. 2015 Feb;55(2):373-8.
- Medina MM. Recambio plasmático terapéutico citaféresis. Rev Med Instituto Mexicano Seguro Social 2005; 43(1): 47-52.
- Quintana-González S. Recolección de multicomponentes por aféresis. Gac Méd Méx. 2003;139 (supl 3):151-4.

Capítulo 114

ROL DE ENFERMERÍA EN DIÁLISIS PERITONEAL.

PATRICIA IGLESIAS CERRA

1 Introducción

La diálisis peritoneal se lleva a cabo introduciendo una cantidad variable que va desde a 1 a 3l de líquido de diálisis en la cavidad peritoneal.

Para llevar a cabo esta técnica se debe realizar un entrenamiento de la técnica con la finalidad de que el paciente no solo realice de forma adecuada la misma, sino que puede resolver de forma autónoma las posibles complicaciones.

2 Objetivos

Conocer las funciones de la enfermera en pacientes con diálisis peritoneal.

3 Caso clínico

Paciente varón, de 76 años, con enfermedades previas de diabetes e ICC y con micción mantenida. Procedente del ERCA, con puesta de catéter el 25 de octubre de 2019. Se inicia el entrenamiento el 13 de diciembre. Durante el periodo de entrenamiento todo transcurre con normalidad. Presenta una pauta de diálisis incremental.

En estos momentos el paciente lleva una semana realizando la diálisis peritoneal en su domicilio de forma autónoma.

El paciente realiza consulta telefónica con su enfermera de referencia durante el entrenamiento de la diálisis peritoneal, porque refiere tener dificultades para realizar el drenaje e infusión de la bolsa además de tener problemas con el funcionamiento de la báscula.
Se le indica al paciente la posibilidad de acudir a consulta para comprobar la permeabilidad del catéter.

En la consulta se comprueba la permeabilidad del mismo mediante la conexión a sistema de doble bolsa con heparina 1cc, se realiza lavado. El catéter funciona con normalidad, infunde y drena correctamente, se deja 1000 cc de glucosa al 1.5% más 1 gramo de Vancomicina como profiláxsis (la conexión / desconexión será realizada por el paciente en el domicilio).

El paciente presenta: peso mantenido, AMPA 130/70, no tiene signos de sobrehidratación, balance positivo con 1 intercambio nocturno (+800cc) que compensa con un aumento de diuresis. Se indica al paciente infundir 2000cc de glucosa al 1.5% permanecerá durante 6 horas.
Con permanencia de 6 horas drena 1200 cc no refiere signos de sobrehidratación, diurésis entorno a los 2000 cc.

4 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia que el paciente confíe en la enfermera, por ello se deberá conseguir una relación de confianza con el paciente (escucha activa, empatía con el paciente, etc). El personal de enfermería debe tener una instrucción adecuada para poder detectar las diferentes dificultades que pueden aparecer como pueden ser (sistema de tiempo de infusión que se esta utilizando, problemas en la técnica por parte del paciente, en el catéter o particularidades del peritoneo.

Los pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria deben tener conocimientos profundos de este tratamiento.

No todos los pacientes pueden ser candidatos, a recibir este tratamiento, es necesario evaluar al paciente teniendo en cuenta una serie de características, como son: la motivación, existencia de apoyo familiar, capacidad de realizar el autocuidado, capacidad intelectual, agudeza visual , hábitos higiénicos, condiciones sanitarias de su domicilio , espacio existente en el domicilio para llevar a cabo el tratamiento.

El entrenamiento de esta técnica tiene una duración de unos 20 días. El aprendizaje se produce evaluando la comprensión del paciente y reforzando de forma constante el aprendizaje.

Este entrenamiento tiene como objetivo no solo el conocimiento de la técnica correctamente sino que el paciente se ha capaz de resolver los posibles contratiempos(complicaciones infecciosas, mecánicas, metabólicas, etc), que puedan suceder, de una forma autónoma.

Cuando se produce alguna incidencia, sino se puede resolver telefónicamente, se remite al paciente a la consulta. Donde se realiza un reentrenamiento de la técnica junto al paciente.

El paciente nos indicará como ha realizado la técnica y como se siente ante dicho contratiempo.
Se incide en todos los pasos clave del proceso junto al paciente.

5 Bibliografía

- Daugirdas, J. Ing, T. Manual de diálisis. Barcelona. Masson. 1996.
- García, M. Ponz, E. Ramírez, J. Montenegro, J. Olivaders, J. Organización de un programa de diálisis peritoneal. España. DIBE, S.L. 1999.

Capítulo 115

ERGONOMIA EN EL ÁMBITO SANITARIO: DOLOR DE ESPALDA

PATRICIA IGLESIAS CERRA

1 Introducción

El término ergonomía procede de la palabra griega “ergos”: trabajo y “nomos”: conocimientos. Según la Asociación Española de Ergonomía, la ergonomía se pude definir como el conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de los usuarios, optimizando la eficacia, seguridad y bienestar.

El objetivo que persigue la ergonomía es adoptar el trabajo a las capacidades del ser humano.

2 Objetivos

- Analizar los riesgos existentes en las actividades realizadas por el personal sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La mala postura en el trabajo y la falta de conocimiento sobre las posturas ergonómicas a adoptar en cada una de las tareas que se deben realizar hace que se produzca un aumento en el número de casos de dolor de espalda en el personal sanitario.

Según estudios epidemiológicos el 60-80% de las personas adultas han padecido alguna vez dolor de espalda. El 90% de los trabajadores que han padecido dolor de espalda van a sufrir recidivas a lo largo de su vida.
Por todo ello estamos ante un problema de salud porque:
- Afectan a gran número de personas.
- Suponen pérdidas considerables de jornadas de trabajo.
- Requieren importantes gastos para su curación.
- Ocasionan incapacidades graves para el trabajo.

A continuación, se analizarán los riesgos que directa o indirectamente pueden dar lugar a la aparición y mantenimiento de dolor de espalda:
- Antecedentes socioeconómicos y psicológicos: nivel cultural y económico, grado de satisfacción laboral y situaciones de ventaja.
- Factores físicos:
• Sobrecarga simple: produce afectación a nivel cérvico- dorsal como consecuencia de posturas a tensión.
• Sobrecarga combinada: produce cizallamientos de las carillas articulares y presione anormales del disco intervertebral debido a la combinación de posturas mantenidas y gestos de torsión vibratoria
• Sobrecarga traumática: dan lugar a esguinces cervicales en conductores de vehículos.
• Sobrecarga vibratoria: se dan en técnicos que trabajan de manera habitual con maquinas vibratorias ocasionando una trepidación constante a la columna.

- Factores higiénicos sanitarios: Tabaquismo, obesidad y sobrepeso, alteraciones morfológicas de la columna.
Para minimizar estos riesgos, es importa dar a conocer al personal sanitario, las normas posturales , movilizaciones y transferencias de pacientes. Es de gran

importancia saber realizar estas movilizaciones de forma correcta para evitar lesiones. Las lesiones más frecuentes las encontramos en: muñecas, hombros, columna cervical y lumbar, síndrome del túnel carpiano, contracturas, mialgias y raquialgias.

1. Normas posturales para levantar objetos:
- Evitar realizar flexión completa de la espalda al recoger objetos del suelo, para esta actividad deberá agacharse y apoyarse con una mano en la rodilla.
- En el levantamiento de objetos pesados se debe flexionar la espalda.
- En el transporte de objetos: este se debe colocar lo mas cerca del cuerpo para evitar sobrecarga en la espalda, mantener los pies separados para aumentar la base de sustentación, elevar el objeto mediante movimiento de caderas y rodillas.

2. Normas posturales para trasladar objetos:
- Evitar arrastrar los objetos debido a que causa sobrecarga lumbar.
- Empujar el objeto aprovechando el propio peso del cuerpo.
- Apoyarse de espaldas al objeto y empujar con las piernas.

3. Normas posturales para trasladar objetos.
- Sustituir paquete con exceso de peso por otros más ligeros de forma simétrica.
- Utilizar bandas para mejor distribución del peso entre los hombros.
- No levantar objetos por encima de la altura de los hombros.
- Evitar hiperextender la espalda.
- Mantenerse siempre lo mas cerca posible del objeto a transportar.
- Nunca se debe inclinarse con piernas estiradas ni girar cuando se tenga un peso en alto.

4. Normas posturales para descansar
- Evitar sillas o sillones que le hagan resbalar
- Evitar cruzar las piernas
- Evitar que las sillas tengas apoyabrazos muy altos o separados para evitar que los hombres queden demasiado elevados.
- Respaldo del asiento debe estar almohadillado e inclinado hacia atrás (de 10 a 15 grados para la lectura y de 15 a 20 grados para el descanso).
- Las rodillas debes estar más altas que las caderas, los pies apoyados totalmente en el suelo.

5. Normas posturales para la movilización de personas. Esta es una de las actividades que con mayor frecuencia se realizan en el ámbito sanitario. Es de gran importancia saber realizar estas movilizaciones de forma correcta para evitar

lesiones. Las lesiones más frecuentes las encontramos en: muñecas, hombros, columna cervical y lumbar, síndrome del túnel carpiano, contracturas, mialgias y raquialgias.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos permiten conocer los factores de riesgo, así como las medidas para evitar o minimizar dichos riesgos que pueden ocasionar en dolores de espalda bastante cotidianos.

Para realizar los diferentes tipos de movilización y transferencias de personas (movilización en la cama del paciente, traslado de cama a camilla, traslado de cama a sillón y viceversa), se debe realizar un entrenamiento del personal sanitario.

6 Bibliografía

1. García M, Castañeda R. Las enfermedades profesionales declaradas en España en los últimos 18 años. La Mutua. 2007; (19): 19-44.
2. 2. Benavides FG, Delclos J, Benach J, Serra C. Lesiones por accidente de trabajo, una prioridad en salud pública. Rev Esp Salud Pública. 2006; 80:553-65.
3. Maigne,J.Y. El dolor de espalda. 1ª edición. Barcelona. Paidotribo.1995.

Capítulo 116

LA GASTROENTERITIS.

IVÁN GRANDA RUIZ

JORGE ÁLVAREZ CIENFUEGOS

ANDREA LLANO SUÁREZ

1 Introducción

Se define como una disminución en la consistencia de las heces y en un aumento de las evacuaciones con o sin fiebre o vómitos. Presentan una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en niños menos de 5 años, siendo un problema de sanidad pública en sitios con bajo saneamiento ambiental.

La mayoría son de causa viral: el rotavirus, norovirus, astrovirus y adenovirus son los más frecuentes. Waldo E. Nelson en 1970 "La identificación del germen causante de la gastroenteritis infantil invernal grave y el desarrollo de una vacuna efectiva contra el mismo será uno de los avances más importantes de la pediatría moderna". En 1978 se descubrió el rotavirus y en 1988 la primera vacuna. En 2006 se autoriza la vacuna pentavalente y en 2008 la monovalente.

2 Objetivos

- Conocer con las posibles causas de la gastroenteritis.
- Descubrir su incidencia y medidas de protección.
- Observar los cuidados, tratamientos y vacunas.

3 Metodología

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

Acotada la búsqueda a los últimos 4 años (2016-2020). Criterios de inclusión: "gastroenteritis", "vacuna", "tratamiento", "virus" y "causas".

4 Resultados

La clínica suele manifestarse por escaso apetito, dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas, tenesmo rectal, entro otros. El estado de hidratación es el más importante por lo que se debe poner atención a la cantidad de líquidos perdidos.1 El grado de deshidratación se puede medir mediante varios hallazgos clínicos como son los ojos hundidos, estado de conciencia, presencia de lágrimas, e hidratación de las mucosas.

La escala de Gorelick se emplea para establecer un nivel de gravedad y nos permite conocer si el paciente debe ingresar. En cuanto a los estudios de laboratorio, no parecen ser fiables a ciencia cierta. Solo se emplean para medir el nivel de electrolitos.

Su manejo se basa en 3 puntos fundamentales que son:
- Rehidratación rápida con solución hipoosmolar por vía oral.
- Asegurar realimentación.
- Reducir los síntomas.

Cuando la rehidratación oral no es posible, la enteral por sonda nasogástrica presenta menos inconvenientes que la intravenosa. Es conocida su asociación con las convulsiones. Es una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria. Según el tiempo de duración se clasifica en aguda, persistente y crónica. El pilar del tratamiento es el control de constantes vitales, reposición hidroelectrolítica, dieta astringente, analgesia, antipiréticos, antidiarreicos y antieméticos.

Este síndrome diarreico dura aproximadamente unos 14 días. Norovirus es el más frecuente en los adultos. Suelen coexistir diarrea y vómitos. Fluidoterapia es la

base del tratamiento. No se recomienda dieta estricta. El porcentaje de gastroenteritis aguda idiopática sigue siendo muy elevado. El rotavirus es el más frecuente, aunque la norovirus adquiere cada vez más peso. No suelen complicarse ni convertirse en una enfermedad grave.

5 Discusión-Conclusión

- Es una enfermedad sistémica que puede afectar a todo el organismo.
- Es una enfermedad global que afecta a todas las edades.
- Es una enfermedad "oculta" porque no es un diagnóstico claro.

Su vacunación precoz es muy importante debido a que está enfermedad es universal global y sistémica. Puede llegar a ser grave, mortal y prevenible con una vacuna efectiva.

6 Bibliografía

1.Iramain R, Jara A, Tovilla YM, Cardozo L, Morinigo R, Rojas P, et al. Consenso Internacional de Gastroenteritis Aguda en Urgencias. Comité de Emergencias SLACIP (Sociedad Latino Americana de Cuidados Intensivos Pediátricos). Pediatría (Asunción). 2017;44(3):249-58.
2. I Bru, De La Flor, De La SEPEAP. Vacunas. Rotavirus: algo más que gastroenteritis. 46 Reunión Anual Conjunta. 2018:115.
3. Rubio AC. Gastroenteritis Aguda. Sacyl. 2019.
4. Azcona OM, Gómez LV, Sánchez PB, Soto RD, Suarez LM. Gastroenteritis aguda y virus entéricos: impacto de la detección de norovirus. En Anales de Pediatría. Elsevier Doyma. 2017;87(3):143-47.

Capítulo 117

LOS CUIDADOS INVISIBLES. ACTUAL PROBLEMA DE ENFERMERÍA

VANESA LLANOS GARCIA

LORENA BOBES FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los cuidados invisibles son un elemento central y fundamental de la práctica de la Enfermería y son la base de su identidad profesional. La enfermería ha sufrido una profesionalización en los últimos 150 años, no obstante, los cuidados invisibles siguen estando sin reconocimiento, pese a su vital importancia en la calidad de vida de los pacientes.

Podemos definir cuidados invisibles como ”aquellas acciones profesionales y autónomas de cuidado enfermero que en su mayoría resultan intangibles pero que contribuyen al bienestar y mejoría de las personas tanto o más que las acciones técnicas y delegadas dirigidas al plano únicamente físico de la persona. El fenómeno del Cuidado Invisible se considera compuesto por las siguientes dimensiones de cuidado: Fomento del autocuidado, relación de confianza/seguridad, apoyo emocional, tacto/escucha, confort, ética, respeto y presencia cuidadora”.

Las ciencias de la salud, pueden comprenderse desde diversos puntos de vista. El más reconocido es el biologicista, que concibe al ser humano como un conjunto de órganos y sistemas y la salud como ausencia de enfermedad. Debido a esta concepción, los cuidados de enfermería se han visto como una etapa más de la curación, aunque no hay que olvidar que estos cuidados no solo deben

prestarse ante un estado de enfermedad, sino que debemos potenciar que el paciente satisfaga por si mismo sus necesidades siempre que pueda, promoviendo la autonomía (según la teórica de Virginia Henderson).

El rol femenino de cuidadora ha sido la causa de que los cuidados hayan tenido descrédito, debido al nulo reconocimiento social y económico de los cuidados del hogar. Gracias a Florence Nightingale, a partir de 1850, además de introducirse la figura masculina dentro de la profesión, se contribuyó a la secularización de la profesión, haciendo que fuese una disciplina académica regulada por la administración pública y no tanto por el estamento religioso.

Enfermería ha venido sufriendo un fundamental proceso de profesionalización durante los últimos 150 años, ampliando su componente científico, lo que ha permitido elevar su reconocimiento y pasar a tener una visión de las ciencias de la salud más holística. Sin embargo, en lo que se refiere a los cuidados invisibles, no ha habido cambios a pesar de su gran importancia a nivel sanitario.

El principal obstáculo a la hora de llevar a cabo este tipo de actividades que engloban los cuidados invisibles es que no pueden ser registradas ni valoradas institucionalmente. Aunque nos ocupen una parte importante de nuestra jornada laboral y sean beneficiosas para la salud del paciente, tanto en su bienestar como a nivel de su autonomía y seguridad, a ojos de los demás es como si no se hubieran llevado a cabo.

Muchas veces, aparte de que no puedan ser reconocidas porque no exista un lugar apropiado para registrar este tipo de actividades, las enfermeras carecen del tiempo para registrar los cuidados aplicados ya que consideran prioritario asistir al paciente que dejar todo lo que hacen plasmado en algún registro. Además, muchos de los profesionales con gran experiencia profesional tienen una forma de actuar de base que hace que automáticamente lleven a cabo estos cuidados invisibles que para ellos son implícitos. Por tanto, muchas veces somos los propios enfermeros los que hacemos de estos cuidados, actividades invisibles.

Destacan como cuidados invisibles el trato correcto con el paciente, asegurarles sus necesidades básicas individualizando los cuidados, mostrando empatía, disponibilidad, tranquilidad, presencia y otros muchos valores que forman parte de este trato humanizado que es lo que los usuarios más valoran y lo que permite establecer la denomina relación terapéutica basada en la confianza. Los cuidados invisibles estarían formados por el cuidado de la esfera emocional de los pacientes a través de la comunicación tanto verbal como no verbal, así como todos aquellos

cuidados dirigidos al bienestar físico promoviendo el confort, la protección de la intimidad física y el manejo del dolor. De esta forma ayudamos a afrontar mejor todos los problemas de salud, tanto por parte del propio paciente como de su entorno.Sería necesario destacar el apoyo y la empatía como puntos fundamentales de la relación terapéutica. Y no solo hacia el enfermo, sino también hacia su familia y el resto de su entorno, que de una manera u otra verá afectada su manera de vida.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar las grandes transformaciones sociales actuales que obligan a replantearse la necesidad de visibilizar los cuidados invisibles de enfermería

Objetivos secundarios
- Analizar las causas de que estas actividades sean consideradas como invisibles.
- Destacar la importancia de estos cuidados para lograr su reconocimiento tanto institucional como social.
- Identificar posibles maneras de visibilizar y objetivar los cuidados invisibles en enfermería para su reconocimiento.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura en Google académico, PuMed, SciELO, Cochrane y Cuiden. Además, se consultaron diversas páginas web (como la deI Instituto Nacional de Estadística-INE- y la de Instituto de Mayores y Servicios Sociales ,IMSERSO). En esta revisión se han usado las siguientes palabras clave:cuidados invisibles, rol de Enfermería, y profesionalización. Se han usado los siguientes operadores boleados “AND” y “OR”.

En cuanto a los limitadores marcados, se han usado los siguientes: limitador temporal (documentos publicados en los últimos 10 años) y limitador idiomático (documentos en castellano o inglés) y la disponibilidad de obtener los textos completos de manera gratuita. Quedan excluidas publicaciones en lenguaje diferente al castellano y/o inglés, artículos sin acceso al texto completo o con información incompleta, fecha de publicación anterior a 2009. Quedan incluidos artículos catalogados como revisiones bibliográficas, estudios de investigación, obtención de texto completo publicados en los últimos 10 años(2009-2019).

4 Resultados

El actual siglo XXI presenta un avanzado proceso de envejecimiento de la población a nivel mundial. Cuando hablamos de ese aumento de la población mayor nos remitimos a datos concretos, ya que según el informe publicado por el Instituto de mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) "en España, las proyecciones de población apuntan a que, en las próximas décadas, la población de 65 años y más seguirá aumentando. En el año 2050 habrá algo más de 15 millones de mayores, casi el doble que en la actualidad y representarán más de un tercio del total de la población española ".

El grupo de edad que más ha crecido en su participación en los ingresos hospitalarios es el de mayores de 65 año, lo que provoca la necesidad de reconfigurar el sistema y la atención sanitaria, de la que la Enfermería forma parte. Por lo tanto, dado que conforme se avanza en edad se incrementa el riesgo de padecer fallos en el organismo, un crecimiento de los grupos de población considerados mayores de 65 años hace más patente la necesidad de contar con una respuesta sanitaria ante las demandas de más individuos que potencialmente utilizarán más el sistema sanitario (procesos pre y post operatorios, tratamientos de enfermedades crónicas, re-educación de pacientes, etc.).

Además, se debe destacar la llamada epidemia de las enfermedades no transmisibles, tales como las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas, etc.) que la convierten en la principal causa de muerte global. La Enfermería tiene enfrente un desafío: la gran mayoría de los enfermos que atiende nunca se van a curar, son pacientes crónicos, lo que obliga a replantearse tanto el rol tradicional curativo de los cuidados de enfermería como los modelos de atención socio-sanitaria.

No menos importante es la creciente urbanización de nuestras sociedades, lo que obliga a tener en cuenta las condiciones de vida en las que se desarrollan los individuos: tanto en la salud como en la enfermedad. En España el 70% de la población reside en entorno urbano, dentro de los cuidados enfermeros se debe prestar importancia al hecho de que estas poblaciones urbanas que atienden vivirán cada vez más en ciudades medias y grandes, con más pacientes mayores crónicos, abandonando el entorno hospitalario. La atención sanitaria y los cuidados enfermeros en el hogar serán cada vez lo más frecuente.

Hay que destacar que la incorporación de la mujer al mercado de trabajo productivo ha contribuido a desencadenar una importante transformación social:

la participación de las mujeres en la esfera pública. Esto ha provocado la crisis de los cuidados, ya que su salida hacia el espacio público ha creado tensiones importantes en la organización familiar y en las estructuras familiares: visibilización paulatina del cuidado, redistribución de los roles en las familias, familias con menos hijos que generaciones anteriores, familias sin hijos del todo, nuevas formas familiares, etc. Algunos de los resultados más importantes de esta transformación que impactan la práctica enfermera son la disminución de las generaciones de relevo (contribuyendo al envejecimiento de la población), el decrecimiento de las redes de apoyo familiar (potenciando la dependencia de los cuidados institucionales o el incremento de la soledad percibida), la redistribución de la morbilidad y la mortalidad.

Los cuidados invisibles, deben ser analizados de cara a todas estas transformaciones que están actualmente sucediendo. Los cuidados invisibles continúan siendo registrables insuficientemente y, por tanto, no reconocidos. La meta consiste en integrar estos cuidados en una práctica enfermera con procedimientos registrables y estandarizados en la medida de lo posible aumentando la calidad de la atención en la práctica de enfermería.

La enfermería ha venido profesionalizándose y ampliando cada vez más el componente científico de la disciplina, lo que ha supuesto cambios positivos para los profesionales de Enfermería y ha permitido un mayor reconocimiento dentro de las ciencias de la salud. No obstante, en este proceso se han mantenido relegadas algunas áreas de la práctica diaria que revisten vital importancia para la calidad de vida de pacientes, usuarios y familiares, como por ejemplo los cuidados invisibles.

Las dificultades para lograr un reconocimiento de los cuidados invisibles son múltiples: cómo medirlos, como medir su eficiencia, cómo determinar qué peso deben tener dentro del conjunto de cuidado enfermeros.

Los profesionales de enfermería se enfrentan a varias preguntas: ¿puede Enfermera seguir teniendo el mismo rol curativo a pesar de las grandes transformaciones sociales?, ¿puede seguir relegada solamente al entorno asistencial?, ¿puede tener otro tipo de intervenciones?, ¿pueden los profesionales de Enfermería asumir estos cambios y adaptarse a estos nuevos cambios?

Para lograr el reconocimiento de los cuidados invisibles de enfermería podrían realizarse una serie de medidas: disminuir las tareas delegadas por otros profesionales de la salud, para que de esta forma se pueda abarcar un mayor tiempo

en el campo de la Enfermería o trabajar conjuntamente con otras ramas para equilibrar una balanza; concienciar a profesionales y a los familiares receptores de cuidados sobre la importancia de los cuidados invisibles y sobre el impacto que produce en la recuperación y mejoría; reforzar mediante educación preventiva en enfermería a las poblaciones con mayor riesgo de enfermedades crónicas para disminuir su posible ingreso en el sistema hospitalario y así disminuir la carga de trabajo de cuidados invisibles y concienciar a los profesionales sobre la necesidad de implicar el factor tiempo en el uso de cuidados no registrables como parte fundamental e imprescindible en la labor diaria de enfermería (tiempo que debería ser remunerado como parte de la jornada ordinaria de trabajo).

5 Discusión-Conclusión

Sería conveniente encontrar un punto intermedio entre la desprofesionalización pasada y la sobreprofesionalización actual, punto intermedio en el cual exista la combinación del lado humanista y del lado de la profesionalización. No se promulga perder elementos fundamentales del cuidar, que están ampliamente conectados con una relación interpersonal con el usuario.

En muchas ocasiones, la actual profesionalización de los cuidados enfermeros conduce a los profesionales de enfermería a invertir tiempo en nuevas tecnologías, estándares de calidad, y protocolos, que muchas veces se realizan sin haber tomado en cuenta al paciente, pero que son tan necesarios e imprescindibles como la otra faceta humanista por la cual se fundamenta el rol de la profesión. Los cuidados invisibles son necesarios y fundamentales, son un pilar fundamental sobre el que asienta la enfermería. Se debe reconocer su importancia y empezar a contabilizarlos dentro del trabajo diario de esta profesión.

Finalizaríamos con una reflexión de Torralba (citado en Ventosa):"El cuidar requiere tiempo y espacio, dedicación y técnica, ciencia y sabiduría, conocimiento teórico y praxis y, todo ello, requiere un marco institucional idóneo, un marco donde las condiciones estructurales sean favorables para el ejercicio de dicho cuidado. En este sentido, el deber moral de los profesionales sanitarios no solo radica en el buen ejercicio de la profesión, sino en la reivindicación de unas condiciones adecuadas desde el punto de vista institucional para el buen ejercicio del cuidado".

6 Bibliografía

1. Macías Llanes, María Elena. Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica. Humanidades Médicas 2011; 11(1): 18-44.
2. Laza Vásquez C, Cárdenas Martínez FJ. Abordaje Interdisciplinario de la Salud y la Enfermedad: Aportes a la Enfermería. Índex enfermería 2009; 18(1): 37-41.
3. Huercanos Esparza, Isabel. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en http://www.indexf.com/lascasas/
documentos/lc0510.php (acceso: 10/02/2020).
4. Imserso. Las Personas Mayores en España 2008. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. (Vol. 1). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2009.
5. Organización de las Naciones Unidas, ONU. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas (A/CONF.197/9); 2002.
6. Instituto Nacional de Estadística, INE. Estimaciones de la Población Actual de España. Resultados Nacionales. En: http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?
per=01&type=db&divi=EPOB&idtab=2 (acceso: 10/01/2020).
7. Instituto Nacional de Estadística, INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria - Año 2010. Serie Notas de prensa, no 69. Madrid: INE; 2011.
8. Ventosa Esquinaldo F. Pensamiento de San Juan de Dios y la orden hospitalaria y su relación con la enfermería: conceptos y valores. Granada: Archivo-Museo San Juan de Dios; 2012.

Capítulo 118

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO.

JESICA CUERVO BLANCO

MARÍA FIDALGO QUINTELA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de Salud (OMS): la diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.

Considerando que la diabetes mellitus es la enfermedad del siglo XXI y el pie diabético una de sus complicaciones más frecuentes, nos encontramos ante un importante problema de salud que va a afectar a un gran número de personas y sobre el que el profesional de enfermería tiene mucho que decir.

Para ello existen múltiples guías de prevención y cuidados del pie diabético que pretenden abordar el problema de forma integral para mejorar la calidad de vida del enfermo y reducir la aparición de complicaciones que no ser tratadas de manera adecuada pueden provocar una infección, necrosis y finalmente tener que llevar a cabo una amputación con todo lo que eso conlleva.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes cuidados de enfermería del pie diabético.
- Prevención del desarrollo de complicaciones graves minimizando la tasa de amputados.

3 Metodología

Mediante búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos utilizando palabras clave como: diabetes mellitus, pie diabético, cuidados de enfermería, etc… recogiendo las informaciones más importantes y realizando un examen exhaustivo.

4 Resultados

Se denomina pie diabético a una alteración clínica de origen neuropático (afectación en los nervios) e inducida por la hiperglucemia (azúcar alto), en la que con o sin coexistencia de isquemia (falta de riego sanguíneo), y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

El 15% de los pacientes con diabetes desarrollarán una úlcera a lo largo de su vida.
Causas de las lesiones en el pie diabético:
- Neuropatía periférica (afectación nerviosa).
- Vasculopatía (falta de riego sanguíneo).

El paciente diabético es más susceptible a la infección ya que la mayoría de diabéticos de larga evolución están inmunológicamente deprimidos.

La mayor sensibilidad de los pacientes diabéticos a la infección se debe a diferentes causas:
- Ausencia de dolor, que favorece el desarrollo de una celulitis extensa o de un absceso.
- La hiperglucemia, que disminuye las defensas del organismo.
- La vasculopatía, que compromete la irrigación y el aporte de oxigeno.

Un correcto control de la diabetes es posible por si solo de prevenir, retrasar y reducir la aparición de las lesiones.
Los pacientes con diabetes deben controlar el nivel de azúcar en sangre, si son fumadores dejar el tabaco porque el tabaco reduce el flujo sanguíneo y vigilancia y cuidado esmerado de los pies.

Un paciente diabético debería:
- Inspeccionar diariamente el estado de los pies con el fin de buscar flictenas, erosiones, rasguños, heridas, ulceras, ampollas etc. Si es necesario utilizar un espejo.
- Lavar diariamente los pies, secar cuidadosamente especialmente entre los dedos.
- Usar jabón o gel neutros.
- Utilizar agua templada, utilice un termómetro para comprobarlo (35-37º).
- No tener más de 5 minutos los pies dentro del agua ya que favorece la maceración en los dedos.
- Utilizaresponjas suaves para lavar todo el pie (sobre todo los dedos).
- Secar bien el pie, sobretodo entre los dedos.
- Aplicar crema hidratante después del baño, pero no en los espacios interdigitales por el riesgo de maceración.
- Usar calcetines de tejidos naturales como lana y algodón, sin costuras ni remiendos. Cambiar todos los días de calcetines o de medias.
- Inspeccionar los zapatos siempre antes de su uso buscando los posibles desperfectos u objetos extraños.
- Usar calzado de buena calidad. El zapato es el que se debe adaptar al pie y nunca el pie al zapato. Comprar los zapatos a la hora del día que los tenga mas hinchados.
- Usar zapatos adecuadamente adaptados (plantillas), evitar los zapatos puntiagudos y las sandalias. Acomodar el calzado nuevo poco a poco.
- Limar las uñas de forma recta después de lavarse los pies. Evitar el enclavamiento de los laterales de las uñas.

El paciente diabético no debería:
- Calentar los pies con fuentes de calor directas como el agua del baño, braseros, bolsas de agua caliente, etc.
- Caminar descalzos.
- Utilizar tijeras, no cortaúñas.
- No tratar durezas y callosidades unomismo con productos callicidas, consultar con su podólogo.
- No utilizar soluciones antisépticas en los pies, ya que pueden quemar o lesionar la piel.
- No usar ni calcetines ni ligas muy apretados.
- Ante cualquier herida o lesión por pequeña que sea consultar a un enfermera o médico sin perder tiempo.
- No hacer las curas uno mismo sino ha sido instruido para ello.

5 Discusión-Conclusión

El pie diabético es un problema de vital importancia donde la enfermería tiene un papel fundamental desde la atención primaria, realizando reuniones periódicas en centros de salud y centros sociales con el fin de llegar a un mayor grupo de población de riesgo con el fin de evitar los devastadores efectos a largo plazo de esta enfermedad.

6 Bibliografía

- OMS.
- Asociación española de enfermería vascular y de heridas.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 119

LA ERGONOMÍA EN LAS AULAS.

LUIS FEITO GARCIA

LUCIA ALVAREZ RODIL

1 Introducción

El dolor de espalda es una de las patologías más frecuentes en el mundo actual, estimándose que hasta un 84% de las personas la experimentan en algún momento de su vida. Constituye un importante problema para la Salud Publica debido tanto a su alta prevalencia e incidencia como a su elevado impacto en la funcionalidad de las personas, en las discapacidades que ocasiona y en los costes económicos asociados al uso de los servicios de salud y al absentismo laboral.

Hay diversos factores que contribuyen a aumentar el riesgo de padecer esta patología tales como los entornos sociales y familiares, el propio comportamiento de los individuos y sus características fisiológicas.

Según la Asociación Internacional de Ergonomía esta se define como el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de las personas para optimizar su eficacia, seguridad y confort.

En este ámbito los principales factores de riesgo son el sedentarismo, el transporte de cargas excesivas de forma incorrecta, el mobiliario inadecuado y las malas posturas. Sobre todos ellos intentara influir a través de las sesiones en las aulas para conseguir una modificación en los comportamientos que conduzca a una mejora en los hábitos de vida de los escolares respecto al cuidado de su cuerpo, prestando especial atención a la columna vertebral.

Las sesiones de ergonomía en las aulas como instrumento de Educación para la Salud estarían impartidas por personal sanitario, tendrían una duración de 60 minutos, un número de sesiones que variaría dependiendo de la edad de los alumnos.

1. Fase Informativa, aplicando los siguientes métodos:
- Videos explicativos de posturas adecuadas e inadecuadas.
- Esqueleto humano a tamaño real como apoyo a la información proporcionada en el video.
- Folletos, trípticos…

2. Fase de Demostración práctica, aplicando los siguientes métodos:
- Dramatizaciones.
- Modelado.
- Ensayo de conductas.
- Adaptación de mobiliario.

3. Fase de Recomendaciones, aplicando los siguientes métodos:
- Postura.
- Transporte de mochila/carrito.
- Ejercicio físico.

4. Fase de "Feedback", aplicando los siguientes métodos:
- De los alumnos al personal sanitario.

En el entorno escolar la ergonomía como resulta útil para automatizar una correcta higiene postural a la vez que se rechazan las actitudes incorrectas malos hábitos que aparecen a edades tempranas, razón por la cual es beneficioso incorporar la ergonomía como instrumento de Educación para la Salud desde la infancia a través de la práctica de medidas correctoras. Se utiliza para sensibilizar a los jóvenes sobre la importancia de realizar adaptaciones en su vida diaria para el cuidado de su espalda que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

2 Objetivos

- Modificar las actitudes posturales incorrectas que van adoptándose desde la infancia.
- Incorporar una higiene postural correcta a las actividades de su vida diaria con el fin de prevenir futuros dolores de espalda y otros trastornos musculoesqueléticos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

1. Violante FS, et al. Handb Clin Neurol. 2015; 131:397-410. doi: 10.1016/B978-0-444-62627-1.00020-2.
2. Factores de riesgo ergonómico y su relación con dolor musculo esquelético de columna vertebral: basado en la primera encuesta nacional de condiciones de empleo, equidad, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS) 2009-2010.
3. Higiene postural y ergonomía en el ámbito escolar: una perspectiva desde la fisioterapia Beatriz López Aguilar, Antonio Ignacio Cuesta Vargas Revista de estudios de juventud diciembre 07 nº 79.
4. Cabezalí Sánchez, J.Mª. El fisioterapeuta y los programas de educación sanitaria en la comunidad escolar. Fisioterapia, 17(4): 202-208.
5. Vidal, J.; Borràs, P.A.; Cantallops, J.; Ponseti, X.; Palou, P. (2010). Propuesta de intervención para la prevención del dolor de espalda en ámbito escolar. Trances, 2(6):536-551.
6. Conty Serrano, R. Programa de higiene postural para la educación sanitaria escolar. Enfermería Científica. Núm. 178-179. 1997.
7. Gómez Conesa, Antonia. Programa conductual de higiene postural para la prevención del dolor lumbar.1996. Murcia.

Capítulo 120

EPIDEMIOLOGÍA Y MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO

MARIA LUISA SUAREZ GONZALEZ

AIRAM PADILLA MÉNDEZ

1 Introducción

La epidemiología es la ciencia que estudia las enfermedades y su mecanismo de transmisión por lo que es muy interesante el desarrollo y conocimiento de este concepto para el personal sanitario en general. Si conocemos la manera en la que se comportan las enfermedades que afectan a los pacientes con los que nos relacionamos diariamente, podremos entender mejor los protocolos que se aplican en los centros sanitarios para evitar su propagación.

2 Objetivos

Explicar y desarrollar el concepto de epidemiología y método epidemiológico.

3 Metodología

Búsqueda y comparativa de la información a través de las principales webs especializadas en el ámbito sanitario, así como de la literatura específica sobre el tema.

4 Resultados

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) , la epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

La epidemiología no sólo estudia enfermedades sino todo tipo de fenómenos relacionados con la salud, entre los que se encuentran causas de muerte como los accidentes o suicidios, hábitos de vida como el consumo de tabaco o la dieta y el uso de servicios de salud o la calidad de vida relacionada con la salud, entre otros.

La epidemiología es una disciplina básica de la salud pública y de la medicina clínica, porque sus conocimientos pueden y deben ser aplicados al control de problemas de salud en ambos campos.

La Metodología Epidemiológica consiste en la aplicación del método científico experimental al estudio de los problemas de Salud. John Snow, un médico rural inglés nacido en 1813, fue el primer profesional sanitario que utilizó el método de manera ordenada por fases, por lo que se le considera el padre del método epidemiológico.

Se puede considerar el Método Epidemiológico como una aplicación particular del Método Científico, en donde a partir de la identificación de un problema (enfermedad o fenómeno de salud) y la revisión de los conocimientos existentes, se formula una hipótesis y objetivos, se recogen datos según un diseño de investigación preestablecido y una vez analizados e interpretados, se obtienen conclusiones que permitirán modificar o añadir nuevos conocimientos a los ya existentes, iniciándose entonces una secuencia circular de etapas o niveles organizados para el logro de un objetivo.

Las fases de método epidemiológico son:
1. Observación: (fase descriptiva): Consiste en observar rigurosamente la realidad, sin intentar modifcarla; este paso corresponde a la fase descriptiva donde se refiere a la descripción detallada de los fenómenos de salud, la enfermedad, basada en la observación cuidadosa y el registro objetivo de los hechos. Esta información

se organiza en torno a una serie de variables:
- Variables de tiempo:¿Cuándo ocurrió?
- Variables de lugar. ¿Dónde ocurrió?
- Variables de persona ¿A quién le ocurrió?

2. Elaboración de hipótesis: (Fase analítica): Después de esa fase descriptiva surgen explicaciones posibles de los factores o variables involucrados en el proceso causal del fenómeno en estudio. Es el momento de formular una hipótesis que puede definirse como una explicación posible completa o parcial, pero sujeta a conifrmación de un fenómeno de salud o enfermedad. Estas hipótesis surgen de observaciones clínicas, epidemiológicas y de laboratorio relacionadas con el evento estudiado.

3. Verificación de la Hipótesis: La tarea fundamental de esta fase es la comprobación o refutación de las hipótesis formuladas, usando como unidades de estudio las poblaciones o grupos humanos. Se utiliza para cuantifcar la asociación entre variables de exposición y variables de resultado, así como probar hipótesis sobre la relación causal.

4. Conclusión: De acuerdo a los resultados obtenidos, se acepta o rechaza la hipótesis original. En caso de ser rechazada, será el momento de realizar una nueva hipótesis. Para llegar a las conclusiones, es importante realizar ciertos tipos de estudio para llegar a un fin concreto.

5. Nuevas hipótesis.

6. Apertura de un nuevo ciclo de investigación si es requerido.

5 Discusión-Conclusión

Definición de epidemiología como la ciencia que estudia las enfermedades (también en muchos casos estados de salud) que nos ayuda a entender cómo reaccionan los seres vivos antes los factores externos. Para poder describir bien cada proceso utilizamos el método epidemiológico que está compuesto compuesto por los apar

6 Bibliografía

- https://www.salusplay.
- https://www.isciii.es
(Instituto de Salud Carlos III)
- https://www.who.int/escom/blog/metodo-epidemiologia-enfermeria/
(OMS)

Capítulo 121

PREVENCIÓN DE LAS CAIDAS EN EL ANCIANO

MARIA SALINAS BARIAIN

VIRGINIA GALENDE GALARZA

JUNCAL SANZ PASCUAL

BERTA GARCIA MURILLO

SAIOA IMIZCOZ ERASUN

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las caídas como la "consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a una persona al suelo en contra de su voluntad". Debido a la elevada frecuencia de las caídas en los ancianos y al elevado riesgo de lesiones secundarias que se generan, la caída es el síndrome más característico de los llamados síndromes geriátricos.

Cada año un 30% de los mayores de 65 años, sufren una caída. Y en un 10% se producen fracturas considerables. Además, el 50% de las personas mayores que se caen tienen más episodios de repetición.

Así mismo, una caída es el resultado de la interacción compleja entre los factores intrínsecos (relacionados con la edad, trastornos y efectos adversos de fármacos); los factores extrínsecos (como los riesgos ambientales) y, por último, los factores situacionales relacionados con la actividad que realiza el paciente. Por lo tanto,

su etiología es multifactorial y requiere la adopción de medidas preventivas que aborden de manera directa los diferentes factores clínicos, familiares y sociales.

Según la OMS, en el año 2050 se alcanzarán 2000 millones de personas mayores de 60 años. Por este motivo, es importante analizar y prevenir aquellas situaciones que generen un aumento del riesgo de caídas.

2 Objetivos

Conocer la evidencia disponible sobre las principales intervenciones existentes en la prevención de las caídas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los estudios presentaron homogeneidad en cuanto a los resultados sobre los consejos generales que el profesional de enfermería puede facilitar al anciano, para que modifique su entorno y elimine determinados factores de riesgo.

Los hallazgos se describen a continuación:
- Fisioterapia y ejercicio.
- Dispositivos terapéuticos y de ayuda: bastones, caminadores…
- Revisión y modificación del tratamiento médico:
Los fármacos que pueden aumentar el riesgo de caídas deben ajustarse su dosis mínima efectiva. ratar la Osteoporosis para reducir el riesgo de fracturas en futuras caídas.
- Tratamiento de los problemas visuales.
- Manejo ambiental en el domicilio: colocar barandilla de seguridad, mantener el suelo seco, bandas para no resbalar el suelo del baño, no cerrar la puerta del baño, instalar un teléfono en el cuarto de baño, llevar calzado fuerte con suela fina y

no resbaladiza, mejorar la iluminación, no llevar ropa demasiado larga u holgada, retirar alfombrillas, eliminar obstáculos, tener un teléfono portátil, junto con los números de emergencia a mano.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de la sensibilización existente por parte de los profesionales sanitarios frente a las caídas en la población anciana, es necesario poner en marcha como estrategia fundamental, programas preventivos para disminuir los riesgos que las producen y buscar soluciones a sus efectos.

Sin embargo, para poder llevar a cabo estas intervenciones, son necesarios más estudios con mayor muestra de pacientes, que permitan conocer las características de los ancianos que sufren caídas y sus factores asociados.

Por último, sería conveniente una investigación adicional acerca de la prevención de las lesiones relacionadas con las caídas, ya que no se disponen de estudios suficientes en esta área.

6 Bibliografía

- J.L. O´Loughlin, Y. Robitaille, J.F. Boivin, F. SuissaIncidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community–dwelling elderly. Am J Epidemiol, 137 (1993): 342-354
- National Institute for Health and Care Excellence: Falls in older people: assessing risk and prevention (CG161), 2013.
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF): Falls Prevention in Older Adults: Counseling and Preventive Medication. Ann Intern Med, 2012.

Capítulo 122

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA Y ABORTO: DOS VICISITUDES ÉTICAS CON DIFERENTES PERSPECTIVAS RESOLUTIVASAS.

ANDREA VÁZQUEZ MARTÍNEZ

NAZISH AHMED

CRISTINA BALLESTEROS REGUERA

1 Introducción

La globalización del mundo es ya un hecho constatado pues la difusión de valores, tendencias, culturas y modos, avanza a pasos agigantados (1). Parte de culpa tienen los movimientos migratorios que se producen y se han producido en la historia de la humanidad.

Según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) durante el primer semestre del año anterior (1/1/2015- 1/7/2015) 146.606 personas abandonaron España con destino extranjero. También durante este periodo 134.143 personas extranjeras establecieron su residencia en España, de las cuales destacar que 13.969 procedían de Rumanía y 12.125 de Marruecos (2). A nivel Europeo las cifras son similares, ya que el envejecimiento de la población es notario en todo el continente la migración juega un papel clave para la población en crecimiento de cualquier región (3,4).

Este vaivén continuo pone de manifiesto que la cultura española está cada vez más enriquecida por diferentes culturas y razas. Llegados a este punto, se presenta la base de este trabajo, pues es precisamente la multiculturalidad la causa del choque que provocan dos vicisitudes éticas (5) como lo son la Mutilación Genital Femenina (MGF) y el aborto. El enriquecimiento que aporta la mezcla cultural es directamente proporcional a los problemas o choques que esta acarrea a la hora de enfrentarse a los mismos en el día a día.

La sociedad española a lo largo del tiempo ha digerido de una manera más o menos condescendiente la problemática del aborto, (Interrupción de la Gestación -IG-) aunque la pluralidad de opiniones sigue vigente actualmente y es complicado llegar a una opinión unificada, para ello se establecen leyes reguladoras características de una sociedad demócrata como la nuestra. Pues bien, a la hora de abordar la mutilación genital femenina la sociedad occidental ya ha tomado partido y lo califica de perverso, aberrante e incluso como un acto de violación. En cambio, en países africanos esta práctica es considerada como un acto cultural, costumbrista y social. He aquí la confrontación de cultura y pensamiento, pues los occidentales ya se han posicionado sobre cómo manejar esta situación. Sin embargo la perspectiva ética sobre otros problemas relacionados con la reproducción humana, como es el aborto antes nombrado, acarrea una menor expectación. Puede que exista un dilema ético a la hora de atender a una mujer mutilada por parte del personal sanitario, pues este puede prestar una conveniente atención o rechazársela por considerarla una mala praxis (6). Por ello se analizarán las actitudes ante ambos temas, no sin antes repasar cada concepto, así como la manera de afrontarlos.

2 Objetivos

- Conocer los conceptos de mutilación genital femenina (MGF) y aborto, así como sus diferentes encauzamientos y dinámicas, reparando en la influencia de los movimientos migratorios de un pasado reciente.
- Conocer la situación actual de cada concepto, considerando también la perspectiva social occidental de los mismos.

3 Metodología

Para comenzar se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los conceptos que atañan a este trabajo, teniendo en cuenta la fiabilidad y validez de las fuentes.

Antes de proceder a decidir el diseño y tipo de estudio, para su posterior elaboración, se consultan distintos tipos de fuentes de información. A partir de fuentes de información secundaria, como son las bases de datos se inicia la búsqueda. Estas bases de datos se caracterizan por un lenguaje o vocabulario acotado, que recibe el nombre de tesauros. Los tesauros son términos que se utilizan para explicar, enumerar y clasificar los diferentes documentos que se encuentran en una base de datos.

Existen unos tesauros específicos para Ciencias de la Salud como son el MeSH (Medical Subject Heading), empleado por la base de datos Pubmed, cuya traducción al español es DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud).

La búsqueda se lleva a cabo durante un periodo de 3 meses, iniciándose en Febrero hasta Abril de 2016. Primeramente se consulta el DeCs incluyendo el término ”aborto”, se encuentra su descriptor en inglés abortion; introduciendo el término mutilación aparece como descriptor inglés circuncision female (este término no está muy en uso, por ello el término que más se utiliza es female genital mutilation); introduciendo el término ”inmigración” consta como descriptor en inglés inmigration y finalmente escribiendo el término enfermera, se obtiene nurses como descriptor.

Con el tesauro MeSH, utilizando el descriptor abortion, se accedió a la base de datos de Pubmed; de todos los resultados encontrados se ha utilizado uno, por considerar que en él se encuentran contenidos los criterios de inclusión. Para restringir la búsqueda y obtener resultados más relevantes se utilizaron los límites: Article types (bibliography, review); Text availability (full text availability); Publication dates (5 years); Species (humans); Languages (spanish, english); después de la utilización de los límites, los resultados encontrados fueron 1 a 20 de 78. Se realiza otra búsqueda en la misma base de datos utilizando female genital mutilation y después los filtros oportuno se obtienen como resultados 1 a 20 de 54, utilizando uno.

SciELO-España (Scientific Electronic Library Online), constituye un modelo de publicación electrónica de revistas científicas en Internet y está contenida en la de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS)- España. Se accede a SciELO-España e introduciendo en la primera casilla el término mutilación genital femenina y en la segunda casilla el término mujer, se obtiene un resultado, que es utilizado. Se realiza una nueva búsqueda introduciendo únicamente el término mutilación genital femenina junto con la opción todas las materias obtienen 3 resultados de los cuales se utiliza uno. En esa misma base de datos utilizando la palabra

ablación en la casilla se obtienen 16 resultados y uno de ellos es utilizado.
Se realiza una búsqueda libre en Google Académico, obteniendo diferentes documentos procedentes de colegios oficiales de enfermería, diferentes gobiernos de comunidades autónomas así como de servicios de salud de las mismas.
Se consultan también páginas web de organizaciones relacionadas con los conceptos, así como repositorios de diferentes universidades españolas.

4 Resultados

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es una práctica considerada mundialmente como una violación a la salud física, psíquica, sexual y reproductiva de las niñas y mujeres. Así como una violación de los derechos humanos fundamentales relacionados con la salud, la dignidad de la vida humana, la libertad y la seguridad de las personas (7, 8, 9).

Así pues la MGF es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la acción que "comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos." (9)(10).

La MGF está extendido tradicionalmente por 28 países de África subsahariana, en países de Oriente Medio como Yemen, Egipto o lo Emiratos Árabes. (8,11) Según los datos recogidos por la OMS y proporcionados por UNICEF, se estima que alrededor de 100 a 140 millones de niñas y mujeres han padecido algún tipo de MGF y que cerca de 3 millones serán mutiladas cada año de ahí que exista una preocupación creciente ya que las cifras precisas están totalmente en un verdadero desconocimiento (11).

La OMS clasifica los procedimientos de la MGF en 4 tipos, atendiendo al número de componenetes genitales femeninos eliminados: (9,10,12,13,14,15)
- Clitoridectomía o tipo 1: consiste en la resección o eliminación total o parcial del clítoris. El clítoris es un órgano pequeño, eréctil y sensible del aparato genital femenino. En infrecuentes ocasiones únicamente se extirpa el prepucio, que es un pliegue de piel que rodea al clítoris.
- Escisión o tipo 2: es la mutilación total o parcial del clítoris junto con los labios menores. En algunas ocasiones puede darse con o sin el corte de los labios mayores.
- Infibulación o tipo 3: es la forma más atroz, que por suerte está extendida en menor medida que las anteriores, ya que en este tipo se extirpa el clítoris, los

labios menores y los labios mayores consecuentemente se realiza una sutura uniendo ambos lados de la vulva y dejando una mínima abertura para que se pueda llevar a cabo la evacuación tanto de la orina como de la menstruación. Este estilo de MGF conlleva complicaciones graves de las cuales más adelante se habla.
- Otras o tipo 4 : aquí se incluyen prácticas variadas que son lesivas para los genitales femeninos.

Complicaciones Físicas : se asocian a los problemas orgánicos relacionados a la MGF. Estas se pueden producir a corto o a largo plazo.
1. A corto plazo o inmediatas aparecen entre el momento de realización del corte y las 10 horas posteriores. Son:
- Hemorragia: sangrado abundante de la zona perineal debido a la realización del corte. Esta zona contiene gran cantidad de vasos sanguíneos, nada más practicar cualquier maniobra de sección puede producirse un sangrado excesivo de forma inmediata. Anemia aguda post-hemorrágica: provocada por la rápida disminución del nivel de hematocrito en sangre, debido a la pérdida de sangre.
- Shock: es una consecuencia relacionada de la anterior descrita, pues encontramos el shock hipovolémico debido a la hemorragia, shock distributivo por la abundante pérdida de líquidos corporales y shock neurogénico, resultante del dolor agudo que se produce por la incisión en la zona.
- Dolor intenso: la zona genital está muy vascularizada se encuentran en ella gran cantidad de terminaciones nerviosas, lo que produce un fuerte dolor durante el corte y el tiempo de curación. Este dolor llega a ser tan potente que puede derivar en un shock.
- Infección: las escasas condiciones higiénicas en las que se realizan las diferentes MGF, hacen que aparezcan frecuentemente sepsis.
- Retención urinaria: consecuencia del dolor que se produce a la hora de orinar o puede ser debida también por una inflamación del conducto uretral, lo que dificulta la micción dando lugar a una retención que puede terminar como una incontinencia refleja.

2. A largo plazo o tardías: en un periodo superior a las 10h transcurridas desde la MGF. Encontramos:
- Anemia severa: la hemorragia anteriormente aludida unida a condiciones deficientes nutritivas, da lugar a una anemia que puede durar de por vida.

Infecciones recurrentes del tracto urinario:
- Incremento de la vulnerabilidad hacia Enfermedades de Transmisión Sexual

(ETS): la no esterilización del material y que es utilizado para varias niñas, son factores que aumentan la susceptibilidad de padecer VIH, Hepatitis B y C, tétanos, etc.
- Abscesos, úlceras, fistulas vésico-vaginales y recto-vaginales: por las infecciones o algún traumatismo durante la intervención.

Retraso en la cicatrización o cicatrización anómala:
- Fibrosis: se debe a la formación patológica del tejido fibroso, por la cicatrización limitada en el sitio de los cortes.
- Queloides: son lesiones en la piel que están provocadas por el crecimiento excesivo del tejido cicatrizal.
- Sinequia: consiste una fusión anormal parcial o total de los labios menores o mayores.
-sRotación de los tejidos: Se debe a la pérdida de tejido por una retracción de la piel o mala cicatrización de la zona.

Las complicaciones anteriores son comunes a los 3 primeros tipos de MGF (clitoridectomía, escisión e infibulación) pero la práctica de la infibulación conlleva varias complicaciones más añadidas, ya que es una intervención más radical.
- Disminorrea grave: se debe a la estrecha salida que se deja tras la infibulación, por lo que el flujo menstrual se obstaculiza.
- Estenosis introito vaginal y vaginal: provocada por las adherencias vulvares.
- Hematocolpos y hematometra: en una mujer virgen la angosta apertura vaginal puede provocar la acumulación de sangre durante la menstruación en la cavidad uterina y vagina.

Además de las complicaciones físicas a los largo de la etapa adulta de una mujer ablada, se suceden dificultades que con frecuencia se presentan en el ámbito sanitario, involucrando principalmente el papel de la enfermera.

Complicaciones Obstetrico-Ginecológicas: una mujer embarazada que en su infancia fue sometida a MGF, a la hora de dar a luz puede encontrarse con:
- Mayor probabilidad de que se le realice una cesárea esto a su vez tiene asociado un índice alto de hemorragias post-parto.
- Aumenta el número de episiotomías en caso de parto natural.
- Aumento de la tasa de mortalidad materna.
- Aumento del tiempo de estancia hospitalaria.
- Gran número de neonatos de madres mutiladas necesitan reanimación después del parto.

Las mujeres que han sido infibuladas es casi imposible que puedan dar a luz de manera natural, pues la cicatriz vaginal impide la salida del feto. Por ello se les suele practicar una des-infibulación, que consiste en la apertura de la zona que había sido suturada para que se pueda llevar a cabo el parto. Una vez que la mujer ha dado a luz se les practica una re-infibulación, en la cual se lleva a cabo un procedimiento como la infibulación inicial.

Existen riesgos fetales como daño cerebral o incluso la muerte del feto por asfixia, ya que el trabajo de parto es muy prolongado en las mujeres con MGF.

- Complicaciones psicosociales: muchas mujeres a lo largo de su vida sufren trastornos de depresión y ansiedad. Ataques de pánico, dificultad para concentrarse, episodios de miedo y terror, entre otros.

Llama la atención el sentimiento de traición y humillación que muchas sienten tras la MGF lo que a largo plazo repercute en una personalidad tranquila, obediente y sumisa hacia el hombre, aspecto positivo para ellas puesto que las convierte en mujeres casaderas.
Otras en cambio a la hora de afrontar el tema, se percibe cierto sentimiento de indiferencia, ya que la opinión de la mujer no se tiene en cuenta (16).

- Complicaciones sexuales: destacar el consenso que hay en este tema, pues la mayoría de mujeres afirma padecer dispareunia, dolor durante el coito, que está presente de una forma más fuerte en la 1ª relación, pero que se manifiesta de continuo en las posteriores relaciones con su pareja. Este dolor altera los mecanismos de excitación unido a la disminución del placer hace que muchas manifiesten que no logran alcanzar el orgasmo.

La MGF desde la perspectiva europea es vista como una degradación y vejación hacia la mujer, en cambio los defensores de esta, se basan en la tradición para defenderla, a continuación se exponen la forma y las diferentes razones y justificaciones, que hacen que esta práctica siga vigente en muchos países del mundo: (6,10,17)
- Rito de Iniciación. Este es el marco de realización de la MGF que toman numerosos países en los que se practica. Este hecho supone la adquisición de una identidad cultural. Esta rito lleva consigo unas leyes no escritas o fases que se han desarrollado tradicionalmente en cada comunidad.
- Separación: las niñas que van a ser sometidas a MGF son separadas del resto de la población.
- Marginación: durante el tiempo de curación (de 2 a 8 semanas) las niñas toman

conciencia del rol que las toca desempeñar en la comunidad a partir de ese momento.
- Agregación: las niñas vuelven a la comunidad, mediante una gran ceremonia de celebración.

Esta costumbre en la mayoría de las comunidades supone el paso de la infancia a la edad adulta, lo que conlleva un mayor reconocimiento social.

- Edad en la que se realiza. La edad varía de unos países a otros, aunque en la mayoría la MGF se practica antes que la niña tenga la primera menstruación o menarquia.
- Personas encargadas. La persona de realizar la MGF es siempre una mujer, al igual que los ayudantes de esta. El conocimiento para realizar el procedimiento se trasmite de manera oral de madres a hijas y se aprende con la observación. estas mujeres están muy bien consideradas en la sociedad de la comunidad, por lo que gozan de una alta posición social. Cabe mencionar que a tenor de esto viene el coste de la mutilación pues según la edad de la niña varia; a medida que aumenta la edad de la niña aumenta el coste.
- Lugar. El lugar de realización también puede ser cambiante de unos países a otros, así pues los sitios más comunes suelen ser. un bosque sagrado, en el cual los hombres tienen prohibido acceder, las afueras del pueblo, y en ocasiones cabañas. Característico es también las escasas condiciones higiénicas, pues las niñas son dispuestas en esterillas o directamente en el suelo rodeadas de polvo y vegetación.
- Instrumental. El material utilizado durante la MGF puede ser tijeras, navajas o cuchillos. también hojas de afeitar o cuchilla. En ocasiones cuando son varias niñas las que van a ser mutiladas se utiliza el mismo instrumento para todas ellas.

Razones para justificar la MGF:
- Presión social: si no se mutila a una niña, esta es separada y excluida de la comunidad. En muchas comunidades si un hombre no ve que su mujer está cortada dice haber recibido una mujer usada. En otros lugares este desprecio se expresa como mujer sucia pues la MGF se ve como una purificación y limpieza, ya que se piensa que los genitales femeninos son feos y voluptuosos.
- Control del deseo sexual: en muchos pueblos la MGF se realiza para que las niñas se mantengan vírgenes hasta el matrimonio, y así de este modo se podrá casar y serle fiel a su marido, ya que al mutilarlas no tienen sentimiento.
- Religión: la religión de algunos países obliga a la circuncisión masculina y recomienda la MGF, por ello mucha gente cree que es un precepto o cuestión reli-

giosa, cuando en realidad se trata puramente de algo cultural, pues ya se practicaba la ablación antes de la aparición del Islam y el Corán.

Razones socioculturales: La MGF es un símbolo para toda la vida (18).
El aborto es un asunto sobradamente conocido en nuestro entorno social. Pero al igual que la MGF es una alternativa ética que causa desencuentros, quizás menores que los relacionados con la mutilación, pero también presentes en la sociedad occidental.

El término para referirnos a el aborto ha evolucionado a lo largo del tiempo, y actualmente nos referimos a él como Interrupción de la Gestación (IG) tal y como indican las instrucciones del Informe sobre la Interrupción de la gestación del Comité de Bioética de Cataluña, ya que es una "formulación neutra y que engloba cualquier interrupción de la gestación". Otros términos como Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se puede llegar a entender que solo hace alusión a las interrupciones en las que se produce daño fetal. Ya que según las OMS, "el aborto se refiere a la finalización de la gestación después de que exista viabilidad fetal" (18).

Existen diferentes tipos de aborto, los más conocidos son: (19)
- Aborto Inducido: resultado de una serie de métodos practicados y destinados exclusivamente a interrumpir el embarazo.
- Aborto Electivo: La mujer embaraza solicita la IG por razones que no tienen relación ni con la salud materna ni con la fetal, normalmente estas mujeres han sufrido algún delito sexual.
- Aborto Espontáneo: En este ocurre la pérdida del feto de manera no intencionada.
- Aborto Eugenésico: Se lleva a cabo la IG por razones relacionadas con la salud del embrión o feto (malformaciones que serían inviables al salir del útero materno).
- Aborto Terapéutico: Sucede cuando la salud o vida de la madre se ve amenazada si el embarazo sigue adelante.

Según el gobierno vasco cualquier tipo de IG reúne unos requisitos comunes como que ha de realizarse bajo supervisión de un especialista, en un centro sanitario (público o privado) y contar con el consentimiento oral y escrito de la mujer. Así pues a continuación diferencia entre IG a petición de la mujer (se llevara a cabo dentro de las primeras 14 semanas) e IG por causas médicas (se realizara en las 22 primeras semanas si existe grave riesgo para la salud o existen anomalías en el feto; o bien se realizara en cualquier momento del embarazo si dichas

anomalías son incompatibles con la vida) (20).

Un estudio llevado a cabo por la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI) revela que "cualquier mujer puede verse afectada por un embarazo no deseado" Ya que los movimientos migratorios, la edad de la menarquía entre otras cosas, son determinantes que pueden influir en una mujer que desea la IG. Las menores que se quedan embarazadas esperan una media de 10 semanas para interrumpir el embarazo, mientras que las mujeres mayores de edad lo hacen en la semana 8 Este hecho indica que se debe reforzar la educación sexual y la estrategia para que llegue a todas las personas. A consecuencia de esto en el estudio consta que el 80% de las mujeres afirma tener información relativa sobre métodos anticonceptivos y que cerca del 70% no utilizo ninguno (21).

Es cierto que existe una demanda general a cerca de esta práctica, por lo que las asociaciones e instituciones piden que se normalice la accesibilidad a las mismas, en cambio los detractores de la IG son rotundos en su opinión ante la práctica de este hecho. A nivel de enfermería existe una formación continua para poder prestar los cuidados necesarios a la mujer, así como una evolución ética y moral por la cual la mujer no debe sentirse cuestionada por el profesional que la atienda (22). Así pues la controversia creada entre ambos temas sigue a la orden del día, a pesar de la creencia popular de que el aborto es mejor tolerado por la sociedad que la MGF.

5 Discusión-Conclusión

Por todos es conocido que tanto la MGF como la IG son acciones que ponen en tela de juicio el atentado contra la vida humana, que ambas intervenciones conlleva. La MGF responde en la mayoría de los casos a un carácter social y cultural, ya que normalmente esta tradición supone un paso más en la vida de las niñas o mujeres, es conocido como un acto de madurez en casi todas las comunidades donde se practica.

La IG también se acota a un ámbito sociocultural, pues en bastantes ocasiones la mujer embarazada decide interrumpir el embarazo por causas económicas, al hilo de esta razón se establece otra como es la posición social de la mujer, que normalmente corresponde al hecho de si es o no mujer trabajadora. Muchas mujeres sienten la necesidad de solicitar la IG porque tienen un buen puesto de trabajo o están en camino de conseguirlo y la maternidad en ese caso puede suponer un estorbo, consecuentemente la economía de la mujer puede no estar asentada,

de este modo la IG es un solución a ese hijo no deseado socialmente hablando. Hasta este punto la IG y la MGF tienen un factor común, se puede establecer otra dialéctica semejante si se toma la perspectiva de la salud de la mujer en casos de embarazo en menores, la mayor parte de las veces son los padres los que deciden si se lleva o no a cabo una IG, en la MGF se da la misma situación son los adultos responsables que rodean a la niña los que deciden cuando se ha de realizar la ablación. Por tanto se ha de tener en cuenta a la hora de comparar ambas prácticas que el consentimiento de la mujer o niña está relativamente ausente.

Otro punto en común durante la comparación de estas prácticas son las condiciones poco o nada higiénicas en las que se realizan en los países en vías de desarrollo. Muchas de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) así como organismos oficiales subvencionan el material necesario para la práctica de IG en países del tercer mundo, de este modo la mortalidad femenina asociada a estas prácticas está disminuyendo. Además de proporcionar los enseres necesarios, el equipo humano que trabaja allí intenta concienciar de que esta intervención se debe hacer en un ambiente sanitario y con personal cualificado, ya que aunque se proporcionara material estéril, que se lleve a cabo la practica con personas no cualificadas hace aumentar la mortalidad maternal. Con respecto a este tema se plantea otra discrepancia, ¿porqué no se entrega también el material necesario para realizar la MGF por parte de los organismos y ONGs? Quizás la forma de evitar la muerte o las graves complicaciones que conlleva la MGF, es realizando educación para la salud sobre el ambiente donde se ha de realizar y entregando el material estéril. Pues esta, puede ser una vía de concienciación más eficaz que prohibir su práctica y desprestigiarla, ya que tiene un gran valor cultural y tradicional en las poblaciones y a ningún sujeto le resulta agradable que se critiquen los hábitos que se integran en uno mismo desde el nacimiento.

Cambiando de tercio, pero siguiendo con el análisis comparativo los detractores de la IG ponen de manifiesto que la práctica de la misma es un atentado contra la vida del feto. En Occidente los defensores del aborto se amparan en la idea de concebir al feto como un ser independiente de la madre, por tanto realizar una IG teóricamente solo atenta contra la integridad de la mujer, aquí llega la controversia que se genera cuando estos defensores del aborto están en contra de la MGF, que evidentemente dicha intervención roza los límites de los Derechos Humanos (DD.HH), se sabe pero entonces hace aparición una doble moral occidental, que hace que surjan controversias con los defensores de la MGF. Estos últimos avalan el valor tradicional de la práctica y muchos reconocen que se pone en juego el cuerpo de la mujer, de ahí que cuando se compara la MGF con la IG su alegato se

basa en que ambas prácticas suponen una intervención sustancial en el cuerpo femenino.

Así pues se deberían establecer criterios para acabar con la MGF y la IG cuando estas pongan en peligro la salud e integridad física y psíquica de la mujer y de este modo utilizar los mismos argumentos, pues existe el denominador común de preservar el principio de respeto y promoción de la vida humana. Por lo cual tanto las posiciones defensoras como detractoras de ambas prácticas deberían de aceptar una ética común, que se base en los DD.HH aglutinando como lema la defensa de un mundo globalizado en el que existen culturas y tradiciones diferentes pero tienen iguales normas y principios morales. Tal vez por esta razón occidente tendría que reflexionar a cerca de etiquetar la MGF como éticamente inaceptable y en cambio la IG está totalmente asumida y tolerada por la gran mayoría. O a lo mejor la cultura occidental está condenada a defender una doble moral que subyace en la personalidad cosmopolita de la misma.

A modo de conclusiones a grandes rasgos se puede identificar que:
- La MGF y la IG tiene varios puntos comunes, como son el carácter social y cultural que llevan asociado, los lugares, condiciones y consecuencias de su práctica insalubre, así como el escaso derecho a decidir cuando se trata de menores implicadas y por supuesto la integridad de la mujer, que queda denostada.
- La existencia de un pensamiento ambivalente ante ambas prácticas, que debe encauzarse en lograr objetivos comunes.

6 Bibliografía

1. RAE: Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE; c1780 [actualizado 2016; acceso 10 Feb 2016]. DLE: Diccionario de la Lengua Española Globalización. Disponible en: http://dle.rae.es/?id=JFCXg0Z
2. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; c1856 [actualizado 2015; acceso 10 Feb 2016]. Nota de Prensa. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np948.pdf
3. Omelanuik I et al. World Migration 2005: cost and Benefits of International Migration [Internet]. Vol 3. 1st ed. IOM: World Migration Report Series; 2005. [actualizado 2005; acceso 18 Feb 2016]. Disponible en: https://publications.iom.int/es/system/files/pdf/wmr_2005_3.pdf
4. Red Europea de Migración (REM). Informe Anual de Estadísticas de Migración y Protección Internacional [Internet]. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y cooperación, Ministerio de Justicia, Ministerio del Interior, Ministerio de

Empleo y Seguridad Social; 2009.[acceso 10 Feb 2016] N.I.P.O: 270-13-061-7. Disponible en: http://extranjeros.empleo.gob.es/es/redeuropeamigracion/Informe_Anual_Estadisticas_Migracion_Proteccion_Internacional/REM_Informe_Anual_Estadxsticas_2009_ES.pdf
5. RAE: Real Academia Española [Internet].Madrid: RAE; c1780 [actualizado 2016; acceso 10 Feb 2016]. DLE: Diccionario de la Lengua Española Multicultural. Disponible en: http://dle.rae.es/?id=Q41O0qu
6. Martín Espildora N. Atención de Menores Inmigrantes en la Consulta: entre la diferencia cultural y el delito. Un caso de ablación de clítoris. Aten.Primaria. [Internet]. 2005 [18 Feb 2016]; 36(7):397-400. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-atencion-menores-inmigrantes-consulta-entre-13080306
7. Pastor Bravo MM, Almansa Martínez P, Ballesteros Meseguer C, Pastor Rodríguez JD. Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería: Análisis videográfico. Enferm Global. [Internet]. 2012 [acceso 24 Feb 2016]; 11(25): 426-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100024&lng=es
8. Jiménez Ruiz I, Almansa Martínez P, Pastor Bravo MM, Pina Roche F. Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. Enferm Glob. [Internet]. 2012 [acceso 24 Feb 2016]; 11(28): 396-410. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/155751/139131
9. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet].Ginebra: OMS; 1948 [actualizado Feb 2014; acceso 9 Feb 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/
10. Escobedo Saiz M. Mutilación Genital Femenina e Inmigración. Implicación para el personal sanitario en general y el profesional de enfermería en particular [TFG]. Santander: Universidad de Cantabria, Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla; 2012.
11. Grande Gascón ML, Ruiz Seisdedos S, Hernández padilla M. El abordaje social y político de la mutilación genital femenina. Portularia [Internet]. 2013 [acceso 23 Feb 2016]; 13(1): 11-8. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161026336012
12. Lovel H, McGettingan C, Mohammed Z. A Systematic Review of the Health Complicatioons of Female Genital Mutilation including sequelae in childbirth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000 [acceso 11 Mar 2016]. Disponible en: http://www.who.int/gender/other_health/systreviewFGM.pdf
13. Kelly E, Adams Hillard PJ. Female Genital Mutilation. Curr Opin Obstet Gy-

necol. 2005 [acceso 12 Mar 2016]; 17(5): 490-94.
14. Pastor Bravo MM, Almansa Martínez P, Jiménez Ruiz I, Pastor Rodríguez JD. Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: una revisión videográfica. Index Enferm [revista en Internet]. Sep 2015 [acceso 15 Mar 2016]; 24(3): 159-63. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000200009
15. Johnsdotter S, Essen B. Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology [Internet]. 2016 [acceso 24 Feb 2016]; 32:15-5. Disponible en: http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934(15)00195-9/pdf
16. Ballesteros Meseguer C, Almansa Martínez P, Pastor Bravo M M, Jiménez Ruiz I. La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. Gac Sanit [Internet]. 2014 [acceso 24 Feb 2016];28(4): 287-91. Disponible en: http://www.gacetasanitaria.org/es/linkresolver/la-voz-las-mujeres-sometidas/S0213-9111(14)00047-8/
17. García Bueno MP. Manual de prevención de la mutilación Genital femenina. Buena Prácticas [Internet]. Madrid: Confederación Nacional Mujeres en Igualdad; 2014 [acceso 12 Mar 2016]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/dts/publicaciones_ceus/pdf/manual_prevencion_MGF.pdf
18. Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Consideraciones Éticas en torno a la interrupción de la gestación [Internet]. Barcelona; 2009 [acceso 23 Feb 2016].
19. Canario C, Figueiredo B, Ricou M. Abortamento Enquadramento Legal, Deontológivo e Perspectiva Ética. Acta Med Port [Internet]. 2011[acceso 23 Feb 2016]; 24(54): 791-8.
20. Gobierno Vasco. Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Información general [Internet]. San Sebastián: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo; 2010. [acceso 23 Feb 2016]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/interrupcion/es_ive/adjuntos/informacionGeneral.pdf
21. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (ACAIVE). Características Sociológicas de las Mujeres que Realizan una Interrupción de la Gestación en España. Anticoncepción Fallida y Aborto provocado [Internet]. Madrid: ACAIVE; 2009 [acceso 23 Feb 2016]. Disponible en: http://www.acaive.com/pdf/Caracteristicas%20Sociologicas%20mujeres-Aborto-Anticoncepcion%20fallida%20y%20Aborto%20Provocado.pdf
22. McLemore M, Levi A. Nurses and care of women seeking abortions 1971 to 2011. J Obstet Gynecol neonatal Nurs [Internet]. 2011 [acceso 23 Feb 2016];

40(6): 672-7. Disponible en: http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)30765-6/fulltext

Capítulo 123

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: ASPECTOS RELACIONADOS CON SU ENFERMEDAD Y FACTORES RELACIONADOS CON SU FAMILIA

JOSÉ MANUEL MONFORTE ESPIAU

LAURA CASAS BAQUEDANO

ITZIAR ISO GAYARRE

CRISTINA ECHAPARE ZABALETA

ERIKA GOMEZ LARRAMBE

1 Introducción

En la hospitalización del/de la niño-a o adolescente se pueden considerar hasta cuatro factores que son independientes entre sí pero que la determinan, a la vez que interactúan unos con otros.

- En primer lugar, tenemos el niño o adolescente y sus características.

- En segundo lugar se encuentran los aspectos relacionados con su enfermedad.
- En tercer lugar destacar su familia y sus dinámicas.
- Por último, en cuarto lugar, los factores relacionados con el ambiente hospitalario.

Este trabajo va a desarrollar los aspectos relacionados con su enfermedad y con su familia.

2 Objetivos

- Valorar los diferentes factores que intervienen en la hospitalización de un menor de edad y las repercusiones que supone para su ambiente familiar.
- Conocer las diferentes formas de actuar ante una situación situación de temor.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las características de la enfermedad son variables que inciden de forma importante en la forma en la que el/la niño-a o adolescente y su familia perciben la propia enfermedad y la hospitalización. Entre ellas se encuentran, la amenaza de muerte, el tipo de enfermedad, si es aguda o crónica, la gravedad del pronóstico, el tiempo de evolución y el grado de discapacidad que produce (López, 2011).

El diagnóstico de una enfermedad da lugar a una situación límite de desesperanza absoluta, que, si bien no es sentida por el niño, debido a su desarrollo evolutivo o cognitivo, si produce una primera etapa de shock en sus madres/padres o cuidadores.

Posteriormente aparecerán mecanismos de defensa: negación, ira…, y luego el niño y su familia irán asumiendo el pronóstico y el tratamiento. Los niños sen-

tirán una gran ira dirigida contra sus padres, hermanos, amigos o el personal sanitario, y manifestada por irritabilidad y otras alteraciones del comportamiento, pero pueden llegar a una etapa de adaptación. En este período la angustia y el temor disminuyen, se recupera la confianza en los padres y los niños adquieren mayor confianza en el equipo que los trata y en el hospital, pueden incluso tener en cuenta los esfuerzos que se realizan para obtener su curación.

Para los padres, la hospitalización de un/a hijo/a tiene un significado amenazante para la integridad física y emocional del niño, lo que les produce angustia. En las enfermedades agudas las repercusiones en su estado emocional suelen ser más leves porque el pronóstico médico suele ser generalmente bueno, no se requiere de un ingreso prolongado y el niño suele responder más adecuadamente a los tratamientos. En las enfermedades crónicas, la situación cambia, pueden estar acompañadas de cambios más continuados en la vida del niño y su familia, produciendo en los padres una alteración del funcionamiento físico y emocional a largo plazo y de forma irreversible, puede que incluso el niño sólo pueda recibir tratamientos paliativos de los síntomas de su enfermedad, siendo el pronóstico nefasto y dejando en los padres una gran incertidumbre sobre el futuro vital de su hijo.

La enfermedad no sólo incide en el bienestar psicológico del/de la niño/a o adolescente sino también en todas las personas que conviven con él, a través de una compleja red de variables fisiológicas, psicológicas y sociales, que enlazadas, irrumpen en la dinámica y el funcionamiento de todo el núcleo familiar. Los problemas no surgen a nivel familiar como consecuencia directa de la enfermedad, sino en función de las posibilidades de la familia de adaptarse o no a la situación.

La situación de crisis aparece desde el momento de la sospecha y posterior confirmación del diagnóstico. La principal connotación de esta situación imprevista es precisamente su carácter casual e inesperado. Enfrentar las circunstancias adversas puede suponer para la familia tanto una oportunidad de crecimiento, madurez y fortalecimiento como el peligro de que surjan trastornos psíquicos en algunos de sus miembros.

Tras el ingreso en el hospital, la dinámica familiar se ve alterada y los roles de sus miembros se ven interrumpidos. La reacción más común es el aislamiento, cerrándose en banda a cualquier apoyo que venga del exterior. En las/os madres/padres afloran sentimientos de falta de confianza en sí mismos, inseguridad… También surgen dificultades en las tomas de decisiones y muchas dudas. Entre ellos se

produce una redistribución de roles, reaccionan ante la hospitalización y asumen responsabilidades de diferentes formas, tienen dificultades en la comunicación, se producen alteraciones en las relaciones sexuales… (Grau, Espada, 2012).

Es importante proporcionarles información que les ayude para comenzar a realizar los cuidados de sus hijas-os durante la estancia en el hospital. Las actitudes de los padres se ven influidas por diferentes factores como el lugar asignado al hijo dentro de la familia, el temperamento de sus miembros, la capacidad de comunicación de la estructura familiar, la historia de vida de cada miembro, las situaciones de duelo que han atravesado previamente, su sistema de creencias, el nivel cultural y socio-económico y las ayudas médicas, psicosociales y educativas. El modo en que los padres reaccionen ante la hospitalización de su hijo puede llegar a condicionar la forma en la que éstos afronten la enfermedad, por lo que puede que interviniendo en los padres se pueda llegar a modificar el curso de la enfermedad de los hijos (Fernández-Castillo, López-Naranjo, 2006).

Las/os hermanas/os sanos experimentan un aumento del estrés al recibir una menor atención por parte de sus padres. A veces, son separados de sus padres y hermano hospitalizado, conviviendo desde el momento del ingreso con otros familiares. Uno de los primeros problemas al que se enfrentan los padres es qué contarles sobre la patología que afecta a su hermano y qué es lo que pueden entender. Pueden aparecer divergencias con el hermano hospitalizado, lo que puede llevar a cambios en sus actitudes, emociones o a su relación con los demás, no saben expresar la ansiedad y los miedos que sienten, o quizá no lo hagan porque no quieren molestar a sus padres, por lo que interiorizan esos temores. Todo esto los puede llevar a reaccionar de diferentes maneras:

- Volverse introvertidos, aislarse, manifestar una conducta de negación, hacer como que no ocurre nada, o, por el contrario, intentar llamar la atención, mostrar conductas regresivas o no obedecer.
- Cambiar de actitud en su forma de abordar las situaciones y de hacer frente a su vida, pudiendo mostrarse más serios, maduros, o provocadores, instigadores.
- Pueden aparecer los celos por sentirse en un segundo plano, desencadenando sentimientos de tristeza y culpabilidad.
- Tener fantasías sobre contagiarse de la enfermedad de su hermano, con una aprensión desmesurada hacia él, que puede convertirse en una conducta de distanciamiento, o bien, desear contraerla para recibir más atención y cuidados especiales.
- Sentirse obligados a realizar un mayor número de tareas en el hogar, experimentando un aumento del estrés.

- Pueden acontecer modificaciones en el ámbito escolar.

5 Discusión-Conclusión

Para disminuir la tensión por la separación que sufren los hermanos es importante que puedan visitarle en el hospital siempre que sea posible, de esta forma las fantasías que puedan imaginar sobre la situación podrán contrarrestarse con la realidad. Cuando las visitas no sean aconsejables, es conveniente informarles honestamente sobre todo lo que vayan cuestionando y explicarles claramente la verdad.

Tanto el niño hospitalizado como sus hermanos necesitan de la atención de sus padres, es importante tratar adecuadamente las necesidades, demandas e inquietudes de todos los miembros de la familia y poder apoyarse en otros miembros de la familia extensa, allegados, personas de confianza o amigos, para evitar en la medida de lo posible el desarrollo de problemas psicosociales.

6 Bibliografía

- http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-196.pdf
- Grau, C. y Espada, M.C. (2012). Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. Psicooncología, 9(1), 125-136. 10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39142
- López Naranjo, I. (2011). Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: análisis psicoevolutivo (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.

Capítulo 124

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. EXPANSIÓN DEL SERVICIO EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

MARTA LUCÍA PULIDO FONTES

MARTA RINCÓN FRANCÉS

MARTA GOMEZ ALONSO

LAURA PULIDO FONTES

1 Introducción

La hospitalización a domicilio surge como una alternativa al ingreso hospitalario en la que los pacientes son atendidos por los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) en el domicilio del propio paciente. Con ella se intenta contribuir a la mejora de la calidad asistencia. La HaD permite al paciente disfrutar de la comodidad del hogar y de la compañía de sus familiares, libera a los familiares de la carga de desplazamientos y noches de cuidados. Así mismo evita complicaciones nosocomiales en el paciente como infecciones o desorientación y alivia la ansiedad que el hospital genera a los pacientes. Por otro lado, pero no menos importante, disminuye la presión asistencial del hospital.

Al realizarse fuera de la infraestructura hospitalaria y al no tener una vigilancia médica física las 24 horas del día, los paciente candidatos a hospitalización en domicilio deben contar con un correcto apoyo domiciliario, lo cual incluye condiciones físicas del domicilio.

Se trata, por tanto, de un servicio complejo que requiere de la perfecta coordinación entre profesionales sanitarios. Presentamos las funciones del servicio de hospitalización a domicilio y su proceso de expansión en la comunidad foral de Navarra.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del servicio de hospitalización a domicilio.

3 Metodología

Funcionamiento de la HaD:
La unidad de HaD esta constituida por médicos y enfermeras. Los traslados hasta el domicilio del paciente se realizan en coches conducidos por el propio personal de la unidad.

En la Comunidad Foral de Navarra la cobertura y la hospitalización se realiza de la siguiente manera:
- Cobertura: Área de Salud de Pamplona con una población de 410 000 habitantes.
- Organización: distintos equipos con distribución por zonas.
- Equipo Urbano (1-5): Pamplona y comarca 1 (Y1).
- Equipo de NO (1): Noroeste de Navarra.
- Equipo de NE (1): Noreste de Navarra.
- Equipo de Tafalla (1): Tafalla.
- Equipo de Enfermería (1): Da cobertura al resto de equipos.
- La asistencia a los pacientes se realiza según horarios:

Horario de mañana, de 8 a 15h
- Visitas en domicilio.
- Seguimiento telefónico.

De 15h a 22h, equipo de guardia.
- Dudas o nuevos síntomas.
- Ingresos procedentes de urgencias.

Desde 22h hasta las 8h.
- Atención por parte del 112.

En cuanto a los pacientes proceden bien del servicio de urgencias, de otros servicios de hospitalización, de consultas especializadas, de centros de atención pri-

maria o de residencias. Los pacientes deben cumplir unos requisitos para poder ingresar en la HaD:
- Soporte y compromiso familiar.
- Cuidador principal valido.
- No hábitos tóxicos activos.
- Diagnóstico establecido.
- Estabilidad clínica.
- Firmar el consentimiento informado.

Funciones de enfermería
Las funciones de enfermeria en la HaD son múltiples:
- Asistencial: cuidados básicos de enfermería.
- Gestión: planificación (PAE) y coordinación de los cuidados.
- Investigación: generar nuevo conocimiento.
- Docente: educación para la Salud

4 Resultados

Expansión de la HaD:
Desde su creación en el año 2008 con capacidad asistencial de 20 camas, el servicio no ha hecho mas que crecer de manera exponencial. La HaD se incluyo dentro del Plan Navarro de Salud 2014-2020, incluyéndose dentro de la estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. En el momento actual da una cobertura a toda Navarra contando con una capacidad para atender hasta a 96 pacientes, ampliándose hasta 120-130 pacientes en épocas especiales como el invierno con las epidemias de gripe o repuntes de infecciones respiratorias.

5 Discusión-Conclusión

La irrupción de la HaD dentro del Sistema Navarro del Salud ha contribuido a mejorar la calidad asistencial de los pacientes de la comunidad foral de Navarra. El correcto funcionamiento de esta unidad se basa en el perfecto engranaje de todas las partes implicadas, desde personal médico y enfermería hasta el apoyo del paciente y su entorno, siendo una pieza fundamental un correcto enlace y comunicación entre los distintos niveles asistenciales.

6 Bibliografía

- Leff B, Montalto M. Home hospital-toward a tighter definition. J Am Geriatr Soc. 2004;52(12):2141.
- Plan Navarro de Salud 2014-2020.
- Estrategia navarra de atencion integrada a pacientes crónicos y pluripatologicos.

Capítulo 125

EL TABACO: UN MAL NEGOCIO PARA NUESTRA SALUD

ISABEL ARAUJO RUBIERA

ANA MARTINEZ DELGADO

ELENA ALVAREZ VARELA

1 Introducción

El tabaquismo es una enfermedad adictiva, crónica y recurrente, que en el 80% de los casos se inicia antes de los 18 años de edad y que se mantiene a merced de la dependencia que produce la nicotina , y cuyas principales manifestaciones clínicas son: trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios y aparición de tumores en diversas localizaciones.

Tiene una alta prevalencia que varía en los diferentes países de acuerdo a criterios sociales, económicos y culturales. El tabaquismo es la principal causa de mortalidad prematura y evitable, en los países desarrollados.

La OMS estima que al año mueren 4.9 millones de personas como consecuencia del tabaco, y se prevé que si continúan las tendencias de consumo actuales, en el año 2030 se producirán 10 millones de muertes, que ocurrirá en los individuos que fuman actualmente.

Es bien conocido que el consumo de tabaco se asocia a más de 25 enfermedades, siendo el responsable del 90 % de la patología tumoral, del 75% de los procesos

clasificados como bronquitis crónica o enfisema y del 25% de los síndromes coronarios agudos. De todas las enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, etc.) el tabaquismo es la que produce mayor morbi-mortalidad.

El humo ajeno es el que llena restaurantes, oficinas y otros espacios cerrados cuando la gente quema productos de tabaco como cigarrillos, o pipas de agua. Este humo contiene más de 7000 productos químicos, de los cuales al menos 250 son nocivos y como mínimo 69 causan cáncer.

No hay un nivel seguro de exposición al humo de tabaco ajeno. En los adultos, el humo ajeno ocasiona graves trastornos cardiovasculares y respiratorios, como coronariopatías y cáncer de pulmón, aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante y causa complicaciones del embarazo y bajo peso del recién nacido.

- Casi la mitad de los niños respiran habitualmente aire contaminado por humo de tabaco en los lugares públicos.
- El humo de tabaco ajeno causa anualmente más de 1,2 muertes prematuras.
- 65 000 niños fallecen cada año por enfermedades causadas por este humo.
- Todas las personas deberían poder respirar aire sin humo de tabaco. Se han promulgado leyes para proteger la salud de los no fumadores que son bien acogidas, no perjudican a las empresas y animan a los consumidores a dejar de fumar.
- Más de 1,6 millones de personas, una cifra que equivale al 22% de la población mundial, está protegida por leyes nacionales integrales sobre espacios sin humo.

El tratamiento que debe recibir cualquier fumador que quiera realizar un serio esfuerzo por dejar de fumar incluye una combinación de tratamiento farmacológico para aliviar la dependencia que el sujeto tiene por la nicotina y asesoramiento psicológico para combatir la adicción que el fumador tiene por el consumo inhalado de tabaco.

2 Objetivos

- Objetivo general:
- Conocer las causas que el tabaco provoca en la salud.
- Objetivos específicos:
- Conocer los riesgos de fumar
- Evitar o retrasar el consumo del tabaco

- Proporcionar información básica que promueva una actitud responsable ante el tabaco.

3 Metodología

Se realiza una reunión formado por profesionales de enfermería de diferentes centros de atención primaria para intercambiar opiniones sobre sus pacientes fumadores y revisar estrategias de cara a realizar educación para la salud.

4 Resultados

El consumo de tabaco tiene un costo económico enorme que incluye los elevados costos sanitarios de tratar las enfermedades que causa y la pérdida de capital humano debida a su morbi mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

- El tabaquismo es un problema de salud pública que genera una gran cantidad de problemas a nivel social de salud y con un coste económico muy elevado.
- El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo
- El tabaco es el responsable del 90% de las enfermedades tumorales.

6 Bibliografía

- CARRILLO FERNÁNDEZ, L.M. (2001) Educación antitabaco y Adolescentes. Tenerife: Universidad de la Laguna.
- MORON MARCHENA, J.A. (2002) El tabaco como reto educativo. Una revisión desde una perspectiva sociológica. Educación XXI número 4 .
- Ministerio de sanidad y consumo de España.
- OMS. http://www.who.int/topics/tobacco/es/

Capítulo 126

EL ESTIGMA SOCIAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

TSIU YEN CHAN DIEZ

AIDA FANJUL ARGÜELLES

JOSE IVAN LOPEZ MARTINEZ

HELENA DIAZ LOSAS

NATALIA RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos, en todos los países. Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas, entre los que destacan; la depresión que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, el trastorno bipolar, a 60 millones y la esquizofrenia, a 21 millones. La enfermedad mental se agrava por el estigma. El estigma, según Goffman es "un atributo personal negativo que hace a una persona diferente de las otras y la incluye en una categoría inferior".

La OMS describe el estigma como una causa principal de discriminación y exclusión que afecta a la autoestima de las personas, a sus relaciones familiares y, del mismo modo, limita su capacidad de socializar y obtener vivienda y empleo.

La mayoría de estudios enfocados en el estigma social destacan la extensión de las actitudes negativas de la población, respecto a las personas con una enfermedad mental.

Estas actitudes pueden estar influenciadas por factores como la cultura, el nivel de educación y el conocimiento y contacto con personas con enfermedades mentales. Los autores Björkman et al. definen el estigma según tres elementos: etiquetado (definición de una persona por su enfermedad), estereotipos o prejuicios (estructuras de conocimiento negativas) y discriminación.

Sin embargo, la bibliografía revela que no solamente la sociedad presenta actitudes de rechazo hacia las personas con enfermedad mental, ya que, se ha observado que los propios profesionales de la salud pueden llegar a ser el primer obstáculo para la inclusión social de estas personas.

La evidencia científica demuestra que el estigma es la mayor barrera para la recuperación de la enfermedad mental, debido a que tiene un impacto en todas las esferas de la persona. Algunas de las consecuencias observadas de la estigmatización son el aislamiento social, la pérdida de ingresos, síntomas depresivos, menor oportunidad de empleo y empeoramiento de la calidad de vida.

Considerando todo lo expuesto anteriormente, resulta evidente la importancia y necesidad de que los profesionales de la salud aboguen por una práctica inclusiva, donde la persona se sienta útil y valorada, no definida por su enfermedad y capacitada para multiplicidad de tareas. Se considera el estigma social como un asunto propio de enfermería, ya que al estar en contacto regularmente con personas con enfermedad mental, tienen un lugar significativo para modificar las actitudes negativas de la población y servir de modelo para saber cómo acercarse a ellas.

Por tanto, teniendo en cuenta todo lo anterior, el propósito de este trabajo es conocer el impacto del estigma social en personas con enfermedad mental y la importancia del rol de enfermería en la reducción del mismo.

2 Objetivos

- Identificar actitudes/ experiencias/ percepciones del estigma social en pacientes con enfermedad mental y en enfermeras de salud mental.
- Conocer factores que influyen en el estigma social.

- Describir posibles estrategias de afrontamiento relacionadas y orientadas a la reducción del estigma social de la enfermedad mental.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión de la literatura. La búsqueda de evidencia científica se realizó mediante las bases de datos Cinahl, Pubmed y Psycinfo. Para ello se emplearon las palabras clave: "Mental disorder", "Mental illness", "Social stigma", "Prejudice", "Experience", "Perceptions", "Attitudes", y "Nurs*", combinándolas con los boleanos "AND" y "OR".

Para reducir la búsqueda, se establecieron los siguientes límites: artículos con texto completo, publicados en inglés o castellano en los últimos diez años (2008-2018) y adultos mayores de 18 años. Los criterios de exclusión que se aplicaron para la selección de artículos fueron: estudios que abarcasen el estigma en otro ámbito y artículos en los que se incluyesen a la población pediátrica.

Tras la aplicación de los límites, los criterios de exclusión e inclusión y la lectura crítica de los artículos, se incluyeron 14 artículos. Además, a través de la técnica de snowballing se añadieron otros dos artículos.
Además sólo se incluyeron estudios que explorasen la estigmatización en cualquier enfermedad mental grave, estudios que describiesen intervenciones para valorar el estigma social de la enfermedad mental y estudios que reflejasen intervenciones multidisciplinarias o propias en las que la enfermera sea participe en la reducción del estigma social.

4 Resultados

A través del análisis de la literatura se pudieron identificar actitudes y percepciones de pacientes y profesionales de la salud sobre el estigma social, factores influyentes y estrategias de afrontamiento dirigidas a la reducción de dicho estigma. Se han recogido en tres bloques, según los objetivos propuestos:

ACTITUDES/ EXPERIENCIAS/ PERCEPCIONES
En la evidencia científica se han encontrado diversas actitudes y percepciones, tanto en la población general como en los profesionales de la salud, hacia la enfermedad mental y se ha visto cómo estas tienen un impacto en las vidas de las personas que presentan este tipo de enfermedades.
1. Percepciones de las enfermeras

En la revisión sistemática de Tzouvara et al, con el objetivo de conocer las actitudes estigmatizadoras dentro de la cultura griega, demostraron niveles claros y sorprendentes de estigma en los profesionales de la salud, esto es preocupante, ya que en su trabajo están en contacto directo con personas con enfermedad mental, y presentan un papel clave para ayudar a esas personas a integrarse en la sociedad.

En otro de los estudios encontrados, una revisión bibliográfica que explora el estigmaen personas con esquizofrenia, muestran que los profesionales de la salud no participan lo suficiente en desafiar el estigma y la discriminación y que son una barrera para una mejor calidad de vida de las personas con problemas de salud mental. Así mismo reflejan que cualquier pesimismo, por parte de los profesionales de la salud, puede tener un efecto negativo en la percepción de ese servicio por parte de los pacientes durante años y estos tienden a adoptar estrategias como el secreto y la abstinencia para evitar reacciones negativas. Sadow et al.14 muestran en su estudio la importancia de tener un contacto personal y positivo, por parte de los profesionales, como una forma de reducir el estigma, ya que lo contrario puede afectar a la calidad del tratamiento recibido y su eficacia.

Un estudio cuantitativo, mostró que las personas con enfermedad mental son percibidas como extrañas, impredecibles, atemorizantes, agresivas y carentes de autocontrol. Así mismo, en otro estudio realizado a enfermeras del ámbito psiquiátrico, se vio que una gran mayoría percibía a las personas con enfermedades mentales como violentas e incapaces de funcionar de forma independiente.

En otro estudio transversal cuantitativo realizado, a enfermeras de salud mental de cinco países europeos, se muestra que a un mayor número de experiencias de rechazo afectan a variables como la autoestima, la capacidad de toma de decisiones y el sentido de coherencia, disminuyéndolas. Ross et al.realizaron un estudio cualitativo en el que muestran las actitudes de las enfermeras hacia la enfermedad mental. Pacientes con enfermedad mental y sus familias describen que "sentían que habían sido tratados con falta de dignidad y con desprecio por parte del personal", además de no obtener un trato afectuoso. Dentro de las actitudes negativas identificadas en este estudio encontramos: el miedo, debido a las creencias esteorotípicas (considerar a las personas impredecibles, peligrosas, violentas y extrañas), la culpa (algunas enfermeras creen que la enfermedad mental es causada por la debilidad de carácter, la falta de disciplina, voluntad y de autocontrol) y la hostilidad.

Se describen la diferencia de actitudes de enfermeras especializadas en salud mental frente a enfermeras generalistas, siendo las actitudes de estas últimas más negativas. Además se encontró que ser mujer, estar casado, tener experiencia profesional y tener contacto íntimo con personas con una enfermedad mental, eran características que ayudaban a presentar actitudes más positivas. También reflejan que las enfermeras presentan respuestas diferentes según el tipo de enfermedad mental que se padezca: ante la drogadicción, el alcoholismo y la esquizofrenia presentan actitudes negativas, ya que los perciben como más violentos, agresivos e impredecibles.

2. Percepciónes en la población general:
Tzouvara et al. muestra que el 60% de participantes entrevistados pensaban que las personas con enfermedad mental no podían disfrutar de la vida, el 58% que se les debe cuidar como a niños y el 50% pensaban que los propios enfermos podrían evitar la enfermedad. Esto último se ve reforzado en otro artículo, en el que las personas con problemas de salud mental identificaban la elección personal y la debilidad de carácter como otra creencia que tenía la población general como causa de la enfermedad.

3. Respuestas estigmatizantes
Davey et al.escriben en su estudio respuestas estigmatizantes que experimentaron los propios enfermos mentales, entre las que se encuentran la evitación, los insultos, las burlas y, ocasionalmente, respuestas extremas como desheredados por familiares, divorcios y despidos de trabajo.

4. Consecuencias del estigma
Todas estas percepciones toman relevancia y tienen un impacto sobre la percepción de la enfermedad. El estigma y las actitudes estigmatizantes llevan a la discriminación. La evidencia muestra que esto tiene un impacto tanto para los propios enfermos mentales, como para sus familias. Larkings et al. y Harrison et al. han evidenciado, en sus respectivos estudios, la existencia de situaciones de desadaptación social, reducción de redes sociales de apoyo, bajo autoestima, disminución del bienestar psicológico, sentimientos de inutilidad, aislamiento social y una menor calidad de vida, debido al estigma; así mismo, Hanzawa et al.9 lo han relacionado con un estado de ánimo deprimido. En estos mismos estudios han visto que el miedo al estigma y la discriminación conducen a la pérdida de confianza o al autoestigma.

FACTORES
La bibliografía describe diversos factores que pueden influir en el estigma,

agravándolo o disminuyéndolo. A continuación se desarrollan dichos factores, agrupándolos como positivos o negativos.

- Positivos

Berry et al., explora la influencia del profesional de enfermería en la exclusión social de la persona con enfermedad mental. En esta revisión e ha identificado la visión colectivista como un factor que disminuye el estigma. Esta visión consiste en considerar las experiencias individuales y el sentido de identidad personal de cada persona, es decir, no caer en la discriminación intentando encajarlos en el marco social sin tener en cuenta sus necesidades al padecer una enfermedad mental.

Los estudios de Sadow et al.y Ping et al., cuyos participantes eran enfermeras y estudiantes de enfermería respectivamente, coinciden en que el contacto positivo con personas que presentan alguna enfermedad mental, disminuye las actitudes estigmatizantes. Así mismo también destacan el tener una formación relacionada con la psiquiatría para la disminución de las mismas.

- Negativos

Se ha evidenciado que uno de los factores más comunes que repercuten negativamente en las personas con enfermedad mental es el autoestigma. Las propias personas con enfermedad mental interiorizan las creencias que tiene la sociedad debido a que han crecido pensando lo mismo, disminuyendo de esta forma su autoestima y autoeficacia. El temor al rechazo y a ser tratados diferentes les lleva a crear su propio estigma. Además, el estigma del profesional sanitario perpetúa el estigma social. En una revisión bibliográfica se demostró la existencia del estigma iatrogénico. Este es un tipo de estigma creado por los profesionales de salud mental, que repercute negativamente tanto en los pacientes, como en la sociedad.

Los profesionales tienen puntos de vista pesimista sobre la recuperación, que no coinciden con la realidad del pronóstico. Los resultados señalan la existencia de una falta de colaboración entre profesional y usuario del servicio. Este se transmite a la sociedad mediante las interacciones con el entorno y familia y lo refuerza positivamente. Otro resultado que se ha visto es que el estigma se perpetúa en estudiantes cuyos profesionales docentes sean estigmatizadores.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Se ha observado que los profesionales de enfermería tienen un papel clave para combatir el estigma, ya que, permanecen mucho tiempo con los pacientes y sus familias,además de servir para la promoción del cuidado en comunidades y la

modificación de comportamientos en la sociedad hacia el estigma. Es importante desarrollar estrategias de afrontamiento con el fin de disminuir el impacto del estigma.En la revisión de la literatura se han encontrado una serie de intervenciones para la disminución del mismo:

1. Intervenciones dirigidas a la sociedad

1.1 Vídeo y charla informativa: En un ensayo clínico aleatorizado con una muestra significativa de estudiantes de enfermería se observó que un video y una charla informativa son dos soportes informativos en el que personas con problemas de salud mental describen sus experiencias. Se evaluaron las visiones de los estudiantes tras la intervención mediante cuestionarios validados y se demostró que esta técnica crea una visión positiva sobre las personas con enfermedad mental, por lo que se reduce el estigma. Las historias personales relatadas por las propias personas con problemas despertaban mayor interés e impacto en los participantes.

1.2 Ejercicios de simulación: Estudiantes de una Universidad, realizaron ejercicios de simulación de alucinaciones auditivas, con el fin de mejorar la comprensión de la sintomatología de este tipo de pacientes, resultando efectivo a la hora de reducir el estigma.

1.3 Actividades comunitarias: Realizar planes de comunidad donde se incluya y se evalué a la persona con enfermedad mental en el desarrollo de las actividades de su vida diaria. De esta forma, observando sus debilidades y apoyándoles en ellas se conseguía una inclusión social y consecuentemente una reducción del estigma.

1.4 Programas educativos: En tres estudios se marcó la importancia de la formación como estrategia de afrontamiento. En la bilbiografía se describen programas educativos sobre la salud mental que resultan efectivos para disminuir el estigma en la población. Así mismo, Davey et al. y
Yamaguchi et al.enfatizan que es bueno sensibilizar a la sociedad con respecto a las enfermedades mentales desde edades tempranas, mediante la formación, para aumentar el conocimiento sobre las mismas.

1.5 Escalas para la evaluación del estigma: La Escala Community Attitudes towards Mental Ilness (CAMI) que consiste en la evaluación del estigma social en 4 ítems: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental en la comunidad. Estudios demostraron que era un instrumento fiable para la evaluación del estigma social, facilitando de esta manera la comprensión de la situación y permitiendo así la realización de intervenciones para reducir el estigma social.

2. Intervenciones dirigidas a pacientes:

Participación en políticas de salud: Se ha demostrado en una revisión bibliográfica que la participación en políticas de salud, es decir, la inclusión de las opiniones de los propios pacientes en el diseño de los servicios, les permite sentirse involucrados, ya que se tienen en cuenta sus opiniones y sus necesidades, teniendo una mayor visibilidad y siendo una intervención de reducción del estigma en la sociedad.

3. Intervenciones dirigidas a enfermería:
Formación en salud mental: En seis de los artículos utilizados para la revisión se describió que la formación en psiquiatría mejoraba las actitudes y percepciones reduciendo el estigma. Destacaban la formación en la capacidad de escucha y en la de proporcionar ayuda al paciente, en cuanto a sus interpretaciones sobre la enfermedad y su entorno. También se ha propuesto la disponibilidad de que las enfermeras con educación y experiencia en psiquiatría, para actuar como recurso para el personal de enfermería en general.

5 Discusión-Conclusión

Las creencias estigmatizadoras, las actitudes negativas y los factores que no contribuyen a la aceptación y comprensión de este tipo de enfermedades, influyen en la calidad de vida de estas personas. Todo ello lleva a la discriminación y a la creación del estigma, lo cual constituye una exclusión social para las personas que lo padezcan en diversos ámbitos. Se han identificado, en la evidencia científica, posibles estrategias de afrontamiento que puede realizar enfermería con el fin de la reducción del estigma social.

Se ha demostrado que el papel de enfermería es fundamental para el abordaje y la reducción del estigma. La falta general de conocimiento por parte de las enfermeras generalistas les llevaba a presentar actitudes más negativas y estigma hacia las personas con enfermedad mental, por ello es necesario su formación e implicación.

Uno de los objetivos de la enfermera frente a estos pacientes debería ser el establecimiento de una buena relación terapeútica con ellos, basada en la comprensión y conocimiento de cada persona, procurando respetar la dignidad que tienen, inherente al hecho de ser seres humanos, sin caer en el error de definir a la persona por su enfermedad.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [Internet] OMS, 2008. Disponible en: http: //www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/
2. Tzouvara V, Papadopoulos C, Randhawa G. Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. Internationa Journal of Social Psychiatry. 2016; 62(3): 292-305
3. Villaverde, ML. Estudio sobre el estigma asociado a la enfermedad mental. Trabajo Fin de Grado Enfermería. (2015). Universidad de la Laguna, Tenerife. Pag. 3
4. Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T. Are stigma experience among persons with mental illnes, related to perceptions of self-esteem, empowermwnt and sense of coherence. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2009; 16: 516- 522
5. Ping Y, Rashid A, O´Brien F. Determining the effectiveness of a video-based contact intervention in inproving attitudes of Penang primary care nurses towards people with mental illness. Plos one. 2017; 12(11): 1-19
6. Björkman T, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. Scand J Caring Sci. 2008; 22: 170-177
7. Chambers M, Guise V, Välimäki M, Rebelo Botelho MA, Scott A, Staniulienė V, Zanotii R. Nurses attitudes to mental illnes: A comparison of a sample of nurses from five European countries. International Journal of Nursing Studies. 2010; 47: 350 - 362
8. Berry C, Gerry L, Chandler R. Spectations and illusions: a position paper on the relationship between mental health practitioners and social exclusión. Journal of Psychiatric and mental Health Nursing. 2010; 17: 411-421 27
9. Hanzawa S, Noaski A, Yatabe K, Nagai Y, Tanaka G, Nakane H, et al. Study of understanding the internalized stigma of schizofrenia in psychiatric nurses in Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2012; 66: 113-120
10. Davey G, Keya M. Stigmatisation of people with mental illnes in Bangladesh. Mental Health Practice. September 2009; 13(3): 30-33
11. Larkings SJ, Broen PM, Scholz B. "Why am i like this?" Consumers discuss their causal beliefs and stigma. International Journal of Mental Health. 2017; 46(3): 206-226
12. Harrison J, Gill A. The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of stigma upon peoplewith schizophrenia: a way of forward. Journal of Psychiatric and MentalHealth Nursing. 2010;17: 242-250

13. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illnes within the nursing profession: a review of the literature. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2009; 16: 558-567
14. Sadow D, Ryder M. Reducing stigmatizing attitudes held by future health professionals: the person is the message. Psycological services. 2008; 5(4): 362-372
15. Clement S, N ieuwenhizen A, Kassam A, Flach C, Lazarus A, Castro M, McCrone P, Norman I, Tsornicroft G. Filme v. Live social contact interventions to reduce stigma: randomised crontolled trial. The British Journal of Psychiatry. 2012; 201: 57-64
16. Yamaguchi S, Wu SI, Biswas M, Yate M, Aoki Y, Barley EA, Thornicroft G. Effects of short term interventions to reduce mental health-related stigma in University or College students. J Nerv Ment Dis. 2013; 201: 490-503
17. Ochoa S, Martinez- Zambrano F, Vila-Badia R, Arenas O, Casa-Anguera E, García- Morales E, et al. Spanish validation of the social stigma scale: Community Attitudes towards Mental illness. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2016; 9(3): 150-157
28.
18 Ahmead MK, Rahhal A, Baker J. The attitudes of mental health professionals towards patients with mwntal illness in an inpatient setting in Palestine. International Journal of Mental Health Nursing. 2010; 19: 356-362

Capítulo 127

IMPACTO EN LA SOCIEDAD DE LA EPIDEMIA POR CORONAVIRUS

SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ

MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA

NATALIA CALLEJAS FIGUEROA

1 Introducción

El término "epidemia" proviene etimológicamente del griego. Nosema: enfermedad, Epi: sobre, Dem: pueblo. Instalación de enfermedad en la población.

Desde el SARS hasta la gripe aviar, el virus del Ébola y el MERS-CoV, las enfermedades infecciosas han recibido una atención cada vez mayor en las últimas décadas por parte de los científicos, los medios de comunicación y el público en general.

Además del sufrimiento humano que provoca la enfermedad, las nuevas epidemias causan reacciones de pánico, desorganizan la estructura social y económica y pueden dificultar el desarrollo de las comunidades afectadas. Las reacciones de pánico injustificadas de otros países pueden dar lugar a restricciones de los viajes desde los países en que se haya declarado el brote, o a limitaciones de las importaciones de ciertos alimentos.

2 Objetivos

Los objetivos principales de esta revisión bibliográfica son:

-Conocer las medidas de control y prevención para evitar contagios.
-Responder como profesionales a cuestiones básicas de una enfermedad de reciente implantación como coronavirus.
-Saber interpretar la fiabilidad de ciertas noticias a través de redes sociales según sea la fuente de donde provienen.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, hemos llevado a cabo una investigación basada en nuestra experiencia como profesionales en un centro sanitario, además de una revisión bibliográfica sistemática sobre artículos y publicaciones recientes al ser un tema de tan candente actualidad.

Hemos utilizando palabras clave como "epidemia", "coronavirus", "gripe de Wuhan" o "contagio".

4 Resultados

Los coronavirus son una familia de virus que se descubrió en la década de los 60 pero cuyo origen es todavía desconocido. Sus diferentes tipos provocan diferentes enfermedades, desde un resfriado hasta un síndrome respiratorio grave (una forma grave de neumonía).

Gran parte de los coronavirus no son peligrosos y se pueden tratar de forma eficaz. De hecho, la mayoría de las personas contraen en algún momento de su vida un coronavirus, generalmente durante su infancia. Aunque son más frecuentes en otoño o invierno, se pueden adquirir en cualquier época del año.

CAUSAS
Los coronavirus se transmiten de forma limitada entre humanos, pero hasta la fecha se desconoce el origen de estos virus. En todo caso, se sabe que ciertos animales, como los murciélagos, actúan como reservorios.
Como en otros virus que causan neumonía, cuando se transmiten en humanos, el contagio se produce generalmente por vía respiratoria, a través de las gotitas respiratorias que las personas producen cuando tosen, estornudan o al hablar.
Todo parece indicar que el nuevo coronavirus, 2019nCoV, también conocido como coronavirus de Wuhan, tiene una procedencia animal. De hecho, los primeros casos se han relacionado con un mercado de animales vivos de la ciudad de Wuhan, en China.

SÍNTOMAS

En general, los síntomas principales de las infecciones por coronavirus suelen ser:

- Secreción y goteo nasal.
- Tos.
- Fatiga.
- Dolor de garganta y de cabeza.
- Fiebre.
- Escalofríos y malestar general.
- Dificultad para respirar (disnea).

El espectro clínico de este tipo de infecciones varía desde la ausencia de síntomas hasta síntomas respiratorios leves o agudos. Esta tipología suele cursar con tos, fiebre y dificultades respiratorias.

PREVENCIÓN

Hasta la fecha no se dispone de vacuna alguna ni de tratamiento específico para combatir la infección por coronavirus.

Mantener una higiene básica es la forma más eficaz de evitar contraer este virus en los lugares en los que existe un mayor riesgo de transmisión, fundamentalmente las zonas del planeta en las que se han registrado casos. Es conveniente lavarse las manos con frecuencia y evitar el contacto con personas ya infectadas, protegiendo especialmente ojos, nariz y boca.

A quienes puedan estar en contacto con posibles afectados se les aconseja el uso de mascarillas y usar pañuelos para cubrirse la nariz y la boca cuando se tose o se estornuda

DIAGNÓSTICO

Para determinar si el malestar que sufre un paciente proviene de un simple resfriado o de un coronavirus el médico puede realizar un cultivo de nariz y garganta, o incluso un análisis de sangre.

TRATAMIENTO

No existe una vacuna contra el coronavirus humano que causa resfriado, pero los casos más leves pueden superarse siguiendo los mismos pasos que un catarro común. Esto no requiere intervención médica y simplemente con lavarse las manos de forma frecuente, guardar reposo y beber líquidos de forma abundante los síntomas desaparecerán a los pocos días. También se pueden tomar analgésicos como ibuprofeno o paracetamol para aliviar dolores de garganta o fiebre.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES

La comunicación a la población de la aparición de una epidemia y, consecuentemente, el riesgo potencial de contraer una enfermedad infecciosa no es una tarea sencilla.

Los medios de comunicación suelen tener una visión sensacionalista sobre la aparición reciente de un brote epidémico, o más aun de una epidemia.

Es sabido que los medios de comunicación son una excelente herramienta de salud pública para comunicar alertas, medidas de prevención e información científica clave para la percepción de riesgo en epidemias. Pero en los últimos años han sido cuestionados por exagerar o minimizar los riesgos, y contribuir a malentendidos sobre problemas epidémicos

Las redes sociales son, actualmente, el principal medio de comunicación de masas que se utiliza para diseminarlas. Las usan mandatarios, dirigentes sociales, gremiales y políticos, y grupos de presión.

No es poco frecuente, que circulen mensajes en las redes sociales sobre supuestos faltantes de vacunas, brotes de enfermedades de transmisión alimentaria o, también, que empresas desmientan el hallazgo de contaminación en lotes de sus productos para contrarrestar pérdidas económicas.

5 Discusión-Conclusión

Cada epidemia es un hecho novedoso, único, que comparte elementos con otras epidemias, pero es otro nuevo evento. Es así que las autoridades de salud pública, inicialmente, tienen que decidir cómo actuar con un importante margen de incertidumbre. Es aquí donde el personal sanitario juega un papel predominante: somos, la voz de los científicos, los representantes comunitarios, los políticos, los industriales y otros actores frente a la epidemia.

En salud pública, la difusión de información preventiva a través de las redes sociales podría complementar o reforzar conductas de cautela en los usuarios de esos medios.

6 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/infecciosas/coronavirus.html
- https://www.who.int/topics/cholera/impact/es/
- https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/viewFile/8374/8346

- https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/coronavirus-desarrollo-de-vacunas
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/infecciosas/coronavirus.html
- https://medlineplus.gov/spanish/coronavirusinfections.html

Capítulo 128

LA ATEROSCLEROSIS Y SU TRATAMIENTO

MIRIAM BASTERRA ROYO

IRANZU ZUDAIRE FERNANDEZ

PATRICIA GORDEJUELA SENOSIAIN

LEYRE DIEZ DE ULZURRUN SENOSIAIN

1 Introducción

La aterosclerosis es una enfermedad sistémica en la que se acumula materia grasa debajo del revestimiento de la luz arterial de todas las arterias de mediano y gran calibre endureciendo sus paredes, pudiendo estrecharlas, obstruir el flujo sanguíneo y ocasionar desprendimiento de parte de estas placas de ateroma, peligrando la oxigenación del cerebro. La bifurcación de la arteria carótida es uno de los puntos más afectados donde se divide en rama externa (ACE) cuyo flujo va hacia la cara y en rama interna (ACI) de mayor importancia por la que la sangre llega al cerebro.
Generalmente no suele dar clínica hasta que existe una obstrucción severa de una rama o las dos, manifestándose con un accidente cerebrovascular (ACV) o un accidente isquémico transitorio (AIT).

Existen dos tipos de ACV: los isquémicos cuando hay un taponamiento del flujo sanguíneo (son un 80% del total) y los hemorrágicos por roturas o fisuras en los que tampoco llega el aporte de sangre. Las manifestaciones clínicas de esta

enfermedad como eventos cerebro-vasculares, síndromes coronarios agudos y la enfermedad arterial periférica, son las principales causas de morbimortalidad en el mundo. Entre un 20 y un 30% de los pacientes que han experimentado con anterioridad un infarto de miocardio o vasculopatía periférica sintomática presentan estenosis asintomática mayor de un 60% en la ACI.

Hay factores de riesgo que no se pueden modificar como la edad (el riesgo de ACV se duplica a los 55 años), el sexo (más habitual en varones), el grupo racial y si hay historia familiar previa de aterosclerosis o enfermedad cerebrovascular en los que se ve aumentado el riesgo. En cambio, la formación de las placas de ateroma está relacionada con los factores de riesgo vasculares con los que se puede trabajar para reducir o mejorar, como son el tabaco, la dislipemia, enfermedades como la hipertensión (HTA), la diabetes mellitus (DM), la inactividad física y la obesidad.

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud habitual en la sociedad actual, que puede conllevar terribles consecuencias, con el añadido de un elevado consumo de recursos sanitarios por parte de este tipo de pacientes, por eso debemos de hacer una correcta educación para la salud ya que viene a ser una problemática socio-sanitaria importante.

2 Objetivos

- Conocer la etiología más frecuente de esta enfermedad y sus factores de riesgo.
- Realizar educación para la salud para conseguir limitar la progresión de la aterosclerosis reduciendo el riesgo de ACV y de otros sucesos vasculares.
- Dar a conocer las distintas técnicas intervencionistas para minimizar la angustia preoperatoria.
- Conseguir una adecuada adscripción al tratamiento para evitar posibles recaídas.

3 Metodología

Revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica de artículos, libros y bases de datos Medline, Pubmed y Scielo.

4 Resultados

Para el tratamiento de esta enfermedad lo principal es la detección de sus factores de riesgo.
Es importante realizar una adecuada educación para la salud que consiga modificar estilos de vida inadecuados y así disminuir los factores de riesgo que son modificables:
- Evitar el tabaco que disminuye el diámetro arterial, endurece sus paredes, hace que la sangre sea más espesa y disminuye los niveles de colesterol bueno (HDL).
- Control de la dislipemia con dieta, ejercicio y tratamiento con estatinas. Un alto nivel de colesterol total en la sangre mayor o igual a 240 mg por ciento, es un factor de riesgo mayor para 21 enfermedades de las arterias, que aumentan el riesgo de accidente cerebrovascular. Altos niveles, más de 100 mg por ciento de colesterol malo (LDL), incrementan directamente el riesgo de enfermedad cerebrovascular. Altos niveles, más de 35 mg por ciento de colesterol bueno, baja el riesgo de tener una enfermedad cardíaca o enfermedad cerebrovascular.
- Mantener HTA con cifras menores de 140/90 mmHg. La hipertensión arterial continúa siendo el factor riesgo más importante.
- En pacientes con diabetes mellitus DM conseguir adecuados controles de glucemia y tensión arterial (TA).
- Evitar sedentarismo. Se puede lograr beneficios en salud realizando actividad física moderada durante 30 minutos, cuatro veces a la semana. La actividad física mantiene la elasticidad de las paredes arteriales y a su vez favorece el mantenimiento de una baja presión, elemento esencial para el buen funcionamiento de cerebro y corazón.
- Reducir estrés (el estrés libera corticoides y adrenalina).
- Evitar obesidad con estrategias y programas de educación nutricional (la obesidad está íntimamente relacionada con aterosclerosis).
- Disminución del consumo de alcohol (aumenta el riesgo de ACV hemorrágico).
- En pacientes con enfermedad de base como HTA y DM deberán tomar sus fármacos habituales.

Tras un evento isquémico será necesaria una profilaxis secundaria para evitar recurrencias con tratamiento antiplaquetario. El más utilizado es el AAS (ácido acetil salicílico) cuya administración debe continuarse indefinidamente salvo que haya alguna contraindicación y también la toma continuada de estatinas independientemente de sus niveles basales de colesterol.
Las indicaciones para la revascularización carotídea dependen sobre todo del grado de la estenosis y de si el paciente ha experimentado recientemente sín-

tomas neurológicos relacionados con la arteria carótida. Para los pacientes con enfermedad carotidea que deben someterse a intervención hay varios tipos de revascularización:
A. La endarterectomía de la arteria carótida (EAC) es la más habitual en la prevención de los accidentes cardiovasculares isquémicos derivados de una estenosis carotídea severa en estenosis sintomática del 70% o superior, pero sin oclusión total. Consiste en la extracción de la placa mediante incisión longitudinal en la cara lateral del cuello (cirugía abierta). Es necesario anestesia general o loco-regional (anestesia de nervio o tronco nervioso).

B. La angioplastia carotídea consiste en la dilatación de la arteria mediante un globo y es habitual la implantación de un stent (pequeña prótesis tubular que se inserta en la luz arterial para restaurar el flujo). Generalmente se suele usar el acceso transfemoral mediante punción femoral con un inductor con anestesia local. Esta técnica es menos invasiva. Se puede realizar mediante punciones arteriales (a nivel femoral, radial o cervical). Durante el procedimiento es necesario realizar una vigilancia constante del estado neurológico y la colaboración del paciente.

C. La revascularización transcarotídea o transcervical (TCAR) es la técnica más moderna. Se asemeja a la EAC transfemoral pero es más segura. La diferencia en que se accede a la arteria carótida con una pequeña incisión directamente en el cuello encima de la clavícula. Se conecta el flujo sanguíneo de la carótida a un sistema con un filtro que capta las pequeñas partículas de ateroma que puedan desprenderse en el procedimiento y de nuevo se devolverá la sangre filtrada en una vena a nivel inguinal. Tras la colocación de un stent, la circulación se reanuda en su dirección habitual. Este sistema de protección cerebral marca la diferencia en cuanto a seguridad con el resto de tratamientos disponibles. Se realiza con anestesia local. Hay que evaluar la función cerebral del paciente durante el proceso. Para evitar recaídas en pacientes sintomáticos es necesario realizar un tratamiento estricto de los factores de riesgo y un tratamiento antiplaquetario. Además de seguimiento por parte de neurología.

5 Discusión-Conclusión

A nivel mundial el accidente cerebrovascular representa la tercera causa de muerte, la primera en invalidez adulta y la segunda de demencia después de la enfermedad de Alzheimer, además de ser una de las principales causas de morbilidad de ahí su importancia como problema sanitario y socioeconómico.

Los ACV son más habituales en edades avanzadas y en hombres. La etiología mayoritaria es de origen isquémico. El riesgo de ICTUS recurrente en pacientes con estenosis a los 2 años está entorno a un 30%. Es imprescindible conocer los factores que pueden provocar la enfermedad, ya que la prevención de los factores modificables es lo más importarte para la prevención de la enfermedad cerebrovascular. El riesgo de enfermedad cerebrovascular asociado a la estenosis asintomática de la arteria carótida interna se ha reducido de manera significativa gracias al mejor control de los factores de riesgo.

Experimentar mareos o desmayos y visión borrosa pueden ser signos de falta de oxigenación cerebral. Un AIT suele ser el primer síntoma. Los síntomas de un AIT y un ACV son similares: entumecimiento o parálisis de un lado del cuerpo, dolor de cabeza, visión borrosa, dificultad en el habla… Hay que tomar en serio los AIT, que suelen ser breves y no dejan daños, pero generalmente suelen producir ACV si no se tratan. Un ACV puede provocar discapacidades graves e incluso la muerte. La endarterectomía de la carótida (EAC) se considera el tratamiento quirúrgico de elección en la mayoría de los casos, por la efectividad demostrada en ensayos clínicos.

En la actualidad se tiende a realizar intervenciones menos invasivas. La angioplastia carotídea con endoprótesis evita la anestesia general y la incisión en el cuello, que podría causar lesiones nerviosas y complicaciones de la herida. El coste también es menor que el de la cirugía, ya que se reduce la estancia hospitalaria. Sin embargo, el implante de una endoprótesis también conlleva riesgos de ACV y complicaciones locales; y no se conoce bien la eficacia a largo plazo de esta técnica, está aún en evaluación en ensayos clínicos aleatorizados. La revascularización transcervical (TCAR) es una técnica novedosa que provoca menos complicaciones.

Los pacientes que han padecido ACV requieren de una atención multidisciplinaria, que les permita tener acceso a terapias con las que ganen una mayor independencia, y una mejor calidad de vida. Sería interesante que los pacientes de alto riesgo participen en programas de cribado para la prevención de accidentes cardiovasculares.

6 Bibliografía

- Mas Jean-Louis. Revascularización de la arteria carótida interna. Rev Esp cardiol. Agosto 2007. Vol. 60. Núm. 8. Pág. 861-871.

- Derdeyn CP, Powers WJ. Cost-effectiveness of screening for asymptomatic carotid atherosclerotic disease. Stroke, 27. Nov. 1996. Pp. 1944-50. Medline.
- Ibáñez Clemente P., De la Torre Barbero, Ovejero Herrero L., Gutiérrez Vargas P., Jiménez López A., Torrent C.. Doc. Nº1 Grupo arterial AEEVH 2019. Internet. Disponible en: https://www.aeev.net/pdf/ESTENOSIS_CAROTIDA_.pdf
- Junqueira L.C., Carneiro José. Histología básica. Cap. 9 Tejido nervioso. Pág. 149-182. 6ta ed. Masson S.A. 2005.
- Díez-Tejedor E. Clasificación y criterios diagnósticos. Guía para el tratamiento y prevención del ictus. Soc. española de neurología 2008; 13 (suppl.3):3-10.

Capítulo 129

ABORDAJE DE ENFERMERÍA ANTE LA MUJER EMBARAZADA CON INFECCIÓN DE VIRUS ZIKA

NATALIA VÁZQUEZ PAVÓN

1 Introducción

El virus Zika es un flavivirus transmitido por mosquitos hembra del género Aedes Aegypti, principalmente durante el día al amanecer y al atardecer. Los lugares donde se han localizado brotes de dicha enfermedad son África, Las Américas, Asia y parte del Pacífico, convirtiéndose en un brote epidémico en la mayor parte de América del Sur.

Es muy importante la posibilidad de la transmisión por vía sexual, sanguínea y transplacentaria, pudiendo afectar a los fetos de las madres que contraigan la enfermedad. Se trata de una infección causante de una enfermedad con defectos congénita.

2 Objetivos

- Definir qué es el virus Zika.
- Especificar los problemas que causa la infección por virus Zika en la mujer embarazada.
- Identificar las intervenciones de enfermería ante una mujer embarazada infectada y las recomendaciones preventivas.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de cuidados de enfermería elaborada por la fundación Index de Granada, Cuiden. Para la búsqueda en la base de datos Cuiden se empleó el tesauro Zika, seleccionando aquellos artículos escritos en castellano que incluyesen todos los resultados que se estimasen interesantes para la consecución objetivo general y los objetivos específicos buscados en este capítulo. Entre todos los artículos encontrados, que fueron 16, finalmente se seleccionaron 3.

4 Resultados

El periodo de incubación de la enfermedad puede oscilar entre 3 y 14 días y únicamente manifiestas signos y síntomas de la enfermedad 1 de cada 5 personas.

Se ha demostrado la relación entre la infección por el virus del Zika en mujeres gestantes y la microcefalia en sus fetos. No existe tratamiento curativo por lo que se trabaja principalmente en la prevención de la picadura del mosquito en todas las personas, principalmente en las mujeres embarazadas.

El principal síntoma que se detecta en mujeres embarazadas con la infección presente es la aparición de una erupción cutánea, mientras que para los bebés fue común el bajo peso para su edad gestacional.

5 Discusión-Conclusión

Para la prevención de la enfermedad por el virus del Zika la principal medida es la prevención de la picadura el mosquito Aedes. Es importante informarse si se va a viajar a países donde la población de este mosquito sea numerosa y la prevalencia de la enfermedad alta. Está recomendado el uso de sprays contra los mosquitos, uso de ropa larga y ancha, con poca cantidad de piel expuesta. Tener especial precaución a las horas donde es más habitual que salga el mosquito, al amanecer y al anochecer. Durante la noche son recomendables el uso de mosquiteras en la cama y las ventanas. Los repelentes deben contener DEET o icaridina, usándolos por encima de las cremas fotoprotectoras.

6 Bibliografía

- Braga Quirino, E.M. et al. Perfil epidemiológico y clínico de casos de microcefalia. Enf. Glob. 2019; Vol 19. Num 1.
- Montiel Colchón, R. El virus zika y su repercusión en la salud pública española. Enferm Comun 2017; 13.
- Ruiz Castillo, A. Revisión sobre las recomendaciones para la prevención del contagio por Virus Zika. Rev Paraninfo digital, 2016: 25.

Capítulo 130

INTERVENCIONES PARA EL AFRONTAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

AROA GONZÁLEZ GARCÍA

VIRGINIA SAIZ CANO

1 Introducción

El psiquiatra Freudenberger definió por primera vez en 1974 el concepto de Síndrome de Burnout como "una sensación de fracaso y una existencia agotada, que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador".

Años más tarde en 1981 Maslach y Jackson lo describieron como "una respuesta inadecuada a un estrés crónico y que se caracteriza por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal". Entendieron por cansancio emocional la sobrecarga afectiva y física derivada del contacto diario con personal y pacientes del sistema de sanitario, con el término despersonalización se refirieron al desarrollo de actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja, y la disminución de realización personal la describieron como la tendencia a evaluarse negativamente consecuencia de un sentimiento de fracaso profesional.

El incremento en la prevalencia de Burnout en algunas profesiones durante la

última época y los problemas que genera tanto para trabajadores como para organizaciones ha hecho que sea considerada como una enfermedad laboral. En España el tribunal supremo lo definió oficialmente como una enfermedad profesional en el año 2000, además se incluye en la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en el apartado de problemas en la gestión de la vida.

Los profesionales que desempeñan labores de servicio en los que se encuentran en continuo contacto con personas presentan mayor riesgo de desarrollar Burnout. Entre éstos, podemos destacar y dentro del ámbito de la salud a la profesión enfermera, siendo ésta considerada como la más estresante, por lo que la probabilidad de presentar riesgos de salud será mayor. Según diversos estudios la prevalencia de ciertas enfermedades mentales, estrés, Burnout o suicidios es mayor en las enfermeras que en el resto de profesionales.

Las enfermeras no solo necesitan un gran conocimiento profesional y habilidades para llevar a cabo su trabajo sino que también precisan de una gran habilidad comunicativa. En su día a día se encuentran expuestas a cantidad de estresores psicológicos como pueden ser los conflictos con pacientes y familiares, desacuerdos con la dirección o la cercanía con el sufrimiento y la muerte. Además el alto nivel de estrés al que se ven sometidas se debe en parte a la gran cantidad de factores de riesgo asociados al entorno laboral como el hecho de exponerse frecuentemente a actos violentos por parte de los pacientes. Según Elliot (1997) los profesionales de la salud tienen 16 veces más riesgo de sufrir algún tipo de violencia que en otros servicios.
Según la ICN algunos de los factores desencadenantes de estrés son:
- El cuidado de personas
- Desacuerdos con la dirección y conflictos de las enfermeras con el resto de personal sanitario.
- Falta de preparación para afrontar las necesidades emocionales de pacientes y familiares.
- Escasez de personal.
- Carga de trabajo excesiva

Además los niveles de Burnout en las enfermeras españolas pueden deberse en parte a una mayor exigencia en el cumplimiento de los objetivos o contratos temporales, unidos a una reducción del salario a causa de la crisis económica actual. También se ha demostrado que uno de los aspectos más estresantes para las enfermeras de hospitales mentales puede ser la difícil demanda de muchos

pacientes mostrando altos signos de cansancio emocional la mitad del personal.

Existen diferentes herramientas para medir el nivel de Burnout, sin embargo el Maslach Burnout Inventory (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson ha demostrado ser sensible en la detección del síndrome en distintos ámbitos y poblaciones siempre que existan estudios de validación y ajuste del cuestionario. (1,9,10).
Entre las principales consecuencias descritas en los profesionales de la salud podemos encontrar problemas psicosomáticos como debilidad, fatiga crónica o trastornos del sueño; cambios en el comportamiento como irritabilidad, apatía, desconfianza, hostilidad o aislamiento; síntomas físicos incluyendo dolor de cabeza, de cuello y espalda, trastornos gastrointestinales, obesidad o taquicardias; problemas emocionales entre los que se encuentran ansiedad, inestabilidad emocional o depresión. También pueden aparecer ideas suicidas y abuso de drogas y el alcohol además de verse incrementado el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes.

No solo se ve afectada la salud tanto mental como física de los trabajadores sino que también produce un impacto negativo en las organizaciones sanitarias viéndose aumentado el ausentismo laboral, los retrasos, el empleo de estrategias pasivas de afrontamiento incluso el riesgo de errores médicos, disminuyendo la efectividad y la eficacia del trabajo. Estos problemas pueden suponer un deterioro en la calidad de atención sanitaria afectando a todas las personas beneficiarias de la misma.

En cuanto a los factores de riesgo que se relacionan con el desarrollo del síndrome la mayoría de los estudios muestran contraindicaciones, por una parte algunos estudios afirman que a partir de los 45 años aumenta el riesgo de padecerlo mientras otros encuentran que la prevalencia es mayor en las personas jóvenes debido a que con el paso de los años se adaptan y aprenden a hacer frente al estrés psicológico.

En cuanto al género y el estado civil parece ser que no existen grandes diferencias en los niveles de Burnout según muestran varios investigadores. Por otra parte se afirma que los profesionales casados tienden a sufrir cansancio emocional. Algunos estudios como el de Alarcón et al. (2009) encontraron diferencias significativas; las mujeres presentan altos niveles de cansancio emocional y sin embargo los hombres son más propensos a sufrir despersonalización .

Según un estudio en un hospital de Delhi el tipo de contrato estaba relacionado

con la aparición del síndrome siendo mayor en los contratos de tipo temporal. En cuanto al tipo de turno, el 25 % de los empleados con turno rotatorio presentan Burnout frente al solo 15% de los que trabajan en un turno fijo.

Todos estos factores que influyen y deterioran la salud deben estudiarse y conocerse para poder proteger la salud de los profesionales. El tabaco, el alcohol, evitar los problemas, los enfrentamientos con el resto de compañeros o faltar al trabajo son algunas de las estrategias inefectivas que las enfermeras usan para afrontar el alto nivel de estrés al que se encuentran sometidas en su día a día. Por eso es necesario el uso de los métodos adecuados para manejar el estrés como la relajación, descansar, técnicas cognitivas de afrontamiento etc. Esto sumado al entorno de trabajo y sus condiciones son de vital importancia para proteger la salud de sus empleados .

2 Objetivos

Conocer las principales estrategias existentes para la prevención del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de estudios científicos y revisiones sistemáticas relacionadas con el Síndrome de Burnout en enfermería.

En primer lugar se realizó una amplia búsqueda en Google académico de diferentes publicaciones en inglés y español sobre la información existente acerca de este síndrome. En una segunda búsqueda se realizó una consulta en diversas bases de datos destacando, Web Of Science (WOS) y Scopus mediante las siguientes ecuaciones de búsqueda, Burnout AND risk factors AND nursing, Burnout AND prevention AND strategy, intervention AND prevention AND Burnout. La búsqueda se limitó a los artículos publicados en los últimos 7 años en inglés y español incluidos en las áreas de medicina, enfermería y psicología. Se aplicó como criterio de inclusión que los estudios científicos tuviesen como población a estudiar profesionales sanitarios, preferiblemente enfermeras.

Tras revisar los abstracts y algunos textos completos seleccionamos los artículos que contenían información relevante para nuestro objetivo, dividiendo dicha selección en dos subgrupos en función de la información que contenían; los rela-

cionados con las características del Sindrome de Burnout y los enfocados a medidas de afrontamiento y prevención para el mismo.

4 Resultados

En el siguiente apartado se expone un resumen de las distintas intervenciones estudiadas en los artículos revisados y que pueden ser de importancia para la prevención y el afrontamiento del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.

Autor y año: Craigie,M et al. (2016)

País: Australia.

Muestra: 21 enfermeras de un hospital de enseñanza de Australia Occidental.

Instrumentos de medida:
-The Proffesional Quality of Life Scale versión 5 (ProQoL5) para medir los niveles de satisfacción de la compasión.
-Depression Anxiety Stress Scale (DASS) para medir los niveles de depresión, ansiedad y síntomas de estrés en la última semana.
-Spielberger State-Trait Anxiety Inventory form Y2 (STAIY2) para medir la tendencia a experimentar ciertas emociones negativas a través de una serie de situaciones
-Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) para medir de forma autoreportada el nivel de resiliencia psicológica.
-Passion for Work Scale (PWS) que mide la pasión armoniosa y obsesiva.

Intervencion: Autocuidado de la mente y resiliencia.
Tiene una duración total de 12 horas y está compuesta de 1 día de taller educativo sobre resistencia a la fatiga por compasión dedicando tres sesiones de 1.75 horas y una sesión de 1.75 horas de introducción a la atención plena seguido de una serie de seminarios semanales de habilidades sobre la atención plena durante 4 semanas.

Resultados: Importante reducción de las puntuaciones de Burnout tras la intervención y en el seguimiento. 45% de los participantes en el estudio presentaban niveles altos de Burnout en el pre-test reduciéndose esta cifra a un 15% en el post-test y en el seguimiento.

Autor: Asuero M et al. (2014)

País: España

Muestra: 68 profesionales sanitarios de atención primaria. 60% médicos. 33,3 % enfermeras. 6,7% trabajadores sociales y psicólogos clínicos. Grupo de control n=25 Grupo de intervención n=43.

Instrumentos de medida:
-Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir los niveles de Burnout.
-Profile of Mood States (POMS) para medir la alteración del estado de ánimo.
-Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) para medir la empatía.
-Five facets mindfulness questionnaire (FFMQ) para medir la atención plena
Cuestionario traducido al español del Centro de atención plena de la universidad de Massachusetts.

Intervención: Curso de educación continua con actividades psicoeducativas grupales.
Total de 28 horas repartidas en sesiones semanales de 2 horas y media durante 8 semanas y una sesión intensiva de 8 horas de práctica guiada de atención plena.
Cada sesión está compuesta por 4 actividades:
-Presentación educativa
-Meditación formal de la atención plena
-Ejercicios narrativos y apreciativos
-Discusión
Además los participantes recibieron un CD con los ejercicios, un libro explicativo e instrucciones para practicarlo en casa entre cada sesión

Resultados: El nivel de Burnout tras la intervención descendió 6 puntos. Las dimensiones del Burnout mejoraron considerablemente. Los participantes presentaron niveles bajos de cansancio emocional y medio-bajo de despersonalización. La realización personal mejoró significativamente.

Autor: Kinser, P et al. (2016)

País: Estados Unidos

Muestra: 38 profesionales de la salud completaron el programa de 8 semanas pero solo 27 completaron los cuestionarios al final de la intervención.

Instrumentos de medida:

-Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para medir la severidad de los síntomas depresivos.
-The Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) para medir el nivel de estrés.
-State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para medir los niveles de ansiedad.
-Ruminative Responses Scale (RRS) para evaluar el pensamiento autocrítico repetitivo.
-The Maslach Burnout Inventory-Human Services (MBI-HS) para medir los niveles de Burnout.

Intervención: La intervención se basa en un curso de 8 semanas sobre mindfulness combinado con mindful-movement con sesiones semanales de 2 horas.

Resultados: Los resultados confirman la aceptabilidad y factibilidad de la intervención. Los valores de estrés percibido, ansiedad y ciertos aspectos del Burnout como el cansancio emocional y la despersonalización disminuyeron significativamente mientras que la realización personal se vio mejorada.

Autor: Meealer, M et al. (2014)

País: Estados Unidos

Muestra: 29 enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos fueron elegidas para participar en el estudio, dos abandonaron antes de comenzar la intervención por lo que la muestra final fueron 27 enfermeras. Grupo de control n=14 Grupo de intervención n=13

Instrumentos de medida:
-The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) para medir de forma autoreportada el nivel de resiliencia psicológica.
-The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) para diagnosticar el estrés postraumático.
-The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para medir los niveles de depresión, ansiedad y síntomas de estrés en la última semana.
-The Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir el nivel de Burnnout.
-The Client/Patient Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) para medir la satisfacción del paciente.

Intervención: Programa de 12 semanas de capacitación en resiliencia para enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos.
Las partes de la intervención son:

-Dos días de taller educativo
-Terapia de exposición por escrito
-Práctica de reducción de estrés basada en la atención plena
-Ejercicio
-Sesiones de asesoramiento activadas por eventos

Resultados: Los síntomas de depresión en el grupo de intervención disminuyeron significativamente. La terapia de exposición por escrito redujo los síntomas del trastorno de estrés postraumático resaltando la importancia de enfrentarse a los recuerdos traumáticos en lugar de evitarlos.

Autor: Alexander, G et al. (2015)

País: Estados Unidos

Muestra: 40 enfermeras pasaron el cribado, cumplieron los criterios de inclusión y completaron el proceso de inscripción. Grupo de control n=20 Grupo de intervención n=20

Instrumentos de medida:
-Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) utilizada para cuantificar los comportamientos de promoción de la salud.
-Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) para medir el concepto mindfulness.
-Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir los niveles de Burnout.

Intervención: Intervención de yoga de 8 semanas.
En las primeras sesiones los participantes aprenden a ser conscientes de sus respiraciones.
Un instructor enseña las alineaciones posturales básicas, respiración profunda y supervisando la mente con meditaciones simples. Cada sesión se finalizará con una relajación profunda.

Resultados: Los resultados muestran la eficacia del yoga para mejorar el autocuidado y la atención plena además de reducir los niveles de Burnout.
Los participantes refirieron un mejor autocuidado así como un menor agotamiento emocional y despersonalización después de completar la intervención.

Autor: Sailaxmi, G., Lalitha, K. (2015)

País: India

Muestra: 53 enfermeras de un hospital psiquiátrico.

Instrumentos de medida:
-DCL Stress Scale utilizada para medir los niveles de estrés.

Intervención: Programa de manejo del estrés.
Total de 10 sesiones repartidas en sesiones de 1 hora durante dos semanas de lunes a viernes. El contenido de las sesiones está orientado a la educación para el estrés, la resolución de problemas, gestión del tiempo, entrenamiento sobre la asertividad, respuesta a la crítica, habilidades de negociación y humor.

Resultados: Disminución gradual de la percepción del estrés después de la intervención y 4 semanas después. Lo que nos indica que las técnicas de manejo del estrés son muy prácticas y factibles, ayudando a reducir la percepción de estrés en el trabajo.

Autor: Horner, J., Piercy,B., Eure, L., Woodard, E. (2014)

País: Estados Unidos
Muestra: Un total de 43 profesionales de la unidad médico quirúrgica participaron en el estudio incluidas enfermeras, auxiliares de enfermería, secretarias clínicas y el gerente y supervisor de la unidad. Grupo de control n= 12. Grupo de intervención n= 31

Instrumentos de medida:
-Professional Quaity of Life (ProQOL) Scale Version.
-Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) para medir los niveles de mindfulness.
-Hospital Consumer Assesment of Healthcare Providers ans Systems (HCAHPS) survey para medir la satisfacción del paciente.

Intervención: Programa de entrenamiento mindfulness.
Duración total de 10 semanas con 1 clase semanal de media hora.
El contenido de la intervención se centró en la respiración como una herramienta básica de mindfulness, el desarrollo de conciencia de los pensamientos y sentimiento y consejos sobre cómo estar totalmente presente en las interacciones con los pacientes.

Resultados: Los resultados muestran una reducción de los niveles de estrés tras la intervención. Los participantes afirman que este tipo de intervención ayudó a

reducir tanto su propio estrés como el colectivo.

Autor: Flarity, K., Rhodes, W., Reckard, P. (2016)

País: Estados Unidos

Muestra: De un total de 176 residentes de enfermería 94 fueron elegidos para el desarrollo de la intervención.

Instrumentos de medida:
- The Professional Quality of Life Test (ProQOL) para evaluar los aspectos positivos y negativos del cuidado.

Intervención: Intervención de resistencia a la fatiga por compasión.
La actividad llevada a cabo consistió en 4 horas de un seminario interactivo incluyendo información sobre los orígenes de la fatiga por compasión, los efectos psicológicos que tiene, signos y síntomas y los factores asociados.
El recordatorio del seminario incluía una lectura interactiva con diapositivas, ejercicios individuales y grupales y discusiones grupales.

Resultados: Gran parte de los participantes refirieron niveles óptimos de fatiga por compasión, Burnout y síndrome por estrés postraumático.
Se observó una reducción significativa de estrés traumático secundario 2 meses después de la intervención. Aunque no fueron significativas se observaron diferencias positivas en los niveles de fatiga por compasión y Burnout.

Autor: Gauthier, T.,Meyer, R., Grefe, D., Gold, J. (2014) (20)

País: Estados Unidos

Muestra: De las 104 posibles, 45 enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital universitario formaron parte de la intervención.

Instrumentos de medida:
-Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir los niveles de Burnout.
-Nursing Stress Scale (NSS) para medir los niveles de estrés.
-Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) para medir los niveles de mindfulness.
-Self-Compassion Scale (SCS) para los niveles de autocompasión.

Intervención: Intervención basada en la atención plena.

Reuniones semanales de 30 minutos durante un mes en las que se llevarán a cabo diferentes técnicas de relajación, 5 minutos diarios de atención plena y la práctica con un cd guiado de 10 minutos de atención plena.

Resultados: Significante cambio en los niveles de estrés antes y después de la intervención lo que nos sugiere que este tipo de intervenciones sirven de ayuda para las enfermeras con un entorno laboral estresante. Además la gran cantidad de participantes y su adherencia indican la viabilidad de estas intervenciones entre los profesionales de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Los niveles de Burnout presentes en el personal de enfermería son elevados tanto a nivel de prevalencia como de incidencia, tal y como afirma Craige en su estudio A Pilot Evaluation of a Mindful Self-care and Resiliency (MSCR) donde casi la mitad de las enfermeras que participaron presentaban altos niveles del mismo o Asuero en su estudio Effectiveness of a Mindfulness Education Program in Primary Heath Care Proffesionals donde las puntuaciones de cansancio emocional o despersonalización también eran altas además de una baja realización personal.

El desarrollo de intervenciones dirigidas a trabajar la atención plena a través de talleres educativos y actividades para su desarrollo ha demostrado ser efectivo en la reducción de Burnout, disminuyendo el cansancio emocional y la despersonalización y aumentando en algunos casos los niveles de realización personal. Además de verse mejorado el estrés percibido por los participantes.

Diferentes autores han puesto en marcha estrategias de abordaje, que permiten una atención de no solo el personal de enfermería, sino también de todas aquellas profesiones que por sus características tienen una mayor propensión al desarrollo de Burnout; así como ejemplo Alexander et al. en su estudio Yoga for Self-Care and Burnout Prevention among Nurses señala el yoga como actividad básica, no solo para favorecer el autocuidado de las personas, si no como una estrategia de equilibrio físico y mental que favorece la disminución del cansancio emocional y la despersonalización.

Por lo tanto existen diferentes técnicas que nos auxilian a la hora de conseguir un adecuado manejo del estrés en el trabajo, de modo que ayudan a prevenir los niveles de Burnout. Si buscamos una conexión entre el estrés emocional y la necesidad de autocuidado de la mente, encontramos en la resiliencia un papel

importante para su abordaje, tal y como nos lo muestra el estudio realizado por Craige en 2016.

6 Bibliografía

1. Austria F, Cruz B, Herrera L, Salas J. Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en el personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. Univ. Psychol. 2012;11(1):197-206.
2. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout síndrome in the nursing profession. Int. J. Nurs. Stud. 2014. Article in press.
3. Gómez-Urquiza JL, Vargas C, De la Fuente EI, Fernández-Castillo R, Cañadas de la Fuente GA. Age as a Risk Factor for Burnout Syndrome in Nursing Professionals: a Meta-Analytic Study. Res. Nurs. Health. 2016;40(2):99-110.
4. Pisanti R, Van der Doef M, Maes S, Lazzari D, Bertini M. Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: a cross-national comparison. Int. J. Nurs. Stud. 2011;48:829-837.
5. Ulutaşdemir N, Balsak H, Berhuni Ö, Özdemir E, Ataşalan E. The impacts of occupational risks and their effects on work stress levels of health professional: the simple from the Southeast region of Turkey. Environ. Health Prev. Med. 2015;20(6):410-421.
6. Yao Y, Yao W, Wang W, Li H, Lan Y. Investigation of risk factors of psychological acceptance and burnout syndrome among nurses in China. Int. J. Nurs. Pract. 2013;19(5):530-538.
7. Circenis K, Millere I. Stress related work enviroment factors: nurses survey results. Int. J. Collab. Res. Intern. Med. Public Health. 2012;4(6):1150-1157.
8. Negi Y, Bagga R. Burnout among Nursing Professionals in Tertiary Care Hospitals of Delhi. J. Health Manag. 2015;17(2):163-167.
9. Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, Uaphanthasath R, Wiwatanadate P. Shift work and burnout among health care workers. Occup. Med. 2014;64(4):279-286.
10. Cañadas-de la Fuente GA, San Luis C, Lozano LM, Vargas C, García I, de la Fuente EI. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. Rev. Latinoam. Psicol. 2014;46(1):44-52.
11. Alexandrova-Karamanova A, Todorova I, Montgomery A, Panagopoulou E, Costa P, Baban A, et al. Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. Int. Arch. Occup. Environ. Health.

2016;89(7):1059-1075.
12. Craigie M, Slatyer S, Hegney D, Osseiran-Moisson R, Gentry E, Davis S, et al. A Pilot Evaluation of a Mindful Self-care and Resiliency Intervention for Nurses. Mindfulness. 2016;7(3):764-774.
13. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodriguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a Mindfulness Education Program in Primary Health Care Professionals: a Pragmatic Controlled Trial. J. Contin. Educ. Health. Prof. 2014;34(1):4-12.
14. Kinser P, Braun S, Deeb G, Carrico C, Dow A. Awareness is the first step: an interprofessional course on mindfulness and mindful-movement for healthcare professionals and students. Complement. Ther. Clin. Pract. 2016;25:18-36.
15. Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, et al. Feasibility and Acceptability of a Resilience Training Program for Intensive Care Unit Nurses. Am. J. Crit. Care. 2014;23(6):97-106.
16. Alexander GK, Rollins K, Walker D, Wong L, Pennings J. Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. Workplace. Health. Saf. 2015;63(10):462-470.
17. Sailaxmi G, Lalitha K. Impact of a stress management program on stress perception of nurses working with psychiatric patients. Asian. J. Psychiatr. 2015. Article in press.
18. Horner JK, Piercy BS, Eure L, Woodard EK. A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve impatient nurse and patient experiences. Appl. Nurs. Res. 2014. Article in press.
19. Flarity K, Rhodes WJ, Reckard P. Intervening to improve compassion fatigue resiliency in nurse residents. J. Nurs. Educ. Pract. 2016;6(12):99-104.
20. Gauthier T, Meyer R, Grefe D, Gold JI. An On-the-Job Mindfulness-based Intervention For Pediatric ICU Nurses: a Pilot. J. Pediatr. Nurs. 2014. Article in press.

Capítulo 131

ESTABLECIMIENTO DEL VÍNCULO: PIEL CON PIEL Y LACTANCIA PRECOZ

CARMEN ORTEGA BELIO

1 Introducción

La separación de la madre y el neonato después del nacimiento es común en la cultura occidental. El contacto temprano piel a piel comienza idealmente en el nacimiento e implica ubicar al recién nacido desnudo, con la espalda cubierta con una manta templada, en posición decúbito ventral, sobre el pecho desnudo de la madre1.
El contacto piel con piel (CPP) tras el parto puede fundamentarse en los estudios de animales que tras el parto son ”hábitats dependientes” para poder sobrevivir.

En los mamíferos este hábitat, que es el cuerpo de su madre, garantiza la supervivencia ya que proporciona calor, alimento, protección e interacción. Todos los sentidos necesitan una señal de calidad que les estimule y refuerce desde el inicio las vías e interconexiones cerebrales; sin duda este estímulo es la madre.

La transición de la vida intrauterina a la extrauterina es un periodo crítico y delicado porque implica cambios en la respiración, circulación sanguínea y en la manera de alimentación. Los sistemas sensoriales del recién nacido están preparados para recibir nuevos estímulos y el recién nacido los recibe tal cual son, sin ningún tipo de filtro. Estos filtros los va desarrollando con el aprendizaje.

Aunque la unión entre madre e hijo/a es continua, las primeras horas de vida del bebé son especialmente importantes. Por esto, la iniciación precoz de la lactancia proporciona una experiencia singular de vinculación afectiva para la madre y

criatura, ya que estimula la mayoría de los sentidos y el íntimo contacto corporal permite al bebé reconocer el olor de su madre.

2 Objetivos

- Conocer los beneficios del contacto precoz piel con piel tras el nacimiento.

3 Metodología

Se consultaron las siguientes bases de datos: Pubmed, ProQuest, CINHAL, Cochrane data base y WOS, siendo en la primera donde se encontraron la mayor cantidad de artículos. Los descriptores usados fueron: "skin to skin contact", "kangaroo care," "early attachment".

4 Resultados

Neurobiología del parto.
En los días previos al parto se dan los pródromos. La señal del inicio del parto parece que viene del cerebro fetal. Durante estos días se produce en la madre una caída rápida de los niveles de progesterona, y un aumento de los niveles de estradiol. Este cambio en el balance de estradiol y progesterona produce, por un lado, un aumento de la prolactina en las 24-48 horas previas al parto (niveles que se mantienen durante la lactancia) y por otro lado, inicia la liberación de oxitocina a nivel central2.

Esta elevación de los niveles de oxitocina no sólo va a favorecer el inicio y mantenimiento de las contracciones o la eyección láctea (liberación sistémica), sino que además ejerce su labor como neurotransmisor. En humanos, niveles altos de oxitocina endógena a nivel cerebral producen sensación de bienestar, confianza, vivencia amorosa, memoria social, e incluso vivencia mística. Además, en la madre la oxitocina endógena produce también la liberación progresiva de endorfinas 3.

En cuanto al bebé, en el útero el feto permanece sedado por la baja tensión de oxígeno de la sangre fetal y por el efecto anestésico e hipnótico de los neuroesteroides producidos por la placenta. El paso de la cabeza del bebé por el canal del parto se acompaña de una liberación masiva de catecolaminas que van a hacer

entre otras cosas que los bebes pasen las dos primera horas de vida en estado de alerta tranquila.

A nivel del sistema nervioso central nada más nacer el recién nacido tiene el cerebro con niveles altos de oxitocina y catecolaminas, lo que produce ese estado de alerta tranquila descrito que dura unas dos horas. Esto se ha correlacionado con la existencia del llamado periodo sensitivo. Dejados en contacto piel con piel ininterrumpido con la madre, los recién nacidos guiados por el olfato, como consecuencia de la estimulación catecolaminérgica y de oxitocina endógena a nivel del bulbo olfatorio buscan el pezón e inician espontáneamente la lactancia en la primera hora de vida en la mayoría de los casos.

Las contracciones uterinas maternas durante el parto facilitan el aprendizaje olfatorio del recién nacido. El olor del pecho materno ayuda al bebe a iniciar la lactancia.

Piel con Piel. Uno de los principios (paso 4º) contemplados dentro de la "Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia" (IHAN), dice que se debe: "Ayudar a las madres a iniciar la lactancia tras el parto. Este Paso implica: Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y ayudar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda en caso necesario 4.

Este paso contempla situaciones de partos vaginales y cesáreas sin anestesia general en las que las madres puedan recibir a sus hijos tras el nacimiento para continuar ese contacto íntimo y estrecho que han tenido intraútero y que sigue siendo necesario para ambos.

La IHAN especifica la duración de al menos una hora o incluso más (pues los RN pueden tardar más de ese periodo en engancharse de forma efectiva al pecho) salvo que haya una indicación médica que justifique la separación. Con más de 50 minutos de contacto la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 minutos. Los beneficios demostrados del CPP tras el parto son los que han llevado a implementar esta estrategia de salud a nivel universal.

A través de un contacto estrecho, piel con piel, inmediatamente tras nacer, la madre regula la temperatura corporal del bebé, le ayuda a conservar energía (mejor control de glucosa) y a estabilizar el equilibrio ácido-base, a ajustar la

respiración, el llanto y a despertar las maniobras de búsqueda del alimento. A su vez, el bebé despertaría o regularía la atención que precisa de su madre para que le facilite los cuidados, el inicio y mantenimiento de la lactancia.

Teoría del Apego
El psiquiatra John Bowlby, presentó en 1958 una teoría en la que formula que "Los factores ambientales de los primeros años de la vida son determinantes". Incorpora la palabra apego, que es el vínculo afectivo que desarrolla el niño con sus cuidadores y le proporciona seguridad emocional y autoestima para crecer de forma saludable 5.

La teoría del apego se basa en la influencia de las primeras relaciones entre el recién nacido y el cuidador sobre el posterior desarrollo del neonato, el bienestar psíquico o la psicopatología. Un apego inseguro puede causar problemas conductuales y socioemocionales en un futuro (dificultades en la integración social y relaciones interpersonales).

Según Bowlby, "los seres humanos nacen con la tendencia innata de apegarse a una persona protectora que los cuida".

El desarrollo afectivo es la base del desarrollo físico, social y cognitivo del niño/a, y este se inicia en las primeras horas de vida, inmediatamente al parto.
El apego seguro garantiza el contacto entre la madre y su hijo tras satisfacer necesidades básicas como el hambre y el frío.

Lactancia Materna.

La leche materna, es algo más que un nutriente. Genera emociones y supone un vínculo único. Más allá de los beneficios biológicos, los beneficios psicológicos son muy importantes a través del CPP: por eso estas prácticas tienen que volver a formar parte de la vida.

Durante las dos primeras hora posparto, debido a la descarga catecolaminergica, el niño se encuentra en un estado de alerta tranquila que no volverá a aparecer hasta los dos meses.

El olor materno es particularmente llamativo para los RN y su reconocimiento temprano puede facilitar el establecimiento del vínculo y su adaptación al ambiente postnatal. Si el bebé es colocado precozmente sobre su madre, en contacto piel con piel, se acelera el reconocimiento del olor materno.

Si se le deja en decúbito prono en contacto piel con piel entre los pechos desnudos de su madre, el recién nacido permanece un rato inmóvil y, poco a poco, va reptando hacia los pechos mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores; toca el pezón; pone en marcha los reflejos de búsqueda masticación, succión de su puño (que conserva el olor del líquido amniótico), lengüetada; huele la piel de su madre; acerca su cara al pecho; se dirige hacia la areola (que reconoce por su color oscuro y por su olor); nota el pezón en su mejilla y, tras varios intentos, comienza a succionar.

Comienzan a buscar el pecho a los 12-44 minutos de vida y se encuentran correctamente colocados al pecho a los 27-71 minutos tras nacer, los movimientos de succión alcanzaban un máximo a los 45 minutos de vida y cesan a las 2-2.5 horas de vida6.

Estando en contacto piel con piel y bajo supervisión del personal sanitario, se ayudará a iniciar la lactancia materna sólo cuando el recién nacido no haya podido hacerlo espontáneamente en la primera hora de vida. Inicialmente se utilizarán la técnica ”manos fuera ”, utilizando sugerencias verbales.

El establecimiento del contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia se asocian a una succión más eficaz y a un mayor éxito de la lactancia materna los primeros días y a unas mayores tasas de lactancia materna a los 2, 3 y 4 meses. Hay pruebas claras de que para poder conseguir un inicio precoz de la lactancia en la primera hora de vida es imprescindible permitir un contacto piel con piel madre-recién nacido ininterrumpido.

El CPP que ocurre durante el amamantamiento hace que el binomio madre-hijo/a libere oxitocina y ambos se relajen. La lactancia induce tranquilidad, que puede medirse como disminución de la tensión arterial y de la tasa de hormonas del estrés como el cortisol a la par que multiplica en el plasma los niveles de opiáceos.

Durante los dos primeros meses la prolactina está por encima de cifras basales pero a partir de ese momento la producción depende más de la succión y vaciamiento que de la hormona. Un establecimiento correcto de la lactancia durante las primeras semanas es esencial para la producción de un número adecuado de receptores celulares en los lactocitos que produzcan leche al ser estimulados por la prolactina y así mantener la producción posterior de leche cuando las cifras de esta hormona sean bajas. Por eso, las tomas frecuentes son importantes y naturales las primeras semanas de vida.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios recogen los numerosos beneficios que ofrece el contacto piel con piel tras el nacimiento en cuanto a regulación del medio interno del propio lactante, como para la creación del vicnulo afectivo madre-hijo. Favorece además que se produzca el primer enganche espontaneo, aumentado la probabilidad de una lactancia satisfactoria, los las ventajas que ello conlleva.

El bebé debería permanecer en contacto piel con piel con su madre en las primeras horas tras el nacimiento de forma ininterrumpida, y en muchas ocasiones las rutinas hospitalarias en el paritorio dificultan este proceso. Se deberían establecer protocolos dirigidos a favorecer un ambiente cálido, respetuoso, silencioso, para favorecer la autorregulación, la primera toma y el inicio del vínculo madre-hijo. Ya que el lactante depende del sentido del olfato, se debe evitar el lavado del pecho de la madre o el lavado del propio niño, así como la separación para tomas las medidas antropométricas, recibir profilaxis vacunal o de cualquier otro tipo de intervención innecesaria.

La administración de sedantes u oxitocina a la madre de forma rutinaria durante el parto puede ser un elemento que distorsione y retrase la conducta innata del bebé tras nacer, lo que le hace más vulnerable. Se deberá valorar estas situaciones con más factores de riesgo.

6 Bibliografía

1. Moore ER, A. G. (2007). Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. The Cochrane Library; 4 , 1-60.
2. Alba Romero, C., Aler Gay, I., & Olza Fernández, I. (2012). Maternidad y Salud. En S. S. Ministerio de Sanidad. Madrid.
3. Comision, E. (2007). Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas para la Union Europea.
4. Maldonado, J. A., & Aguilar, M. T. (2011). IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. En P. S. Ministerio Sanidad. Madrid.
5. Noceda, L. A. (2012). El apego. Su importancia para el pediatra. Pediatria. Vol.3 , 199-206.

Capítulo 132

PREVALENCIA E IMPACTO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LA SOCIEDAD Y ADOLESCENCIA

LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ

LUIS CAMBRONERO LÓPEZ

CARIDAD VALERA MARTINEZ

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual son, en la actualidad, un grave problema de salud mundial. Una de las infecciones con alto índice de contagio en adolescentes es el Virus del Papiloma Humano (VPH). Ésta se encuentra asociada con el inicio de la vida sexual a temprana edad y, en muchas ocasiones, con múltiples parejas sexuales, y también se asocia con la deficiente información sobre el contagio y las consecuencias de éste.

La infección ha aumentado de forma alarmante en los últimos 20 años, y las tasas de mayor prevalencia se dan en mujeres y adolescentes.

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculo que unos 20 millones de personas en el mundo estaban infectadas por el VPH, por lo que refieren que, alrededor del 50% de la población sexualmente activa, entrará en contacto con el virus alguna vez en su vida. Esto lo convierte en un problema de salud social o pública.

El VPH es el causante de distintos tipos de cáncer como el cáncer de cuello de útero, cáncer de pene o cáncer oro faríngeo, y también de lesiones como verrugas genitales o papilomas y afecta, en su mayoría, a los órganos genitales.

Por todo ello, la mejor medida contra el VPH es la prevención mediante la información y la vacunación a edades tempranas. (1)

2 Objetivos

- Conocer el impacto del virus del papiloma humano (VPH) a nivel global, y más concretamente en la adolescencia.
- Conocer el diagnóstico y los métodos de prevención y tratamiento.
- Conocer diferentes estrategias para aumentar el conocimiento de la enfermedad en adolescentes.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una selección de artículos a través de la búsqueda bibliográfica de dichos artículos, los cuales no superan los 10 años de antigüedad.

Para ello se han utilizado bases de datos como Dialnet, Medline Plus, Scielo y Google Académico.

Palabras clave: enfermedad de transmisión sexual, virus del papiloma humano, adolescentes, prevención, vacuna.

4 Resultados

El Virus del Papiloma Humano (VPH) se encuentra entre una de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) con mayor prevalencia a nivel mundial. Hay más de 100 tipos de VPH, de los cuales los tipos 16 y 18 son los responsables del 70% de los canceres de cuello uterino, de entre el 14 y 67% de lesiones cervicales de alto grado y hasta el 32% de lesiones de bajo grado (en el año 2017).

Estos tipos de virus se dividen según el riesgo en alto y bajo. Los de bajo riesgo pueden desarrollar lesiones benignas que no tienen importancia médica, mientras que los de alto riesgo provocan diferentes tipos de cáncer como el cáncer

de cuello de útero, cáncer de ano, cáncer de pene, cáncer de vulva o cáncer orofaringeo.

Existen diferentes factores de riesgo que facilitan la transmisión y desarrollo de la enfermedad, los cuales son: inicio de la vida sexual a edad temprana, tener menos de 25 años, la predisposición genética, numero alto de embarazos o el parto a edades tempranas, la inmunosupresión y, la que más contagios produce, realizar prácticas sexuales sin protección, ya que el riesgo de contagio tras una relación sexual sin usar preservativo es alto (entre el 40 y 80%). (1)

Prevalencia del virus: varía dependiendo de cada zona, pero se estima que el 80% de las mujeres pueden haberse infectado con el virus. En los hombres, es menos conocida, pero se cree que esta entre el 10 y 40%.

El VPH ha aumentado alarmantemente durante los últimos 20 años, sobre todo en mujeres y adolescentes, lo que se asocia con un comportamiento sexual de riesgo en los jóvenes. Por ello, el cáncer de cuello de útero es el tercer tipo de cáncer que más afecta a las mujeres y el responsable de la primera causa de muerte por cáncer en países en vías de desarrollo. (1)

Especialmente en los adolescentes, las malas prácticas sexuales, sumado a los múltiples compañeros sexuales y el inicio, cada vez a edades más tempranas, en la vida sexual, son factores de riesgo para el contagio de las enfermedades de transmisión sexual. Según la OMS, cada día hay a nivel mundial más de un millón de personas que contraen una ETS.

Por ello, es muy importante y necesario el conocimiento por parte de los adolescentes de las prácticas sexuales seguras. Debido a esto, los profesionales de la salud deberíamos realizar educación para la salud en este ámbito y poner en marcha estrategias dirigidas a los adolescente, ya que son un grupo vulnerable y, por lo tanto, de riesgo.

Existen diferentes estrategias lúdicas para aumentar el conocimiento sobre el VPH y la vacuna que lo previene en adolescentes. Pueden realizarse distintos talleres como visualizar vídeos explicativos, exponer Power Point explicando qué son y cómo se contagian las enfermedades de transmisión sexual y el VPH y su forma de prevenirlo (tanto con la vacuna como con el uso de preservativos), realizar charlas dinámicas en las que los adolescentes tomen la palabra y cuenten cuales son las ideas que tiene sobre las ETS, las formas de contagio y como prevenirlas. Haciéndoles partícipes en las actividades, se consigue que presten aten-

ción, se interesen y, sobre todo, entiendan la importancia de tener relaciones sexuales seguras. (3)

El VPH cursa sin síntomas en la mayoría de casos, por lo que lo importante es detectarlo de la forma más precoz posible, antes de que pueda haber transformación celular y derivar en cáncer. Es incurable pero tratable.

Diagnóstico. Existen diversas pruebas para detectar el VPH como:
- Prueba de Papanicolaou, que es la citología vaginal que se realiza para comprobar que no haya lesiones cancerosas cervicouterinas, en la que se coge una muestra para derivar a histopatología, quien determinar si hay lesiones y cuál es su naturaleza (el estudio histológico es el que confluye el diagnostico).
- Colposcopia: exploración visual de la vagina y el cuello uterino mediante un aparato óptico.
- En hombres: técnica de reacción de la polimerasa en cadena (PCR).

En la actualidad, no existe tratamiento para eliminar el virus, pero si para tratar las lesiones y evitar que estas se conviertan en lesiones cancerosas. Como estrategia de prevención y como protección contra el cáncer de cuello de útero se encuentra la vacuna contra el VPH. Están indicadas entre los 9 y los 45 años y son más eficientes en mujeres que todavía no han iniciado su vida sexual. (1)

Existen 3 tipos de vacunas contra el VPH: bivalente, tetravalente y nonavalente. Todas están compuestas principalmente por partículas similares al virus (VLP, estas partículas son no infecciosas y no oncogénicas ya que no tienen ADN viral) que forman una estructura similar a la capside del virus por lo que son capaces de activar la producción de anticuerpos protectores frente al VPH.

Las diferencias entre los 3 tipos de vacunas son:
• Vacuna bivalente: contiene VLP de VPH 16 y 18, que son los 2 tipos de VPH oncogénicos más frecuentes, por lo que son los causantes del 70% de los casos de cáncer de cuello de útero y también de algunos de los cánceres de vulva, vagina, pene, ano y orofaringe causados por el VPH.
• Vacuna tetravalente: contiene VLP de VPH 16 y 18 y, además, también el 6 y 11, que son los causantes del 90% de las verrugas genitales.
• Vacuna nonavalente (la más reciente): contiene VLP de VPH 16, 18, 6, 11 y también 31, 33, 45, 52 y 58, estos últimos responsables del 20% de los casos de cáncer de cuello de útero provocados por el VPH. (2)

Las 2 vacunas que están siendo comercializadas ampliamente son: Gardasil, va-

cuna tetravalente, y Cervarix, vacuna bivalente. La eficacia de ambas frente al desarrollo de lesiones precancerosas cervicales causadas por los tipos 16 y 18 es >98%. (1)

Estudios realizados con la vacuna bivalente y con la tetravalente (más antiguas) demuestran que son inmunogénicas y seguras, y que niños y preadolescentes las toleran bien. (2)

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el VPH es la enfermedad de transmisión sexual con mayor prevalencia y, que además, tiene efecto oncogénico, por lo que puede llegar a ser muy agresiva e, incluso, provocar la muerte. Esta prevalencia se está viendo aumentada en los últimos años debido a un alto porcentaje de desinformación en las nuevas generaciones, lo que desemboca en prácticas sexuales de riesgo y mayor índice de contagios.

Debido a la gran cantidad de casos de la enfermedad y de otras infecciones de transmisión sexual es muy importante que tanto personal sanitario como personal docente nos involucremos en la tarea de enseñar conocimientos a adolescentes sobre el método de contagio del VPH, la prevención necesaria con la vacuna, tanto en chicas como en chicos, y la importancia de usar preservativo para tener relaciones sexuales sin riesgo.

6 Bibliografía

1. Marquez T, Ortega E, Espinoza C, Salazar A. Conocimientos y conductas de los adolescentes ante el riesgo del Virus del Papiloma Humano. JONNPR. 2019; 4(2): 172-184.
2. Bruni L, Serrano B, Bosch X, Castellsagué X. Vacuna frente al Virus del Papiloma Humano. Eficacia y seguridad. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2015; 33 (5): 342-354.
3. Gómez SM, Agudelo A, Pradilla AS, García J. Estrategias lúdicas para aumentar el conocimiento de un grupo de adolescentes sobre el Virus del Papiloma Humano. Duazary. 2019; 16 (2): 219-232.

Capítulo 133

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN GERIÁTRICA

JAIRO VOCES OVIEDO

MARTA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El envejecimiento poblacional es, en la actualidad, uno de los fenómenos demográficos de mayor trascendencia a nivel mundial, el 11,5% de la población tiene 60 o más años de edad, considerándose que en el año 2050 alcanzará el 22%; este proceso se produce por el aumento de la esperanza de vida secundario a la disminución de la natalidad y de la mortalidad infantil y por edades, entre otros factores, producto de las mejoras ocurridas en los sistemas de salud. Este hecho está presente tanto en los países desarrollados donde los ancianos constituyen aproximadamente el 20% de la población, y en aquellos en vías de desarrollo donde viven alrededor de las tres cuartas partes de este grupo poblacional. (Rodríguez, Tabares, Salermo y Hierrezuelo, 2010).

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable y está relacionado con el estado de salud por la transición epidemiológica de las enfermedades, con aumento de las crónicas no transmisibles. Al menos una de estas enfermedades aparece en aproximadamente el 70% de los ancianos y tres o más de ellas en el 35%, contrario a lo que ocurre en los más jóvenes en los que predominan las enfermedades agudas. Ello provoca que los adultos mayores (AM) hagan mayor uso de los servicios sociales y de salud y generen mayores gastos con Vol. 9, No. 1, Enero-abril 2014 Panorama Cuba y Salud Panorama Cuba y

Salud 36 el empleo de más recursos, siendo necesario una mejor planificación de los mismos. De ahí la importancia de establecer una conducta médica dirigida más a la prevención y el tratamiento de la pérdidas de funciones, que a la cura de las enfermedades. (Rodríguez Gutiérrez, Fraga Martínez, Gómez Leysa y Pardillo Rodríguez, 2009).

Según una encuesta realizada por el IMSERSO en el año 2006, un 24,9% de la población mayor española tiene problemas y precisa ayuda en las actividades cotidianas y un 75,1% está libre de ellos pero, cuando se les pregunta si tienen algún tipo de limitación en la realización de las mismas, la mayoría reconoce haberlo tenido.

Entre los 65 y 74 años sólo el 11,8% de los españoles tienen dificultades para realizar alguna actividad, pero sube al 66,7% entre los de edad más avanzada (más de 85 años) (IMSERSO-CIS, 2006). Cuando una persona necesita ayuda para realizar las actividades cotidianas, se dice que esta persona tiene una dependencia. Definimos entonces dependencia como: "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de 3 autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria".

Sin embargo, no existe solo la dependencia en las actividades básicas sino que una persona puede ser dependiente en cualquier área ocupacional. Esta dependencia no tiene porque ser total, sino que se establecen cuatro grados dentro de la misma:
• Dependencia leve: Cuando la persona necesita ayuda para realizar una actividad básica de la vida diaria una vez al día.
• Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
• Dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
• Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Hay que distinguir el término independencia de autonomía, ya que mucha gente los confunde y cree que están ligados. Sin embargo, una persona puede ser dependiente pero ser autónoma y, al contrario, puede ser independiente pero no

ser autónoma. Y es que la autonomía hace referencia, a la capacidad volitiva del individuo a decidir con libertad sobre los asuntos que atañen a su propia vida. Esto quiere decir que el individuo autónomo presenta la capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias. Por otro lado, y en contra del concepto de autonomía, nos encontramos el concepto de heteronomía la cual se define como la condición de la voluntad que se rige por imperativos que están fuera de ella misma. Cuando hablamos de una persona heterónoma, hablamos de una persona que está sometida a un poder ajeno que le impide el libre desarrollo de su naturaleza.

2 Objetivos

Se marcan como objetivos fundamentales los siguientes:
- Realizar una aproximación al paciente geriátrico desde una perspectiva holística.
- Desarrollar las capacidades para poder realizar una evaluación integral del anciano.
- Reconocer las diferentes necesidades que surgen en esta etapa vital para poder desarrollar una intervención ajustada.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de artículos relacionados con el tema del trabajo. Para su confección, se llevó a cabo una búsqueda de la literatura primaria en las diferentes bases de datos relacionadas con el tema del estudio "PubMed", "Medline", "Cinhal" y "SciELO". Se utilizaron como palabras clave "gerontología", "edad", "intervención" y "evaluación" y como operadores booleanos "AND" y "OR". Se limitó la búsqueda a estudios en inglés y castellano, con una limitación temporal. Todos los títulos y resúmenes encontrados por la estrategia de búsqueda anterior fueron filtrados según la pertinencia para el objetivo del estudio. También se utilizaron algunas de las referencias propuestas en los resultados arrojados para llegar a nuevas fuentes bibliográficas.

4 Resultados

El envejecimiento poblacional, producto de la transición demográfica y epidemiológica y la consecuente elevación en la frecuencia y número de enfermedades crónico degenerativas causantes de invalidez, plantea retos importantes al Sistema de Salud por la gran demanda de servicios especializados, pues tendrá que atender a un número creciente de población adulta mayor con limitados recursos y con un sistema tradicional aún no acondicionado a un alto costo. (Villanueva, 2000).

El deterioro que va ocurriendo asociado al proceso de envejecimiento ha dado lugar a la creencia errónea de que éste en sí mismo corresponde a una patología, la situación de salud del adulto mayor, imagen incompleta considerando que se conforma por datos inevitablemente de mortalidad, en los que obviamente no se reflejan los problemas que no conducen a la muerte, los de morbilidad que se expresan por la demanda de consulta. Por otra parte, estos señalan la patología que el médico o el paciente mismo consideran como principal motivo de consulta, dejando pasar entidades patológicas particulares de mayor frecuencia en esta etapa de la vida. (García, 2000).

La evaluación geriátrica integral (EGI) es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que provocan alteraciones que con frecuencia llevan al adulto mayor a la incapacidad como deterioro cognitivo/demencia, trastornos de ánimo/depresión, trastornos del sueño/insomnio, inmovilidad/encamamiento, inestabilidad/ caídas, incontinencia urinaria, deprivación sensorial (vista y audición), malnutrición, iatrogenia/fármaco y sociales/ sistemas de apoyo. El objetivo es desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad de la población geriátrica y mejorar su calidad de vida, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos. (Beaman et al., 2004).

La EGI es el método básico para medir la capacidad funcional como expresión de salud en los ancianos, es multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria porque participan profesionales de distintas disciplinas. Cuando se carece de un equipo multidisciplinario para el enfoque de los problemas de los ancianos, los resultados son insuficientes, lo cual es aplicable a todos los niveles de atención médico-social, investigación, epidemiológico y docente. Es una atención diferenciada, especializada, continua y cuádruple a través de la cual se diagnostican

un grupo de problemas que pueden llevar al anciano a la discapacidad, que no son solo clínicos, sino que están relacionados con la funcionalidad, la mente, y la vida social y económica del AM. Permite formular objetivos de trabajo para solucionarlos, y genera un plan de cuidados, con la posterior evaluación de los resultados de la intervención programada). (Fernández, 2010).
La EGI garantiza una mayor precisión diagnóstica con mejor utilización de los recursos, disminución de la necesidad de hospitalización y de los costos. Reduce la estadía hospitalaria y la mortalidad, con mejoría del estado funcional, afectivo y cognitivo del anciano, y disminución de los medicamentos prescritos. Evalúa la necesidad de fuentes de apoyo, y permite su ubicación adecuada en el sistema de atención, con aumento del uso de los servicios domiciliarios, sociales y sanitarios de la comunidad (uno de los principios básicos de la atención a los ancianos), prolonga la supervivencia, detecta precozmente las disfunciones y sus causas, y evalúa su magnitud que permite hacer una selección racional del tratamiento y otras intervenciones, emite pronóstico de salud y estado funcional. (Rubenstein, 2005).

Este método constituye la forma más razonable de aproximarse al adulto mayor desde cualquier nivel de atención y esencial su aplicación para mejorar su calidad de vida. Los adultos mayores frágiles corren peligro de perder aquello que más estiman en el ámbito de la salud, su autonomía personal. Con el paso de los años ha cobrado importancia debido a que permite realizar una evaluación precisa y adecuada de los distintos aspectos que condicionan la salud de los adultos mayores. Esta intervención demuestra un impacto más sobre la percepción individual de salud, menor número de visitas a los servicios de consulta, mayor desempeño en las actividades instrumentales de la vida diaria, mejoría en su vida social y del estado de ánimo y mental. El modelo tradicional de aproximación clínica ha demostrado que la aplicación de este modelo al adulto mayor, especialmente al adulto mayor frágil tiene como consecuencia una mayor frecuencia de diagnóstico incompletos, una excesiva prescripción de fármacos, una mayor incapacidad funcional, al utilizar con menos frecuencia la rehabilitación, una utilización inapropiada de los recursos sociales y una institucionalización menos adecuada del paciente. (Gamarra y Gómez, 1997).

Así de esta forma, frente a un modelo clásico de aproximación biomédica al adulto mayor, los múltiples e interrelacionados problemas del paciente geriátrico requieren de una aproximación biopsicológica, social y funcional con el fin de alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de los recursos y garantizar el seguimiento de los casos.

5 Discusión-Conclusión

La valoración integral del adulto mayor como método diagnóstico permite establecer un panorama general de salud de esta población.

En la literatura se encuentran diversos estudios de EGI, incluyendo adultos mayores con edad de 60 y más años, ambos sexos, ambulatorios, usando una serie de escalas apropiadas para cada evento, siendo los resultados similares a los encontrados en el presente estudio y todos confluyen en el punto de la importancia de su aplicación6-21.

En el proceso de envejecimiento se presenta una serie de eventos que de no ser identificados en forma oportuna tienen efectos devastadores en la calidad de vida del adulto mayor.

La disminución de la visión y de la audición ocupan el segundo lugar en prevalencia tras los problemas osteoarticulares. Dentro de los cambios en el proceso de envejecimiento la dificultad de acomodación del cristalino para enfocar objetos cercanos, la presbicia, es frecuente en este grupo de edad, encontrándose presente en un tercio de la población.

Las alteración de cualquier componente del sistema auditivo con disminución de la percepción de las frecuencias altas originan diferentes grados de sordera, hallándose en más de la mitad de los adultos mayores estudiados. Dichas alteraciones tienen amplias repercusiones en el ámbito funcional, psicológico y social, siendo un elemento de primer orden en cuanto a riesgo de caídas y accidentes, aunado a la incontinencia urinaria, presente en un tercio de la población, no como causa directa del envejecimiento pero sí determinada por una serie de cambios anatómicos y funcionales que pueden infl uir en menor o mayor grado para que se presente, incrementando el aislamiento, sentimiento de humillación personal, vergüenza, inseguridad, ansiedad, depresión y tristeza, caídas, dependencia, predisposición a la institucionalización, infecciones, trastornos nutricios llevando al adulto mayor a la desnutrición, con un estado inmunológico ya comprometido haciéndolo más susceptible a infecciones y complicaciones. (Cortés, Villarreal, Galicia, Martínez y Vargas, 2011).

Los adultos mayores no tienen enfermedades propias, estas solo cambian su forma de aparición con repercusiones funcionales, psíquicas y sociales en el anciano y su entorno, parámetros que definen su estado de salud. Para medirlos se emplea la evaluación geriátrica integral. El estudio de los dominios de la evalu-

ación con el empleo de instrumentos que cumplan requisitos de validez, fiabilidad, factibilidad, sencillez y brevedad de aplicación, permite diagnosticar problemas de salud en todas las esferas, facilita la atención médica y mejora la calidad de vida de los ancianos.

6 Bibliografía

- Beaman, S. R. D., Beaman, P. E., Garcia-Pena, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. Aging, Neuropsychology, and Cognition, 11(1), 1-11.
- Cortés, A.R., Villarreal, E., Galicia, L., Martínez, L. y Vargas, E.R. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Revista médica de Chile, 139(6), 725-731.
- Fernández, L.K. (2010). Valoración geriátrica integral. El residente, 5(2), 55-65.
- Gamarra Samaniego, P. y Gómez, M.D.P. (1997). La necesidad de la evaluación geriátrica integral. Bol. Soc. Peru. Med. Interna, 143-52.
- García, G.J.J. (2000). Perfil epidemiológico en el adulto mayor. Rev. Fac Med UNAM, 00-00.
- Martín Lesende, I. y Gorroñogoitia Iturbe, A. Efectividad de la valoración geriátrica integral en atención primaria. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 92.
- Rodríguez Gutiérrez, D.R., Fraga Martínez, A., Gómez Leysa, M. y Pardillo Rodríguez, C. (2009). Longevidad Satisfactoria. Etapa de reto actual. Revista Salud. com, 5, 17.
- Rodríguez, J.R.R., Tabares, V.Z., Salermo, B.L. y Hierrezuelo, S. (2010). Valoración Geriátrica Integral como componente. MediSur, 8(5).
- Rubenstein, L. (2005). Evaluación geriátrica integral: evidencia de su importancia y utilidad. In Santiago: Procedente de IV congreso latinoamericano de Geriatría y Gerontología.
- Villanueva Egan, L.A. (2000). Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. Revista del Hospital General Dr. Manuel Gea González, 3(3), 107-114.

Capítulo 134

RIESGOS DE LA EXPOSICIÓN A ALUMINIO EN NEONATOS Y NIÑOS

NOEMÍ BLANCO ALONSO

1 Introducción

Los recién nacidos humanos están siendo sobreexpuestos al aluminio biológicamente reactivo, con posibles consecuencias negativas relevantes para su salud futura y aumentando significativamente su susceptibilidad a una variedad de enfermedades. Los niños, los recién nacidos y especialmente los recién nacidos prematuros tienen un mayor riesgo de toxicidad por aluminio debido a su relativa inmadurez.

El aluminio es uno de los metales más comunes en la tierra. El aluminio es liviano, fuerte y fácilmente esterilizable; por lo tanto, se usa en una variedad de procesos de empaquetado y fabricación, como la molienda y la mezcla. Estos usos dan como resultado la presencia de aluminio en nuestros alimentos, suministro de agua y medicamentos. El aluminio presente en el cuerpo normalmente ingresa por ingestión gastrointestinal. Sin embargo, la mucosa gastrointestinal es excepcionalmente eficiente para prevenir la absorción, y parece que se absorbe poco o nada de aluminio ingerido. La Agencia para el Registro de Sustancias Tóxicas y Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU ha establecido el nivel de riesgo mínimo para la ingesta oral de aluminio en 1 mg / kg por día.

Por otra parte, el aluminio es el adyuvante principalmente utilizado en las vacunas humanas, aunque no en todas las vacunas.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son las principales fuentes de aluminio a las que están expuestos los neonatos y niños
- Conocer cuáles son los alimentos que presentan mayores concentraciones de aluminio
- Conocer si la exposición a aluminio en neonatos y niños supone un riesgo para su salud

3 Metodología

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

Las palabras clave utilizadas han sido: aluminun infant exposure, infant formulas aluminum, toxicity aluminum children.

4 Resultados

Los estudios revisados han documentado concentraciones de aluminio significativamente más altas en las fórmulas infantiles en comparación con la leche humana. A pesar de esto, no hay estudios que reporten evidencia de toxicidad clínica de aluminio relacionada con la alimentación con fórmula. Sin embargo, la disparidad en las concentraciones medidas ha dado lugar a que algunos fabricantes hayan intentado reducir el contenido de aluminio en las fórmulas infantiles. Un estudio midió las concentraciones plasmáticas de aluminio de los lactantes alimentados con leche humana en comparación con una variedad de fórmulas infantiles y no encontró diferencias significativas, excepto con las fórmulas de hidrolizados.Los datos obtenidos sobre el contenido de aluminio en las fórmulas infantiles de hidrolizado son insuficientes.

Por otra parte, el contenido de aluminio de las vacunas está limitado por el Código de Regulaciones Federales a 1.25 mg por dosis. Dichas regulaciones también estipulan que se requieren datos para revelar que la cantidad de aluminio es segura y necesaria para producir el efecto deseado. Los Centros para el Control

y la Prevención de Enfermedades han declarado que la cantidad de exposición al aluminio por seguir el programa recomendado de vacunas es baja y que el aluminio no es fácilmente absorbido por el cuerpo. El Comité Asesor Global de Seguridad de Vacunas de la Organización Mundial de la Salud no ha encontrado que los datos respalden una asociación entre los adyuvantes de aluminio y las enfermedades neurológicas crónicas.

Una hipótesis que ha perdurado en el tiempo ha sido que el aluminio está involucrado en la etiología de la enfermedad de Alzheimer. Un metaanálisis publicado en el año 2015 que evaluó el uso crónico de antiácidos que contienen aluminio y el riesgo de enfermedad de Alzheimer no reveló asociación.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la posible absorción de aluminio a través de la alimentación, los estudios han constatado que existe un mayor riesgo de exposición al aluminio ocurre en las preparaciones intravenosas para el aporte de micronutrientes en la nutrición parenteral. Se ha demostrado que la exposición al aluminio a través de la nutrición parenteral tiene efectos negativos a largo plazo en los recién nacidos prematuros.

A pesar de que las fórmulas infantiles presentan concentraciones de aluminio más altas que las de la leche humana, no se ha documentado que las fórmulas infantiles generen problemas de salud a largo plazo. Sin embargo, se necesitan más estudios sobre los riesgos potenciales para la salud atribuibles al aluminio en las fórmulas infantiles, especialmente en poblaciones más susceptibles como los prematuros y o los niños con enfermedades gastrointestinales o renales.

También conviene destacar que los metanálisis han sugerido una asociación entre el aluminio y la enfermedad de Alzheimer con exposiciones a altas concentraciones a largo plazo, aunque en este sentido, son necesarios más estudios que sean concluyentes en uno u otro sentido. Por otra parte, se ha demostrado la seguridad de los adyuvantes de aluminio contenidos en las vacunas, tema que ha sido controvertido durante mucho tiempo.

6 Bibliografía

1. Corkins MR, COMMITEE ON NUTRITION. Aluminum Effects in Humans and Children. Pediatrics. 2019; 144(6)

2. Fanny D, Rossano A, Gerosa C et al. Aluminum exposure and toxicity in neonates: a practical guide to halt aluminum overload in the prenatal and perinatal periods. World J Pediatr. 2014; 10 (2): 101-7
3. Petrovsky N. Seguridad comparativa de los adyuvantes de la vacuna: un resumen de la evidencia actual y las necesidades futuras . Droga Saf . 2015 ; 38 (11): 1059 - 1074
4. Organización Mundial de la Salud, Comité Asesor Global sobre Seguridad de Vacunas. Declaración del Comité Asesor Global sobre Seguridad de Vacunas en Vacunas que Contienen Aluminio . Ginebra, Suiza : Organización Mundial de la Salud ; 2008
5. Cao L ,Tan L ,Wang HF , et al. Patrones dietéticos y riesgo de demencia: una revisión sistemática y metaanálisis de estudios de cohortes . Mol Neurobiol . 2016 ; 53 (9): 6144 - 6154

Capítulo 135

SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS

LUCIA MUÑIZ CHILLON

MARÍA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

EVA MUÑIZ CHILLÓN

1 Introducción

El síndrome de Burnout o desgaste profesional también es conocido como síndrome de quemarse por el trabajo (SQT). Fue descrito por primera vez por el psiquiatra Herbert Freudenberger en los años 70. La definición más aceptada ha sido la de la psicóloga Christina Maslach. "El SQT se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, una escasa realización personal y una despersonalización de los cuidados".

En el entorno sanitario, este síndrome aparece al enfrentarse a situaciones constantes de estrés en las que los esfuerzos realizados por el individuo no se ven compensados en los resultados, lo que provoca una situación de presión emocional prolongada.

Los principales signos y síntomas del burnout son los siguientes:
- Signos: hipertensión arterial, trastornos del sueño, taquicardia, trastornos gastrointestinales... entre otros.
- Síntomas: sentir que no se valore tu trabajo, pensar que no puedes terminarlo todo, verlo todo de manera negativa, inseguridad, nerviosismo, disgusto, tristeza,

frustración, agobio, aislamiento, contestar mal, no colaborar, cansancio y dolores de cabeza o musculares.

En el desarrollo de este síndrome intervienen factores personales, culturales y ambientales. Los trabajadores sanitarios son los que presentan una mayor prevalencia de este síndrome. Se han realizado análisis que determinan que ciertos rasgos de personalidad como la autoestima, el optimismo o la afectividad son rasgos personales que conducen a una menor prevalencia entre los profesionales.

En la profesión de enfermería existen ciertas características particulares que la hacen especialmente sensible a la aparición del síndrome del quemado laboral, como pueden ser la relación con los pacientes que en ocasiones se hace bastante complicada, así como habitualmente los casos de familiares problemáticos o demandantes. También existe una sobrecarga laboral en el desempeño de su rol profesional en ocasiones debido a la gran escasez de personal. Un trabajo a turnos también repercute en el estrés a la hora de conciliar la vida social y familiar con el trabajo. Otras factores pueden ser el contacto directo del personal de enfermería con la enfermedad, la muerte y el dolor.

Todo esto añadido a la falta de reconocimiento profesional puede conducir a un estrés profesional crónico.

2 Objetivos

Evaluar las causas y analizar las fases del burnout desde el punto de vista sanitario.

3 Metodología

Se realizó una revisión de la literatura existente sobre el tema en diferentes bases de datos (Pubmed, Scielo y Cochrane), así como en Planes estratégicos del Sistema Nacional de Salud y Guías de Práctica Clínica. Para las búsquedas en bases de datos, se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) siguientes: “síndrome”, “burnout”, “profesionales sanitarios”, así como sus traducciones al inglés. Para optimizar la búsqueda, se realizaron combinaciones de dichos descriptores mediante los operadores booleanos ”AND”, ”OR” y ”NOT”.

4 Resultados

En el desarrollo del síndrome de burnout existen 4 fases:
1. Entusiasmo: en esta fase se tienen expectativas demasiado altas y nada realistas sobre el puesto de trabajo. Es fundamental fijar límites claros entre el trabajo y nuestra vida personal.
2. Estancamiento: se comienza a perder la ilusión por este nuevo trabajo y se ve completamente la realidad. Puede provocar que la persona no se sienta realizada y se desmotive.
3. Frustración: los trabajadores se plantean la eficacia de su trabajo y el valor real de este. El trabajo realizado no se ve compensado con los resultados y se produce una insatisfacción. La persona en este etapa puede legar incluso a actuar de forma agresiva contra él mismo o los demás. En esta fase son de gran ayuda las sesiones de terapia para eliminar esa frustración.
4. Apatía: en esta última fase se produce un mecanismo de defensa cuando la frustración se cronifica. Hay agotamiento físico y emocional y se evita cualquier cambio o desafío, incluso evitando a las personas que debe atender. En este punto es muy importante intervenir para evitar consecuencias drásticas.

La prevención se debe basar en modificar los factores etiológicos que serían el entorno laboral y las condiciones de trabajo. Especialmente, aquellas condiciones que afectan de forma negativa a los aspectos psicosociales del trabajo, como es su ordenación y la calidad de las relaciones interpersonales.

Entre los profesionales más expuestos a sufrir este síndrome se encuentran los médicos y enfermeros del servicio de Urgencias, unidades de cuidados intensivos y quirófano.

Tiene una media de aparición en torno a los 43 años cuando ya se han trabajo una media de 20 años.

5 Discusión-Conclusión

En los profesionales sanitarios de España existe una prevalencia del burnout del 14,9%. Este dato afecta en la dimensión biopsicosocial de la persona que padece SQT, así como las personas de su alrededor y en definitiva afecta de forma negativa al Sistema Sanitario.

Debido a esto es fundamental la elaboración de estudios que de forma previa a la prevención o intervención de las consecuencias de este síndrome de estrés

laboral, consigan averiguar los niveles de burnout en los diferentes contextos laborales y organizaciones de la salud.

Si se disminuye el estrés físico y el estrés emocional al que se ven expuestos los trabajadores sanitarios conseguiremos que dichos trabajadores realicen su labor asistencial de un modo más empático y entusiasta.

Sería interesante crear unidades de apoyo al trabajador sanitario o la existencia de algún organismo público específico que se encargue de cada servicio sanitario para llevar a cabo un buen manejo de los síntomas y respuestas emocionales, evitando que la conducta de los profesionales llegue a límites extremos.

6 Bibliografía

- Gil-Monte PR. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Manual. Madrid: TEA; 2011.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública, 71, 293-303.
- Grau Alberola E. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10197/grau.pdf?sequence=1
- Maslach C, Jackson SE. MBI. Inventario Burnout de Maslasch. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Manual. Madrid: TEA; 1997.

Capítulo 136

LUDOPATÍA: UN ”JUEGO” DE RIESGO SERIO

MARIO JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Desde que se legalizó el juego en España (1977) el número de jugadores ha ido incrementándose parejo a la inversión realizada en la industria del juego. Aunque, en los últimos años se ha producción en 2011 del juego on-line. Pero bajo esta bonanza se esconde una angosta realidad: la realidad del adicto que, sabiéndose perdedor, es capaz de esquilmar su proyecto de vida por unos momentos de juego.

La ludopatía es un problema social que siempre ha existido pero que no hace mucho tiempo que se trata como una adicción, es preciso analizar el juego patológico como adicción, para ello, es necesario buscar el origen del juego y más tarde ahondar en la adicción que crea esta actividad, prestando especial atención a los factores de riesgo, que darán la clave de la intervención que se propone.

Esta realidad nos muestra que el juego forma parte de nuestra vida cotidiana, teniendo que aprender a vivir con él, pero sin dejarnos arrastrar por su perniciosa complacencia. Ya casi nadie duda de que la adicción al juego se ha constituido como uno de los problemas más graves a los que se ha de hacer frente y, en este aspecto, España ocupa un lugar privilegiado no sólo en gasto, sino también en problemas o dificultades derivadas de su uso patológico. Aunque las adicciones sociales se revelan como un gran coste económico, en muchos países ya están considerándose como verdaderos problemas de salud pública, a los que los Estados deben dar una respuest.

Para comenzar, es necesario hablar del concepto de adicción: es aceptado por diversos autores que cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en una conducta adictiva (Echeburúa, Labrador, & Elisardo, 2009).

Adicción se define como dependencia que padece un individuo a sustancias psicoactivas como el alcohol, el tabaco, los medicamentos u otras sustancias o a comportamientos que se repiten calificados como patológicos, como pueden ser los trastornos alimenticios o prácticas de riesgo compulsivas como el juego (Fernández García, de Lorenzo, & Vázquez, 2012).

La adicción a tratar se denomina ludopatía, adicción al juego, y pertenece al grupo de las adicciones sin sustancias. Siempre se ha relacionado adicción con el consumo de sustancias como el alcohol o las drogas, sin embargo, en los último años esta idea ha cambiado; el concepto se ha ampliado y se añaden nuevas adicciones, en las que no interviene ninguna sustancia, como pueden ser adicciones a la tecnología, al sexo, a las compras, al trabajo, al deporte… (Palumberi & Mannino, 2008).

Las adicciones sin sustancia se pueden separar en dos tipos: las legales, que son las adicciones aceptadas y legalizadas por la sociedad como son el juego, el trabajo, el sexo; y por otro lado, las ilegales, que no son consideradas lícitas por la sociedad, como la cleptomanía y la piromanía (Fernández García, de Lorenzo, & Vázquez, 2012).

Dos elementos que definen fundamentalmente una adicción son: la pérdida de control y la dependencia independientemente de que haya sustancia química de por medio o no, por tanto se considera adicción a cualquier conducta que el individuo no sea capaz de evitar y perjudique su vida cotidiana. (Martínez & Muñoz, 2012) El juego patológico produce un comportamiento en el que la persona tiene una incapacidad para dejar de jugar (ASAJER, 2006).

En parte, todos somos conscientes de que no paran de crecer las cifras de personas que terminan por volverse adictas al juego y así lo atestiguan los últimos estudios que se están llevando a cabo, sobre todo entre la población más joven. Si antes el perfil medio del ludópata era: varón, entre 30 y 40 años; actualmente se aproxima más a: joven, entre 15 y 35 años, en su mayoría estudiante o con estudios universitarios que cada vez dedican más tiempo a jugar, aunque ello vaya en detrimento de sus estudios, familias y amigos. Hecho que la mayoría de los expertos atribuye al gran desarrollo del juego legalizado, cuya extensión ha sido potenciada por la laxitud de las restricciones legales y la excesiva generosidad o

ambigüedad de la legislación reguladora del juego;. En este sentido nuestro país es un claro ejemplo de ello.

Se sabe que la accesibilidad al juego correlaciona positivamente con la probabilidad de practicarlo. Actualmente, jugar se plantea como una tarea muy fácil por dos motivos: por la gran oferta de juegos de azar a disposición y por la excesiva aceptación social que todavía sigue teniendo. En contraposición a las drogas, el juego cuenta con el beneplácito de todos, justificándolo a través de una serie de creencias positivas que básicamente pueden resumirse en «su nula peligrosidad y sus cuantiosos beneficios económicos». Esta permisividad allana mucho el camino a los dispendios que se originan en torno al juego; pero los abrumadores datos adversos de carácter humano, social y económico que se agolpan en torno al juego hablan por sí solos; invalidan cualquier opción argumentativa.

2 Objetivos

Objetivos generales:
- Estimular y sensibilizar a la sociedad para que ésta conozca la importancia del problema del juego patológico, así como su impacto en la comunidad.
- Fomentar que los organismos públicos doten de un marco integrado de medidas para desincentivar hábitos y conductas patológicas relacionadas con el juego, con especial atención a los sectores sociales más vulnerables.

Objetivos específicos:
• Formar a profesionales para que se acerquen más al problema y sepan cómo tratarlo.
• Crear una comisión de trabajo específica para el tratamiento de la ludopatía.
• Dotar al problema de la importancia que realmente tiene y llevar a cabo estrategias e intervenciones de prevención en todos los niveles.
• Reducir el número de personas que establecen relaciones problemáticas con el juego.
• Incrementar el nivel de conocimiento en la población sobre la problemática de la adicción al juego.
• Aumentar el conocimiento científico y contrastado sobre la adicción al juego, para abordar estrategias eficaces

3 Metodología

La metodología empleada para la realización de este estudio ha sido en primer lugar una búsqueda bibliográfica a nivel formal e informal, con el objetivo de conocer más acerca de la enfermedad y realizar un breve acercamiento, para posteriormente plantear diferentes variables sobre las que trabajar y en las que basar el estudio. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

Dado que nuestro interés está centrado en analizar y comprender un problema, teniendo como referencia básica a las personas que lo padecen, consideramos necesario elegir una perspectiva metodológica que se sirva de estrategias que permitan comprender el fenómeno que se estudia teniendo en cuenta la dimensión intersubjetiva. Por ello, elegimos la vertiente comprensivo-interpretativa, ya que está interesada —al igual que nosotros— en interpretar y comprender los fenómenos sociales desde el punto de vista de los sujetos que viven el hecho de primera mano; o que, nos interesa definir los problemas con las palabras de los actores.

Para alcanzar los objetivos marcados, se proponen una serie de actuaciones con determinadas tareas a realizar en las que se requiere la participación activa de varios agentes de la comunidad. En este caso, intervendrán en el proceso profesionales de instituciones de bienestar social, la comunidad en su sentido más amplio, asociaciones de vecinos, asociaciones de padres y madres de alumnos, y asociaciones de ludópatas. La adicción al juego se convierte en un problema de la sociedad, por eso es necesario conseguir una participación activa de los miembros de la comunidad, interviniendo con distintos grupos dentro de la sociedad para que el impacto sea mayor.

Las actuaciones propuestas tienen un orden lógico, con lo cual, la intervención será un proceso que comenzará impartiendo un curso de formación sobre juego patológico para profesionales que trabajan en la búsqueda del bienestar social. Una vez desarrollado el curso, se pretende que las personas que han participado activamente en esta actuación se movilicen, se impliquen con el tema y empiecen a trabajar en ello para llevar a cabo otra serie de actuaciones con la comunidad. Estos líderes formados en el curso de formación, crearan una comisión para intervenir en casos de ludopatía y acercar el problema a la sociedad. Una vez creada

dicha comisión, se llevarán a cabo diferentes actuaciones en las que sería imprescindible una campaña de sensibilización, así como intervención con comunidades más pequeñas en asociaciones de vecinos y asociaciones de padres y madres de alumnos, y por último la coordinación con asociaciones de ludópatas para actuar a nivel de prevención terciario. Por tanto, en primer lugar se intentará formar el agente de cambio, el motor de la intervención, para que este sea el que lleve a cabo diferentes actuaciones con la comunidad.

Obviamente además de la evidencia explícita del problema económico, la adicción al juego conlleva situaciones muy difíciles a nivel personal, laboral, social y legal que, a su vez, tiene un impacto muy nocivo en el ámbito familiar. Entre estos impactos reales y evidentemente vinculantes a la vida diaria vamos a tener impactos personales, económicos/laborales y legales.

Impactos personales. Si en un principio jugar deleita, con el tiempo esta acción acaba estresando, ya que tarde o temprano, el adicto o adicta al juego dejará de sentirse bien con el juego. Se entiende mejor, si tenemos en cuenta sus testimonios: es vivir instalados en la continua mentira, perder mucho dinero, no saber cómo hacer frente a las deudas vivir aislados de todos, centrados únicamente en el juego y saberse unos miserables sin atisbos de cambio. Todo ello tiende a crearles unos niveles de malestar muy altos, donde es fácil que la ansiedad, el estrés, la irritabilidad, la depresión, la desesperación, así como la idea del suicidio, afloren de forma continuada.

Conexo a esta realidad de malestar, hemos visto que en algunas historias de juego renacen situaciones adictivas, inicialmente superadas y, en otras, el consumo de drogas deviene con la conducta de juego, creándose en todas ellas auténticas situaciones poliadictivas. Como hemos podido ver, el consumo de alcohol, tabaco y cocaína suele ser una constante en la vida del adicto al juego, sobre todo esta última en los jugadores que no sobrepasan los cuarenta años. Otra de las repercusiones personales de gran calado es el desgaste psicológico que suele acarrearles muchos problemas de ansiedad y depresión, derivados fundamentalmente de la doble vida que llevan normalmente. Testimonian que los elementos de mayor estrés están relacionados con la falta de control en el juego, la necesidad constante de dinero y el pensar qué hacer para encontrarlo.

Impactos económicos y laborales. Tanto los jugadores como los familiares coinciden en establecer que el ámbito que se va a ver más vapuleado por la adicción es el monetario. La factura económica que tiene es casi imposible de cuantificar,

según relatan nuestros entrevistados y entrevistadas. Esto se explica a partir de que la acción de gastar dinero hay que entenderla desde diferentes marcos de significación. En primer lugar, el adicto hipoteca su presente económico en aras de su juego, teniendo que vivir situaciones de necesidad extrema o en la tesitura de que o bien otros le tengan que satisfacer sus necesidades más básicas, o sea él quien tenga que ponerse a trabajar para poder subsistir. Además de sufrir un presente mísero, el ludópata tiene que vivir con la realidad de haber hipotecado también su futuro, al tener que hacer frente a todas las deudas acumuladas, que en muchos casos suponen una cantidad ingente de dinero. Pero esto no se queda sólo aquí; también habría que aplicar el modelo de análisis coste-beneficio que la adicción introduce con respecto al tema económico, son conscientes de las oportunidades perdidas, en tanto que han dejado de percibir y de disfrutar de una serie de ventajas económicas, de no haberse instalado en sus vidas la adicción.

Con respecto al tema laboral, mencionaremos que todos coinciden en apuntar que, en los comienzos de su adicción, tiende a afectarles sobre todo a las condiciones relacionadas con cómo van a ser capaces de desarrollar su trabajo. Faltar al trabajo, solicitar bajas continuas o simplemente no acudir a él, suelen ser las opciones que dicen haber elegido para solventar su situación laboral. De igual modo reconocen haber sufrido muchos problemas de concentración laboral, dado que la mayoría de ellos sólo piensan en jugar, perdiendo con ello el interés por todo y por todos; la única fuente de vida emana de la propia necesidad de jugar. También reconocen que, conforme su situación de juego se va deteriorando, lo va haciendo también su situación laboral. El descenso considerable de su productividad laboral suele ser el primer síntoma en aparecer. No obstante esto no suele quedar aquí.

En algunos casos vemos como la situación se hace tan insostenible que acaban perdiendo el trabajo por un incumplimiento manifiesto de sus responsabilidades laborales. En otros casos, esa pérdida viene acompañada de conductas ilegales dentro del propio entorno laboral. Cuando el jugador agota todas las fuentes de financiación, legales y posibles, y necesita seguir jugando, suele emprender su periplo de búsqueda de dinero en su trabajo. Se empieza por robar a los compañeros de trabajo y se termina metiendo la mano en la caja del dinero, cuando se cuenta con esa facilidad. Como resultante de esta situación, el jugador o jugadora pueden verse en dos escenarios diferentes: o bien ser despedidos de manera fulminante o bien ser degradados laboralmente. Esto último suele acontecer cuando se conoce su adicción y se toma como una «eximente del delito», ofreciendo al jugador la posibilidad de corregir la situación devolviendo lo robado y pidiendo

ayuda.

Impactos legales. Cómo acabamos de ver, una parte de los adictos al juego se ven inmersos en problemas legales, causados por los excesos económicos a los que tiene que hacer frente, al no ser capaces de contener su conducta de juego. Robar, hurtar, falsificar cheques, emitir cheques sin fondos, falsificar firmas, etc., suelen ser los delitos que tienden a cometer. Como resultado de estas conductas ilegales, al jugador o la jugadora puede abrírsele un proceso judicial y acabar con una sentencia de cárcel, como le ha ocurrido a una de nuestras jugadoras. Sabedores de que esta situación incrementa o añade mayores niveles de estigmatización social a sus vida, tienden a procurar que esta información se haga lo menos pública posible. De ahí que se las ingenien para que no llegue a oídos de su contexto familiar más próximo (hijos), dadas las consecuencias que esto puede tener, no sólo a nivel personal, sino también en lo social.

De igual modo reconocen que su tendencia a sustraer o no devolver el dinero prestado acaba pasándoles factura, en cuanto que la situación les hace ser esquivos y rechazados por las personas que tienen a su alrededor. Pero este problema no sólo se posiciona del lado del jugador, sino que la familia también va a verse afectada. Tanto, unos como otros, manifiestan que la familia tarde o temprano termina pagando las iniquidades del juego. Las deudas que adquiere el jugador pasan a ser deudas de la familia por lo que ésta va a verse acorralada por los acreedores sintiendo una gran vergüenza ante la situación, que hará que poco a poco acabe retirándose del ámbito social recluyéndose en casa. Por último, y como consecuencia de sus deudas, algunos de ellos han tenido graves problemas con el banco, ya que al no pagar, terminan por embargarles la vivienda. Otros terminan desalojados, si viven de alquiler, y esto en contextos reducidos, como puede ser un barrio o un pueblo, facilita que los vecinos se puedan enterar de su situación, incrementándose con ello su sensación de desprestigio social.

5 Discusión-Conclusión

Aunque no son muchos los estudios cualitativos que hay sobre este tema, todos coinciden en determinar que ser ludópata conlleva muchos problemas y que el «precio a pagar» hay que situarlo en el propio dramatismo que encierran todas las historias personales y familiares de juego.

Al igual que lo anterior, se pone sobre la mesa el hecho de que jugar suele acarrear

muchos problemas de ansiedad y depresión, en parte derivados de la doble vida a la que se ve sometido el ludópata. Todo esto suele desembocar en una situación límite que hace que cuando llegan a la fase de desesperación se ven acorralados y vislumbran el suicidio como la única opción de resolver sus problemas, aunque finalmente sean pocos los que opten por ella. De hecho, cada vez son más los estudios que ponen en valor la asociación que suele darse entre ambas dimensiones: el riesgo de suicidio con el riesgo de ser adicto al juego.

Al igual que sucede con otras adicciones sociales, las consecuencias del juego adictivo acaban esquilmando el ámbito laboral, de tal modo que centrándonos en algunos resultados de interés, vemos que el 65 por ciento de los ludópatas, que en el momento de hacer el estudio se encontraban en una situación de desempleo, lo estaban por motivos relacionados con la adicción. O bien, porque habían sido despedidos del trabajo por haber robado o estafado, o por haber tenido que cerrar su propio negocio.

Las apuestas se han visto popularizadas a través de la entrada en vigor de la Ley de Regulación de Juegos en 2011. A causa de ella, el sector se ha liberalizado y se ha potencializado gracias a la apertura continua de establecimientos de salones de juego que ofertan apuestas deportivas, ruletas y en general juegos de azar. Además, el factor determinante ha sido el proceso la legalización de las casas de apuestas online, que permiten jugar desde cualquier lugar y a cualquier hora ya sea desde un Smartphone, Tablet, ordenadores…

Como consecuencia ha surgido una nueva manera de apuestas diferente a los casinos tradicionales. Una nueva forma de apostar en la que la entrada tiene menos restricciones y permite apostar cantidades reducidas, ya que se puede jugar desde 1€. Estas facilidades han provocado que este tipo de juegos sea común entre jóvenes y adolescentes, que tienen como objetivo obtener beneficios que van más allá de la propia diversión y entretenimiento del juego. De esta forma se están iniciando en una modalidad lasciva que tiene consecuencias peligrosas, no sólo por el coste económico sino también debido al peligro de iniciar dependencia y adicción desde muy jóvenes y en la peor de las situaciones desencadenar en ludopatía.

Otro de los factores que también ha impulsado la consolidación de este sector ha sido la crisis económica. Esta causa no solo ha provocado el aumento del juego por parte de los jóvenes, sino que lo ha hecho en todos los sectores de edad de la población. La crisis ha incitado a las personas a jugar, secundada por la posibilidad que ofrece esta nueva modalidad de juego que permite apostar pequeñas

cantidades, motivados por la ilusión y el deseo de sufragar las carencias económicas, a priori, de forma rápida y sencilla. Este hecho también puede desencadenar prácticas adictivas, ya que aunque el inicio en el juego sea por motivos económicos con el propósito de obtener beneficios para tapar deudas, posteriormente, con la práctica en el juego y un mayor conocimiento sobre él, el objetivo principal de jugar podría llegar a ser la necesidad, desarrollando una dependencia y convirtiéndose en una enfermedad: la ludopatía.

En base a estas tendencias, se puede deducir que el número de apostadores ha aumentado, mientras que el gasto medio por persona ha disminuido. Para demostrar de forma empírica esta tendencia entre los ciudadanos, nos va a servir un estudio realizado por investigadores de la Universidad Carlos II de Madrid que afirma que solamente un 7,9% de los ciudadanos residentes comprendidos entre los 18-75 años no ha jugado nunca.

Otra de las posibles causas por las que puede haber aumentado la cuota de mercado de las casas de apuesta es por las agresivas campañas publicitarias, promociones y ofertas para que el cliente no pierda la asiduidad, y así afianzar el máximo número de clientes. El contenido publicitario trata de vender las facilidades existentes para ganar, pero no advierten de los riesgos y efectos nocivos que conlleva el juego. Aunque parezca bastante contradictorio, la publicidad para el juego presencial está prohibida en España.

Por consiguiente, la conclusión que se puede extraer es que la apuesta rentable ha sido la del sector de las apuestas y casinos online, que durante el período de la crisis ha obtenido resultados económicos positivos a pesar de las dificultades económicas. Además, se les augura que continúen con una tendencia positiva, por el actual proceso de desarrollo y difusión de las tecnologías que facilitan su uso. Para demostrar el crecimiento de este sector, el Informe Anual de 2018 sobre el juego publicado por la Dirección General de Ordenación de Juego, manifiesta un aumento del 60% de los depósitos realizados en apuestas y casinos online.

Por otro lado, la otra conclusión que se puede obtener es que los peores resultados de las apuestas desde que se iniciara la regulación afirman que el carácter adictivo de este tipo de apuestas se ha convertido en la segunda causa de tratamiento por adicción al juego. Los especialistas en ludopatía han determinado que el tiempo necesario para desarrollar una adicción ha pasado de entre los cinco y seis años del juego presencial, a solo unos o dos años en el juego online. Además ha cambiado el perfil de las personas afectadas, que ahora rondan los 20-25 años, bajando la media unos diez años. La consecuencia más lamentable es entrar en una espiral

negativa para intentar recuperar lo invertido, hasta el punto de no poder perder nada más, porque ya se ha derrochado todo.

De todo lo escrito es fácil concluir manifestando que la adicción al juego debe ser comprendida como un gran problema social, ya que si realizamos una valoración holística de todos sus consecuentes, no nos queda otra disyuntiva que poner en valor las palabras escritas por Begoña Iglesias (1996) cuando expresa "todo el sistema social tiene que pagar un alto precio. Se calcula que por cada ludópata que existe se ven afectadas otras 10 ó 20 personas entre familiares, amigos y compañeros de trabajo. De ahí, que cuando hablamos de ludopatía, no sólo hay que considerar al enfermo, sino también a las personas que directa o indirectamente están vinculadas a ese problema".

6 Bibliografía

- Alonso-Fernández, F. (2003). Las nuevas adicciones. Madrid: TEA Ediciones
- APA. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) (Fifth Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barroso Benítez, C. (2003). Las Bases Sociales de la Ludopatía. Tesis Doctoral Universidad de Granada, Granada, España.
- Becker, S. (1974). Historias de vida en Sociología. En: J. Balán, Las historias de vida en las ciencias sociales. Teoría y técnica. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Becoña Iglesias, E. (1996). La ludopatía. Madrid: Aguilar.
- Blanco, P. (2014). El Estudio de las Adicciones Sociales. EL juego como Adicción Social: Problemática social, Contexto Familiar y Movimiento Asociativo. El caso de Huelva. Tesis doctoral inédita Universidad de Huelva. Huelva. España
-https://dl.dropboxusercontent.com/u/28270548/LUDOPATIA.pdf
- Dominguéz Álvarez, A. M., Pérez Pérez, M. d., Sicilia Salcedo, E., Villahoz González, J., & Fernández Alepuz, R. (2007). Guía Clínica: Actuar ante el Juego Patológico. (J. d. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Ed.) Sevilla.
- Echeburúa, E., Labrador, F. J., & Elisardo, B. (2009). Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes. Madrid: Pirámide. (2013).
- Fernández Alba, A., & Labrador, F. J. (2002). Juego Patológico. Madrid: Sintesis.
- Fernández García, T., de Lorenzo, R., & Vázquez, O. (2012). Diccionario de trabajo social. Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2000). Manual práctico del juego patológico: ayuda para el paciente y guía para el terapeuta. Madrid: Pirámide.

- Gallardo, M. d. (2006). Manual de servicios sociales comunitarios. Madrid: Síntesis.
- Ibañez Cuadrado, Á., & Sáiz Ruiz, J. (2000). La ludopatía: una nueva enfermedad. Barcelona: Masson.
- http://riemann.upo.es/congresos/index.php/innovagogia2012/Iinnovagogia2012/paper/viewFile/158/161
- McDowell, J., & Hostetler, B. (2000). Manual para consejeros de jóvenes. Mundo Hispano.
- Organización mundial de la salud (OMS). (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra.
- Palumberi, E., & Mannino, G. (29 de Mayo de 2008). Ludopatía. Un estudio comparativo realizado en Italia y España. (Redalyc, Ed.) Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 7, 155-196.
- Parrondo, M. J. (Octubre de 1994). La ludopatía: Una enfermedad social. (C. O. Social, Ed.) Documentos de Trabajo Social(2), 7-19.
- dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2698861.pdf
- Santos Casado, J. A. (2008). Manual de Intervención en Juego Patológico. (C. d. Extremadura, Ed.) Extremadura. Obtenido de Plan Integral de Drogodependencias y otras conductas adictivas.
- Secades Villa, R. y Villa Canal, A. (1998). El Juego Patológico. Prevención, Evaluación y Tratamiento en la Adolescencia. Madrid: Pirámide
- Villar Árevalo, L., Cubero González, E., Real Gil, A. I., Torres Garriga, J., Martínez Peralta, J., Huertas Hidalgo, J., . . . Cañizares Marquez, F. (2006). Manual para la prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones en Andalucía. (D. G. Adicciones, Ed.) Sevilla.
- Volberg, R.A., Gupta, R., Griffiths, M.D., Olason, D. y Delfabbro, P. (2011). An international perspective on youth gambling prevalence studes. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 22(1), 3-38.
- Zapata, M.A., Torres, Y. y Montoya, L.P. (2011). Riesgos de Juego Patológico. Factores y Trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín - Colombia. ADICCIONES, 23(1), 17-25.

Capítulo 137

DUELO PERINATAL.

TAMARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

LORENA PEREZ DEL RIO

EMMA GARCÍA GONZÁLEZ

CARMEN LANTARÓN GONZÁLEZ

LORENA BALBUENA ORDÓÑEZ

1 Introducción

El duelo (del latín dolus :dolor) es un proceso adaptativo natural ante la pérdida de una persona que incluye reacciones y componentes físicos, psicológicos, sociales y espirituales, cuya intensidad y duración serán proporcionales a la significación de la pérdida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la defunción fetal se define como "la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria".

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad perinatal como el "número de nacidos muertos y muertes en la primera semana de vida por cada

1.000 nacidos vivos, el período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina a los siete días después del nacimiento.

La OMS en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), diferencia la pérdida durante la gestación así:
- Muerte fetal temprana: hace referencia a fetos de menos de 22 semanas de gestación y/o < 500 gramos de peso. Se conoce como «aborto».
- Muerte fetal intermedia: comprende los fetos de entre 22-28 semanas de gestación y/o peso entre 500-999 gramos.
- Muerte fetal tardía: incluye muertes fetales a partir de los 1.000 gramos de peso y/o mayores de 28 semanas completas de gestación.

La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida -7 días-
La tasa de mortandad perinatal en 2018 fue de 4,20 por cada 1.000 nacidos vivos, según el Instituto Nacional de Estadística

¿Es recomendable que vean a su hijo?
Actualmente se trabaja mucho en la creación de cajas de recuerdos que permitan tener un contacto simbólico con el niño. Para ello se crea una caja donde el personal médico incluye fotografías, huellas dactilares, el cordón umbilical, pulseras del hospital, mechones de pelo, certificados de nacimiento, ropa, cartas de amigos o certificados de bautismo, que es entregada a los padres. Este trabajo está basado en un nuevo paradigma de intervención: en vez de dejar pasar el tiempo se focaliza en establecer relaciones emocionales con ese niño que ya se ha ido, reconociendo de esta manera su lugar dentro de la familia. Además, parece que tener recuerdos del niño en sus últimos momentos es una variable importante, independiente de la edad con la que haya fallecido.
Así mismo, se les ofrece a los padres la opción de sostener, ver y tocar al bebé siempre que ellos lo deseen. El hacer esto tiene como objetivo reforzar los lazos de apego y ayuda a los padres a crear recuerdos sólidos del niño. Los estudios muestran que la mayoría de los padres se alegran de haber visto a sus hijos, y que a un gran porcentaje le hubiera gustado poder disponer de más tiempo. Sin embargo, estos mismos autores relatan el caso de uno de los participantes que sintió una gran tristeza ante la visión de su hijo, aunque no se convirtió en un evento traumático.

Tipos de duelo.

El proceso de duelo perinatal presenta una serie de características que lo hacen diferente a otros duelos, representando un duelo múltiple.
Además de la pérdida real del bebé, representa múltiples pérdidas para los padres. Entre estas pérdidas, se incluyen:
La del hijo proyectado. Supone la "pérdida de una relación más simbólica que real, construida por la imaginación del que está en duelo y basada en sus necesidades y deseos".

La plenitud de la pareja, representada por la espera y llegada de un hijo.
De una etapa de la vida marcada por el momento de convertirse en padres o la composición familiar imaginada, esperada o idealizada dentro de un proyecto de familia, debido a la ausencia real de un hijo al que no se ha podido conocer, se ha conocido sin vida o ha fallecido precozmente. Se pierde, por tanto, todo un futuro esperado con motivo del nacimiento de ese bebé
De algún aspecto de sí mismos con motivo de ese embarazo y de tener ese hijo. A modo de ejemplificación, podemos fijarnos en que, durante el embarazo, la mujer experimenta una unión biológica con el feto, que representa de una manera idealizada, la mejor parte de ella misma.
De un sueño y de una creación ya que el bebé representa la vida y es la antítesis del final de la misma y los padres desarrollan sentimientos de esperanza e ilusión proyectados hacia el futuro, sin poder anticipar un desenlace infeliz
En algunos casos, también puede quedar comprometida la posibilidad de trascendencia. Puede ser que, por sus circunstancias particulares (edad de la madre, técnicas de fertilidad empleadas, secuelas…), los padres tengan la sensación de perder su última oportunidad para la maternidad/paternidad, lo cual genera al mismo tiempo un duelo por la infertilidad.
Esta condición de duelo múltiple, en un contexto en el que frecuentemente no se recibe el apoyo y comprensión suficiente por parte del entorno, puede suponer un "trauma acumulativo" con iguales o mayores consecuencias que la propia pérdida y que conlleva complicaciones significativas en el proceso de recuperación psicológica de los padres.

2 Objetivos

- Evaluar la evolución de las prácticas asistenciales de atención inmediata a los progenitores que han sufrido una muerte perinatal, identificando aquellas que nos ayuden a la resolución de un duelo sano.
- Identificar los duelos, en cada familia sucede de manera diferente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane, Cuiden y Lilacs con las palabras claves fetal death (muerte fetal), stillbirth (mortinato) y grief (duelo) combinadas con el operador booleano AND. Restringimos la búsqueda a los idiomas español e inglés así como a las publicaciones de los últimos trece años.

4 Resultados

Es necesario entender cómo vivencian los padres el diagnóstico de muerte perinatal y cómo perciben la atención sanitaria prestada durante el proceso de parto del feto fallecido y en el duelo posterior para que los profesionales sanitarios implicados en este proceso: obstetras, matronas, enfermeras, etc. comprendamos este fenómeno social en su totalidad y logremos prestar una atención sanitaria de calidad con humanidad que les ayude a resolver el proceso de duelo evitando el riesgo de padecer patologías psiquiátricas en el futuro, por ello son necesarios estudios de investigación cualitativa de tipo descriptivo fenomenológico.
Sin embargo, en la mayoría de los profesionales de la salud existe una clara dificultad para manejar situaciones que supongan dolor emocional: se crea una "conspiración del silencio" que rodea las respuestas emocionales del profesional sanitario y que no solamente creará incomodidad en el propio equipo sanitario, también conlleva un menor nivel de atención con respuestas mecanizadas, frías y, a veces, de evitación.

A pesar de las mejoras en la atención, solo cuatro comunidades autónomas tienen protocolos de atención en casos de muerte perinatal (País Vasco, Navarra Galicia, Murcia…)

Tras el momento del parto se oferta a los padres la posibilidad de realizar necropsia del feto requiriéndose su consentimiento. El valor de la necropsia fetal es indiscutible, pero no siempre ofrece respuestas a lo ocurrido. Los progenitores buscan una causa, quieren saber el porqué de la pérdida. Las mujeres buscan un significado, algo que les explique por qué les ha pasado esto a ellas; la mayoría acceden a realizar la autopsia con la esperanza de encontrar una explicación a su pérdida, esto implica una búsqueda de causalidad, la ausencia de conclusiones tras la autopsia puede conducirlas a sentimientos de culpa y autoculpa: se culpan a sí mismas de la propia negligencia en el cuidado del bebé

Podríamos decir que nuestra sociedad está viviendo de espaldas a la muerte, convirtiendo esta experiencia natural en un gran tabú, no facilitando espacios para sentir, expresar dolor y compartir. En su lugar, existe una tendencia generalizada a incitar a la persona en duelo a recuperarse rápidamente, tapar el llanto, seguir funcionando y rendir, en lugar de rendirse. Es decir, el duelo se inserta en una cultura que impone determinados mandatos sobre quién puede hacer un duelo, como, sobre quién y durante cuánto tiempo.

El fallecimiento de una criatura durante el embarazo, el parto o en los primeros días de vida es una de las pérdidas más incomprendidas en nuestra sociedad. La lucha de colectivos, asociaciones y afectadas ha puesto en el mapa de la atención psicosanitaria este tipo específico de dolor que cada vez se atiende con más mimo.

Cada año mueren en España en torno a 1.500 criaturas a partir de la semana 22 de gestación, en el útero, en el parto o en los días posteriores al nacimiento, según cifras de la asociación Umamanita. Son 1.500 mujeres, 1.500 familias que se enfrentan a una pérdida muy dolorosa, al fin de un sueño justo en el momento en el que iba a empezar

Lo que se pierde es un futuro, una posibilidad, que además puede dificultar el proceso de convertirse en padres, especialmente cuando se trata del primer hijo. Las repercusiones de esta pérdida pueden afectar a muy diversos ámbitos, que van desde el emocional, social, la vida de pareja, o a los vínculos sociales inmediatos. La mayoría de las parejas, especialmente las mujeres, pasan por un periodo inicial caracterizado por una sensación de shock, de estrés y de gran dolor, aunque suelen recuperarse y encontrar un sentido a esa pérdida. Sin embargo, existe al menos un 15-25% de las parejas que tienen problemas para superar esta etapa vital. Algunos de los efectos psicológicos que se han descubierto en las madres son: tristeza, irritabilidad, culpabilidad síntomas somáticos, ansiedad ante la muerte, depresión, culpa, y preocupación en los siguientes embarazos. En el caso de los padres, aparecen sentimientos de shock, rabia, vacío, indefensión y de soledad. Tras un aborto o pérdida perinatal, la nueva experiencia del embarazo puede despertar en ambos padres una gran cantidad de angustia y ansiedad.

Ronald Knapp (33) distingue las siguientes modalidades de duelo de progenitores por sus hijos:
• Promesa de no olvidar nunca al hijo, reivindicando su existencia, frente a la presión del entorno para que lo olviden.
• Deseo de morir y estar unidos en la muerte con el hijo.
• Revitalización de creencias religiosas, buscando un sentido a la pérdida.

• Cambio de los valores en la vida cotidiana, dando mayor importancia a los pequeños detalles.
• Mayor tolerancia y mejor comprensión del sufrimiento de otros.
• La ”sombra del duelo”, descrita como ”una forma de duelo crónico que a veces arrastran durante la mayor parte de sus vidas”, ”un dolor sombrío subyacente a los sentimientos de la persona”. Se observa más en las madres, quienes ”no pueden dejar de recordar la pérdida sin sentir algún tipo de emoción, aunque sea muy débil”.
En cualquiera de sus variantes el duelo puede complicarse con síntomas psiquiátricos si concurren algunos factores de riesgo . Para el duelo perinatal, Neugebauer y Athey han identificado como factores de riesgo los antecedentes de problemas psiquiátricos previos, una historia de pérdidas recurrentes, la presencia de depresión, la falta de hijos, pareja estable, familia o apoyo social, disponer de escasa información sobre los abortos, la inexistencia de una explicación para lo sucedido o, finalmente, que la pérdida coincida con otros problemas vitales importantes.

5 Discusión-Conclusión

Si algo caracteriza al duelo es que se trata de un proceso único, no un estado, en el que la persona avanza por una serie orientativa de fases hacia la integración de la pérdida irreparable e insustituible y se esfuerza por aprender a seguir viviendo en un nuevo escenario, en parte, vacío.
Se trata de un proceso dinámico por naturaleza, que conlleva siempre conectar con el dolor emocional, sentirlo, expresarlo y también hacer algo con ese dolor, no solo esperar a que pase el tiempo. De hecho, algunos autores lo plantean en términos de llevar a cabo una serie de tareas, lo cual implica una actitud activa por parte de la persona en duelo, quién puede hacer algo para crecer en nuevas direcciones de forma positiva . Por ello, la elaboración no es sólo cuestión de tiempo, sino que exige un trabajo interior.

6 Bibliografía

- Umamanita y El Parto es Nuestro. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal.
- Mejías MC. Duelo perinatal: Atención psicológica en los primeros momentos. Enfermería pediátrica. HYGIA. 2012 ;

- Müller A, Parra A, Yáñez A. Capítulo 2.8 :Espacios para el duelo. En: Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Servicio Extremeño de Salud.2015.
- PALLÁS CR, DE LA CRUZ J. Antes de tiempo. Nacer muy pequeño. Madrid: Ex libris, 2004.
- Mander R. Good grief: staff responses to childbearing loss. Nurse education today 2009.
- McCreight BS. Perinatal loss: A Qualitative study in northern ireland. Omega 2008.
- Pía López A. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Asociación Española Neuropsiquiatría 2011.

Capítulo 138

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON COLOSTOMÍA

PAULA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ

CARLOS CANGA GUTIÉRREZ

RAÚL FERNÁNDEZ CASTRO

ANDREA AGUADO ARCONADA

1 Introducción

Una colostomía es la comunicación del interior del colon con el exterior por medio de una cirugía con el fin de desviar el tránsito intestinal.(1)

Dependiendo del lugar del colon en el que se encuentre puede ser derecha o ascendente, transversa e izquierda o descendente. Las heces en las colostomías derechas suelen ser líquidas y muy irritantes, al contrario de las izquierdas que suelen estar más formadas. (1)

Tras la colocación de la colostomía hay un periodo de adaptación en el cual es importante una buena educación para el cuidado del estoma y apoyo psicológico (2)

2 Objetivos

Identificar los principales cuidados de enfermería tras la colocación de una colostomía

3 Metodología

La revisión bibliográfica se realizó utilizando las bases de datos Pubmed, Dialnet y Cuiden.

Las palabras claves utilizadas fueron obtenidas a partir de los Descriptores de ciencias de la Salud (DeCS):" Colostomy", "nursing care "y "complicatios".

Serían incluidos los artículos originales y trabajos de revisión publicados en inglés, portugués y español, siendo excluidos los trabajos que trataban sobre técnicas médicas específica, los referidos a otras técnicas o patologías o a un caso clínico concreto, así como las investigaciones efectuadas con población pediátrica.

Se realizó una única búsqueda en Enero de 2020 utilizando las palabras claves citadas anteriormente y empleando el operador booleano AND. Se obtuvieron un total de 30 artículos, tras aplicar los criterios de exclusión quedaron 5 .

También se consultó la web oficial de la confederación ACCU.

4 Resultados

Se estima que la mitad de los pacientes con ostomías sufren complicaciones, por ello, la educación sanitaria al paciente y su familia debe darse antes y después de la colocación del estoma. (3,4,5)

Es necesario fomentar el autocuidado del paciente para facilitar su adaptación y así mejorar su calidad de vida, por lo que es preciso un buen apoyo de la enfermería comunitaria y especializada en estomas(3,5)

Un buen marcaje y elección del lugar del estoma previo a la cirugía ayuda a adaptarse al paciente y evita complicaciones. Debe colocarse en lugares sin prominencias óseas o pliegues, y sobre piel sana. (5,2)

El estoma y la piel perilesional debe limpiarse con agua tibia y jabón con PH neutro y secar posteriormente para evitar irritaciones.

El dispositivo debe ser elegido y adaptado al estoma y a las necesidades del paciente y las heces que elimina. El tamaño también se debe ir ajustando a medida que cambia la forma y la dimensión del estoma. (4,5) Un buen funcionamiento de la bolsa de colostomía mejora su calidad de vida. (2)

Estos pacientes no tienen ninguna contraindicación en cuanto a la dieta, pero se recomienda evitar el consumo de alimentos que sean difíciles de digerir por ejemplo los frutos secos, aquellos que produzcan gases como la coliflor o el repollo y los que produzcan olor como el ajo. (4,5)

Los cuidados psicoemocionales deben ser individualizados ya que cada paciente tiene unas necesidades y una adaptación diferentes. Hay que tener en cuenta la enfermedad de base, el pronóstico, las complicaciones y las características psicosociales y culturales de cada uno. (6)

Hay que mantener un diálogo en el que el paciente y su familia puedan mostrar sus emociones o dudas. (5)
La sexualidad se ve afectada sobre todo en los primeros meses tras la colocación. Es el personal de enfermería quien tiene que preguntar sobre ello ya que muchos pacientes no se atreven. (2)

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermería en la educación y apoyo del paciente ostomizado y su familia es muy importante. Estos pacientes deben tener un tratamiento especializado desde antes de la colocación de la colostomía, el cual debe ser individualizado.

Los profesionales deben estar formados y conocer los diferentes dispositivos para así poder encontrar el que más se adapte al paciente.

6 Bibliografía

1. Confederación ACCU Disponible en: https://accuesp.com/
[consultado el 20/01/2020]

2. Gómez del Río N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. Rev ENE Enferm . 2013
3. Hernando Alonso C, Navarro García MM., Escayola Rodríguez N.,Gadea Uribarri B., Pinilla Varona L. Cuidados de enfermería en pacientes ostomizados. Revisión bibliográfica. Revista electrónica de portales médicos. Agosto 2019.
4. García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de Enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria 017. Noviembre;5(4): 35-48
5. Bodega Urruticoechea C, Marrero González CM, Muñiz Toyos N, Pérez Pérez AJ, Rojas González AA, Vongsavath Rosales S. Cuidados holísticos y atención domiciliaria al paciente ostomizado. Rev ENE Enferm.; 7(3).

Capítulo 139

ALERGIAS ALIMENTARIAS: CRUSTÁCEOS.

ANDREINA BARDINET OJEDA

AIDA GRANERO ALONSO

1 Introducción

El número de casos de alergia a los alimentos ha aumentado en el mundo convirtiéndose en un problema de salud pública, siendo la producida por marisco una de las principales, causando más del 90% de las reacciones alérgicas por ingestión. La prevalencia de alergia al marisco es mayor entre la población adulta que en la infantil. En ésta, cuando aparece, suele ser persistente. La prevalencia de la alergia a los mariscos en los países asiáticos es mayor que en los países occidentales, y esto podría reflejar el mayor consumo de mariscos, en esta zona geográfica. Otro estudio reveló que los niños con alergia a las gambas tienen niveles más altos de anticuerpos específicos IgE y una mayor diversidad epítopa que en los adultos, lo que sugiere que la sensibilización a las gambas podría disminuir por edad. En los en países asiáticos hay un mayor número de casos documentados por la mayor exposición a estos productos, 38%. En el caso de países europeos de un 2,3% y en Estados Unidos se halló una prevalencia de 0,9 a 1,2 % en adultos de 20 a 59 años y de 0,7% en mayores de 60 años. Se calcula que con respecto a la alergia a mariscos existe una prevalencia del 0,5 % al 2,5 % en la población en general, variando en función del consumo, la edad o la zona geográfica. En España, según los resultados del estudio epidemiológico Alergológica 92, el marisco es la causa del 8% de la alergia a alimentos y ocupa el sexto lugar entre los alimentos implicados (IC: 4-14%). Castillo y colaboradores encuentran en Gran Canaria una

prevalencia del 1,6% de alergia a alimentos en el área de población de mayores de cinco años. El marisco es el alimento causal en primer lugar (53%) y, dentro de éste, los crustáceos son los más frecuentes. Pascual y colaboradores, en una población de 3.205 niños menores de 15 años, encontraron una prevalencia de alergia a crustáceos y moluscos del 6,5%

1. Prevalencia en Europa.

Hubo 34 estudios que consultaron la prevalencia de alergia mariscos en Europa (los países estudiados fueron Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Groenlandia, Hungría, Islandia Noruega, Portugal, España, Suecia, Países Bajos, Turquía y la Reino Unido). Los datos fueron publicados entre 1980 y 2012. La prevalencia de la alergia a los mariscos se evaluó en los participantes de 6 meses a 97 años.

- Reino Unido: 0,3% (Ic del 95%: 0,1 a 1,0%) 11 años de edad.
- Francia: 5,5% (IC 95%: 04.03 a 07.01%) 5 a 7 años de edad.
- Alemania: 1,9% (IC del 95%: no se informa).
- Hungría: 1,8% (IC del 95%: 0,3 a 7,1%)) en base a las pruebas de IgE.
- Dinamarca: 0% (IC del 95%: 0,0 a 2,0%) en 0-22 años de edad y 0,3% (IC del 95%: 0,1 a 1,0%) en los individuos de 22 años de edad o más.

2. Prevalencia en el Mundo.

- Ghana: 0,1% (IC del 95%: no se informa) en 5-16 años de edad en Ghana.
- China: una tasa muy alta de 24,5% (95 % CI: no se informa) en adultos en China.
- Canadá: 0,1% (IC del 95%: 0,0 a 0,1%), para menores de 18 años de edad.
- Singapur: la más alta del mundo 5,2% (IC 95%: 4.5 a 6.1%) de 14 a 16 años de edad.
- Colombia con 4% (IC 95%: 3.3 a 4.7%) de todas las edades.
- Corea: la más baja con 0,4% (IC del 95%: 0,3 a 0,4%) de 6 a 12 años de edad.

Patogenia.

En general, después de la exposición al marisco, se producen reacciones adversas de tipo inmunológico medidas por IgE, demostrándose la existencia de IgE específica por pruebas cutáneas o por determinación sérica y por pruebas de provocación doble ciego. En un estudio se comprobó que tras administrar gambas a 33 pacientes con reacciones adversas el 89% presentaban pruebas cutáneas positivas.

Existen diferentes factores de riesgo de sensibilización:

- La exposición: es el factor ambiental principal relacionado con la aparición de la sensibilización a mariscos, por ello existe una mayor prevalencia en países donde hay un mayor consumo por hábito, zona geográfica y cultura gastronómica.
- Atopia: se ha visto en diferentes estudios una relación estrecha entre la presencia de atopia y la alergia a crustáceos.

- Manipuladores de alimentos: se ha estimado que los trabajadores de la industria alimentaria que manipulan gambas, presentan dermatitis en un porcentaje del 29% y asma entre el 2% y el 36 %.

Patologías relacionadas con la actividad laboral.

Debido al aumento del consumo de marisco, y por lo tanto de la producción y manipulación de crustáceos, se ha producido un aumento de las reacciones adversas respiratorias (rinitis, conjuntivitis y asma) y cutáneas (urticaria de contacto y dermatitis de contacto por proteínas) dentro de la actividad laboral. Esto se produce por la aerosolización de las proteínas durante la manipulación industrial. La mayoría de estas reacciones se deben a un mecanismo mediado por IgE, además de aumentan debido a la atopia y el hábito tabáquico. El desarrollo de los síntomas parece estar en relación con la intensidad, el tipo y la duración de la exposición, la potencia sensibilizante del alimento y la concentración ambiental del mismo. Se sabe que, en general, el 80% de la patología cutánea laboral es dermatitis de contacto y, de éste, el 20% son de mecanismo alérgico, tanto de mecanismo tipo I y IV de Gell y Coombs en la dermatitis de contacto por proteínas.

2 Objetivos

- Conocer el estado actual de la patología en el mundo.
- Mostrar la sintomatología con la que cursa.
- Revelar en qué consisten los métodos diagnósticos.
- Desarrollar la prevención y el tratamiento .

3 Metodología

Estrategia de búsqueda.

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

Marco teórico.

Las manifestaciones clínicas producidas por las reacciones adversas producidas por moluscos son similares a las producidas por alergias a otros alimentos. En muchos individuos sensibles pueden aparecer síntomas simplemente con la in-

halación de los vapores de cocción o de las partículas desprendidas durante su manipulación (desconchado, corte, etc.).
La edad de inicio de la aparición de los síntomas suele ser la primera y la tercera década de la vida y suelen aparecer entre los 15 primeros minutos y las dos horas tras la exposición. Pero en ocasiones es necesario la suma de otros factores para que se desencadenen los síntomas, como es el ejercicio físico, siendo diferentes para cada paciente. Presentando los pacientes atópicos síntomas más graves.
Sintomatología:
Los síntomas de la alergia a crustáceos pueden variar desde una urticaria leve a la anafilaxia, la mayoría son reacciones mediadas por el IgE de inicio rápido. Siendo limitadas a prurito oral transitorio o sensación de ardor al poco tiempo de ingerirlos.
• Síntomas cutáneos:
Son los síntomas más frecuentes, por lo que se estima que es una buena entrada al organismo para los alérgenos. Que comprende:
- Urticaria aguda (UA) y angioedema (AE): que son la sintomatología más común.
- Síndrome de alergia oral (SAO): El prurito orofaríngeo: es el síntoma más leve y el que se refieren los pacientes con más frecuencia, se presenta a los 20 minutos de la exposición y cede a los 20 minutos, variando en función de la dosis. Presentándose solo o asociado a otros síntomas.
- Dermatitis aguda (DA).
• Síntomas respiratorios:
Se ha demostrado su presencia en adultos tras las pruebas de provocación oral. El 18,5% de los pacientes estudiados presentaba como único síntoma de su alergia a alimentos la clínica respiratoria, el 15,5% asma y 3% exclusivamente rinitis. Y comprenden la rinitis aguda con hidrorrea que puede presentarse con conjuntivitis o no.
• Síntomas gastrointestinales:
Aparecen entre unos minutos y dos horas después de la ingestión del crustáceo. Si se presentan solas se pueden catalogar como reacciones adversas de tipo tóxico-infeccioso no inmunológico. Y comprenden los vómitos y/o diarrea.
• Síntomas anafilácticos:
Se presentan sobretodo en pacientes atópicos y en pacientes que presentan anafilaxia inducida por el ejercicio y por la combinación conjunta de antiinflamatorio no esteroideos. Y se caracteriza por una afección multisistémica, en los que se ven implicados al menos dos órganos. Este tipo de sintomatología clínica puede verse aumentado por otros factores como el ejercicio físico y los factores ambientales (temperatura o estrés).

4 Resultados

- DIAGNÓSTICO.

Para realizar un diagnóstico completo se debe realizar un estudio completo en el que intervengan diferentes pruebas tanto cutáneas, séricas o moleculares en muchos casos, como el seguimiento de la historia clínica sugestiva. Además, se debe evaluar los factores acompañantes que pueden provocar, aumentar o disminuir los cuadros clínicos como son el ejercicio físico, la coadministración de antiinflamatorios, la administración de antihistamínicos por presencia de otras alergias, etc.

1. Historia clínica.

En primer lugar, para un diagnóstico correcto se debe estudiar la historia clínica del paciente cuando existe una sospecha de alergia a este alimento, en la cual se estudiará la sintomatología típica inmediata local o sistemática en relación a la ingesta de crustáceos, así como por su contacto o exposición a aerosoles, llevando a la sospecha diagnóstica. Dividiéndose en:

- Referentes al cuadro clínico: síntomas, tiempo de aparición, gravedad, frecuencia y tiempo transcurrido desde el último episodio.
- Referentes al alimento: identificación del alimento, presencia, cantidad ingerida, tolerancia previa y/o posterior, reacciones cruzadas y alimentos ocultos y contaminantes.
- Referentes al paciente: edad actual y comienzo de la sintomatología, circunstancias acompañantes, antecedentes familiares y personales y factores de riesgo.

2. Pruebas cutáneas.

Una vez que se tenga la sospecha de la presencia de alergia se realizarán pruebas cutáneas mediante la técnica "prick", en la que se realiza una serie de pinchazos con distintas soluciones que variarán en función de las costumbres gastronómicas particulares. Esta batería se compone de aeroalérgenos y pruebas de positivo negativo que pueden comprender:

- Solución salina: prueba que tiene que dar negativo e informa de si existe dermografismo.
- Histamina: prueba que tiene que dar positivo si se ha realizado el estudio correctamente y que informa sobre si el paciente ha tomado algún tipo de antihistamínicos.
- Batería de alérgenos: que pueden comprender desde gambas, langosta, cangrejos, percebes etc. en función de los hábitos alimenticios.

Los extractos para diagnóstico comercializados en unidades de peso por volumen pueden ser en diluciones de 1/10 a 1/20.

Para realizar esta prueba se anotarán por orden todas las diluciones sobre una zona de la piel limpia y se procederá a pinchar la zona con las diluciones para que esta penetre. Esperados un mínimo de 10 minutos (aunque lo normal son 20 minutos) se procederá a la lectura de las pruebas cutáneas, en el caso de que sean mayores de 3mm con relación al control negativo (solución salina) se considerarán positivas. En el caso de que las pruebas cutáneas sean dudosas o de no existir antígeno comercial, se realizará una prueba prick con el marisco en concreto crudo y cocido. En el caso de la gamba al existir diferencias en la composición proteica de la cabeza en relación al cuerpo se hacen cuatro pruebas cutáneas que son: Cabeza cocida y cruda y cuerpo cocido y crudo.

En el caso de los mariscos y los crustáceos son los alimentos con los que parece existir una mejor correlación entre los resultados de la prueba prick y la reacción de hipersensibilidad.

En un estudio 89% de los pacientes alérgicos a la gamba en los que se realizó una provocación doble ciego frente a placebo positiva tenían pruebas cutáneas positivas al extracto de gamba, el 94% de los pacientes atópicos presentaban prueba prick positiva y el prick en los tolerantes a gambas era siempre negativo. Se obtuvieron cifras semejantes para el resto de crustáceos. Además de demostrar una asociación significativa entre el tamaño de las pruebas cutáneas positivas y la sensibilización sintomática.

3. Toma de constantes.

Durante la realización de las pruebas se procede a la lectura de las constantes regularmente, siempre antes y después de la administración, que comprende la toma de espirometría basal, ritmo cardiaco, etc.

- Determinación de IgE específica sérica o análisis molecular.

En la determinación de la IgE específica existen diferentes métodos, siendo los más utilizados el RAST o CAP. Este tipo de análisis se basan en el análisis de la sangre del paciente, con el fin de conocer el perfil individual y patrones de sensibilidad a cada alimento y proteína concreta que produce la alergia. Cuando se realizan las pruebas se consideran positivos los valores mayores a 0,35 KU/l o equivalentes. Cuando se han realizado estudios a lo largo del tiempo se ha visto que la IgE específica de la gamba no variaba en 24 meses, por lo que se desconoce la duración exacta de los anticuerpos.

4. Provocación oral.

Las pruebas de provocación oral doble ciego son pruebas muy sensibles y específicas, aunque presentan un riesgo. En el caso de que existan reacciones clínicas inequívocas, que se hayan repetido en el tiempo y que se hayan producido síntomas graves, no se realizará la prueba (20). Este tipo de prueba consiste en la

administración por ingesta de diferentes dosis del alimento sospechoso que se van incrementando a lo largo del tiempo, controlando en todo momento al paciente en busca de señales reactivas. Este tipo de prueba constituye el diagnóstico definitivo.

Para la realización correcta de esta prueba se deberá realizar cuando el paciente no presente síntomas, se realizará por personal médico entrenado, suspendiendo la medicación preventiva (antihistamínicos), si existe sensibilidad a varios alimentos de debe comenzar con el que produzca los síntomas más leves, realizando la prueba al menos con 4 horas de ayuno.

Este tipo de provocaciones pueden llevarse a cabo por dos métodos distintos:

- Provocación oral abierta (POA): se realiza con el alimento de la misma forma que produjo la reacción y sin condimentar. Aunque en los trabajos de investigación la provocación oral abierta no se considera una metodología aceptable.
- Provocación oral a Simple Ciego controlada con placebo (POSCP): se realiza con el alimento enmascarado. Si el resultado es dudoso se debe someter al paciente a una prueba doble ciego.
- Provocación oral a Doble Ciego Controlada por Placebo (PODCCP): en este caso ni el personal sanitario ni el paciente conoce si se le está administrando el alimento sospechoso de provocar alergia o el placebo.

- ALÉRGENOS DEL CAMARÓN.

Los alérgenos están definidos por la Real Academia Española (RAE) como aquellas sustancias que, al introducirse en el organismo, lo sensibiliza para la aparición de los fenómenos de la alergia. En el camarón existen varias proteínas que se comportan de esta manera, provocando alergia en los individuos sensibles. Entre los alérgenos identificados hasta la fecha encontramos la tropomiosina, arginina quinasa (AK), miosina de cadena ligera (MLC), y la proteína de unión a calcio sarcoplásmico (SCP). (4FA-E). a) Tropomiosina.

La tropomiosina es una proteína de 37-kDa asociada a los filamentos de actina de las células musculares, así como otras células no contráctiles. Posee una frecuencia de reacción de hasta el 94%. Las isoformas que se han identificado en varias especies de gamba camarón, incluyen Penaeus aztecus (Pen i 1), Penaeus indicus (Pen i 1), Penaeus monodon (Pen m 1), Metapenaeus Ensis (Met e 1), y Litopenaeus vannamei (Lit v 1), con una identidad de secuencia que van desde 93% a 99%. La tropomiosina también se considera que es responsable de la reactividad cruzada entre otros artrópodos tales como ácaros del polvo o cucaracha. En tropomiosinas de ácaros y otros artrópodos, la identidad de secuencia es de aproximadamente 75-80%. (Gámez et al, 2011 TP). Además, la tropomiosina es capaz de sensibilizar tanto por inhalación como por ingestión por lo que los sujetos

sensibles a ella han de tener mucho cuidado. b) Arginina quinasa.
La AK es una enzima cuya función biológica se asocia a la generación de energía y al cumplimiento de un posible rol en el sistema inmunitario de la gamba camarón. Se define al alérgeno como Lit v 2 y presenta una frecuencia de reacción IgE de 67% en niños y de 21% en adultos alérgicos a las gambas O camarones. Esta reacción IgE se ha identificado con siete epítopos de unión a IgE que participan en el desarrollo de la respuesta alérgica. Por otro lado, podemos encontrarla tanto en gamba camarones como en otros animales invertebrados, véanse cucarachas y gusanos de seda (teniendo una frecuencia de reacción de hasta el 100%) (AC) o también en insectos como polillas o mosquitos, cuyas picaduras podrían provocar una reacción alérgica a los individuos sensibles. c) Miosina de cadena ligera.
La MLC está identificada como un alérgeno con un peso molecular de 20 kDa, denominado Lit v 3. El Lit v 3 presenta hasta 70 % de frecuencia de reacción IgE en individuos alérgicos al camarón. Sin embargo, no se ha identificado en otras especies de camarón que no sean L. d) Proteína de unión a calcio sarcoplásmico.
Es un alérgeno perteneciente al grupo 4, descrito como Lit v 4, el cual posee un peso molecular de 20 kDa. Presenta una frecuencia de reacción por IgE de 59% en niños y de 21% en adultos alérgicos a L. vannamei y aunque se hayan descrito homólogos funcionales en otros animales como la langosta, el cangrejo o los ácaros, los ensayos realizados hasta el momento no concluyen con la existencia de reacciones cruzadas. (AC)
En un estudio se observaron diferencias importantes en los patrones del alérgeno y el reconocimiento del epítopo de IgE por parte de niños y adultos. La frecuencia de reconocimiento de cada proteína en los niños fue de 94% para la tropomiosina, 70% para la MLC, el 67% de AK, y el 59% para SCP, mientras que en los adultos se detectó tropomiosina en el 61%, MLC en el 31%, AK en el 21% y SCP en el 21%. Claramente la tropomiosina el alérgeno más reconocido con mayor frecuencia en ambos grupos de pacientes, pero en comparación con los adultos, los niños con alergia al camarón, en promedio, reconocen más proteínas de camarones y péptidos individuales que los adultos. Además, la intensidad de la unión de IgE es también mayor en los niños, pero ésta desaparece con la edad.

5 Discusión-Conclusión

1. PREVENCIÓN EN LAS ALERGIAS ALIMENTARIAS AL CAMARÓN
El enfoque actual de la gestión frente a la prevención de las reacciones alérgicas al camarón, como con cualquier otro alimento, se basa sustancialmente en la evitación del alérgeno y la preparación para tratar con celeridad las reacciones

alérgicas. Estos principios requieren una educación significativa del paciente en la que han de fijarse en el etiquetado a la hora de hacer la compra y tener mucho cuidado cuando salen a comer fuera de casa para evitar ingerir alimentos o comidas que contengan crustáceos, lo que supone una disminución en la calidad de vida por el hecho de tener que estar siempre alerta.

En cuanto al etiquetado, está actualmente en vigor el REGLAMENTO (UE) Nº 1169/2011 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 25 de octubre de 2011 sobre la información alimentaria facilitada al consumidor. En el plazo de tres años desde su entrada en vigor (es decir, desde el 13 de diciembre de 2014), es obligatorio que el consumidor pueda tener acceso a la información sobre los ingredientes de obligada declaración en TODOS los alimentos, envasados o no, incluidos los puestos a su disposición en bares y restaurantes, comedores escolares u hospitales, y los vendidos a granel. A continuación, se muestran varios aspectos que incluye la normativa:

• MEJORA DE LA LEGIBILIDAD DE LAS ETIQUETAS

Se incluyen medidas para que la información alimentaria sea precisa, clara, y fácil de entender por el consumidor, sin inducir a error "sobre la naturaleza, identidad, cualidades, composición, cantidad, duración, país de origen o lugar de procedencia, y modo de fabricación o de obtención". En concreto:

- La información alimentaria obligatoria se indicará en un lugar destacado, de manera que sea fácilmente visible, claramente legible y, en su caso, indeleble.
- Cuando figuren en el envase o en la etiqueta sujeta al mismo, las menciones obligatorias se imprimirán en el envase o en la etiqueta de una manera que asegure la legibilidad, en caracteres que utilicen un tamaño de letra en el que la altura de la x sea igual o superior a 1,2 mm. Las menciones obligatorias se presentarán de tal forma que exista un contraste considerable entre el texto impreso y el fondo.
- La denominación de la sustancia o producto de los que figuran como causantes de alergias o intolerancias se marcará en el etiquetado mediante un tipo de impresión que la distinga del resto de la lista de ingredientes, por ejemplo, mediante diferente fuente, estilo o color de fondo.

• ETIQUETADO DE TRAZAS

Según el nuevo reglamento, la información alimentaria proporcionada voluntariamente no podrá inducir a error, ni ser ambigua o confusa para el consumidor. Para la aplicación de estos requisitos, la Comisión podrá adoptar normas de desarrollo para, entre otras, "la información sobre la posible presencia no intencionada en el alimento de sustancias o productos que causen alergias o intolerancias".

Por tanto, se deja abierta la puerta a la elaboración de normas que regulen el etiquetado de trazas, y que esperemos tengan en cuenta la postura unánime de

las asociaciones de alérgicos de que el etiquetado preventivo se use sólo como último recurso tras una sólida evaluación y prevención de los riesgos, así como los estudios científicos que se están llevando a cabo actualmente sobre umbrales de tolerancia.

• LISTADO DE ALÉRGENOS DE OBLIGATORIA DECLARACIÓN.

El listado de los 14 alérgenos de obligada declaración, presentes en el anexo II del reglamento, sigue siendo el mismo, con las excepciones y modificaciones aprobadas en anteriores directivas de la UE, pero se introduce como novedad la obligatoriedad de especificar el origen de los aceites y grasas vegetales, pues a la denominación general "aceites/grasas vegetales", deberá seguirle inmediatamente después una lista de indicaciones del origen vegetal específico.

Los 14 alérgenos de declaración obligatoria son:

- Cereales que contengan gluten y productos derivados.
- Crustáceos y productos a base de crustáceos.
- Huevos y productos a base de huevo.
- Pescado y productos a base de pescado.
- Cacahuetes y productos a base de cacahuete.
- Soja y productos a base de soja.
- Leche y sus derivados (incluida la lactosa).
- Frutos de cáscara (almendras, avellanas, nueces, anacardos, pacanas, castañas de Pará, pistachos, nueces de macadamia y, nueces de Australia, y productos derivados).
- Apio y productos derivados.
- Mostaza y productos derivados.
- Granos de sésamo y productos a base de granos de sésamo.
- Anhídrido sulfuroso y sulfitos en concentraciones superiores a 10mg/kg ó 10 mg/l expresado como SO2.
- Altramuces.
- Moluscos o productos a base de moluscos.

2. TRATAMIENTO

Existe un número considerable de opciones disponibles, que actualmente se encuentran bajo estudio y que han sido revisadas recientemente, como tratamiento para las alergias alimentarias. Entre ellas se encuentran las terapias específicas para alérgenos, las cuales incluyen inmunoterapia oral, sublingual y epicutánea o la inmunoterapia con proteínas recombinantes modificadas, y las terapias no específicas de alérgeno, entre las que se incluyen la denominada anti-IgE. Sin embargo, ninguna de estas posibilidades está disponible hoy en día como posible tratamiento para la alergia a crustáceos. Por otro lado, hay que tener en cuenta

la medicina tradicional china, para la que sí hay una inclusión de alérgicos al camarón en los estudios hasta el momento realizados.
La medicina tradicional china, en este caso, se trata de una fórmula a base de hierbas para tratar la alergia a los alimentos. Se evaluó en un ensayo de seguridad durante 6 meses sin efectos secundarios significativos y se observó una tendencia hacia la disminución del número de eosinófilos y basófilos. Además, las pruebas in vitro mostraron una disminución de la activación de basófilos.
El estudio inicial de la medicina tradicional china en la alergia a los alimentos utilizó una fórmula a base de hierbas (FAHF-1), que contiene una mezcla de 11 hierbas, en un modelo de ratón con anafilaxia al cacahuete. Esta fórmula protegió a los ratones alérgicos contra la anafilaxia inducida por el cacahuete. Se redujo la desgranulación de mastocitos y la liberación de histamina, hubo una disminución de los niveles séricos de IgE específicos de cacahuete, y una reducción de la proliferación de linfocitos in vitro, así como la síntesis de IL-4, IL-5 e IL-13. Cabe mencionar que FAHF-1 no tuvo efectos tóxicos observables en el hígado o los riñones, incluso a las dosis más altas.
Posteriormente se desarrolló una fórmula simplificada, denominada FAHF-2, compuesta esta vez por nueve hierbas. Esta nueva mezcla bloqueó la anafilaxia frente al cacahuete hasta 5 meses después de la terapia.

6 Bibliografía

1. ASTWOOD JD, FUCHS RL, LAVRIK PB. Food biotechnology and genetic engineering In Metcalfe DD, Sampson HA, Simon RA, editors. Food allergy: adverse reactions to foods and food additives, Boston, 1997, Balckwell Science.
2. TAYLOR SL, HEFLE SL. Examples of foods as allergens In Brostoff J, Challacombe SJ editors. Food allergy and intolerance, Saunders 2002: 403-12.
3. SICHERER SH, MUNOZ-FURLONG A, SAMPSON HA: Prevalence of seafood allergy in the United States determined by a random telephone survey. J Allergy Clin Immunol 2004, 114(1):159-165.
4. AYUSO R, SANCHEZ-GARCIA S, LIN J, FU Z, IBANEZ MD, CARRILLO T, BLANCO C, GOLDIS M, BARDINA L, SASTRE J, SAMPSON HA: Greater epitope recognition of shrimp allergens by children than by adults suggests that shrimp sensitization decreases with age. J Allergy Clin Immunol 2010, 125(6):1286-1293, e1283.
5. JEEBHAY MF, ROBINS TG, LHERER SB, LOPATA AL. Occupational seafood allergy: a review Environ Med 2001; 58: 553-562.

6. CASTILLO R, DELGADO J, QUIRALTE J, BLANCO C, CARRILLO T. Food hypersensitivity among adult patients: apidemiological and clinical aspects Allergol et Immunopathol 1996; 24 (3): 93-971, 2, 3.
7. Alergológica 92. Factores epidemiológicos clínicos y socioeconómicos de las enfermedades alérgicas en España. SEAIC, Alergia e Inmunología Abelló, 177.
8. O'NEIL CE, LEHRER SB. Occupational reactions to food allergens in In Metcalffe DD, Sampson HA, Simon RA, editors: Food allergy: adverse reactions to foods and food additives, Boston, 1997, Balckwell Science: 311-335.
9. MALO JL, CARTIER A, GHEZZO H, LAFRANCE M, MCCANTS M, LEHRER SB. Patterns of improvement in spirometry, bronchial hyperresponsiveness, and specific IgE antibody levels after cessation of exposure in occupational asthma caused by snow-crab processing. Am Rev Respir Dis 1988; 138: 807-812.
10. MALO JL, GHEZZO H, D'AQUINO C ET AL. Natural history of occupational asthma: relevance of type of agent and other factors in the rate of development of symptoms in affected subjects. J Allergy Clin Immunol. 1992;90(6 Pt 1):937 AllergyCImmu1992;90(6 Pt 1):937 1):937 Allergy Clin Immunol 1992; 90: 937-44.
11. MUSMAND JJ, DAUL CB, LEHRER SB. Crustacean allergy Clin Exp Allergy 1993; 23: 722-732.
12. LEHRER SB, IBÁÑEZ MD, MCCANTS MD, DAUL CB, MORGAB JE. Characterization of water-soluble shrimp allergens released during boiling. J Allergy Clin Immunol. 1990; 85: 1.005-1.013.
13. DAUL CB, MORGAN JE, HUGHES J, LEHRER SB. Provocaction-challenge studies in shrimpsensitive individuals J Allergy Clin Immunol 1988; 81: 1.180-6.
14. CASTILLO R, CARRILLO T, BLANCO C, QUIRALTE J, CUEVAS M. Hipersensibilidad a cefalópodos: características clínicas y reactividad cruzada con inhalantes. Rev Esp Alergol Inmunol Clin. 1995; 10 (4): 183-188.
15. WARING NP, DAUL MD, DESHAZO RD, MCCANTS ML, LEHRER SB. Hypersensitivity reactions to ingested crustacea: clinical evaluation and disgnostic studies in shrimp-sensitive individuals. J Allergy Clin Immunol 1985; 76: 440-5.
16. RICO A, LÓPEZ I. Estudio descriptivo clínico de los pacientes diagnosticados de alergia alimentaria por mariscos. Rev Port Inmunoalergol 1998, 6 (2): 129-131.
17. CASTILLO R, CARRILLO T, BLANCO C, QUIRALTE J, CUEVAS M. Shellfish hypersensitivity: clinical and immunological characteristics Allergol Immunopathol 1994. 22 (2): 83-7.
18. SAAVEDRA-DELGADO AM, METCALFE DD. Seafood toxins Clinical Reviews in Allergy 1993; 11: 241-259.
19. DAUL CB, MORGAN J, LEHRER S. hypersensitivity reactions to crustacea and mollusks Clinical Reviews in Allergy 1993, vol 11; 201-222.

20. Comité de Reacciones Adversas a Alimentos SEAIC. Metodología diagnóstica en la alergia a alimentos Alergol Immunol Clin 1999; 14,2: 50-62.
21. MÚNERA M, GÓMEZ L, PUERTA L. El camarón como una fuente de alérgenos. Biomédica. 2013, 33(2): 161-178.
22. MONTERO C, GARRIDO M, CORTÉS L, LÓPEZ MH, HERNÁNDEZ F. Identificación y caracterización de Arginina Cinasa, un probable alergeno del mosquito Anopheles albimanus. Investigación Universitaria Multidisciplinaria: Revista de Investigación de la Universidad Simón Bolívar. 2005 (4): 6.
23. SICHERER S, SAMPSON H. Food allergy: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2014, 133(2): 291-307.
24. AEPNAA [Internet]. Madrid, España: Pilar Hernández Sacristán, AEPNAA. [Acceso 16 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.aepnaa.org/te-podemos-ayudar/nuevo-reglamento-ue-informacion-alimentaria-al-consumidor-114
25. LÓPEZ-EXPÓSITO I, LÓPEZ-FANDIÑO R, MOLINA E. Alergia a alimentos. Alim. Nutri. Salud. 2013, 20(1): 1-8
26. WAI C, LEUNG N, HO M, GERSHWIN L, SHU S, LEUNG P, CHU K. Immunization with Hypoallergens of Shrimp Allergen Tropomyosin Inhibits Shrimp Tropomyosin Specific IgE Reactivity. PloS one. 2014, 9(11).

Capítulo 140

ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

EVA GONZALEZ LOPEZ

MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN

LUCÍA LÓPEZ SAMA

ROSANA FERNANDEZ PEREZ

SARA MÉNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La ley orgánica 1/ 2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género , establece en su artículo 15 que las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán las acuaciones de las y los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz , la asistencia y la recuperación de las mujeres maltratadas.

Los servicios sanitarios son, a menudo, los primeros en identificar que una mujer está sufriendo violencia
El diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de especializada, están incluidos en el Real decreto

1030/2006 del 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actuación.

La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública que afecta a su salud físico-mental con consecuencias sobre quien la sufre, sus hijos, sus familiares y personas cercanas y de forma indirecta sobre el conjunto de la sociedad.

Los y las profesionales de la salud tienen un papel fundamental en la prevención, detección y resolución de los problemas derivados de la violencia así como la correcta coordinación con la intervención profesional de otras instituciones.

2 Objetivos

El objetivo es establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el sistema nacional de salud, tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos para ofrecer una atención integral – física, sicologica y emocional y social de las víctimas.
Desde esta perspectiva los protocolos suponen un gran apoyo al personal sanitario en su actuación y un beneficio para las mujeres víctimas de malos tratos.

Fijar las pautas de actuación comunes para profesionales de los servicios sanitarios que garanticen:
• La atención sanitaria adecuada a las mujeres que han sido víctimas de violencia.
• La aportación de las pruebas precisas para que el delito pueda ser perseguido y castigado.
• La atención social integral de las mujeres víctimas de violencia en coordinación con el resto de las administraciones y servicios implicados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las pautas de actuación ante agresiones sexuales tienen determinadas particularidades que justifican sean descritas en un apartado independiente. La violencia sexual contra las mujeres puede ser ejercida por su pareja o por otros hombres. En general, las mujeres consultan cuando el agresor no es la pareja, siendo poco frecuente que lo hagan si es dentro de la pareja, en estos casos suele permanecer oculta y resulta difícil detectarla.

El personal sanitario de Atención Primaria o de otro dispositivo sanitario no hospitalario que atienda una agresión sexual y salvo en supuestos de gravedad y riesgo vital que obliguen a tratamiento médico inmediato, remitirá a la víctima lo más rápidamente posible y en ambulancia al hospital más cercano, sin que medien lavados ni cambios de ropa.
En caso de felación es importante, en la medida de lo posible evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital.
Además, mientras tanto se debe:
- Propiciar un trato comprensivo hacia la mujer, facilitando la comunicación, la confidencialidad así como la mayor intimidad posible.
- Si la víctima lo desea, puede estar presente alguien de su confianza.
- No realizar preguntas comprometidas, debiendo recoger los datos que la mujer quiera dar.
- Informar a la mujer de todas las exploraciones que sele van a hacer y la finalidad de las mismas, comentando en todo momentolo que se está haciendo, y recabando el consentimiento cuando sea necesario.
- La evaluación ginecológica y forense se realizarán en un solo acto haciendo coincidir el reconocimiento del médico forense y médico de guardia de manera simultánea y coordinada, por tanto es necesaria la comunicación inmediata con el Juzgado de Guardia.

Actuaciones generales dependientes decada profesional en estos casos:

Actuaciones desde la medicina clínica:
• Realizar la anamnesis y el examen clínico
• Solicitar la actuación de la medicina forense, a través del juzgado deguardia, y colaborar en su trabajo
• Toma de muestras del aparato genital para infecciones de transmi-sión sexual
• Petición de analítica sanguínea
• Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas

• Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
• Profilaxis del embarazo
• Emisión del parte de lesiones

Actuaciones desde la medicina forense:
• Toma de muestras de interés legal
• Señalar la localización e importancia de las lesiones (fotografiar lesiones)
• Realización del Informe Médico Forense para el Juzgado

Actuaciones a realizar en los casos de agresiones sexuales desde los Servicios de Urgencias:
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA
• Puede servir como prueba importante en el proceso judicial
• Transcribir los hechos referidos por la paciente en relación con la agresión (fecha, lugar,hora, tipo de agresión sexual) y los actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación, etc.).
• Antecedentes de enfermedades, intervenciones, medicaciones, consumo asociado de al-cohol y otras drogas, etc.
• Antecedentes de violencia, si los hubiera
• Historia ginecológica: menarquia, ciclo menstrual, fecha de última regla, método anticon-ceptivo, última relación sexual.EXPLORACIÓN (GENERAL Y GINECOLÓGICA)
• Examen de la superficie corporal:
— Detallar localización e importancia de lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones), consignando en su caso la no existencia de las mismas. En caso de haberlas es conveniente la realización de fotografías, previo consentimiento de la mujer.
• Muestras de interés legal:
— Tomar muestras de semen, sangre u otros fluidos en superficie corporal, mediante hi-sopo estéril ligeramente humedecido con agua destilada, colocando las muestras entubo para sellar, rotular y mantenerlo refrigerado (4-8 ℃).
• Exploración ginecológica:
— Inspección vulvo-vaginal: detallar heridas, hematomas, contusiones, consignando ensu caso la no existencia de las mismas. En los casos de agresiones sexuales en mu-jeres que no han tenido previamente relaciones, resulta de interés hacer constar laposible existencia y localización de los desgarros himeneales, que ponen de mani-fiesto la existencia de penetración.

— Tacto bimanual: para determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina, asícomo la posible existencia de masas o dolor anexial. Eventualmente puede precisar-se una ecografía.
• Muestras de interés legal:
— Tomas vaginales (o anal o bucal) con hisopos secos y estériles para investigación de esperma. Se guardarán en sus fundas sin incluirlos en ningún conservante, se mantendrán refrigerado (4-8 ℃), y se rotularán. Se recomienda hacer la toma con, al menos, dos hisopos.
— Lavado vaginal (o anal o bucal) con 10cc de suero fisiológico estéril para la recogida de posibles restos de semen. El lavado se recogerá en un tubo estéril apropiado que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8 ℃). El lavado vaginal será posterior a la toma de muestras para el cribado de infecciones detransmisión sexual.
— Ropas de la paciente relacionadas con la supuesta agresión, colocando cada prenda en bolsa independiente y rotulada
.— Tomas de hisopo humedecidas en suero fisiológico en los casos de agresión anal ú oral, de las correspondientes cavidades colocando en tubo el hisopo, para sellar y rotular.
— Recortes de limpieza de uñas (posible piel del agresor).
— Peinado púbico de la mujer agredida (posible vello del agresor).
La rotulación de las muestras se hará con nombre de la paciente, fecha y firma del profesio-nal. Las distintas muestras se introducirán en sobre con nombre de la mujer dirigido a medicina forense del Juzgado de Guardia. De no ser realizada la toma por el Médico Forense, asegurar la cadena de custodia para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, esto es, el responsable de la toma y el del transporte de la muestra hasta el servicio médico-forense del Juzgado de Guardia, deben plasmar documentalmente su identidad, la relación exacta de las muestras obtenidas y remitidas, quedando constancia de la persona a la que se realiza la entrega en las dependencias médico-forenses.

ANALÍTICA
• Determinar grupo sanguíneo y Rh de la paciente
• Prueba de tóxicos
• Prueba de embarazo
• Infecciones de transmisión sexual:
— Cultivo despistage gonorrea y Clamidias: inicial y a los 7 días.
— Sífilis: inicial y a las seis semanas.
— VIH: inicial, a las seis semanas, y a los 3 y 6 meses
.— Hepatitis B: inicial y a las seis semanas.

• Frotis citológico, útil asimismo para monilias y tricomonas

ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO

• Tratamiento de las lesiones físicas y secuelas psicológicas:

— Traumatismos físicos: tratar las heridas y efectuar prevención de infección de las mismas y, si precisa, hacer profilaxis del tétanos.

— Traumatismos psicológicos: en general es derivar con carácter preferente a la mujer a una consulta de psiquiatría o psicología. En general, las mujeres que han sufrido una agresión sexual tienen sentimientos de ansiedad, culpa, humillación, vergüenza, que requieren ayuda.

• Prevención de infecciones de transmisión sexual:

— Debe utilizarse tratamiento preventivo para la gonococia, clamidia y sífilis en posible incubación.

— La necesidad de profilaxis contra el VIH: El riesgo de transmisión del VIH puede ser elevado si el agresor es VIH+, padece otras infecciones de transmisión sexual y hubo eyaculación. Considerar la profilaxis siguiendo las recomendaciones sobre profilaxis post exposición no ocupacional.

— La necesidad de profilaxis frente al virus de la Hepatitis B se valorará individualmente

• Profilaxis del embarazo:

— En el caso en que la mujer esté utilizando un método anticonceptivo efectivo no será necesaria la profilaxis

— Contracepción postcoital hormonal, si han transcurrido menos de 72 h. desde la agresión

— Si han transcurrido entre 72 h. y menos de 5 días de la agresión el procedimiento anterior no se considera eficaz y se debe proceder a la colocación de un DIU.

— Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 2-3 semanas

— Informar a la mujer que en el caso de embarazo puede optar a su interrupción según los supuestos legales.

INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN

• Informar a la mujer sobre:

— La agresión sexual es un delito y la mujer tiene derecho a denunciarlo.

— Analizar con ella las repercusiones en salud física y emocional.

— Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad y de que si desea puede solicitar una Orden de Protección.

— Informarle de la red de recursos y dispositivos sociales (preferiblemente por escrito) para la atención a las mujeres que sufren violencia de género, según

estén organiza-dos en su CC.AA. o provincia.
• Derivación:
— Importancia de la derivación a/ y coordinación con atención primaria y trabajo social,asegurando la atención psicológica, social y jurídica de la mujer, según la organiza-ción y recursos propios de su CC.AA. o provincia.

RECOMENDACIONES
• No mantener relaciones sexuales hasta siguiente valoración
• Seguimiento adecuado a todo el proceso de atención integral a su salud
NOTIFICACIÓN AL JUZGADO
• Emitir el parte de lesiones e informe médico al juzgado de guardia.
En el informe médico han de recogerse los resultados de todas las pruebas médicas realizadas y recomendadas en este protocolo.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental la existencia de protocolos para el abordaje tanto de la violencia de género en general contra las mujeres como para situaciones más especificas como agresión sexual, abuso sexual, etc.

La coordinación y colaboración intersectorial (con recursos sociales, jurídicos, policiales, etc.) es esencial en la atención a las mujeres que sufren malos tratos. Es importante que cada profesional conozca los recursos específicos que hay disponibles a nivel nacional, autonómico, provincial y municipal, y sus características con el fin de facilitar su utilización adecuada.

6 Bibliografía

- Protocolo comúnpara la actuacións anitaria ante la violencia de género. Ministerio de sanidad y consumo.2007.
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2012.

Capítulo 141

PREVENCIÓN SANITARIA FRENTE AL CANCER DE CÉRVIX,

MARĪA ROSARIO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El cáncer de Cérvix o de Cuello de Útero, es el segundo más frecuente entre las mujeres . En un primer momento, suele ser asintomático, por ello son fundamentales las revisiones ginecológicas y la realización de pruebas específicas para su detección precoz.

Existen diversas causas responsables de su aparición: Antecedentes familiares/ promiscuidad sexual/ parejas de riesgo/ Enfermedades venéreas/ tabaquismo/inmunosupresión/ infección por VIH, / antecedentes de infección por el virus del Papiloma Humano (V.H.P).

2 Objetivos

-Identificar a los pacientes de alto riesgo.
-Proporcionar Educación Sanitaria de cara a su Prevención.
-Instruir en Educación Sexual para Adolescentes y Métodos anticonceptivos.
-Evitación de hábitos perjudiciales : tabaco.
-Administración de Pruebas de Cribado para su detección precoz.
-Promover la vacunación frente al V.H.P

3 Metodología

- El diagnóstico será Histológico,a través de la realización de una Citología o Prueba de Papanicolau, para obtener células del cuello uterino para analizarlas microscópicamente. Se puede incluir dentro de la muestra , la prueba de detección del V.H.P .
- Realización de una Colposcopia.
- Detección precoz ante síntomas tales como sangrado vaginal (primer síntoma precoz) y leucorrea (segundo síntoma) y dolor en estadios más tardíos.
- Clasificación de los Estadios Clínicos (grados I-II-III).

4 Resultados

La detección precoz del Cancer de Cérvix, facilita el inicio temprano del tratamiento y su éxito. En los últimos años su tasa ha disminuído gracias a la aplicación de dichas pruebas.

La incidencia y el número de muertes en España, es una de las más bajas de Europa y del mundo.

5 Discusión-Conclusión

El actual Consejo de Ministros, ha acordado introducir en la Sanidad Pública, el Programa de Cribado Poblacional frente al Cancer de Cérvix ,
- Mujeres entre 25-34 años: 1 Citología cada 3 años.
- Mujeres entre 35-65 años: Se determinará si primero, son portadoras del VHP.(considerado el principal agente causal). Si : negativo: repetir citología cada 5 años. positivo : repetir citología de forma regular.

La Asociación Española de Pediatría , aconseja vacunardel VHP , a todas las chicas y chicos adolescentes que vivan en España , preferentemente a los 12 años , cuando aún no se han iniciado las relaciones sexuales, para una respuesta más eficaz. Proporcionan protección frente a los tipos (16 y 18) , los causantes del 70-80% de los Cánceres de Cérvix.

- Según SEOM, unas 2000 mujeres serán diagnosticadas cada año en España.
- Según la OMS: Existen más de 100 tipos de VHP y de ellas, al menos 14 son oncgenes del alto riesgo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 142

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA EFICACIA DEL HIPNOPARTO COMO MÉTODO ANALGÉSICO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

SARA ALVAREZ ALVAREZ

JUDIT GOMEZ ORTIZ

ELENA GARRIDO MALFAZ

ALBA PEÑA GONZÁLEZ

1 Introducción

El dolor experimentado por las mujeres durante el trabajo de parto está influenciado, en su mayor parte, por expectativas y miedos generados por su ambiente más cercano. Las referencias culturales adquiridas a través del cine, la publicidad y la familia; catalizan el miedo a experimentar dolor durante el parto.

El hipnoparto, como programa complementario al cuidado antenatal tradicional y durante el parto, sugiere estar respaldado por la evidencia de que causa un efecto positivo en la percepción del dolor y en la reducción del uso de analgesia intraparto (Beebe, 2014).

Esta revisión bibliográfica busca evaluar la efectividad del uso del Hipnoparto como método analgésico intraparto. Para ello, analizamos esta técnica en relación

con la percepción del dolor durante el trabajo de parto, la satisfacción materna y el papel de la matrona para su efectividad.

El Hipnoparto es un programa de hipnoterapia específicamente diseñado para el parto, incluye principios y técnicas de auto-hipnosis, relajación y visualización interna. Las mujeres que usan la auto-hipnosis son capaces de alterar su propio estado de conciencia, de este modo las sensaciones como el dolor no alcanzan a ser percibidas, o lo hacen con menor intensidad (Mottershead, 2006; Hill, 2009).

Aunque muchas veces desconocida, la hipnosis durante el parto comenzó a usarse hace más de 100 años. A comienzos del siglo XX, el obstetra Grantly Dick-Read, observó que algunas mujeres no experimentaban dolor durante el parto y demostraban que cuando el miedo y la tensión eran remplazadas, el dolor no formaba parte del proceso natural. Fue así como Dick-Read desarrolló una teoría sobre el ciclo miedo-tensión-dolor (Mottershead, 2006). Cuando una mujer teme el parto, se tensa privando a la musculatura uterina de oxígeno ocasionando mayor dolor. También el miedo es responsable de liberar catecolaminas diseñadas para combatir el estrés, provocando la misma respuesta al dolor.

Por el contrario, si una mujer se muestra tranquila y confiada se libera oxitocina. Esta hormona alcanza su máximo pico de producción justo después de haber dado a luz. Una cantidad elevada de oxitocina está relacionada con una secreción alta de endorfinas (Graves, 2013). Y en estas bases son en las que se centra el Hipnoparto.

La implementación de esta técnica incluye tres componentes: entrenamiento durante el embarazo, el uso de las técnicas aprendidas durante el trabajo de parto y el nacimiento; y la presencia de una figura de apoyo durante la experiencia (Beebe, 2014). La auto-hipnosis es una técnica que necesita ser aprendida, siendo su efectividad directamente relacionada con la práctica, siendo recomendadas entre tres y seis sesiones cada semana durante el embarazo (Semple, 2011). Siendo estas preferiblemente practicadas con la misma pareja, para que cuando la mujer esté de parto sea fácilmente reconocida la voz de su acompañante.

El uso de lenguaje positivo y neutral como 'olas' en vez de 'contracciones', o 'fuerza' en vez de 'dolor'; crean una descripción visual clara de lo que está ocurriendo sin relacionarlo como un suceso conflictivo (Mottershead, 2006).
Aunque no está reflejado en las estadísticas, parece que hay un número creciente de mujeres que buscan el Hipnoparto como alternativa a otros métodos de analgesia tradicionales. Por ello, las matronas se plantean si es este un método efectivo

y cómo lo deben incluir en su práctica diaria.

El hipnoparto fue creado para ayudar a las mujeres a combatir su miedo y ansiedad durante el trabajo de parto y está ganando popularidad. Los estudios disponibles se incrementan, demostrando que aprender técnicas de relajación puede ayudar a reducir el uso de analgesia intraparto.

2 Objetivos

- Evaluar la bibliografía disponible sobre la eficacia del Hipnoparto, considerando que es un área importante y actual de la práctica de las matronas, ya que es nuestra labor el promover la normalidad y apoyar las elecciones de las mujeres a nuestro cuidado.

- Analizar si el Hipnoparto es eficaz para reducir la percepción del dolor intraparto, exploraremos las opiniones de las mujeres y su satisfacción con el uso de esta técnica, y estudiaremos el papel de la matrona a la hora de apoyar a las mujeres que eligen el uso del hipnoparto.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía disponible en las bases de datos como CINAHL, MEDLINE, SUMMON y el buscador Google académico; junto con la revisión de comunicaciones escritas en lengua castellana e inglesa posteriores al 2001.

En un principio, nuestra intención fue limitar la búsqueda a un rango más actual, a partir de los últimos cinco años, pero debido a la carencia de publicaciones recientes sobre el tema en español se amplió el filtro temporal de búsqueda. Las palabras clave utilizadas fueron: Hipnoparto, Hypnobirthing, analgesia, parto, labour.

Por otro lado, para obtener unos conocimientos avanzados sobre la técnica y las estrategias a seguir para aplicarla, se consultó la guía de práctica clínica de Hypnobirthing por Katherine Graves.

Tras una evaluación minuciosa de 34 estudios utilizando el marco de referencia Caldwell (2005) para discernir el tipo de fuente, la muestra y resultados que facilitaran el análisis; se seleccionaron cinco estudios relevantes para la revisión.

4 Resultados

Los resultados se dividieron en tres categorías para su análisis: el efecto del Hipnoparto como analgesia intraparto, las percepciones posteriores al parto de las mujeres que lo usaron y el papel de las matronas.

El efecto del Hipnoparto como analgesia intraparto.
El alivio del dolor y su eficacia como analgesia depende enormemente de la cadena miedo-tensión-dolor (Dick-Read, 2013). El estudio más reciente fue realizado en Australia y buscaba determinar el uso de métodos farmacológicos como analgesia intraparto cuando se ha realizado un entrenamiento regular de Hipnoparto durante el embarazo (Cyna et al, 2013). El mismo objetivo tenía el estudio dirigido por Werner et al (2012). Ambos estudios concluían que el uso de esta técnica durante el embarazo no disminuía el uso de la epidural intraparto.

Tenemos que señalar, que ambos estudios seleccionaron grupos de Hipnoparto que realizaban clases de corta duración (1-1.5 horas) y que se iniciaban en la práctica en el tercer trimestre del embarazo. Dado que la práctica determina la eficacia de esta técnica, las intervenciones realizadas en estos estudios no demuestran ser suficientes para llegar a una conclusión firme.

Sin embargo, otros tres estudios que cuentan con una muestra más pequeña, incluyen una atención durante el embarazo que comienza entre las semanas 20 y 24 de gestación, con clases de hasta 4 horas de duración (Martin et al, 2001) (Graves, 2013) (Werner, 2012).

Estos resultados indicaron que un 36% usó otros medios de analgesia intraparto, siendo la anestesia epidural la más usada; frente a un 56% que solo utilizó técnicas de Hipnoparto. Además, el dolor percibido durante todo el proceso de parto activo fue calificado con un 5.8 sobre 10 para las mujeres que utilizaron el Hipnoparto.

Percepciones posteriores al parto.
El objetivo principal de la auto-hipnosis es usarlo como método analgésico durante el parto para ayudar a las mujeres a mantener el control introduciéndolas en un estado de relajación y manejar la ansiedad.

La satisfacción media con el uso de las técnicas fue de 8.8 sobre 10, valorando el método con un 10 sobre 10 un 49% de las participantes. Casi todas las mujeres que comenzaron su entrenamiento al inicio del segundo trimestre del embarazo se sintieron seguras con su habilidad para realizar las técnicas. Además, calificaron

el apoyo proporcionado por sus compañeros de parto de excelente. Esto destaca la importancia de incluir a un compañero durante el proceso.

El papel de la matrona.
La efectividad del Hipnoparto depende del apoyo dado por otros, tanto por las parejas, compañeros de parto y por los profesionales de la salud. En uno de los estudios se menciona que la satisfacción de las madres parece verse relacionada con los conocimientos de las matronas sobre las técnicas de Hipnoparto. De modo que se espera que las matronas tengan unos conocimientos básicos del uso de técnicas de hipnoparto como la importancia del lenguaje durante el acompañamiento, aunque no se han encontrado resultados cualitativos de calidad.

5 Discusión-Conclusión

La bibliografía disponible sobre las técnicas de Hipnoparto como analgesia es limitada y contradictoria. Los estudios sistemáticos con mayor alcance concluyen que estas técnicas no reducen el uso de los métodos farmacológicos disponibles durante el trabajo de parto (Cyna et al, 2013) (Werner et al, 2012), mientras que estudios reducidos resultan en lo contrario (Martin et al, 2001) (Phillips-Moore, 2012) (Fyfe et al, 2012).

La implementación del Hipnoparto dentro de los protocolos hospitalarios son escenarios a considerar para mejorar la práctica y su estudio. También hay que tener en cuenta que estas técnicas durante el embarazo se facilitan a través de grupos y asociaciones privadas con un coste asociado. Su evaluación es dificultosa al no poder estar al alcance de toda la población. Lo mismo en cuanto a la preparación de las matronas para el uso de la técnica.

Aunque la efectividad del Hipnoparto, aún es objeto a estudio, parece estar acompañado de una reducción del tiempo de parto, aumento de satisfacción materna, reducción en las tasas de intervención y de depresión postparto.

El Hipnoparto demuestra ser un tema muy amplio y con muchas limitaciones a la hora de valorar su efectividad. Sin embargo, no debe ser un motivo desalentador ya que su popularidad es reciente y existen varios estudios primarios en desarrollo.

6 Bibliografía

- Beebe, Kathleen R. (2014). 'Hypnotherapy for labor and birth'. Nursing for women's health. 18 (1), pp. 48-59.
Blaaka, G., Blystad, A., Gjengedal, E., Eri, T. (2010). 'Negotiating credibility first-time mothers experiences of contact with the labour ward before hospitalisation'. Midwifery. 26 (6), pp. 25-30.
- Caldwell, K. Henshaw, L, Taylor, G. (2005). 'Developing a framework for critiquing health research'. Journal of Health, Social and Environmental Issues. 6 (1), pp 45-54.
- Cyna, A. M., Crowther, C. A., Robison, J. S., Andrew, M. I., Antoniou, G., Baghurst, P. (2013). 'Hypnosis Antenatal Training for Childbirth: a randomized controlled trial'. BJOG. 120, pp. 1248-1259.
- Donegan, Tracy (2006). 'HypnoBirthing: instinctive birthing through relaxation'. The Birthkit. 50, pp. 6.
Flood, J. (2012). Hypnobirthing. Great Britain: Judith Flood.
- Fyfe, A., Burns, D., Butcher, G., Deery, R. (2012). 'Connecting body and birth through hypnobirthing: a small-scale evaluation'. MIDIRS Midwifery Digest. 22 (4), pp. 415-418, 420-422.
- Gaskin, I. M. (2013). Grantly Dick-Read – Childbirth Without Fear. London: Pinter & Martin.
- Graves, K. (2014). The Hypnobirthing Book. (2nd Edition). Hampshire: Jennifer McIntyre.
- Graves, Katharine (2011). 'Hypnobirthing: keep calm'. The practising midwife, 14 (10), pp. 32.
- Graves, Katharine (2013a). 'Are hypnobirthing techniques effective?'. The journal of family health care, 23 (4), pp. 30.
- Graves, Katharine (2013b). 'Hypnobirthing in the NHS'. Midwifery Matters, 138, pp. 19-20.
- Hall, Christine (2011). 'Hypnobirthing'. AIMS Journal. 23 (1), pp.15-16.
- Hill, Christine (2009). 'HypnoBirthing: preparing the mind-body for birth'. Positive health. 156, pp. 1.
- James, Ursula (2009). 'Pratical of clinical hypnosis in enhancing fertility, healthy pregnancy and childbirth'. Complementary therapies in Clinical Practice.15, pp. 239-241.
- Kenyon, C. (2013). 'Clinical hypnosis for labour and birth: a consideration'. The practising midwife. 16 (5), pp. 10.

- Ketterhagen, D., Vandevusse, L., Berner, M. A. (2002). 'Self-Hypnosis- Alternative anesthesia for Childbirth'. MCN. 27 (6), pp. 335-341.
- Landolt and Milling, 2011 – The efficacy of hypnosis as an intervention for labour and delivery pain: a comprehensive methodological review.
- Martin, A., Schauble, P. G., Rai, S. H., Curry, R. W. J. (2001). 'Effects of Hypnosis on the Labor Processes and Birth Outcomes of Pregnant Adolescents'. Journal of Family Practice. 50, pp. 441-443.
- Mottershead, Natalie (2006). 'Hypnosis: removing the labour from birth'. The practising midwife, 9 (3), pp. 26.
- Mullan, Jenny (2008). 'HypnoBirthing: the art to a peaceful birth'. RCM midwives. 11 (5), pp. 38.
- Philips-Moore, J. (2012). 'Birthing Outcomes from an Australian Hypnobirthing Programme'. British Journal of Midwifery. 20 (8), pp. 558-564.
- Scotland, M (2007). 'Why I'm a HYPNOBIRTHING practitioner'. Midwifery matters. 114, pp. 6.
- Simkin, Penny and Bolding, April (2004). 'Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. Journal Of Midwifery & Women's Health. 49 (6), pp. 489.
- Smith, Gwen (2008). 'HYPNOBIRTHING: new learned behaviour for an ancient art'. Midwifery matters. 119, pp. 10.
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Rosen, G., Nohr, E. A. (2012). 'Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial'. BJOG. 120, pp.346-353.

Capítulo 143

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.

ANGELA YAMILETH TOBON TABORDA

1 Introducción

Las técnicas de reproducción asistida (TRA), son tratamientos médicos o técnicas realizadas para favorecer el embarazo, sustituyendo los procesos naturales de fecundación, bien por problemas de esterilidad o infertilidad o por decisión personal (madres solteras, homosexualidad).

En condiciones normales, la tasa de concepción es baja en sí misma, en términos generales una pareja sana que mantenga relaciones frecuentemente (2-3 veces por semana) y sin protección, tendrá una tasa de embarazo en torno al 20-25% por mes, consiguiendo un 85% de tasa acumulada de embarazo al año. Uno de los factores más determinantes es la edad de la mujer, cuya fertilidad desciende llamativamente a partir de los 35 años, y se acentúa aun más a partir de los 40.

Actualmente y cada año aumenta el numero de parejas o familias que recurren a técnicas de reproducción asistida; se calcula que unas 600.000 parejas españolas sufren problemas de fertilidad y una de cada 1.000 tendrá que recurrir a TRA para concebir un hijo. A nivel mundial la tasa de población con algún problema de salud relacionado con la fertilidad se encuentra alrededor del 14-16%.

Debido al aumento en la esperanza de vida, el cambio en el rol de la mujer, su inserción en el ámbito laboral y la capacidad económica, las parejas y familias cada vez retrasan más el deseo de gestación, aumentando así la necesidad de recurrir a estos procedimientos por la caída de la edad fértil.

Otros factores que influyen en la necesidad de recurrir a TRA son los cambios en el estilo de vida (alimentación, sedentarismo, estrés, obesidad…), contaminantes químicos y físicos a los que estamos expuestos a diario (trabajo, ambiente…), todo ello, contribuye en la aparición de problemas en la salud reproductiva de mujeres y hombres, aumentando así, los problemas de infertilidad.

El aumento de los problemas de fertilidad junto con el alto número de parejas que demandan asistencia reproductiva ha derivado en un desarrollo muy rápido de las técnicas de reproducción asistida. El proceso de asumir el diagnostico de infertilidad/esterilidad, tanto por parte de la pareja, la necesidad de contar u/o ocultar este diagnóstico, así como todo el proceso de consultas, pruebas, tratamientos y la espera del embarazo y nuevo miembro generan un estrés e impacto psicológico muy grande en la pareja. De ahí, la importancia de aumentar el conocimiento sobre este proceso y ayudar en la visibilización, para facilitar así el proceso a las familias que se encuentran en la necesidad o decisión de someterse a una técnica de reproducción asistida.

2 Objetivos

- Describir el uso de técnicas de reproducción asistida y el impacto en nuestra sociedad.

3 Metodología

La información y datos facilitados en esta revisión se han obtenido de una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Medline, Google Academico y PubMed, introduciendo como palabras clave: infertilidad, esterilidad, reproducción asistida y embarazo. También se han revisado paginas de asociaciones nacionales como la SEGO.

4 Resultados

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud reproductiva es la condición de bienestar físico, mental y social vinculada al sistema reproductivo.

Se define infertilidad como la incapacidad para conseguir un recién nacido vivo y la esterilidad como la incapacidad para conseguir un embarazo.

Las causas de infertilidad y esterilidad pueden ser femeninas (30%), masculinas (30%), mixtas (20%) o de origen desconocido (20%). No siempre hay una única causa de esterilidad, encontrándose dos o más causas en casi un 30% de los casos.

Causas de esterilidad femeninas:
- Edad: a lo largo de los años, varios estudios han descrito un descenso notorio en la capacidad reproductiva a partir de los 35 años.
- Disfunción ovulatoria.
- Baja reserva ovárica.
- Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI).
- Endometriosis.
- Origen desconocido.

Causas de esterilidad masculina:
- La edad del varón también influye en la esterilidad, siendo los 40 años la edad a la que se hace más notoria la disminución de la capacidad reproductiva. Sin embargo, la edad del varón tiene menos repercusión que la edad materna.
- Espermiograma anormal.
- Disfunción eréctil.
- Infertilidad inmunológica.
- Anomalías genéticas.
- Origen desconocido.

Para establecer un tratamiento adecuado, debe emplearse como primer paso, un estudio exhaustivo de la pareja estéril.

The Centres for Diseases Control and Prevention (CDC) define técnica de reproducción asistida como "cualquier procedimiento que incluya la manipulación de ovocitos, esperma y embriones con el propósito de lograr una gestación".

Hay diferentes tipos de técnicas, las más conocidas o utilizadas son la Inseminacion Artificial (IA), la Fecundación In Vitro (FIV) y la Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI). Las técnicas de reproducción asistida surgen con el objetivo de maximizar la fertilidad y con ello, incrementar la tasa de gestaciones viables, la más sencilla es la inseminación artificial, pero en términos de efectividad las técnicas con más tasa de éxito son la FIV/ICSI.

La IA es aceptable hasta los 38 años, a partir de ahí su posibilidad de éxito disminuye por lo que no se recomienda, más allá de esta edad otras 3 IA la técnica de elección es la FIV-ICSI. Si diferenciamos entre FIV-ICSI, el éxito es mayor en

la ICSI que en la FIV convencional.

Aunque las TRA se consideran eficaces, un alto porcentaje de familias abandona el tratamiento por el estrés y sobrecarga psicológica que genera todo el proceso y la espera de resultados. Por ello es importante ofrecer información adecuada, explicar los procedimientos y pautas de medicación con calma, entablar una relación estrecha y cercana con los pacientes ya que se encuentran en situación de vulnerabilidad emocional debido a la confianza depositada en el tratamiento que están realizando.

En el estudio y tratamiento de esterilidad se deben evitar las pruebas innecesarias que retrasen el diagnostico, en estos procesos se debe priorizar la rapidez, la economía y por supuesto decantarse por la opción terapéutica más razonable.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos visto muchas parejas tienen que recurrir a tratamientos de reproducción asistida por no lograr una gestación en un tiempo determinado, en algunos casos corto y en otros muy largo (años).

La reproducción asistida es un mundo relativamente nuevo y bastante desconocido, muy poco visibilizado y comprendido por el entorno familiar, en muchos casos, nos encontramos con parejas que ocultan a sus familias que su embarazo se consiguió gracias a un tratamiento de fertilidad.

6 Bibliografía

- Ministerio de sanidad, política social e igualdad (MSSSI). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. 2011 [Acceso 29 agosto de 2017] Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf
- Matorras R, Hernandez J (eds): Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboracion de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Española de Andrología y de la Sociedad Española de Contracepción. [Internet]. Adalia, Madrid 2007 [Acceso el 15 de septiembre de 2017].
- OMS. http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). El estudio de la pareja estéril. [Internet]. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/

estudioparejaesteril.pdf.

Capítulo 144

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA

MARÍA DEL PILAR LÓPEZ PIZARRO

1 Introducción

Según la OMS la planificación natural de la familia (PNF) son los métodos de planificación o prevención del embarazo, basados en la observación de signos y síntomas naturales de la fase fecunda e infecunda del ciclo menstrual, de este modo las personas que utilizan la PNF para evitar o aplazar el embarazo se abstienen de practicar el coito en días potencialmente fecundos.

No se puede considerar métodos anticonceptivos naturales por sí solos la abstinencia sexual ni el coito interrumpido.

2 Objetivos

Conocer los fundamentos de los métodos anticonceptivos naturales, para poder asesorar a los pacientes que puedan pedir consejo para su posible utilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión sistemática sobre a literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado

artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

MÉTODO CALENDARIO U OGINO KNAUS
Se basa en analizar ciclos menstruales pasados para predecir la fertilidad futura. Antes de comenzar a utilizarlo la mujer debe anotar la duración de los 12 ciclos previos.

El cálculo del periodo fértil se obtiene del siguiente modo:
- Al número de días del ciclo más corto se le restan 18,19 ó 20 días (según los autores), con lo cual se obtiene el primer día del periodo fértil.
- El último día del periodo fértil se obtiene restando 10 u 11 (según los autores) al número de días del periodo más largo.
- En ciclos regulares de 28 días se observan 15 días seguros, sin contar los días de menstruación.
- No es un método adecuado para mujeres con ciclos irregulares.

MÉTODO DE LA TEMPERATURA BASAL
Se basa en el efecto estimulante de la progesterona sobre el centro hipotalámico que controla la temperatura, variando a lo largo del ciclo.

Tras la ovulación se desarrolla el cuerpo lúteo y se producen niveles altos de progesterona que provocan un aumento de temperatura que oscila entre 0.3-0.6ºC 24-48h postovulación y la mantiene elevada durante los 12-14 días que corresponden a la fase lútea.

Inconvenientes del método:
- No permite determinar cuando se producirá la ovulación, sino cuando se produjo
- Existen numerosas variables individuales dependientes de numerosos factores endógenos y exógenos.

ASPECTOS PRÁCTICOS DEL MÉTODO
La mujer deberá tomarse la temperatura todos los días en las mismas condiciones: antes de levantarse de la cama, vía oral, rectal o vaginal (siempre la misma) y anotar en una gráfica.

La pareja evitará el coito desde el primer día de la menstruación hasta que la

temperatura sube 0.3-0.6 décimas sobre la temperatura baja precedente. Esta elevación se mantiene durante al menos 3 días y significa que la ventana fértil ha finalizado.

Cuando se dan estas circunstancias la pareja puede practicar el coito hasta el comienzo de la siguiente menstruación.

MÉTODO DEL MOCO CERVICAL

El método se basa en el principio de que el moco cervical comienza a producirse en la etapa preovulatoria, alcanza su pico máximo en la ovulación y posteriormente disminuye, y en la posibilidad de que la mujer reconozca estos cambios a nivel del introito vaginal.

Aspectos prácticos:

- En los días secos la mujer puede mantener relaciones sexuales libremente
- Cuando la mujer nota humedad debe evitar el coito.
- El moco varía de pegajoso y espeso a moco abundante, transparente y muy elástico el día de la ovulación, después la cantidad de moco vuelve a disminuir y días más tarde desaparece iniciándose una nueva fase seca, evitándose el coito hasta cuatro días después

MÉTODO SINTOTÉRMICO

Este método combina diferentes técnicas para determinar el periodo fértil: la temperatura basal, el moco cervical, la duración de los ciclos precedentes y otros signos y síntomas de la ovulación.

La ventaja principal de este método es que cuando la mujer no puede determinar con seguridad un signo ovulatorio puede completar su interpretación con otros signos adicionales.

MÉTODO LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

La succión del recién nacido sobre el pezón genera impulsos aferentes que actúan sobre el hipotálamo causando la liberación de beta-endorfinas. Esto provoca una reducción de la liberación de GnRH que inhibe la secreción de FSH y LH que impide la ovulación.

Se estima una eficacia del 98% para este método si se cumplen tres requisitos:

- Ausencia de sangrado vaginal en los 56 días después del parto.
- Alimentación exclusiva del RN con LM

- RN con edad inferior a 6 meses.

5 Discusión-Conclusión

VENTAJAS USO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES
-Aceptable desde el punto de vista religioso
-No requiere del uso de ningún tipo de medicación y/o controles médicos periódicos
-Carecen de efectos secundarios
-Son reversibles de forma inmediata
-Pueden ser utilizados por la mayoría de mujeres y parejas
-No interfieren durante la práctica del acto sexual
-Pueden utilizarse tanto para evitar el embarazo como para concebir
-Su costo económico es reducido

DESVENTAJAS USO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES
-Alta motivación, ya que la mujer debe llevar un control diario de sus funciones corporales
-Son necesarios algunos ciclos de aprendizaje antes de aplicar el método
-En cada ciclo menstrual es necesario evitar la penetración vaginal entre 8 y 16 días manteniendo la abstinencia sexual
-Los signos de fertilidad son más difíciles de reconocer si la mujer padece algún problema de salud
-No protege frente a las enfermedades de transmisión sexual

Aunque algunos de estos métodos son más seguros que otros en planificación de embarazos, ninguno supera en eficacia al método sintotérmico.

No hay evidencia de daño directo por el uso de métodos anticonceptivos naturales, sin embargo, el daño de los embarazos no deseados debe tenerse en cuenta al evaluar cualquier método anticonceptivo. Los beneficios de los métodos anticonceptivos naturales incluyen acceso ilimitado y sin costo o de bajo costo.

Finalmente los métodos anticonceptivos naturales no protegen contra la transmisión de ITS.

6 Bibliografía

- Alarcón Diana, MP., Martínez Serrano, P., Del Pliego Pilo, G. Actuación de la matrona en planificación familiar. Aula virtual fuden.
- Victoria Jennings, PhD. Métodos de prevención del embarazo basados en la conciencia de la fertilidad. (2019). En Uptodate tema 5456.

Capítulo 145

EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA

MARÍA DEL MAR GONZÁLEZ BASANTE

AIDA CALLEJA MUÑIZ

ANDREA GONZALEZ FERNANDEZ

GEMA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El suicidio constituye una de las principales causas de muerte externa en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el "acto de quitarse deliberadamente la propia vida" y destaca que alrededor de 800.000 personas se suicidan cada año.

Los datos recopilados globalmente nos indican que aproximadamente el 79% de los suicidios ocurren en países con rentas bajas o moderadas aunque cabe destacar que en países con ingresos elevados los problemas financieros, sentimentales y las enfermedades crónicas encabezan los motivos más frecuentes de tentativas suicidas.

En el ámbito laboral es complicado hacer una valoración del riesgo de suicidio existente entre personal sanitario ya que existe un tabú a la hora de hablar y evaluar la salud mental del cuidador.

Los enfermeros son uno de los gremios más propensos a padecer este tipo de afecciones e ideaciones derivadas de unas condiciones de trabajo cuyas exigencias,

nivel de estrés y requisitos laborales elevan exponencialmente las probabilidades de deterioro del estado físico y mental que podrían derivar en depresión, desgaste profesional e incluso adicciones que hacen que el riesgo de suicidio sea más elevado que en la población general.

2 Objetivos

- Evaluar la situación actual del suicidio entre el personal sanitario.
- Analizar los problemas de salud mental que engloban un riesgo latente de conducta suicida.
- Proponer actividades que mejoren el afrontamiento al estrés producido por situaciones comunes del trabajo diario

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane y Google Académico de artículos primarios y revisiones, empleando como palabras clave: riesgo suicidio, suicide risk, health proffesionals, personal sanitario y burnout. Se acota la búsqueda a artículos fechados hasta 2019 tanto en lengua española como en inglés.

4 Resultados

Entre los factores que nos harían predecir el riesgo de conductas suicidas podemos encontrar:

- Depresión: es sin lugar a dudas la principal variable a tener en cuenta en el riesgo de suicidio. El personal de enfermería es el estamento más propenso a padecer problemas de depresión motivados por un ambiente de trabajo muy exigente y unas condiciones laborales en ocasiones demasiado adversas. La falta de reconocimiento de su labor profesional puede llegar a afectar seriamente la calidad de los cuidados administrados e incluso extenderse hasta dañar su propia vida personal y familiar por la imposibilidad de llevar a cabo una conciliación familiar adecuada. Todo esto no hace más que aumentar la probabilidad de aparición de conductas depresivas en los profesionales de la salud.
- Síndrome de Burnout: suele aparecer en profesiones que implican contacto directo y empatía con el cliente. Aparecen síntomas de cansancio por el propio trabajo a desempeñar (sobre todo si el personal está sometido a un sistema de

turnicidad que altere la vida personal y el ritmo circadiano del trabajador), falta de motivación por escasez de recursos, conflictos con compañeros, etc.
- Baja realización personal: cuantos menos resultados positivos en el ejercicio de su profesión, mayor es la probabilidad de que aparezcan síntomas como baja autoestima, irritabilidad, falta de interés en el trabajo, baja productividad y conductas de evitación.

El riesgo de conducta suicida se puede objetivar mediante distintos sistemas y escalas de evaluación y medición, las más destacables son:
- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck: consta de 20 ítems. Se utiliza cuando ya ha habido un intento previo de suicidio y valora la gravedad y la intencionalidad de la tentativa.
- Nurses Global Assesment of Suicide Risk: Consta de 15 ítems que se puntúan de distinta manera dependiendo de si están presentes o no.
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchick: consta de 15 preguntas a las que se asigna un punto si la respuesta es afirmativa.
- Escala SAD PERSONS: Consta de 10 ítems y cada uno puntúa 1 si está presente o 0 si está ausente.

Los métodos de suicidio utilizados por sanitarios varían dependiendo sobre todo de la facilidad de acceso que se tenga a los mismos. Los más destacados son:
1. Ingesta de medicamentos: la sobredosis medicamentosa es el método de elección en los países europeos debido a la facilidad para su obtención que tienen los trabajadores de la salud así como el conocimiento tanto de su uso como de las dosis que pueden causar daños irreversibles y/ o letales en el organismo. Las drogas utilizadas con mayor frecuencia son principalmente anestésicos, barbitúricos y opiáceos.
2. Armas de fuego: es el método de suicidio más utilizado en EEUU. Esto se debe a la facilidad que tiene la población general tanto a su acceso, gracias al libre mercado de las mismas, como a la obtención y renovación de las licencias y permisos.
3. Ahorcamiento: es el método de elección en países con altos ingresos como Canadá y el más utilizado en este país tanto por profesionales sanitarios como por la población general.

El suicidio es un acto prevenible, por ello existen distintas intervenciones que se pueden llevar a cabo para mejorar las estrategias de afrontamiento tanto al estrés como a otras situaciones que puedan poner en peligro la salud mental del profesional sanitario:
- Talleres mediante técnicas rol play para abordar y afrontar el estrés laboral.

- Fortalecimiento del apoyo social.
- Técnicas de relajación.
- Limitar el acceso de profesionales en riesgo a cierto tipo de medicación y facilitar su movilidad laboral a otros servicios donde sea más difícil conseguir esas drogas.
- Reuniones periódicas y sesiones formativas e informativas.
- Identificación precoz del personal en riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Para la OMS el suicidio constituye uno de los principales retos de salud pública, ya que en la actualidad tanto la cantidad de registros fiables, como la calidad de los datos obtenidos no son suficientes como para tener una visión global de la magnitud del problema.

Apenas existen estudios en los que se hable abiertamente sobre el riesgo de suicidio entre miembros del personal sanitario, por lo que es sumamente complicado relacionar el suicidio consumado de un profesional de la salud directamente con su situación laboral como único desencadenante, sin tener en cuenta otros problemas asociados de índole privado y/o personal.

Aunque los sanitarios suelen ser muy reservados respecto a su propia salud mental por miedo a repercusiones en su carrera y por el estigma social que supone, el riesgo de suicidio claramente cuantificable está latente.

La mejoría del clima laboral y la identificación precoz de trastornos mentales son de vital importancia en la detección y prevención del riesgo de conductas suicidas.

6 Bibliografía

1. Cano-Langreo, M., Cicirello-Salas, S., López-López, A., & Aguilar-Vela, M. (2014). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. Medicina Y Seguridad Del Trabajo, 60(234), 198-218. http://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2014000100015
2. Silva, D., Tavares, N., Alexandre, A., Freitas, D., Brêda, M., Albuquerque, M., & Melo Neto, V. (2015). Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. Revista Da Escola De Enfermagem Da USP, 49(6), 1023-1031. http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000600020

3. Tomás-Sábado, J., Maynegre-Santaulària, M., Pérez-Bartolomé, M., Alsina-Rodríguez, M., Quinta-Barbero, R., & Granell-Navas, S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. Enfermería Clínica, 20(3), 173-178. http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.03.004
4. Sanclemente, I., Iñiguez Berrozpe, T., & Elboj, C. (2016). La prevención del síndrome de burnout en la enfermería española. Revisión bibliográfica (No. ART-2016-94488).
5. Suicide across the world (2016). (2020). Retrieved 10 February 2020, from https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Capítulo 146

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA

MARÍA DEL PILAR LÓPEZ PIZARRO

GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA

1 Introducción

Los métodos anticonceptivos de barrera impiden que el espermatozoide llegue al óvulo ya sea como una barrera física o química.

Los principales métodos de barrera son:
- Preservativo femenino
- Preservativo masculino
- Diafragma
- Capuchón cervical
- Esponja cervical
- Espermicidas

2 Objetivos

- Definir los anticonceptivos de barrera.
- Conocer cuales son los anticonceptivos de barrera y saber como utilizarlos.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha llevado una revisión bibliográfica por las principales bases de datos como Pubmed, Scielo. Se han consultado artículos de Uptodate y diferentes libros.

4 Resultados

Preservativo masculino:
• Se coloca con el pene erecto.
• Es una barrera frente a las ITS
• Ventajas: efectivos, seguros, bajo coste, accesibles, no interacciones con medicamentos,
• Desventajas: disminuye la efectividad con su uso incorrecto, interrumpe la actividad sexual al colocarlos, disminución del placer.
• Se recomienda:
- No utilizar lubricantes a base de aceites.
- No usar doble condón.
- No reutilizar un preservativo.

Preservativo femenino:
• Es un cilindro de poliuretano
• En un extremo tienen un aro flexible cerrado que se coloca en el fondo de la vagina.
• En el otro extremo tienen un aro abierto que se coloca sobre los labios.
• Ventajas: efectivos, seguros, no interacciones con medicamentos.
• Desventajas: disminuye la efectividad con su uso incorrecto, disminución del placer, sonoros.

Diafragma:
• Bloquea el cuello del útero.
• Látex o silicona. Su diámetro varía entre 55 - 105 mm.
• Se recomienda colocarlo media hora antes de la relación sexual.
• Es necesario permanecer con el dispositivo colocado un mínimo de 6 horas después del coito y un máximo de 24 - 30 horas después de la inserción.
• Se lava con agua y jabón neutro y se guarda en su envase.
• Cambiarlo al año y en caso de tener partos vaginales o cambios importantes de peso.
• Se puede usar conjunto con espermicidas

Capuchón cervical:
• Similar al diafragma.
• Existe 5 tipos de capuchones diferentes.
• Debe permanecer colocado un mínimo de 6 - 8 horas después del coito, y un máximo de 30 - 72 horas tras la inserción.

Esponja cervical:
• Se coloca sobre el cuello del útero.
• Actúa como barrera física, un sistema de liberación prolongada de espermicida, absorbe el semen.
• Hay que mojarla antes de introducirla.
• Debe permanecer un mínimo de 6 horas tras el coito y un máximo de 30 horas desde su inserción

Espermicidas:
• Es un método de barrera químico
• Deben colocarse antes de la relación sexual para que toda la pared vaginal quede tapizada.
• Pueden producir lesiones en el epitelio cervical y vaginal.

5 Discusión-Conclusión

Los anticonceptivos de barrera son usados frecuentemente en nuestra sociedad. Alguno de ellos, como el preservativo, nos protege frente a las enfermedades de transmisión sexual. Usarlos de manera correcta es fundamental para que mantengan su efectividad.

6 Bibliografía

- Abizanda González M, Doval Conde L,Toquero de la Torre F, Vega Martinéz M, Villegas Pablos M. Guía de buenas prácticas clínicas en Anticoncepción. International Marketing & Communication, S.A
- Deborah A Bartz, Pericoital contraception: Diaphragm, cervical cap, spermicide, and sponge. (actualizado En 2020) Disponible en https: //www.uptodate.com/contents/pericoital-contraception-diaphragm-cervical-cap-spermicide-and-sponge?search=metodos%20de%20barrera&source= search_result&selectedTitle=2150&usage_type=default&display_rank=2#H21

Capítulo 147

DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD: PAPEL DE ENFERMERÍA.

SARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La gestión es una de las funciones de la profesión enfermera (asistencial, docente, investigadora y gestora). En la actualidad no es una de las funciones mejor valoradas, sin embargo, la influencia que esta tiene sobre el desarrollo general de la profesión es notable, desarrollando planes generales de salud, procesos asistenciales integrados, fomentando la investigación y la formación del personal, ayudando con todo esto a incorporar buenas prácticas basadas en la evidencia.
La gestión clínica es una labor rigurosa que requiere de análisis, deducción, discernimiento y conocimiento; es decir, la aplicación de "juicio enfermero", sustentado en el ser, saber y ejercicio profesional de la enfermería como profesión y disciplina. Tiene como meta ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en la práctica diaria, acordes con la información científica disponible para cambiar de forma variable el curso clínico de la enfermedad. La enfermera debe gestionar para cuidar, no existir solo para gestionar.
La función principal de las organizaciones sanitarias es ordenar los recursos que existen con el fin de mejorar el resultado y entrega un cuidado humano con la menor cantidad de inconvenientes y costes para el usuario y la sociedad en su conjunto, de esta manera el papel de los profesionales de enfermería en los cuadros directivos de las instituciones sanitarias es crucial para lograr una adecuada asistencia sanitaria, aunando en su práctica profesional los conceptos de efectividad (calidad y seguridad), eficiencia (sostenibilidad) y eficacia.

Identificar las competencias directivas que enfermería debe poseer y poner en práctica es necesario para lograr buenos resultados en materia de gestión sanitaria. Aunque los modelos en los que se articulan estas competencias directivas se mantienen más o menos estables en los años, existen nuevas demandas, realidades y cambios en las instituciones sanitarias, que exigen de una revisión periódica de estas competencias. Estas competencias podemos agruparlas en cinco grandes grupos de competencias de gestión en enfermería: formación y mejora continua, comunicación, trabajo en equipo, habilidades sociales, identificación y responsabilidad con la organización.

- Formación y mejora continua: iniciativa, visión de futuro, competencia profesional, buen trabajo en equipo.
- Comunicación: honestidad, capacidad de escuchar, asertividad y coherencia.
- Trabajo en equipo: liderazgo, accesibilidad, capacidad de motivación y transmisión de confianza en uno mismo y en el equipo teniendo capacidad de tomar decisiones.
- Habilidades sociales: capacidad de resolución de problemas, Profesionalidad, respeto, saber escuchar, empatizar, reconocimiento, tener en cuenta a los demás, valorar a los otros y aceptar a los demás con sus cualidades y defectos.
- Identificación y responsabilidad con la organización: capacidad para comprender e interpretar las relaciones de poder en la propia empresa o en otras organizaciones, clientes, proveedores, etc, saber orientar al cliente.

Desde enfermería se identifican las dimensiones en las cuales se llevan a cabo labores de gestión y administración: desde un dominio individual, centrándonos en la gestión del proceso de enfermería; pasando por un dominio compartido con otros y otras profesionales, gestión de personas y recursos materiales; realizándose también en aspectos como el liderazgo, la autonomía y la proactividad.
Lograr estas competencias debería permitir a los profesionales posicionarse como gestores de cuidados en sus lugares de trabajo, y lograr ser protagonistas de cambio, tanto en sus esferas de desempeño, como en su ciudad, región y país.

Liderazgo.
Es un componente esencial de la gestión, lo que determina la necesidad de preparar líderes para enfermería, que sean capaces de comunicar un estilo y unos valores adecuados que apoyen al sistema de salud y a los recursos humanos de enfermería.
Este liderazgo debe ser importante en su formación de competencias, debido a que la enfermería es el colectivo más numeroso en la sanidad pública y está lla-

mado a ocupar un puesto significativo en las unidades de gestión clínica.
Comprende las actividades de instruir y ser mentores de otras personas, crear un entorno y condiciones para el perfeccionamiento constante y la calidad de los cuidados.
La expresión más elevada del liderazgo conlleva al cambio, y este consiste en guiar a la organización a través de una dirección estratégica, modificar su cultura o cambiar el modelo de fundamentos del negocio. La gente necesita un sentido de misión que va más allá de las buenas relaciones interpersonales o la compensación adecuada por un trabajo bien realizado. El cuidado de las personas, sanas o enfermas, es el objetivo de la profesión. La mayoría de la gente eligió la enfermería con el fin de hacer algo por el de la humanidad: se trata de su visión. Una de las responsabilidades del liderazgo es ayudar a los enfermeros y las enfermeras a lograr su misión.

2 Objetivos

- Conocer el papel de enfermería en la elaboración de estrategias y programas para gestionar las situaciones de vulnerabilidad generadas por los determinantes sociales de la salud.
- Exponer las competencias que posee la profesión enfermera relacionadas con la gestión de los servicios de salud, relacionándolas con el liderazgo, la ética en las organizaciones sanitarias y la competencia política e implicaciones en el sistema.
- Determinar las claves para el desarrollo de la coordinación sociosanitaria, papel de los y las enfermeros/as y ejemplos de programas y/o iniciativas de coordinación en países de nuestro entorno.

3 Metodología

Las bases de datos utilizadas en las búsquedas han sido Pubmed, Google Académico y páginas de Organismos Oficiales Estatales y Autonómicos.
Se realizaron búsquedas en Pubmed con palabras clave escogidas según la terminología “Mesh”. En Google Académico en las búsquedas se utilizó lenguaje libre. En las páginas de Asociaciones y Organismos Oficiales se pretendía buscar informes de Expertos, Documentos e Informes Oficiales de Recomendaciones y Planes de Salud Autonómicos.
Las palabras clave escogidas según la terminología “Mesh”, combinadas con los operadores booleanos, para realizar las búsquedas en Pubmed fueron: “Nurses”,

"Nursing Care", "Social Determinants of Health", "Health Planning", "Health Equity", "Health Policy", "Clinical Competence". En Google Académico se utilizó en lenguaje libre: "Enfermería", "Gestión", "Sociosanitaria", "Competencia", "Liderazgo", "Ética".
En las páginas de Organismos oficiales, se realizaron búsquedas dentro de las páginas web oficiales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y de las Comunidades Autónomas de España.

4 Bibliografía

1. Ceballos-Vásquez P, Jara-Rojas A, Bertoni JS, Aguilera-Rojas P, Barboza VV. La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. 2015(29):5.
2. González Sanz JD, Barquero González A. Gestión integral de los cuidados: una propuesta de acción. 2011.
3. Soto-Fuentes P. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión/Skills for Nurses in the Field of Management and Administration: Contemporary Challenges to the Profession/Competências para a enfermeira/o no âmbito de gestão e administração: desafios atuais da profissão. Aquichan. 2014;14(1):79-99.
4. Yañez M, Avila J, Bermudez M, De Miguel I, Bellver V, Guilabert M, et al. Estudio Delphi para identificar las competencias en gestión del directivo de enfermería. Revista de Calidad Asistencial. 2016;31(2):113-21.
5. Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria [sede Web]. Madrid. Publicaciones SEMAP [acceso 18 – 22 de enero de 2020]. Función Directiva del 49 Responsable de Enfermería.
6. De Oliveira P, Kowal I. Perfil y competencias de gerentes de enfermería de hospitales acreditados. Revista Latinoamericana de Enfermería. 2011;19(1):106-14.
7. Vázquez EJ. El liderazgo en los servicios de enfermería como instrumento de gestión en el Sistema de Salud Pública en Ecuador. UNIANDES EPISTEME. 2014;1(3).
8. Carrasquilla CR. Leadership, organization and gender. Speech of nursing middle management in public hospitals in Andalusia, Spain. Journal for Educators, Teachers and Trainers. 2016;7(1).

Capítulo 148

ESTREÑIMIENTO

JUAN LUIS SÁNCHEZ SUÁREZ

1 Introducción

El estreñimiento es una situación frecuente en la persona mayor, más aún en institucionalizados y en los que están en situación de inmovilidad. Suele ser de causa multifactorial y acarrea problemas físicos, psicológicos y altera la calidad de vida de quienes lo padecen. Su correcto abordaje y manejo deben formar parte de la practica habitual de los profesionales que trabajan en el ámbito geriátrico. Todo esto exige un profundo conocimiento de la etiopatogenia. Un claro abordaje diagnostico y , a veces con factores de complejidad añadida.

A esta complejidad hemos de unir el enfoque terapéutico, sin fármacos.

El estreñimiento como síndrome geriátrico puede ser la manifestación de muchas enfermedades, pero también el principio de muchos otros problemas que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos como ocurre con el impacto u obstrucción. A todo ello, incluso a la resolución quirúrgica del mismo.

2 Objetivos

- Educar para cambiar la practicas dietéticas, toma de líquidos o realización de actividad física en personas a las que, bien por costumbre, bien por imposibilidad, les puede resultar muy difícil aceptarlas. Igualmente puede ocurrir al plantear tratamientos farmacológicos en personas polimedicadas o en aquellas que se aferran a sus formas habituales de manejar el problema, a lo que llevan haciendo toda la vida.

3 Metodología

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

4 Resultados

Muchos factores que confluyen en uno de los problemas mas asidualmente comentados en nuestras consulta y en el que el manejo popular es tan variado y cotidiano que llega a que nuestros pacientes no consideren como fármacos o parte de sus tratamientos habituales aquellos que usan para combatir o aliviar la constipación.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres con un diagnostico de estreñimiento hacen un uso mayor de todo tipo de servicios desde las consultas externas al servicio de urgencias. Además las visitas medicas a atención primaria por dolor abdominal y condiciones psicológicas son desproporcionadamente mayores en mujer que presentan estreñimiento.

6 Bibliografía

- www.mayoclinic.org/es.

Capítulo 149

SÍNDROME DEL GRAN QUEMADO O BURNOUT

CARLOS JAVIER POSA GARCÍA

1 Introducción

El síndrome de Burnout es un tipo de estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima y se caracteriza por un proceso paulatino por el cual el individuo pierde interés en las tareas, el sentido de la responsabilidad y puede llegar a profundas depresiones.

2 Objetivos

- Describir síntomas y causas del burnout en el ambiente sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre el síndrome Burnout, consultando las principales bases de datos como Scielo o Pubmed.

4 Resultados

Los síntomas más habituales de dicho síndrome son estrés y ansiedad. Muchos casos se dan entre el personal sanitario. Las causas suelen ser la excesiva carga

de trabajo, malas condiciones laborales y falta de apoyo entre los propios compañeros.

Otros síntomas también comunes son: agotamiento, baja autoestima, nerviosismo, dificultad para concentrarse, comportamiento agresivo, dolor de cabeza, taquicardias, insomnio, bajo rendimiento, absentismo laboral, aburrimiento, irritabilidad, mala comunicación, etc.

La prevención de este síndrome debe empezar en la empresa mejorando la organización y dándole al trabajador medios adecuados para realizar sus tareas de forma correcta.

5 Discusión-Conclusión

El burnout se puede evitar impulsando o promoviendo las buenas relaciones laborales entre empleados y jefe-empleado, además de darle al empleado autonomía para trabajar, puede hacer que el trabajador se sienta querido y útil. Esto le llevará a ir al trabajo con ánimo, originando así un resultado laboral más adecuado, además de tener una buena relación con compañeros reduciendo el absentismo y mejorando notablemente la calidad del trabajo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 150

EMPATÍA EN ÁMBITO SANITARIO

CARLOS JAVIER POSA GARCÍA

1 Introducción

Consideramos la empatía una competencia básica en el aprendizaje de las profesiones de la salud en el siglo XXI. Esta capacidad queda definida como la capacidad de entender las emociones de los pacientes y familiares.

2 Objetivos

- Describir qué es la empatía.
- Conocer formas para potenciar la empatía.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la empatía. Con la consulta de libros y artículos relacionados en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, etc., seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La empatía empieza cuando escuchamos a alguien sin presuponer nada y con ánimo de ayudarle. Este esfuerzo no sólo se efectúa emocionalmente sino, también semiológicamente. Porque la empatía debe ser global y es la comprensión del sufrimiento psicológico, físico y social.

Cómo potenciar la empatía con los pacientes:
- Área de comprensión empática: ayuda a englobar los sentimientos de los usuarios en un amplio marco de comprensión.
- Comunicación de respeto: hacer hincapié en la actitud por parte del profesional de respetar a la hora de juzgar el problema del paciente, como algo normal y natural.
- Expresión concreta: lograr la expresión directa de los sentimientos y experiencias del paciente y motivar para que así se produzca.
- Autenticidad y congruencia: ser congruente con lo que respondes respecto a lo que el usuario expresa, no hablar de manera huidiza y generalista sobre los problemas.
- Auto revelación facilitadora: aportar una experiencia personal para facilitar la revelación del paciente.
- Confrontación en procesos inter/intrapersonales: se trata de saber detectar si lo que explica el paciente es consistente, si pasa algo raro al captarlo, tiene que ver con la comunicación no verbal.
- Inmediatez en la relación: su finalidad es ver como el personal sanitario tiene en cuenta (lenguaje no verbal:expresiones, gestos) las expresiones de los pacientes.
- Timming: observación de las tres fases; bienvenida, proceso y despedida, para ver si el tiempo dedicado es coherente.

5 Discusión-Conclusión

Es clave potenciar la empatía para alcanzar la calidad asistencial en la comunicación con el paciente.

6 Bibliografía

- https://www.fcchi.org.ar/el-efecto-de-la-empatía-en-la-calidad-asistencial/.
- https://old.cedesca.com/noticias/blog/352-352claves-para-mejorar-la-empatia-%C3%ADa-en-el-%C3%A1mbito-sanitario.html.

Capítulo 151

PROBLEMÁTICA DERIVADA DE LA DISPENSACIÓN HOSPITALARIA DE CIERTOS MEDICAMENTOS A PACIENTES EXTERNOS CONFORME AL MODELO VIGENTE

IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO

1 Introducción

En el funcionamiento ordinario del servicio de farmacia hospitalaria existe un ámbito de trabajo que cumple una función crucial en materia de salud pública y que, sin embargo, está actualmente siendo objeto de cierta controversia en cuanto a si está funcionando como debiera. Se trata de la unidad de dispensación a pacientes externos y la administración de los conocidos como DIHSC.

2 Objetivos

El propósito de este estudio consiste en analizar si el actual modelo de dispensación farmacológica hospitalaria de ciertos medicamentos a pacientes externos está funcionando de una forma óptima o si, por el contrario, existen aspectos del miso que debieran ser objeto de revisión o mejora.

3 Metodología

Se ha consultado el marco legal vigente al respecto y se han revisado las opiniones y propuestas de mejora de distintos expertos en la materia manifestadas en ponencias y artículos publicados.

4 Resultados

El análisis desarrollado acerca del estado actual de la cuestión objeto de estudio ha permitido concluir que actualmente no existe un consenso acerca de si el modelo vigente de dispensación hospitalaria de ciertos medicamentos a pacientes externos está funcionando de un modo óptimo conforme a criterios técnicos y científicos o si, por el contrario, están primando criterios de mero ahorro económico por encima de los anteriores.

5 Discusión-Conclusión

Ya hace tiempo que en España se estableció normativamente que ciertas especialidades farmacéuticas debían ser dispensadas necesariamente en un centro hospitalario, y ello aunque el paciente al que se destinaran no estuviese ingresado en el hospital. Así, ya la Circular 4/92 de la Dirección General del Insalud estableció que el Servicio de Farmacia debía proceder a realizar la dispensación de medicamentos hospitalarios a pacientes externos o no hospitalizados. En un principio, parece claro que las razones que llevaron a adoptar esta medida tenían que ver con motivos puramente técnicos y de seguridad, pues se trataba de especialidades farmacéuticas que por su composición, modo de dispensación o indicaciones resultaba aconsejable que su uso fuese controlado por personal hospitalario, con especiales cautelas por lo tanto.

Se trataba, como se dice, de los Medicamentos de Uso Hospitalario (H), respecto de los cuales se estableció la necesidad de que los especialistas médicos que pautaban el tratamiento estuviesen adscritos a un servicio del hospital donde se dispensasen los medicamentos y cuya primera dispensación había de hacerse mediante un documento denominado "Orden de Dispensación de Especialidades de Uso Hospitalario" a la que se acompañaría un informe clínico debidamente firmado por el especialista. En consonancia con la finalidad perseguida con la creación de esta categoría, se prohibió que las oficinas de farmacia dispensasen directamente al público este tipo de medicamentos, si bien se admitió que las mismas pudiesen

disponer de los mismos con la única finalidad de suministrar a los hospitales. Además, se crearon las conocidas como especialidades clasificadas de diagnóstico hospitalario (DH).

Estos fármacos sí podrían dispensarse en las Oficinas de Farmacia, aunque para su financiación por el Sistema Nacional de Salud su administración debe ser controlada mediante el visado de inspección. Durante los últimos años la mayor parte de las comunidades autónomas, haciendo uso de sus competencias normativas y argumentando razones de seguridad y control, dispusieron que un grupo de medicamentos de diagnóstico hospitalario de los que hasta entonces podían ser administrados en las oficinas de farmacia comunitarias se pasasen a dispensar en los servicios de farmacia de los centros de agudos. Sobre la base de esta situación previa, y arguyendo la necesidad de homogeneizar la regulación de esta materia a nivel de todo el Estado, el Gobierno Central creó en el año 2012 la categoría de los denominados "DIHSC" o "medicamentos de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto", que suponen la existencia de toda una relación de especialidades farmacéuticas que necesariamente han de dispensarse en los servicios de farmacia hospitalarios.

Como ya se ha apuntado, se invocaron motivos técnicos de seguridad, control y homogeneidad como razón última de la creación de la categoría de DIHSC. Sin embargo, desde el Consejo General de Farmacéuticos se ha venido apuntando a que los motivos económicos fueron los que en realidad más pesaron en la adopción política de la decisión de incluir en tal categoría un importante número de fármacos que anteriormente se dispensaban sin problemas en las farmacias comunitarias. De hecho, algunas fuentes apuntan a que desde su implantación en el año 2012 la lista de medicamentos incluidos en el grupo DIHSC se ha multiplicado hasta en un mil por ciento, sin que existan realmente argumentos científicos de peso que justifiquen tal exponencial crecimiento de la categoría. Así pues, junto a la crítica de que, en realidad, son argumentos meramente económicos los que se esconden tras la inclusión de muchos medicamentos en la lista de DIHSC, desde ciertos ámbitos profesionales se ha venido advirtiendo de toda una serie de aspectos negativos derivados de la actual situación que justificarían que se realizase una revisión de esta categoría para incluir en la misma tan solo aquellos productos farmacéuticos que sean precisos basándose en parámetros exclusivamente científicos. En tal sentido se ha venido sosteniendo que la inclusión de muchos medicamentos en este grupo sin que haya un sólido fundamento técnico supone en tal caso un retroceso en los derechos del paciente, pues la dispensación de estos fármacos implica toda una serie de trabas burocráticas para el usuario que se

ve obligado a realizar desplazamientos indeseados, a someterse a horarios tasados y a soportar esperas en el hospital que, incluso, le puede acarrear problemas laborales al coincidir los tiempos de la dispensación farmacéutica hospitalaria con sus horarios de trabajo.

En la práctica, y desde el punto de vista estrictamente sanitario, los indicados inconvenientes pueden suponer una disminución en la adherencia al tratamiento y, en definitiva, una disminución en la eficacia terapéutica que sería el objetivo principal que debiera perseguirse. Además, la presencia en esta categoría de productos farmacéuticos cuya inclusión en la misma no está suficientemente avalada con fundamentos estrictamente científicos y terapéuticos conlleva también consecuencias negativas tanto para el sector farmacéutico comunitario como para la distribución farmacéutica en la medida que suponen apartar o, cuando menos, alejar a estos sectores de la innovación y actualización farmacológica, amén de que el hecho de impedirles la administración de un amplio número de medicamentos les puede suponer un nada desdeñable impacto en su viabilidad como agentes sanitarios. Con todo, sin embargo, no faltan voces que defienden la bondad del modelo actualmente en vigor, y en este sentido la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria se ha posicionado públicamente en defensa del actual modo de dispensa de medicamentos de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto al asegurar que es el modo más eficiente para el servicio público de salud y el más adecuado para la asistencia al usuario, defendiendo que la correcta administración de estos productos precisa de acceso a la historia clínica del paciente y un contacto fluido con los médicos especialistas que los prescriben, lo que solo estaría al alcance de los farmacéuticos hospitalarios. Además, la SEFH asegura que el objetivo de adherencia al tratamiento se consigue en las farmacias hospitalarias en un grado superior al de las comunitarias.

A la luz de lo expuesto, se ha propuesto como posible vía de solución de los inconvenientes que actualmente presenta el sistema relativo a los DIHSC la adopción de un nuevo modelo que se base en una distinción entre la adquisición del fármaco y la dispensación del mismo, de modo tal que sería la administración la que directamente compraría el producto a los laboratorios mientras que la dispensación propiamente dicha sería asumida por las farmacias comunitarias a cambio de una remuneración que permita sufragar el coste del almacenamiento y la dispensación protocolizada, de tal forma que se consiga un mayor equilibrio entre la necesidad de ahorro y la optimización de la eficacia clínica y farmacológica. Hacia esta postura parece dirigirse, siquiera excepcionalmente, el Proyecto de Ley de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Galicia.

6 Bibliografía

- Tellaeche, Yolanda. “Dispensación hospitalaria y comunitaria, diferentes y complementarias”. Revista El Farmacéutico, N.º 556, página 13, 1 de diciembre de 2017.
- Infosalus, 8 marzo 2017. “Los medicamentos de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto están donde tienen que estar”.
- Servicio de Farmacia del Centro Hospitalario La Mancha Centro. “Dispensación de medicamentos hospitalarios a pacientes externos”.
- Carmen Fernández Fernández. “¿Luz al final del túnel?”. Correo Farmacéutico, carta de la directora, 1 de abril de 2019.

Capítulo 152

ATENCIÓN Y CUIDADOS EN EL PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

LAURA MORAIS REY

ANA ISABEL BLANCO ALONSO

1 Introducción

Son múltiples los trastornos que pueden contribuir a la presencia de trastornos en la eliminación de la orina: el envejecimiento fisiológico que comporta una serie de cambios anatómicos y funcionales, también las modificaciones físicas y mentales, favorecidas por la presencia de pluripatología unida a la polifarmacología y no se pueden olvidar los factores ambientales del medio donde vive el anciano. Los problemas urológicos y renales afectan a una proporción importante de personas ancianas, pudiendo dar lugar a manifestaciones importantes que influyen tanto en el área física como psicosocial de la vida diaria del mayor y conllevan una carga importante para los familiares o cuidadores. El sistema renal sufre cambios importantes morfológicos y funcionales que alteran el filtrado glomerular, pérdida de nefronas y una menor actividad endocrina. La capacidad para almacenar orina desciende y, según aumenta la edad, la frecuencia de las micciones aumenta. Los trastornos más frecuentes en el aparato urinario de las personas mayores son los siguientes:

- Insuficiencia renal.

- Pielonefritis.
- Cistitis.
- Litiasis o cólico renal.
- Hipertrofia prostática.
- Incontinencia urinaria.
- Infección urinaria.

En esta revisión bibliográfica nos centraremos concretamente en la incontinencia urinaria. La incontinencia urinaria constituye actualmente una disfunción de elevada prevalencia en la población general. Se presenta en ambos sexo, aunque la frecuencia es el doble en mujeres que en hombres. Se presenta en ambos sexos, aunque la frecuencia es el doble en mujeres que en hombres, ya que desarrollan diversos factores de riesgo a lo largo de su vida. La ICS (International Continence Society) determinó una prevalencia del 30-60% en mujeres de mediana edad y edad avanzada, una cifra alarmante teniendo en cuenta el elevado impacto que ocasiona sobre la calidad de vida de las mujeres que lo sufren. A pesar de esto, menos de la mitad de las mujeres con incontinencia urinaria no busca ayuda profesional por vergüenza o por pensar que se trata de una situación propia de la edad. Esto conduce a las mujeres con pérdidas de orina a optar por medidas paliativas, como los absorbentes, que no solucionan las pérdidas y suponen un coste económico alto para la sanidad y una pérdida de calidad de vida. Por tanto, se trata de un problema de salud pública importante, con escaso abordaje profesional. Es necesario desarrollar métodos de prevención de la incontinencia urinaria siendo el primer paso la Educación para la Salud, en el que los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental.

La función del personal de enfermería debe incluir información y formación sobre el entrenamiento del suelo pélvico, uso de conos vaginales, electroestimulación, biofeedback y modificación de hábitos de vida perjudiciales y factores de riesgo modificables. El objetivo final debe ser prevenir la incontinencia urinaria y mejorar la calidad de vida de los pacientes que la presentan.

2 Objetivos

Objetivo general.
- Revisar la bibliografía existente acerca de la incontinencia urinaria, centrándonos en su etiología, clasificación y sus características.

Objetivos específicos.

- Describir los cambios que se producen durante la vejez que pueden afectar a la incontinencia urinaria.
- Enumerar las intervenciones que deben llevarse a cabo en el adulto mayor con problemas urinarios.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas: PubMed, Cochrane Plus, Elsevier, Cuiden y Scoopus, utilizando como descriptores las palabras clave: incontinencia, problemas urinarios, cuidados, anciano, prevención. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 25 años tanto en castellano como en inglés. También se consultaron libros y revistas científicas disponibles relacionadas con la temática en estudio.

Una vez realizada la búsqueda empleando los descriptores mencionados anteriormente se encontraron 46 artículos. Tras una primera lectura inicial se descartaron 20 porque no se ajustaban a los criterios previamente establecidos (publicados en los últimos 25 años, idioma castellano o inglés, disponibles en texto completo, relacionados directamente con el tema en estudio). Se realizó una segunda lectura y comparación entre los distintos artículos seleccionados y finalmente se eligieron para la realización de la presente revisión bibliográfica 15 artículos porque por un lado cumplían los criterios de inclusión que habíamos establecido previamente (publicados en los últimos 25 años, idioma castellano o inglés, disponibles en texto completo y relacionados directamente con el tema de estudio) y por otro lado eran los que mejor se ajustaban a los objetivos que nos habíamos propuesto inicialmente.

4 Resultados

Partiendo de la base de que la incontinencia urinaria repercute en mayor o menor medida en los planos médico, social, psicológico y económico nos damos cuenta de que nos enfrentamos a uno de los problemas más preocupantes y a la vez comunes en los ancianos, pues colateralmente pueden aparecer problemas como úlceras, incremento de la necesidad de recursos, coste de ropa y absorbentes, así como el riesgo de institucionalización.

La incontinencia urinaria no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece,

ya que reduce su autoestima y merma su autonomía. En la actualidad se trabaja para que la incontinencia urinaria sea considerada como una enfermedad para la OMS y no como una alteración del estado de salud, tal y como se considera en la actualidad. La incontinencia urinaria puede ser:

- Un síntoma: cuando el paciente refiere una pérdida de orina.
- Un signo: cuando la pérdida de orina se hace objetiva.
- Una alteración: es la demostración urodinámica de la causa.

Según Salinas Casado et al en 2010, la incidencia de la incontinencia urinaria aumenta con la edad hasta ser considerada como uno de los síndrome geriátricos, tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo (pérdida de autonomía y de calidad de vida en el anciano).

Diferentes estudios de ámbito nacional, entre ellos el de Damián J. y col, han comunicado la prevalencia de la incontinencia urinaria en mayores de 65 años. En ese estudio se aprecia un aumento importante de la prevalencia en el grupo de edad superior a los 84 años de edad que es del 26,3%. El 20,2% usaban absorbentes para la incontinencia. Un total de 34,3% de los afectados nunca fue al médico para su problema (25,2% de los hombres y el 39,4% de las mujeres). Y en el estudio realizado por Zunzunegui Pastor M. y col se revela que la edad avanzada se asoció con mayor prevalencia en hombres, pero no en las mujeres. Además, el 20% de las mujeres y el 5% de los hombres mayores de 65 años usaban absorbentes. En cuanto a la evolución de pacientes diagnosticados de incontinencia urinaria en España hemos pasado de 2.200.000 según datos de la OMS en 1997 a 6.510.000 del Estandarizado a la población española de 2009. En resumen, podemos decir que la prevalencia aumenta con la edad y el lugar donde se encuentre el anciano.

Definición y etiología de la incontinencia urinaria.

La International Continent Society define la incontinencia urinaria como una situación en la que la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra demostrable objetivamente, genera un problema social e higiénico. Representa una patología compleja y de difícil solución que limita la libertad individual y reduce la autoestima de las personas.

El mecanismo de la continencia de orina se reduce básicamente a un juego de presiones donde si el sistema esfinteriano mantiene una presión superior a la que en ese momento hay en la vejiga, no se produce emisión de orina. Si esta situación se invierte de forma consciente y voluntaria la denominamos micción, y si es involuntaria o inconsciente se denomina incontinencia. La micción y la

continencia son el resultado de la magnitud de dos fuerzas coordinadas y contrapuestas: la presión intravesical y la presión intrauretral. La incontinencia en sí no es una enfermedad, sino una consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical, que se presenta en diversas enfermedades, en la que el paciente refiere como síntoma la pérdida de orina, que a su vez, el médico o la enfermera pueden verificar y objetivarla como signo.

Cuando hablamos de las estructuras responsables de la continencia nos referimos a la acción coordinada entre vejiga, uretra y suelo pélvico que constituyen el tracto urinario inferior. De forma sencilla podemos decir que los responsables desde el punto de vista funcional de la dinámica miccional son:
- Detrusor, músculo de la vejiga.
- Trígono, base de la vejiga.
- Cuello vesical o esfínter interno.
- Esfínter externo de la uretra.

La vejiga está compuesta por una parte muscular que es la responsable de que contraiga, concretamente el detrusor, y por una localización anatómica formada por el lugar de conjunción entre la entrada de los uréteres en la vejiga y el orificio de salida de la uretra en la vejiga denominado anatómicamente trígono. Se distinguen claramente dos fases: el proceso de almacenamiento y el de expulsión de la orina por parte de la vejiga. En la fase de almacenamiento o llenado la orina se va a ir acumulando en la vejiga en un promedio de unos 20ml/minuto. Lo normal es que la vejiga se vaya llenando hasta una capacidad de almacenamiento de unos 350 a 500 ml de orina. La vejiga en el inicio de esta fase de la uretra. Pero al final de la fase la presión aumenta presentándose los deseos de orinar. Finalmente hay una contracción del detrusor por acción del parasimpático y se produce la fase de vaciado.

Como se ha mencionado la uretra juega un papel importante ya que con su doble función de control de vaciado y de conducción de la orina será fundamental en el mantenimiento de la continencia. Se produce un juego de presiones entre la intravesical (PIV) y la intrauretral (PIU): en la fase de llenado de la vejiga la intravesical es inferior a la intrauretral pero llega un momento en el que el almacenamiento es máximo; y este juego de presiones inicial se invierte y podemos decir que la presión intravesical, que termina sucumbiendo y dejando que la orina pase a través de la uretra hacia el exterior.

PIV<PIU. Almacenamiento de orina: fase de llenado.
PIV>PIU. Salida de la orina: fase de expulsión.

El otro componente que trabaja conjuntamente con vejiga y uretra es el suelo pélvico. La función básica del suelo pélvico, constituido por un conjunto de músculos, es la de mantener estructuras de la pelvis como son la vejiga urinaria, porción final del intestino y útero y ovarios en su lugar anatómico. Así podemos imaginar que los trastornos del suelo pélvico pueden llegar a producir incontinencia urinaria, prolapsos uterino, de vejiga y prolapso rectal, etc. Esta musculatura se lesiona básicamente por debilitamiento producido por embarazos en mujeres multíparas, la realización de ejercicio físico de forma excesiva o no bien controlado, el uso de prendas ajustadas, la retención excesiva de la orina, etc.

Clasificación de la incontinencia urinaria.
En principio hemos de hablar de una primera clasificación básica en incontinencia urinaria aguda o transitoria e incontinencia urinaria crónica o persistente.

- La incontinencia urinaria aguda se inicia de forma súbita pero no durará más allá de las cuatro semanas ya que es una incontinencia que coincide con una enfermedad también aguda. Su tratamiento hará que desaparezcan ambas en un periodo de tiempo no superior al comentado anteriormente. Entre las patologías agudas que pueden desencadenar una incontinencia urinaria aguda suelen estar la impactación fecha, el ictus, la insuficiencia cardíaca, la poliuria de fármacos, deterioros cognitivos entre otras.
- La incontinencia urinaria crónica será aquella que no podremos relacionar con procesos agudos y su temporalidad será superior a las cuatro semanas. Desde el punto de vista sintomático y según las directrices de la International Continent Society (ICS) la incontinencia urinaria crónica, instaurada o establecida se clasifica en: incontinencia urinaria de esfuerzo o de estrés qué consiste en la emisión de orina, habitualmente en pequeñas cantidades producida por un aumento de la presión abdominal que supera la resistencia uretral, por ejemplo al reírse, toser, estornudar, levantar peso, etc. El problema se sitúa en los mecanismos de cierre. La vejiga no sufre ninguna alteración; incontinencia urinaria de urgencia que se manifiesta como unas ganas intensas de orinar (urgencia miccional), pero no existe capacidad de poder retrasar la micción y el anciano es incapaz de llegar al retrete. Se caracteriza por un deseo intenso y súbito de miccionar, con la consiguiente incapacidad de retrasar el vaciamiento. La causa se encuentra en el detrusor, ya que el esfínter es completamente normal; incontinencia urinaria por rebosamiento que se define como la pérdida de orina debido a una sobredistensión de la vejiga. La cantidad de orina emitida es pequeña pero muy frecuente. El anciano refiere dificultad para iniciar la micción con chorro de poca potencia, lento, entrecortado y con goteo postmiccional. Las causas son diversas como

vejiga hipotónica, obstrucción anatómica y tratamiento con antihipertensivos; incontinencia urinaria funcional que es la pérdida de emisión de orina de forma voluntaria debido a la imposibilidad de acudir al retrete o utilizar cuña o botella. Ocurre cuando un anciano continuamente con tracto urinario intacto, tiene una incapacidad física o no desea o no es capaz de alcanzar el cuarto de baño a tiempo para orinar. Entre las causas más frecuentes están las barreras arquitectónicas, la pérdida de capacidad funcional (por ejemplo fractura de cadera, artritis, etc) o el deterioro cognitivo.

Características de la incontinencia urinaria en los ancianos.
Ante la incontinencia las personas mayores presentan no sólo un problema médico sino también una problemática social y a veces un importante daño psicológico que supone una limitación severa que afecta a sus actividades cotidianas. Para que el anciano siga siendo continente serán necesarios varios aspectos tales como un tracto urinario inferior bien coordinado y que el sistema nervioso, que es responsable de su actividad, funcione también correctamente. Además es de especial relevancia que el almacenamiento y el vaciamiento sea adecuado para lo que necesitará una vejiga normofuncionante.

Poseer la capacidad cognitiva suficiente para la percepción del deseo miccional será crucial. Finalmente destacar que la motivación para seguir siendo continente, así como la facilidad y destreza suficientes al acceder al inodoro serán el mejor aliciente para competir con la incontinencia. La mayoría de los pacientes utiliza absorbentes como método de control de su incontinencia, hecho fomentado desde los medios de comunicación y la publicidad, con un elevado coste no sólo en términos económicos sino ecológicos (empleo masivo de celulosa).

Cambios en la vejez que pueden afectar a la incontinencia.
- Sistema nervioso central: disminución del número de neuronas.
- Vejiga: disminución de la capacidad, disminución de la contractilidad, menor capacidad de retención, aumento de las contracciones involuntarias, aumento del residuo vesical postmiccional y atrofia del músculo liso de la vejiga.
- Uretra: disminución de la presión del cierre máximo uretral y disminución de la longitud de la uretra funcional.
- Próstata: hipertrofia prostática.

Intervenciones en el adulto mayor con problemas urinarios. A continuación se detallan aquellos cuidados necesarios para atender al anciano con problemas uri-

narios.
- En el caso en el que podamos formar al anciano en la eliminación urinaria debemos marcarnos objetivos a muy corto plazo, de forma continuada y realista. Los logros por pequeños que sean los reforzaremos positivamente y la metodología que utilicemos para formarles estará adecuada a las características del anciano.
- En los casos en los que sea factible y no haya problemas de comunicación expresos tenemos que informar al anciano sobre su problema específico de incontinencia, cómo evolucionará, cómo poder prevenirlo y qué técnicas de autocuidado existen.
- Las técnicas de relajación son útiles para intentar disminuir la ansiedad, ante los escapes de orina.
- Si permitimos la expresión de los sentimientos y emociones del mayor conseguiremos darle seguridad.
- La presión abdominal favorece la incontinencia por lo que se tratará de evitar el estreñimiento.
- Administrar líquidos para intentar que el mayor tenga una hidratación adecuada, evitando los excitantes. Si es necesario cambiar el horario de la administración de líquidos pero nunca restringirlo.
- Intervenir sobre las barreras existentes y la adaptación de los baños: es necesario que las puertas sean lo suficientemente amplias para permitir el paso con silla de ruedas, andadores o algún acompañante y fijar asideros para que pueda apoyarse.
- Los ingresos y egresos de líquidos en el anciano han de ser medidos para realizar un balance hídrico entre ingesta y excreción. Ayudará mucho la hoja de registro de micciones en este apartado para el control de la eliminación vesical.
- Estimular a que el anciano responda de inmediato en cuanto sienta el deseo de micción, en el caso de que éste se perciba.
- No se debe consentir que se produzca inmovilidad por miedo al escape de orina, pero si existen problemas de movilidad para conseguir responder a la micción de forma rápida y efectiva procurar medios de recolección como cuñas, botellas, orinales, etc.
- En cuanto al uso de sistemas recolectores de orina debido a la incontinencia se utilizarán, dependiendo del tipo de incontinencia, desde sondas vesicales permanentes hasta sistemas de recolección externa como colectores de orina, tanto masculinos como femeninos, pasando por las sondas vesicales intermitentes. En cualquiera de los casos anteriores habrá que mantener estrictas condiciones de asepsia.
- Facilitar y suministrar los dispositivos existentes que evitan el contacto con zonas húmedas. Hay gran variedad en el mercado tales como absorbentes, empa-

padores, hules, etc.
- En el caso en que exista alteración de la piel donde se están aplicando dispositivos protectores (apósitos) los cambios de dispositivos se realizarán con medidas asépticas adecuadas. Es necesario impedir maceraciones de la piel debido al mantenimiento duradero con zonas húmedas.
- Proporcionar al anciano ropas adecuadas que no dificulten la micción. Se evitarán sistemas de cierres complicados que requieran cierta destreza y tiempo prolongado de manipulación.
- Se debe acudir a la llamada del paciente lo antes posible, no se debe demorar el cambio para sustituir los absorbentes que estén mojados. En los casos de déficit cognitivo planificar control y cambios de absorbentes haciéndolos coincidir, por ejemplo, con los cambios posturales, higiene diaria o alimentación. También reemplazar la lencería de cama cuando se necesite.
- En los casos donde contemos con buena movilidad y desplazamientos del anciano tendremos que facilitar el acceso al aseo. Lo haremos más visible, por ejemplo, utilizando colores que contrasten en la entrada del aseo o utilizando iconos que adviertan de su situación. El aseo gozará de buena iluminación y estará señalizado en su camino, lo que ayudará al anciano para encontrar el aseo con más facilidad.
- Valorar de forma rápida la presencia de factores que apunten a señales de sufrimiento espiritual porque puede que la incontinencia esté afectando a la participación del anciano en actos según sus creencias ya que la incontinencia de forma colateral puede implicar sensación de impotencia e infravaloración.
- Poner al anciano en contacto con otras personas, instituciones, organizaciones, que favorezcan las relaciones entre sus miembros.
- Como los ancianos que tienen problemas renales suelen tener limitaciones para participar en actividades de ocio por miedo a que ocurra una micción involuntaria, se debe informar y presentar la gama de dispositivos absorbentes existentes en el mercado para que utilice aquellos que se adecuen mejor a cada caso. No olvidar que se debe fomentar las actividades recreativas.
- Como en cualquier alteración de la salud de las personas mayores la nutrición juega un papel primordial, por ello en función del problema de salud que presente se debe modificar la misma.

5 Discusión-Conclusión

- La incidencia de la incontinencia urinaria, sobretodo en la mujer es muy elevada e infradiagnosticada con un impacto negativo en su calidad de vida.

- Es un problema clínico muchas veces oculto, ya que sólo un pequeño porcentaje de pacientes busca ayuda o consulta a los profesionales y el abordaje es escaso.
- El tratamiento conservador tiene buenas tasas de éxito demostrado en la prevención, mejoría, e incluso la curación de la incontinencia urinaria.
- La función del personal de enfermería en la prevención, valoración, tratamiento y seguimiento del paciente con incontinencia urinaria es básica.
- La educación para la salud es el primer paso para informar y formar al paciente con incontinencia urinaria sobre cómo prevenir y abordar este problema, lo cual puede y debe hacerse por parte del personal de enfermería, además de otros profesionales sanitarios.
- Se deben realizar programas de educación para la salud para prevenir la incontinencia urinaria en grupos de población con factores de riesgo de desarrollarla.
- Los profesionales de enfermería deben realizar una valoración adecuada de los pacientes que acuden a consulta para detectar el problema y si fuese preciso aplicar un tratamiento conservador adaptado a las características individuales de cada paciente.
- Se debería mejorar la formación de los profesionales sanitarios para que puedan realizar un abordaje desde atención primaria que reportará un menor gasto sanitario y una mejor calidad de vida en este tipo de pacientes.
- Se debe fomentar la aplicación del tratamiento conservador en la prevención y en el tratamiento de la incontinencia urinaria.

6 Bibliografía

- Carnevali, D y otros. Enfermería Geriátrica. Madrid. Interamericana. McGraw Hill. 2006.
- Thibiodeau, G.A; Patton, K.T. Anatomía y fisiología. 4ªEd. Madrid. Elsevier. 2002.
- Pérez de la Plaza, E; Fernández Espinosa, A.M; Técnicas básicas de enfermería. McGraw Hill. Interamericana. 2013.
- García López, M.V; Rodríguez Ponce, C; Toronjo Gómez, A. Enfermería del anciano. Madrid. Ed. DAE. 2001.
- Eras, M; Fernández Reyes, M.J; Sánchez, R. Implicaciones pronósticas de la enfermedad renal en el anciano. Nefrología (revista en Internet).2010; 30(2):151-7.
- García Fernández, N; Calderón González, C. Enfermedad renal crónica: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. Medicine (revista en Internet). 2011; 10: 5370-7.
- Casajuana, J; Aragonés, R. Guía clínica de hiperplasia benigna de próstata. Abril 2010.

- Espuña Pons, M. Incontinencia de orina en la mujer. Med Clin (Barc). 2003; 120:464-472.
- Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria. Organización Médica Colegial. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- Damian, J et al. Prevalence of urinary incontinence among older Spanish people living hombre. Eur Urol. 2008; 34: 333-8.
- Zunzunegui Pastor, M.V et al. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores relacionados en varones y mujeres mayores de 65 años. Atención primaria. 2003; 32(6): 337-42.
- Salinas Casado, J. et al . Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. Grupo Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI). 2010; 23(1): 52-66.
- Morilla, J.C. Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Segunda edición. Enero 2004. Editado por Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria.
- Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria. Organización Médica Colegial. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- Subak, L; Van Den Eeden, S; Thom, D; Creasman, J.M; Brown, J.S. Urinary incontinence in women: direct costs of routine care. AM J Obstet Gynecol. 2007; 197(6): 596-9.
- International Continence Society. Standarisation of terminology of lower urinary tracfunction. Urology. 1999; 9: 237.

Capítulo 153

PRINCIPALES SUSTANCIAS QUÍMICAS PRESENTES EN EL MEDIO HOSPITALARIO Y SUS EFECTOS PARA LA SALUD

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

LAURA MORAIS REY

ANA ISABEL BLANCO ALONSO

1 Introducción

Las sustancias químicas están presentes en la actividad diaria del sector sanitario y sociosanitario. El almacenamiento, manipulación y gestión de sus residuos conllevan múltiples riesgos que pueden afectar gravemente a la salud de los trabajadores. Los riesgos químicos juegan un papel importante en los servicios hospitalarios, ya que el personal puede absorber sustancias químicas durante su manejo o por mantenerse cerca de ellas. Los gases anestésicos, antisépticos, manipulación de drogas citostáticas, medicamentos y preparados farmacéuticos pueden provocar efectos biológicos en el trabajador, dependiendo de la concentración, manipulación, exposición, susceptibilidad del trabajador, el agente y la práctica de protección adoptada por el personal.

Definiciones:
- Riesgo químico: es aquel susceptible de ser producido por una exposición no controlada a agentes químicos.

- Agente químico: la directiva 98/24/CE define agente químico como todo elemento o compuesto químico, por sí solo o mezclado, tal como se presenta en estado natural o es producido, utilizado o vertido, incluido el vertido como residuo, en una actividad laboral, se haya elaborado o no de modo intencional y se haya comercializado o no.
- Agente químico peligroso: agente químico que puede presentar un riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores debido a sus propiedades fisicoquímicas, químicas o toxicológicas y a la forma en que se utiliza o se halla presente en el lugar de trabajo.

2 Objetivos

Objetivo general.
- Describir las principales sustancias químicas que podemos encontrar en el medio hospitalario e identificar sus principales peligros para la salud de los trabajadores sanitarios expuestos a las mismas.

Objetivos específicos.
- Revisar la normativa actual respecto al etiquetado de los productos químicos así como sus fichas de datos de seguridad.
- Detallar las medidas preventivas necesarias para reducir cada uno de los riesgos químicos identificados.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de las distintas guías y documentos que existen en los sitios webs de organismos oficiales del Estado Español, tanto a nivel del gobierno central como de las distintas comunidades autónomas. Los documentos y guías incluidas en el estudio son aquellas en las que incorporan planes de prevención de riesgos químicos e intentando especificaren las que además tienen planes de prevención de riesgos químicos para el personal sanitario. Hemos excluido de esta revisión aquellos documentos oficiales que hablaban sobre consecuencias, contenido y riesgos de los agentes químicos, pero no especificaban protocolos de prevención. Se han excluido además los protocolos de prevención de riesgos químicos que referidos a otras profesiones de forma específica. También hemos excluido de la revisión aquellos protocolos que no tenían acceso libre.

4 Resultados

Etiquetado de los productos.
La normativa dice que a partir del 1 de diciembre del 2010, todas las sustancias se clasificarán, etiquetarán y envasarán según los criterios del nuevo reglamento CE nº 1272/2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas (eeglamento CLP) y a partir del 2016, todas las mezclas, quedando definitivamente derogado y desfasado el reglamento sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias peligrosas (RD 363/1995).

El Reglamento (CE) 1272/2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas (Reglamento CLP) engloba la anterior legislación comunitaria con el sistema globalmente armonizado de clasificación y etiquetado de productos químicos (SGA), un sistema de las naciones unidas para identificar los productos químicos peligrosos y para informar a los usuarios sobre sus peligros. Tiene también enlaces a la legislación REACH. El SGA ha sido adoptado por muchos países de todo el mundo y ahora se utiliza también como base para la reglamentación del transporte internacional y nacional de mercancías peligrosas. Los peligros de los productos químicos se comunican a través de indicaciones y pictogramas normalizados en las etiquetas y las fichas de datos de seguridad.

Algunos de los términos anteriores han sido sustituidos por otros nuevos:
- Mezclas en lugar de preparados.
- Pictogramas en lugar de símbolos.
- Indicaciones de peligro en lugar de frases de riesgo.
- Consejos de prudencia en lugar de frases de seguridad.
- Palabras de advertencia (peligro, atención) en lugar de indicaciones de peligro.

Los nuevos pictogramas enmarcados en rojo sustituirán gradualmente a los anteriores símbolos de peligro en color naranja. El reglamento CLP entró en vigor el 20 de enero de 2009 y sustituirá gradualmente a la clasificación y etiquetado según las directivas sobre sustancias peligrosas (67/548/CEE) y sobre preparados peligrosos (1999/45/CE). Ambas directivas se derogarán el 1 de junio de 2015.

Fechas clave:
- 1 de diciembre de 2010, cuando las sustancias tienen que ser reclasificadas.
- 1 de diciembre de 2012, cuando las sustancias ya comercializadas tienen que ser etiquetadas de conformidad con el reglamento CLP.
- A partir del 1 de junio de 2015, las mezclas (antes llamadas preparados) tienen que ser clasificadas de conformidad con el reglamento CLP.

- 1 de junio de 2017, cuando los productos ya comercializados tienen que ser reetiquetados y reenvasados.

Etiqueta de los productos químicos.
La etiqueta es en general la primera información que recibe el usuario de una sustancia o mezcla química, y tiene como objetivo facilitar información sobre las mismas, como:
- Identificación de la sustancia o mezcla.
- Clasificación de la misma.
- Peligros que conlleva asociados.
- Advertencias durante su utilización: Palabra "peligro" o "atención".
- Riesgos asociados a su manipulación.
- Consejos de prudencia necesarios durante su manipulación, almacenamiento, eliminación, etc.

Información de la etiqueta según el reglamento 363/95.
- Identificación del producto.
- Composición.
- Responsable de la comercialización (nombre, dirección y teléfono).
- Identificación del producto.
- Descripción del riesgo (frases R).
- Medidas preventivas (frases S).

Información de la etiqueta según el reglamento CLP.
- Nombre, dirección y número del teléfono del proveedor o proveedores.
- Cantidad nominal de la sustancia o mezlca.
- Identificadores del producto.
- Pictogramas de peligro.
- Palabras de advertencia.
- Indicadores de peligro: frases H.
- Consejos de prudencia: frases P.
- Información suplementaria.

Fichas de datos de seguridad. La ficha de datos de seguridad (FDS) es el documento que incluye información detallada del producto químico (más que en las etiquetas), sobre los riesgos para la salud y seguridad de los trabajadores y para el medio ambiente. Los trabajadores tienen derecho a tener una copia de las fichas de datos de seguridad, fichas que además deben estar a disposición de los trabajadores en el lugar de trabajo. Deben estar en el idioma oficial del país en el que

se comercialice la sustancia (en nuestro caso en castellano) e incluir la fecha de elaboración y los siguientes apartados:
- Identificación de la sustancia o preparado y de la sociedad o empresa, incluyendo los usos para los que está fabricada y para los que está desaconsejada, así como el teléfono de contacto en caso de emergencia.
- Identificación de los peligros. Debe distinguir claramente entre preparados peligrosos y no peligrosos, clasificar las sustancias o mezclas según el reglamento e incluir todo el contenido de la etiqueta.
- Composición/información sobre los componentes.
- Primeros auxilios.
- Medidas de lucha contra incendios.
- Medidas en caso de vertido accidental.
- Manipulación y almacenamiento.
- Controles de exposición/protección individual.
- Propiedades físicas y químicas.
- Estabilidad y reactividad.
- Información toxicológica.
- Información ecológica.
- Consideraciones sobre eliminación.
- Información sobre el transporte.
- Información reglamentaria.
- Otra información.

Sustancias químicas y efectos sobre la salud.
Sustancias químicas más peligrosas. Prácticamente todas las sustancias químicas utilizadas en las actividades industriales están presentes también en el ámbito sanitario. Las actividades desarrolladas en los grandes hospitales, centros de salud y establecimientos sociosanitarios, comprenden no sólo las específicamente sanitarias sino también otras que ponen a sus trabajadores en contacto con sustancias más propias de la industria (tareas de mantenimiento, cocina).

Las sustancias más comunes en nuestra actividad son:
- Agentes anestésicos inhalatorios: óxido nitroso, halotano, enflurano, isoflurano, sevoflurano y desflurano.
- Agentes esterilizantes: óxido de etileno.
- Alcoholes: metilalcohol, etilalcohol, isopropilalcohol, etilenglicol, propilenglicol.
- Aldehídos: formaldehído, glutaraldehído.

- Citostáticos: metrotexato, ciclofosfamida, vimblastina, docetaxel, vindesina.
- Disruptores endocrinos: alquilfenoles, bisfenol-A, dioxinas, disolventes (ej percloroetileno), estireno, ftalatos, bifenilos policlorados (PCB).
- Metales: mercurio, plomo.
- Residuos sanitarios.
- Amianto.
- Otros productos: pinturas, limpiadores, desinfectantes, disolventes, biocidas (insecticidas, plaguicidas).

Todos estos agentes químicos pueden producir una diversidad de efectos irritantes, alérgicos, tóxicos e incluso cancerígenos.

Efectos de la exposición a sustancias químicas sobre la salud.
La exposición a sustancias o productos químicos peligrosos viene caracterizada por ser de baja intensidad (bajas concentraciones) pero de larga duración, pudiendo abarcar incluso toda o gran parte de la vida laboral de un trabajador. Ello motiva que los efectos aparezcan a largo plazo, después de años o décadas de exposición y que su evolución sea muy lenta (insidiosa), tardando mucho tiempo en manifestarse los síntomas de la afectación. Se trata de enfermedades crónico-degenerativas, con largos periodos de evolución (latencia) y que se manifiestan en edades tardías, tales como la encefalopatía tóxica por disolventes o los diferentes cánceres por agentes químicos y sustancias peligrosas.

Principales riesgos químicos en el sector sanitario.
1. Agentes anestésicos e inhalatorios. Son una familia de agentes químicos muy volátiles, depresores del sistema nervioso central que producen pérdida de conciencia, de sensibilidad, de motilidad y de actividad refleja. Los gases anestésicos se utilizan en algunos procedimientos quirúrgicos tanto sobre humanos como sobre animales para aumentar el umbral de sensibilidad al dolor y eliminar el estado de vigilia. Los trabajadores expuestos son:
- Médicos anestesistas.
- Médicos especialistas quirúrgicos.
- Enfermeras yaAuxiliares de quirófano.
- Personal sanitario de salas de reanimación.
- Odontólogos y estomatólogos.
- Personal auxiliar de cirugía odontológica.

Lugares donde se utiliza:

- Quirófanos.
- Salas de reanimación.
- Salas de parto.
- Salas de exploraciones en las que se aplican gases anestésicos (endoscopias, dentistas, etc).

Los efectos para la salud. Existen estudios epidemiológicos que relacionan la exposición crónica a gases anestésicos con un incremento de abortos espontáneos en las mujeres expuestas antes y durante el embarazo y manifestaciones hepáticas, renales y neurológicas. Las medidas preventivas a llevar a cabo son:
- Actuaciones sobre el foco emisor: sustitución de equipos deteriorados; extracción localizada cerca del foco de emisión, si no puede utilizarse estación de anestesia.
- Actuaciones sobre el medio de propagación: la ventilación general del quirófano debe estar perfectamente regulada, lo cual contribuirá a la evacuación de los gases anestésicos residuales.
- Medidas organizativas: procedimientos de trabajo; mantenimiento preventivo; valoración de la exposición ambiental
- Actuaciones sobre el individuo: formación e Información; protección individual; vigilancia de la salud.

2. Agentes citostáticos. Los agentes citostáticos son sustancias citotóxicas diseñadas y utilizadas para causar disfunción celular, inhibiendo el crecimiento de las células cancerosas mediante la alteración del metabolismo y el bloqueo de la división y la reproducción celular. Este daño no es selectivo para las células tumorales, sino que afecta a todas las células del organismo, resultando efectos tóxicos adversos.

Áreas de exposición. La exposición a citostáticos se da fundamentalmente en:
- Servicios de farmacia (preparación).
- Plantas de hospitalización donde se administren (Oncología, Hematología y otras en menor medida).
- Hospitales de día (Oncología, Reumatología, etc).

Efectos para la salud. Las más importantes acciones tóxicas de estos medicamentos son:
- Tóxico para la reproducción.
- Carcinógeno.
- Mutágeno.

Además estos fármacos presentan efectos adversos como alteración corneal, cardiotoxicidad, hepatotoxicidad, nefrotoxicidad, hemorragias, irritante de piel y mucosas y emetizante (produce vómitos). Esto no quiere decir que todos los citostáticos produzcan estos efectos sino que cada uno puede producir alguno o varios de los efectos descritos. La toxicidad más manifiesta para quienes preparan estos medicamentos son las cutáneas o mucosas, reacciones de hipersensibilidad inmediata y de anafilaxia sistémica y las debidas a inhalación de aerosoles de tales productos afectando al tracto respiratorio.

Medidas preventivas. En la manipulación de citostáticos hay que considerar tanto los aspectos de protección del producto (asepsia) como la minimización de los riesgos que afectan al personal que los manipula, al enfermo y al medio. En el caso de la exposición laboral la combinación de medidas de protección colectiva con equipos de protección individual es la mejor forma de protección frente a diferentes posibilidades de contaminación. Además, como norma general, debe reducirse al máximo el número de personas que manejen citostáticos, especialmente en la preparación y no como sucedía tiempo atrás, en el que todo el personal de enfermería reconstituía estos fármacos en las plantas de hospitalización para su posterior administración.

Recomendaciones generales: en las áreas de trabajo donde pueda haber exposición a citostáticos: no se permitirá comer, beber, masticar chicle ni almacenar alimentos; se aconseja no utilizar maquillaje ni otros productos cosméticos que puedan prolongar una exposición prolongada en caso de contaminación. Se recomienda no utilizar lentillas; los guantes deben evitar su contacto con áreas susceptibles de contaminarse y en particular con la cara.

Formación e Información: la formación del personal que trabaja con citostáticos es un aspecto clave para evitar los riesgos laborales y garantizar la seguridad del paciente al limitar los posibles errores de medicación. Por ello se establecerá un programa de formación continuada que cubra aspectos como: riesgos potenciales de estos medicamentos, normas de manipulación, medidas de prevención, protección y actuación ante contaminaciones accidentales. Esta formación debe implicar a todo el personal en posible contacto con fármacos citostáticos.

Protección personal: el trabajador expuesto a citostáticos deberá estar cualificado, con conocimiento de los riesgos que corre sin la protección adecuada a estos medicamentos, así como de las condiciones que se exigen para la seguridad del paciente.

- Guantes: se utilizarán guantes en la preparación de medicamentos citostáticos,

administración de tratamientos, aseo y cambio de ropa de cama de pacientes en tratamiento con citostáticos, manipulación de excretas de pacientes que reciben tratamiento citostático, manipulación de los contenedores de residuos, limpieza de la zona de preparación de los citostáticos, preparación y envasado de dosis orales de medicamentos citostáticos, recogida y tratamiento de derrames. Se deberá realizar la higiene de manos antes de ponerse los guantes e inmediatamente después de quitarlos. Los guantes deberán cambiarse aproximadamente cada media hora cuando se trabaja continuamente con citostáticos.

- Bata: la bata de protección debe ser de un solo uso, de baja permeabilidad y debe emplearse: administración de tratamientos citostáticos con riesgo de salpicaduras, manipulación de excretas de enfermos que reciben tratamiento citostático, limpieza de la zona de preparación de citostáticos, preparación y reenvasado de dosis orales de medicamentos citostáticos, tratamiento de derrames.
- Gorro: en las salas "limpias" su uso es obligatorio. Debe ser desechable y debe colocarse antes que la bata.
- Mascarilla: usará mascarilla todo el personal que trabaje en el área de preparación. Las mascarillas que se deben usar son aquellas que protegen contra aerosoles y partículas y con la mayor capacidad de retención (tipo FPP3).
- Gafas: sólo son necesarias para protegerse en el tratamiento de derrames.
- Calzas o calzado específico: es también un requisito de las "salas limpias". Con ello se limita además la salida de posible contaminación hacia zonas externas. En caso de que se utilice calzado específico este debe ser lavable y esterilizable y deberá establecerse una sistemática de limpieza periódica.

Administración de citostáticos: el personal que lleve a cabo la administración debe estar instruido en el manejo de citostáticos e informado de sus riesgos. Es necesario que los citostáticos lleguen preparados requiriendo la mínima manipulación posible. Es necesario aplicar las siguientes medidas para el control del riesgo:

- Todas las jeringas de administración y equipos conteniendo citostáticos deben haber sido purgados durante la preparación y antes de administrar el compuesto.
- Se recomienda la aplicación de sistemas cerrados de administración.
- Se deberán utilizar guantes. Si se pueden generar aerosoles se deberá usar además mascarilla.
- Evitar las extravasaciones siguiendo una técnica de administración adecuada.
- Tras la administración no extraer los sistemas de infusión de los frascos o bolsas sino eliminarlos juntos. Los residuos generados en la administración deben disponerse en contenedores cerrados e identificados adecuadamente.

- Si fuese necesario partir comprimidos deberá hacerse en bolsas de plástico o cualquier otro sistema que evite la exposición a partículas.

Eliminación de excretas de los pacientes: la manipulación de excretas (básicamente orina y heces) de los pacientes constituye también un riesgo para los trabajadores. Dicho riesgo está en función de la semivida del agente en el organismo y de la vía principal de eliminación. Siempre se debe acudir a la información suministrada por el laboratorio fabricante del citostático. Como norma general se suele recomendar el empleo de equipos de protección individual.

3. Desinfectantes y esterilizares.
Los principales agentes químicos empleados en desinfección y esterilización son los siguientes:
- Agentes químicos en estado gaseoso: óxido de etileno, peróxido de hidrogeno, formaldehido.
- Agentes químicos en forma líquida: ácido peracético, glutaraldehído, formaldehido, alcoholes, compuestos halogenados, amonios cuaternarios.
- Líquidos en fase plasma: peróxido de hidrógeno, ácido peracético.

Riesgos: las características principales de estos agentes químicos son una alta actividad de reacción y una buena capacidad de penetración, para que el agente llegue a todos los puntos del objeto o material que pueden estar contaminados. Estas dos características son las que confieren a los agentes químicos desinfectantes y esterilizantes su potencial peligrosidad, siendo la mayoría irritantes para la piel y las mucosas. En el caso de los agentes gaseosos, la vía respiratoria, es la vía de entrada más relevante, en el caso de los agentes líquidos también puede tener relevancia la vía dérmica.

Medidas preventivas: la principal medida preventiva para evitar los riesgos asociados a los agentes gaseosos o en forma de plasma, es la utilización de sistemas cerrados, en los cuales el proceso de descontaminación se realiza aislado del entorno. En estos casos la mejor medida preventiva es el correcto funcionamiento de los equipos, por lo que un buen mantenimiento preventivo de los mismos es indispensable.

En cuanto a los desinfectantes líquidos, la medida preventiva más eficaz para evitar los riesgos asociados a su uso es la correcta manipulación de los mismos. Para ello deben seguirse las instrucciones del fabricante. Para la correcta manipulación deben usarse guantes y gafas certificadas como equipos de protección individual.

3.1. Óxido de etileno. Efectos para la salud:

- Exposiciones agudas: a nivel local el óxido de etileno es un irritante cutáneo-mucoso. Su exposición puede producir lesiones irritativas, conjuntivitis, quemaduras corneales, opacidades de córnea y cataratas. Se han descrito también sensibilizaciones alérgicas por contacto repetido con sintomatología de irritación de membranas mucosas y piel. A nivel general, el óxido de etileno puede desencadenar cuadros de intoxicación aguda dependiendo la gravedad de la intensidad, en cuanto a concentración de óxido de etileno existente. Estudios sobre la exposición al óxido de etileno manifiestan que a nivel local es un irritante cutáneo-mucoso irritando mucosas y conjuntivas, mientras que a nivel general puede ocasionar cuadros de intoxicación aguda, cuya gravedad dependerá de la intensidad de la exposición, apareciendo alteraciones gastrointestinales, respiratorias y edema pulmonar.
- Exposiciones crónicas: efecto mutagénico, se ha conseguido demostrar su poder mutagénico en humanos debido a que es una sustancia alquilante así como un aumento en la frecuencia de anomalías cromosómicas en los linfocitos de las personas expuestas crónicamente. No se han podido comprobar sus efectos teratogénicos en humanos. Respecto al poder carcinogénico comenzó a estudiarse en la década de los 70, aunque la evidencia epidemiológica es limitada, el amplio número de datos toxicológicos que demuestran el aumento de alteraciones genéticas debidas a exposiciones a óxido de etileno, incluso a bajo nivel llevaron a IARC a clasificar al óxido de etileno como cancerígeno de grupo 1 en 1994.

Medidas preventivas: el óxido de etileno es un gas extremadamente inflamable y tóxico en consecuencia habrá que tomar todas las precauciones necesarias, tanto durante su almacenamiento como su uso, así como tener un protocolo de actuación para casos de emergencia.

- Sustitución: la sustitución completa del óxido de etileno como esterilizante a baja temperatura de material médico quirúrgico no es posible a día de hoy. Así pues debe llevarse a cabo una política de minimización y racionalización en el uso del óxido de etileno, aplicándolo solamente a aquellos materiales no esterilizables por otros métodos.
- Actuaciones sobre el foco emisor: calidad de los equipos de esterilización y mantenimiento preventivo de los mismos; extracciones localizadas: Instalación de sistemas de extracción localizada en los puntos de generación del gas para su control. Todos los sistemas de extracción, una vez instalados deberán ser comprobados para verificar su eficacia.
- Procedimientos de trabajo: todo el proceso de trabajo y aquellas operaciones que supongan más riesgo deben estar programadas con criterios de eficacia, rapidez y

seguridad y deben estar escritas en procedimientos e instrucciones de trabajo. El material dentro de la cesta debe colocarse verticalmente y siempre de modo que coincida papel con plástico para facilitar la aireación. Se deben respetar siempre los tiempos de aireación recomendados y alargarlos lo máximo posible. El manejo de los equipos se hará siempre por personal adiestrado para su correcto uso, siguiendo siempre las instrucciones del fabricante. Se deben disponer de instrucciones por escrito de los pasos a seguir en caso de emergencia.

- Almacenamiento de cartuchos de óxido de etileno: debido a la inflamabilidad del óxido de etileno, se recomienda almacenar la mínima cantidad posible de cartuchos. Es recomendable ubicarlos en un lugar protegido de golpes o caídas, alejados de golpes de ignición y de calor y preferiblemente en un armario para inflamables. El cartucho vacío que se extrae del equipo no contiene óxido de etileno, ya que el propio equipo realiza la aireación, por lo que puede eliminarse como residuo urbano.
- Selección adecuada de los materiales a esterilizar.
- Valoración de la exposición ambiental: dado que el óxido de etileno es un ambiente químico cancerígeno se hace necesario el establecimiento de una estrategia de evaluación y control de la exposición ambiental que deberá cumplir con lo establecido en la normativa de prevención de riesgos laborales.
- Actuaciones sobre el individuo: todos los trabajadores potencialmente expuestos deben estar formados e informados de los riesgos que conlleva la exposición a óxido de etileno y de las medidas necesarias que se deben adoptar para la disminución o eliminación de dichos riesgos, de manera que los propios trabajadores estén en condiciones de asegurar que se toman dichas medidas. A pesar de que el contacto es poco probable, es aconsejable utilizar guantes para extraer la carga del esterilizador, debido al carácter irritante del óxido de etileno. Se deberán utilizar guantes certificados para protección contra agentes químicos. En condiciones de trabajo normales no se considera necesario el uso de equipos de protección individual de las vías respiratorias, salvo en caso de escape de consideración o de mal funcionamiento de alguno de los sistemas de control.

3.2. Glutaraldehido.

El glutaraldehido es un desinfectante de alto nivel muy extendido en el ámbito sanitario pero en los últimos años su uso está en claro retroceso debido a los riesgos para la salud que entraña su utilización. El glutaraldehido diluido (lo más habitual es al 2%) se utiliza como desinfectante de alto nivel para material médico-quirúrgico, se utiliza principalmente en la esterilización del material destinado a endoscopias (colonoscopios, broncoscopios, etc) y de otros aparatos o materiales delicados no resistentes al hipoclorito sódico, al calor o a otros tratamientos.

También se emplea en limpieza, desinfección y esterilización de superficies como suelos, paredes, armarios y mesas en quirófanos y zonas de alto riesgo. Finalmente, también se utiliza como fijador de muestras de tejidos y como componente de algunas disoluciones empleadas para el revelado en húmedo de placas radiográficas.

Áreas de exposición:
- Quirófanos (desinfectante de superficies o de material).
- Endoscopia (desinfectante de material).
- Unidades de Cuidados Intensivos (desinfectante de superficies o de material).
- Servicios de urgencias, consultas médicas hospitalarias y no hospitalarias (desinfectante de material).

Personal expuesto: el colectivo de trabajadores expuestos profesionalmente a glutaraldehído está encabezado por el personal encargado de las labores de limpieza de locales y de instrumental, que es el más directamente afectado.

Efectos para la salud: a las concentraciones de trabajo que se emplean habitualmente en el ámbito sanitario el glutaraldehído se considera un producto irritante. En exposiciones de corta duración y aún a bajas concentraciones (0,2ppm) produce irritación de ojos, mucosas y vías respiratorias superiores. La inhalación de vapores puede dar lugar a síntomas respiratorios y cefalea. En lo que se refiere al contacto dérmico, el contacto prolongado y repetido con la piel puede producir dermatitis y sensibilización. En contacto con los ojos en concentración inferior al 5% produce irritación, lagrimeo y enrojecimiento ocular, concentración superiores entrañan riesgo de lesión de la córnea.

Medidas preventivas:
- Sustitución: actualmente existen en el mercado diversas alternativas para la sustitución de glutaraldehído como agente desinfectante. En el caso de la desinfección de superficies se están empleando como sustitutivos diferentes compuestos del amonio cuaternario. En el caso de la desinfección de material está siendo sustituido con éxito por el ácido peracético.
- Actuaciones sobre el foco emisor: los recipientes que contengan glutaraldehído deberán permanecer cerrados y a ser posible herméticamente; cuando se realicen desinfecciones frecuentes se debe valorar la utilización de la vitrina de gases para realizar las operaciones de inmersión en glutaraldehído.
- Actuaciones sobre el medio de propagación: en las zonas donde se utilice glutaraldehído es necesario disponer de una ventilación general suficiente y adecuada a las necesidades de asepsia de la zona. La norma UNE100713:2005 instala-

ciones de acondicionamiento de aire en los hospitales, indica los requisitos mínimos en esta materia, por lo que es recomendable seguir sus indicaciones.
- Medidas organizativas: mantenimiento preventivo y revisiones de los equipos; valoraciones de la exposición ambiental; procedimientos de trabajo adecuados.
- Actuaciones sobre el individuo: formación e información; equipos de protección individual: guantes de nitrilo a ser posible de puño largo (puede usarse látex pero no se recomiendan guantes de neopreno o cloruro de polivinilo pues no son impermeables al glutaraldehído) y gafas de protección contra salpicaduras; vigilancia de la salud: reconocimientos médicos periódicos.

3.3. Ácido peracético.
Está considerado un desinfectante universal de acción rápida por lo que se utiliza también en el ámbito sanitario. Su actividad biocida es considerable y no deja residuos peligrosos. Es activo frente a un amplio espectro de microorganismos incluso a bajas concentraciones y bajas temperaturas por lo que es compatible con material termosensible y en presencia de materia orgánica.

Factores de exposición y medidas preventivas: la exposición del personal que realiza la desinfección depende en gran medida del sistema utilizado y de la presentación de la sustancia. La exposición durante la esterilización en lavadoras automáticas es muy baja, en cambio esa exposición aumenta cuando el método elegido es el de inmersión, ya que el operario debe manipular las disoluciones de ácido peracético, incluso en algunos casos preparar dichas disoluciones. De la misma forma las medidas preventivas para evitar la exposición del operario que deben adoptarse, dependerán principalmente del método de desinfección elegido.

Desinfección por inmersión. Este método se emplea para la desinfección manual de material que puede sumergirse. Para desinfección por inmersión se comercializan diversos productos entre ellos:
- Pera Safe (Dupont): es un producto en polvo que requiere preparar disolución. El fabricante indica que para preparar la solución hay que llevar guantes de látex y protección para ojos, ya que el producto está clasificado como irritante para la piel y ojos. También recomienda utilizar una mascarilla sencilla, sin indicar de qué grado de protección debe ser, para evitar la inhalación de polvo, ya que este puede producir irritación de las vías respiratorias. La protección para ojos debe llevarse para manipular la disolución, en prevención de salpicaduras, aunque la disolución no es irritante para los ojos y la piel. No recomienda otras precauciones especiales.
- Instrunet Anioxide 1000 (Laboratorios Inibsa): es un producto líquido de dos

componentes: un generador y un activador. Dado que el componente activador está clasificado como peligroso, es necesario adoptar una serie de medidas preventivas durante la preparación de la solución desinfectante para minimizar el riesgo durante su manipulación. Tanto para la preparación de la disolución como para su manipulación durante la inmersión de los materiales a esterilizar deben realizarse en lugares ventilados para evitar la acumulación de gases provenientes de la reacción de generación del ácido. Las cubetas donde se realice la desinfección deben tener tapa, a ser posible hermética, para evitar que pasen al ambiente del local los vapores de la disolución. Tanto para la preparación como para la manipulación deben utilizarse guantes de protección, es recomendable la utilización de gafas protectoras en prevención de posibles salpicaduras.

Esterlización automática: dado que tras el proceso se realiza un lavado de la disolución esterilizante, en principio no quedan restos de agentes químicos peligrosos en los objetos esterilizados. En este sistema podría haber contacto durante el cambio de bidones de los preparados, por lo que los riesgos están asociados a la manipulación de los mismos.

3.4. Peróxido de hidrógeno.
El peróxido de hidrógeno se presenta comercialmente en disoluciones que varían entre el 3 y el 90%. Estas disoluciones normalmente llevan incorporadas sustancias estabilizantes para evitar la descomposición catalítica del producto.

Uso en el ámbito sanitario. El gran poder de desinfección que posee el peróxido de hidrógeno, debido a la liberación de radicales libres OH que destruyen las membranas celulares, hacen que se utilice en la desinfección y esterilización hospitalaria y se use muchas veces como sustituto del glutaraldehído. Es activo frente a bacterias vegetativas, hongos, virus, micobacterias y esporas según la concentración. Se emplea en soluciones acuosas del 3 al 6% para desinfectantes de uso tópico y del orden del 35% para sistemas de esterilización automáticos.

Riesgos para la salud: el peróxido de hidrógeno puede ser peligroso si se ingiere, se inhala o por contacto con la piel o los ojos. Inhalar vapores de las soluciones concentradas (superior al 10%) puede producir grave irritación pulmonar. La ingestión de soluciones diluidas puede producir vómitos, irritación gastroinstestinal, distensión gástrica. Ingerir soluciones más concentradas puede producir rápida pérdida de conocimiento seguido de parálisis respiratoria. El contacto con la piel puede producir irritación y descoloramiento pasajero de piel y cabello. El contacto con soluciones concentradas puede producir graves quemaduras de piel y ampollas. El contacto de una solución de concentración del 3% con los ojos puede

causar dolor e irritación leve, sin embargo, las lesiones graves son raras. La exposición a soluciones más concentradas puede producir ulceración o perforación de la córnea.

3. 5. Otros desinfectantes y esterilizantes.

3.5.1. Alcoholes.

Son los desinfectantes de uso tópico más conocidos y universalmente utilizados, especialmente para desinfección de piel y son especialmente eficaces cuando a continuación se aplica un yodóforo. Además se emplean para desinfección superficial de termómetros, agujas, equipos de anestesia y otros instrumentos, preparación quirúrgica del paciente y lavado quirúrgico del personal sanitario.

3.5.2. Alcohol etílico (etanol).

Se emplea a diferentes concentraciones disuelto en agua, especialmente para la desinfección de piel. Su poder alergizante es extremadamente bajo. En aplicaciones repetitivas tiene un efecto desecante en piel. En caso de vaporización puede ser irritante de mucosas.

3.5.3. Alcohol isopopílico (isopropanol).

Es utilizado también como desinfectante de uso tópico en concentraciones del 70% en agua, con una efectividad equivalente a la del etanol, aunque conlleva más riesgos para la salud. También se halla presente como componente de algunos desinfectantes de superficie. Puede causar irritación de ojos y mucosas y el contacto con la piel puede dar lugar a erupciones cutáneas. También es una sustancia inflamable.

Medidas preventivas:

- Tras el contacto del alcohol isopropílico con la piel se debe proceder al lavado con agua y se debe quitar la ropa humedecida con el desinfectante.
- Informar de los riesgos de la sustancia a los trabajadores que la utilizan.
- En determinadas operaciones es recomendable la utilización de equipos de protección individual como guantes y gafas o pantallas de protección (riesgo frente a salpicaduras)
- Los recipientes con alcoholes deben almacenarse conforme a las normas de productos inflamables, manteniéndose en recipientes cerrados, evitando la exposición al sol y a fuentes de calor.

3.5.4. Compuestos fenólicos.

Los compuestos fenólicos son un grupo muy extendido y heterogéneo de desinfectantes en el que las propiedades germicidas, tóxicas, farmacológicas y químí-

cas varían ampliamente. Hoy en día el fenol (hidroxibenceno) dada su elevada toxicidad, ya no se utiliza. No obstante, diferentes compuestos fenólicos constituyen la base de muchos desinfectantes corrientes, empleándose a veces para sustituir a los hipocloritos. Son utilizados en la desinfección de superficies y material no poroso. El fenol y sus derivados son irritantes para la piel y mucosas respiratorias y oculares. Tienen efecto alergénico y fotosensibilizante, pueden provocar la aparición de pulso irregular, convulsiones, coma e incluso la muerte, este es el motivo por el que algunos como el hexaclorofeno se han retirado del mercado.

Medidas preventivas:
- Sistemas de ventilación general forzada y extracciones localizadas en algunas operaciones.
- Tras el contacto con la piel, se debe proceder al lavado con jabón o detergentes suaves y se debe quitar la ropa humedecida con el desinfectante.
- Informar de los riesgos de la sustancia a los trabajadores que la utilizan.
- En determinadas operaciones es recomendable la utilización de equipos de protección individual como guantes y gafas o pantallas de protección (frente al riesgo por salpicaduras).

3.5.5. Hipoclorito sódico. Comúnmente llamado lejía, es el desinfectante de rutina de pavimentos, lavabos, aseos o zonas de preparación de alimentos. También se utiliza en la desinfección de aparatos de diálisis o en el tratamiento de aguas. Como desinfectante general se utiliza a una concentración de 1gr/l, en caso de salpicaduras de sangre o presencia de materia orgánica se usa más concentrado, a 10gr/l de cloro libre, concentración necesaria para destruir las micobacterias. Los hipocloritos son baratos y de acción rápida pero ha de tenerse en cuenta que se inactivan en presencia de materia orgánica, deterioran los metales y son muy inestables.

Riesgos para la salud: las soluciones de hipoclorito sódico que contienen concentraciones de cloro libre superiores al 10% deben considerarse corrosivas. A concentraciones de 0,5 ppm puede producirse irritación de mucosas, tos, estornudos, goteo nasa y otros problemas respiratorios leves. La bibliografía que trata sobre la manipulación del hipoclorito de sodio recomienda que hay que tomar precaución al manejar dicha sustancia ya que cuando es inhalado irrita membranas mucosas de nariz y garganta, pudiendo causar cuadros alérgicos y hasta daño pulmonar; al contacto con la piel puede llegar a irritarla o producir dermatitis; al contacto con los ojos puede producir quemaduras severas y daños a las córneas; cuando

se ingiere puede causar perforación de la boca, esófago y estómago, pudiendo llegar al shock, coma y en casos severos la muerte.

Medidas preventivas:
- No mezclar con productos incompatibles como ácidos fuertes, amoniaco o formaldehído. No emplear con agua caliente.
- Utilizar guantes de protección.
- Es recomendable utilizar gafas de protección contra las salpicaduras.
- El personal que trabaja con este producto debe estar bien informado de los riesgos y de las incompatibilidades del mismo.
- Las personas que padecen asma o bronquitis deben abstenerse de cualquier contacto con el cloro.

3.5.6. Cloramina T (cloramicina).
Esta sustancia está clasificada como irritante: irrita ojos, piel y las vías respiratorias. Debido a la irritabilidad, debe manipularse en lugares ventilados y con guantes y gafas de protección. Si llegase a formarse polvo debería usarse una mascarilla de protección respiratoria con filtro, al menos de tipo FPP2.

3.5.7. Compuestos del amotino cuaternario.
Estos compuestos en soluciones concentradas del 10% y mayores son tóxicos, causan la muerte si administran internamente y grave irritación cutánea y ocular si se administran externamente. Con las precauciones y normas de manejo habituales la probabilidad de que se produzcan estos efectos es remota, porque se emplean en diluciones muy elevadas. A una concentración del 0,1% son irritantes para la piel por su capacidad de solubilizar las membranas lipídicas, algunos producen dermatitis profesional y sensibilización cutánea y también asma. Debido a estos riesgos, deben manipularse con guantes de protección y es recomendable utilizar gafas o máscara de protección para protegerse de eventuales salpicaduras.

3.5.8. Yodo y yodóforos.
El contacto prolongado o repetido con la piel puede producir dermatitis. En este caso es recomendable usar guantes de protección.

3.5.9. Biguanidas. Clorhexidina.
Los efectos agudos por ingestión o inyección accidental están asociados solamente a concentraciones altas. Es tóxica cuando se instila en el oído medio y produce daño de córnea cuando se instila en los ojos. Dado la baja peligrosidad de los preparados comerciales más utilizados, deben observarse medidas de prevención generales y deben seguirse las instrucciones de uso recomendadas por el

fabricante. También es recomendable el empleo de guantes y gafas de protección para evitar posibles salpicaduras.

3.5.10. Formaldehído.

Uso en el ámbito sanitario. El formaldehído se utiliza como esterilizante y desinfectante de alto nivel en limpiezas superficiales, junto con otros aldehídos, aunque estos dos usos no son habituales en los servicios de salud. Además se utiliza en su forma gaseosa como esterilizante de cabinas de seguridad biológica. No obstante, esta actividad se realiza habitualmente por personal de mantenimiento externo.

Áreas de exposición. Se utiliza principalmente en:
- Servicios de anatomía patológica.
- Quirófanos y salas de partos.

En menor medida también se utiliza en:
- Centros de salud y ambulatorios.
- Consultas o gabinetes de especialidades donde se obtienen muestras que precisan su conservación en formol.
- Genética.
- Esterilización (disoluciones al 2% de formaldehído).

Efectos para la salud: en el medio laboral la principal vía de exposición es la inhalatoria, ya que es una sustancia muy volátil y se deposita fácilmente en las vías respiratorias, principalmente en las superiores. Al utilizarse en disolución acuosa, también existe riesgo por contacto, pero la absorción cutánea es reducida.
- Efectos irritantes: a bajas concentraciones en el ambiente, el formaldehído provoca irritación ocular, del tracto respiratorio y de la piel. La inhalación a altas concentraciones provoca severa irritación del tracto respiratorio e incluso la muerte. Por ello la concentración cuantificada actualmente como peligrosa para la vida y la salud es de 20ppm.
- Efectos alérgicos: se han descrito irritaciones primarias de piel y dermatitis de tipo alérgico desencadenadas por contacto directo con formaldehído.
- Efectos cancerígenos: se han realizado numerosos estudios sobre aparición de cáncer en trabajadores expuestos a formaldehido. Uno de los más importantes muestra un aumento de los cánceres nasofaríngeos (aunque en un bajo número de casos).
- Otros efectos: fatiga, dolor de cabeza y alteraciones del sueño. Efectos neurológicos: vértigo, pérdida de equilibrio, falta de concentración, etc.

Medidas preventivas:
- Sustitución: la principal medida preventiva es la sustitución del formaldehído por otro agente químico cuyos efectos para la salud sean menos nocivos.
- Medidas de protección sobre el individuo: la formación del profesional es un aspecto imprescindible en el marco preventivo. Los trabajadores deben utilizar equipos de protección individual: guantes de nitrilo, gafas de protección panorámicas estancas de protección frente a gases, vapores y gotas de líquidos, ropa de protección parcial (mandiles, batas) con buena resistencia a la permeación frente a formaldehido y máscaras con filtro específico frente a formaldehido. En las tareas en las que existe riesgo de salpicaduras y proyecciones, tales como vertidos o trasvases importantes se deberán utilizar además pantallas faciales y en su caso ropa de protección química con buena resistencia a la permeación frente a formaldehído.
- Vigilancia de la salud: con la finalidad de identificar problemas de salud derivados de la exposición a formaldehído y evaluar las intervenciones preventivas, se establecerá una vigilancia periódica de los trabajadores profesionalmente expuestos, de acuerdo con los protocolos y directrices de vigilancia de la salud.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de haber podido encontrar por parte de gobiernos y comunidades algunos protocolos de actuación sobre prevención de riesgos químicos, estos son muy limitados, superficiales y/o poco específicos. Además, hallar aquellas propias y especialmente orientadas al riesgo en personal sanitario, nos es mucho más complicado si cabe. Y aquellos que encontramos tratan solo una parte del tema o incluso debemos consultar varios protocolos para completar la información.

Este análisis nos hace plantearnos si sería necesario establecer guías que aunaran estos conocimientos y protocolos de actuación que fueran comunes a todas las comunidades y al gobierno central, para que todos los profesionales, independientemente de la localización de su trabajo dentro del Estado Español, siguieran las mismas normas de actuación, permitiendo así una mayor seguridad en sus puestos de trabajo y una mejora de condiciones laborales.

6 Bibliografía

- Vainio, H. (1982)Inhalation anesthetics, anticancer drugs and sterilants as chemical hazards in hospitals. Scand J WorkEnvironHealth, 8(2), pp.94-107
- Briseño, C.E., Herrera, R. N., Enders, J. E., Fernández, A. R. (2006).FACTORES DE RIESGOS QUÍMICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. Enfermería Global, 9 (5), pp. 1-10.
- Hayes, J. P., & Fitzgerald, M. X. (1994). Occupational asthma among hospital health care personnel: a cause for concern?. Thorax, 49(3), 198–200.
- Okoshi, K., Kobayashi, K., Kinoshita, K. y otros. (2015).Health risks associated with exposure to surgical smoke for surgeons and operation room personnel. Surg Today 45 (8), pp. 957-965.
- Green, CJ. (1981). Anaesthetic gases and health risks to laboratory personnel: a review. Laboratory Animals, 15(4), pp. 397–403.
- CCOO Andalucía. (10 marzo,2015). Enfermedades por agentes químicos. Campaña ponle cara a la enfermedad. Tu salud no está en nómina.
- Servicio Andaluz de Salud (2011). Prevención de riesgos químicos en el personal sanitario y de limpieza: Detergentes.
- Servicio Andaluz de Salud (2011). Prevención de riesgos químicos en el personal sanitario y de limpieza: Peróxidos.
- Servicio Andaluz de Salud (2011). Prevención de riesgos químicos en el personal sanitario y de limpieza: Persulfatos.
- Junta de Andalucía (sf). Prevención de riesgos laborales en sanidad.
- Instituto Aragonés de Seguridad Y salud Laboral. (2017). Memoria 2017. Gobierno de Aragón
- García, E., Juanes, Y., Rozada, MC., Arias, S., Blanco, NM., Alonso, MA.,Iglesias, L .(sf). Mapa de riesgo químico en Asturias.Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales
- Juanes, Y., Caso, LM., García, E. (2014). Alerta de agentes químicos cancerígenos y mutágenos.Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- García, B. (2006). Los productos químicos como factor de riesgo.Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- Garcia, E., García, O., Juanes, Y., Lobo, V., Vega, R.(2012). Mapa de riesgo químico en Asturias: Sector Sanitario.Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales
- Servicio de Prevención de la Universidad de las Islas Baleares (2016). Prevención de Riesgos en Laboratorios de investigación y de prácticas.Universidad de las Islas Baleares

- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (2016). Manual de Prevención de Riesgos Laborales.Servicio Cántabro de Salud
- Sánchez, S., Martínez, A., Sánchez, MN., Amorós, A., Caballero, P., Conejo, R.,… Mata, J. (2018) Guía de actuación frente al riesgo de exposición a medicamentos peligrosos para los trabajadores del servicio de Salud de Castilla- La Mancha. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- SESCAM (2018) Guía de actuación frente al riesgo de actuación frente al riesgo de exposición al formaldehído de los trabajadores del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- Servicio técnico de asistencia preventiva de UGT Castilla y León (2009). El riesgo químico: Eliminación, envasado y etiquetado de productos químicos. UGT Castilla y León
- CCOO de Castilla y León (2011) Guía básica de Riesgos Específicos en el Sector Sanitario.
- UGT-FICA Catalunya (2018) Exposición a productos químicos en los lugares de trabajo.
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (sf) Manual para la prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico de Barcelona
- Mateos, J., Campos, RM., Rodrígues, M., Miranda, MD., Montero, E., Amores, FJ. (2010).Información inicial sobre Prevención de Riesgos Laborales. Gerencia del Área de Salud de Cáceres
- Área de Salud de Plasencia (sf). Prevención de Riesgos Laborales. Recuperado de: http://www.areasaludplasencia.es
- González, MC., Peteiro, MF. (2013). Riesgo Químico: Guía básica de productos.CIG Saúde Laboral.
- Ferrón, L.(2017). Buenas prácticas en prevención de riesgos laborales: manual de seguridad en el laboratorio. Xunta de Galicia
- Servicio Riojano de Salud (2004) Plan de prevención de riesgos laborales del Servicio Riojano de Salud.
- Rioja Salud (sf).Prevención de riesgos laborales en el sector sanitario. Gobierno de La Rioja. Recuperado de: https://www.riojasalud.es/profesionales/prevencion-de-riesgos/872-prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-sector-sanitario?showall=1
- Mancheño, MC., Izquiero, MA., Martín, A., Rodríguez, A. García, A.(2006). Exposición laboral aproductos químicosen la comunidad de Madrid. Unión Sindical de Madrid Región de CCOO.
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (2017). Medidas Generales de Prevención de Riesgos Laborales para Trabajadores del Hospital Universitario La

Princesa.
- Universidad de Murcia (sf) Prevención de Riesgos en Laboratorios. Prevención de riesgos específicos en centros educativos.
- Fernández, JE., Sánchez, AP., Marín, MA., Ros, JM. (2010). Guía básica de prevención de riesgos laborales.Consejería de Economía y Hacienda de la Región de Murcia.
- Consejo Asesor Regional de Formación Profesional de la Región de Murcia (2010) Manual básico de prevención de riesgos laborales para la familia profesional Sanidad. Región de Murcia.
- Rezquin, J., Eransus, J., Bosch, C. (2002) Productos químicos y salud laboral. Gobierno de Navarra
- Aguilar, A., Razquin, J. (2013). Perspectiva de género en la evaluación del riesgo químico por exposición a alteraciones endocrinas. Instituto Navarro de Salud Pública. Gobierno de Navarra.
- Salud Laboral del Hospital de Donostia. (2006). Prevención de riesgos asociados a productos químicos. Hospital de Donostia.
- Martín, MA. (2014). Riesgos específicos y su prevención en el sector correspondiente a la actividad de la empresa. Generalitat Valenciana.
- García, MC., Cañizares, JM., Escrig, A., Palop, A., Pérez, J., Sastre, J. (2004). Manual de procedimientos: Protocolos de prevención de riesgos laborales. Generalitat Valenciana
- Domínguez, JM., Ortega, G., Martínez, ML., García, J., de la Vega, L., Fernández, MT. (2011) Manual de PRL del INGESA. Hospital Universitario de Ceuta.
- Domínguez, JM. (2012). Exposición a agentes químicos en el ámbito hospitalario.. Hospital Universitario de Ceuta
- Consejería de Administraciones Públicas. (sf). Protocolo de Trabajo con Productos Químicos. Ciudad Autónoma de Melilla.
- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo (2009). Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición durante el trabajo a agentes cancerígenos mutágenos. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Real Decreto 374/2001 de 6 de abril. Boletín Oficial del Estado núm. 104, 1 de mayo de 2001.
- Arana, D., Blanco, C., Caldés, A., Gallego, E., Martín, J., Méndez, P.,… Torrado, S. (2010) Agentes químicos en el ámbito sanitario. Instituto de salud Carlos III. Ministerio
- Tseng, H., Lui, S., Uang, S., Yang, L.,Lee, S., Liu Y., Chen, D. (2014).Cancer risk of incremental exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons in electrocautery

smoke for mastectomy personnelWorld Journal of Surgical Oncology, 12, 31

Capítulo 154

EL SÍNDROME DE EDWARDS O TRISOMIA 18

ROSA MARIA ALONSO MESA

BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ

CARMEN QUINTANA IGLESIAS

1 Introducción

Enfermedad cromosómica rara en la que hay un cromosoma más en el par 1. Cada trisomia esta asociada a un retraso en el crecimiento, retraso mental y diversas anomalías congénitas. Aunque suelen tener un fenotipo fácil de distinguir y es un síndrome polimórfico por la existencia de tres cromosomas en el cromosoma 18.

2 Objetivos

- Determinar el tipo de anomalías que dan lugar a tener un cromosoma de más.
- Describir cuando incrementa el riesgo.

3 Metodología

Realizamos búsqueda bibliográfica, sobre publicaciones en internet en base de datos como Dialnet, en las que aparecen artículos relacionados con esta trisomía. Las bases de datos consultadas han sido: Scielo, Pubmed, Medline, Cochrane,

Latindex, Google Académico, Dialnet. Las palabras seleccionadas en las bases de datos fueron: síndrome, Edwards, trisomía 18, tamizaje prenatal. Se seleccionaron artículos en los que se incluyen párrafos a texto completo y en diferentes idiomas.

4 Resultados

Esta trisomía se da más en niñas y suelen tener una alta mortalidad, aunque sobreviven más que los niños. Las principales causas de fallecimiento son cardiopatías congénitas, apneas, neumonía. Este síndrome, se caracteriza son por presentar las anomalías siguientes: boca pequeña, hipoplasia mandibular, labios y paladar hundido.

A partir de los 35 años a la mujer gestante o de edad avanzada, para detectar estas anomalías cromosómicas, se remiten al servicio de genética para realizar un estudio citogenético, en caso de no ver claro los resultados se deriva a un diagnóstico prenatal mediante amniocentesis.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Edwards supone una entidad con una presentación no despreciable en nuestro entorno. Un adecuado conocimiento de la patología permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6 Bibliografía

- http://paulahenry1.hubpages.com/hub/Edwards-Syndrome-Trisomy-18
- Janice G. Edwards, Richard R. FerranteRevista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down, ISSN 1132-1911, Nº. 102, 2009, págs. 86-90
- Domingo García Pérez, H. Lavín Rapp, Mercedes Zapatero Martínez, R. Gil RivasBoletín de la Sociedad Canaria de Pediatría, ISSN 0037-8410, Nº. 3, 1975, págs. 201-206
- http://www.rightdiagnosis.com/e/edwards_syndrome/prevalence.htm
- Moisés Huamán G., Alberto Sosa OlavarríaRevista Peruana de Ginecología y Obstetricia, ISSN-e 2304-5132, ISSN 2304-5124, Vol. 63, Nº. 1, 2017, págs. 89-92
- S. Gimeno Martos, C. Cavero Carbonell, A. López Maside, S. Bosch Sánchez, C. Martos Jiménez, O. Zurriaga; Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la

Asociación Española de Pedia-tría (AEP), ISSN 1695-4033, ISSN-e 1696-4608, Vol. 84, Nº. 4, 2016, págs. 203-210
- David Antón Martínez, Miguel Boronat García, María Soledad del Pozo Luen-go, Isabel López Expósito, Juan Antonio Bafalliu Vidal, Ascensión Vera Car-bonell, José María Egea Mellado, Francisco Ruiz Espejo, Pedro Martínez Her-nández, Francisco Gerardo Cañizares HernándezRevista del laboratorio clínico, ISSN-e 1888-4008, Vol. 3, Nº. 3, 2010, págs. 97-103

Capítulo 155

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ

CARMEN QUINTANA IGLESIAS

ROSA MARIA ALONSO MESA

1 Introducción

Es un trastorno que se caracteriza por la tensión arterial alta y suele ser muy común en cualquier momento del embarazo, entre el 10 y 15%, y existen dos casos que hay que tener en cuenta cómo la preeclampsia y la eclampsia. Se suele manifestar en la semana veinte de gestación, en el caso que la mujer gestante no fuese previamente hipertensa y que no presentase ningún síntoma de preeclampsia y eclampsia. Suelen aparecer con edemas, aumento de la tensión arterial, convulsiones tónico-clónicas en el embarazo, parto o puerperio.

Una vez que aparece, la hipertensión gestacional generalmente permanece durante el resto del embarazo, pero tiende a desaparecer en las primeras 12 semanas después del parto. Los factores que influyen son la edad, tener menos de 20 años y más de 35 años, obesidad, antecedentes de diabetes mellitus, embarazos múltiples. Según la Organización Mundial de la Salud, el 16% de las muertes maternas a nivel mundial presentan hipertensión en el embarazo, y en México el promedio de esta patología esta entre el 10 y 14%. Es una de las causas de fallecimiento por la hipertensión gestacional

2 Objetivos

- Describir los factores de riesgo de la hipertensión gestacional durante el embarazo y la preeclampsia, eclampsia y como poder prevenirlos y detectarlos a tiempo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos sobre la hipertensión gestacional. Se tomaron criterios de exclusión del idioma, solo textos en español y en los métodos de inclusión, se destacó lo más relevante en las búsquedas realizadas y con un intervalo de tiempo entre 2000-2011. Se obtuvieron unas 10 referencias localizadas, las que eran de mayor importancia para analizar. Se ha analizado una tesis, de las que consideramos de más importancia, ya que es un estudio observacional, asociativo que evaluó los registros de las gestantes atendidas con hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia en hospitales de otros país y del mundo.

4 Resultados

Dentro de la hipertensión gestacional debemos destacar otros factores de riesgo:
- Hipertensión gestacional: definida como una presión arterial superior a 140/90 mmHg.
- Preeclampsia: hipertensión gestacional (presión arterial > 140/90), y proteinuria (>300 mg en orina de 24 horas). La preeclampsia severa implica una presión arterial superior a 160/110 mmHg y con síntomas adicionales.
- Eclampsia: convulsiones es una paciente con preeclampsia.
- Síndrome HELLP: anemia hemolítica, enzimas hepáticas y trombocitopenia.
- La Esteatosis hepática aguda del embarazo se incluye en ocasiones dentro del espectro de la preeclampsia.

La preeclampsia y eclampsia son en ocasiones tratadas como componentes de un mismo síndrome. Los factores de riesgo más importantes son el aumento de la tensión arterial, presencia de proteína en la orina, edemas, también hay otros síntomas como son naúseas, convulsiones (eclampsia), aumento elevado de peso en pocos días y otro factor de riesgo importante es que haya tenido otro embarazo previo con preeclampsia. Además tener antecedentes familiares con preeclampsia, haber tenido previamente problemas de hipertensión o enfermedad renal,

sobrepeso u obesidad.

Hay varios tipos de preeclampsia: leve, cuando el feto no está preparado para el alumbramiento, esta se puede controlar bien y suele manifestarse con hipertensión arterial, retención de líquidos y proteínas en la orina. La grave, donde ya se administra sulfato de magnesio para evitar las convulsiones (eclampsia), bajar la tensión arterial si esta muy elevada y se debe administrar a la gestante corticoides para que los pulmones del feto maduren. En caso de que esté el feto suficientemente maduro se puede inducir el parto.

Con un diagnóstico de una preeclampsia severa, los síntomas que manifiesta son dolor de cabeza, visión borrosa, incapacidad para tolerar la luz, fatiga, náuseas, vómitos, oliguria. También puede dar lugar a eclampsia, síndrome HELLP, y muerte tanto para la mujer como para el feto. Hay que tener un estricto control sobre la enfermedad. Esta enfermedad afecta entre un 5 y 10% de las mujeres gestantes, con estudios y pruebas diagnósticas, como hemograma, analítica de orina, y una evaluación del feto mediante ecografía, y así detectar la enfermedad y tener controlada la enfermedad para que no surjan complicaciones.

El tratamiento de la hipertensión gestacional consistirá en el aumento de calcio, potasio y magnesio. Con dieta normosódica evitando el consumo de sal. Con la restricción de sodio no ha demostrado cambios significativos en la presión sanguínea, pero sí puede tener efectos nocivos sobre la secreción renal de renina. El uso de diuréticos solo está aconsejado ante casos de hipertensión arterial severa, por el riesgo de causar hipoperfusión placentaria y distrés fetal. Se hará un control de proteínas como prevención y se controlará el aumento de peso y consumo de líquidos, especialmente para el tercer trimestre.

La hipertensión gestacional tiene que ser monitorizada estrictamente para identificar rápidamente la aparición de preeclampsia y sus complicaciones severas como el síndrome HELLP y la eclampsia. Las opciones terapéuticas son limitadas, debido a que muchos antihipertensivos pueden afectar al feto; la metildopa, hidralazina y labetalol son los medicamentos usados con más frecuencia en la hipertensión severa.

Con los síntomas que se manifiesta la hipertensión gestacional, existe también una preeclampsia post-parto que a veces son los mismos síntomas que tiene la preeclampsia durante el embarazo. Las complicaciones de esta preeclampsia suelen ser como la otra: edema pulmonar, accidente cerebro vascular, tromboembolia, síndrome de HELLP. Para el diagnóstico de esta preeclampsia post-parto

se realizan analíticas de sangre y de orina y las recomendaciones son las mismas que la preeclampsia del embarazo. El tratamiento que se suele prescribir ante esta patología son medicamentos para bajar la hipertensión arterial y para prevenir las convulsiones y todo ello con un control estricto.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir la hipertensión gestacional es muy importante acudir a todos los controles del embarazo con la matrona y el ginecólogo, las ecografías, porque de ello también depende que se pueda evitar la preeclampsia o cualquier otra complicación. También es importante reducir el consumo de sal, tabaco, cafeína y llevar una dieta equilibrada y variada.

También es recomendable hacer ejercicio que sea de bajo impacto, beber agua, alternar todo ello con un buen descanso y seguir todas recomendaciones de la matrona y el ginecólogo. Para que esto disminuya es importante enseñar a la gestante, familia y comunidad sobre los signos de peligro durante la gestación y la presentación a tiempo a su centro de salud, para el cuidado prenatal y asegurar una buena del evolución del embarazo.

6 Bibliografía

- Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL (2007). «33». Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies (5 edición). Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone. ISBN 0443065721.
- Vintch, Janine; Bongard, Fred S.; Sue, Darryl Y. (2008). Current diagnosis & treatment critical care. McGraw-Hill Medical. p. 807. ISBN 0-07-143657-X.
- Torresani,M;Somoza M. Lineamientos para el cuidado nutricional. 2°ed. Buenos Aires. Eudeba. 2005
- Drife JO, Magowan (eds). Clinical Obstetrics and Gynaecology, chapter 39, pp 367-370. ISBN 0-7020-1775-2.
- Milos Sucksdorf, María V.; Strada, Bruno N.; Abud, Atilio M.; Alessandría, María C.; Gastaldi, Gonzalo; Quaino, Florencia D.; et al.,2017). Análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de estados hipertensivos del embarazo. Revista de la federación argentina de cardiología (Argentina) 46 (4). ISSN 1666-5694
- Rosas-Peralta, Martín; Borrayo-Sánchez, Gabriela; Madrid-Miller, Alejandra; Ramírez-Arias, Erick; Pérez-Rodríguez, Gilberto (2016). «Hipertensión durante el

embarazo: el reto continúa». Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (México) 54 (Supl 1): S91-S111. ISSN 0443-5117.
- Vernaeve, Valérie; Figueras, Francesc; Vassena, Rita; Rodríguez, Amelia; García, Désirée; Blázquez, Anna (2016). Is oocyte donation a risk factor for preeclampsia. A systematic review and meta-analysis». Journal of Assisted Reproduction and Genetics (en inglés) 33 (7): 855-863
- JOSE PACHECO. Hipertensión inducida por el Embarazo Nuevos Conceptos. Ginecología y Obstetricia - Vol. 41 Nº1 (1995)
- Usandizaga Beguiristáin J.A, De la Fuente P. Obstetricia y Ginecología. En: Usandizaga J.A: Hipertensión y embarazo. Madrid: Marbán; 2010. p.445-464
- Cabero RL, Saldívar Rodríguez, Cabrillo Rodríguez E. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. En: Llurva OE, Cabero RL: Prevención y tratamiento de los estados hipertensivos del embarazo. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p.663-671

Capítulo 156

EL SINDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS O ENFERMEDAD DE WILLIS-EKBON

BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ

CARMEN QUINTANA IGLESIAS

ROSA MARIA ALONSO MESA

1 Introducción

Es un trastorno neurológico que da lugar a reacciones como picores, sacudidas, nerviosismo, hormigueo, pinchazos, calor y dolor en las extremidades inferiores cuando se está en reposo o relajado y suele aparecer mayormente por la noche. Los movimientos de las extremidades inferiores según sea el grado, moderado o severo, tienen dificultad para dormir y mantener el sueño y en muchos casos deriva en agotamiento, falta de concentración, alteración del estado de ánimo, pérdida de memoria, depresión y ansiedad.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente acerca del síndrome de Willis-Ekbon.

3 Metodología

Realizamos búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, en base de datos como Dialnet en la que aparecen artículos relacionados con este síndrome. Las bases de datos consultadas han sido: Scielo, Pubmed, Medline, Google Académico, Dialnet. Las palabras que seleccionamos en la base de datos fueron: síndrome, piernas inquietas, dopamina, neuropatía, Willis-Ekbon. Se seleccionaron los artículos más relevantes sobre este síndrome y en diferentes idiomas.

4 Resultados

Este síndrome puede deberse a un trastorno del sistema neurológico que es el encargado de generar dopamina, que controla el movimiento y provoca los síntomas de las piernas inquietas. Se encuentran distintos tipos de este síndrome que es conocido también como enfermedad de Willis-Ekbon y pueden ser:
- Primario o familiar.
- Secundario: resultado de otra enfermedad.
- Idiopático: de causa desconocida.

Para conocer el diagnóstico de este síndrome se hace un examen neurológico y se siguen también unos criterios que tienen que estar presentes para su diagnóstico, realizar analítica, estudio del sueño (polisomnografía). Una vez que esté diagnosticada esta enfermedad, el tratamiento que se suelen administrar son dopaminérgicos en pequeñas dosis que se van subiendo o ajustando poco a poco o parches, para poder tener una mejor calidad de vida y mejorar los síntomas.

Las personas que padecen esta enfermedad deben mantenerse bien informados sobre su enfermedad (asociaciones), evitar las sustancias excitantes, adoptar buena higiene del sueño (acostarse y levantarse siempre a la misma hora), hacer ejercicios, estiramientos. Siguiendo los consejos y el tratamiento pautado, harán que la persona que padece esta enfermedad mejore su calidad de vida y sus síntomas remitan porque es una enfermedad que dura toda la vida.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que los profesionales den a conocer este síndrome con el fin de poder aliviar, compartir y mejorar la convivencia y determinar sus causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento ya que es una enfermedad que afecta a mucha

población. Este síndrome supone una entidad con una presentación no despreciable en nuestro entorno. Un adecuado conocimiento de la patología permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6 Bibliografía

- Karl-Axel Ekbom: Restless legs: A clinical study of a hitherto overlooked disease in the legs characterized by peculiar parasthesia ("Anxietas tibiarum"), pain and weakness and occuring in two main forms, Asthenia crurum paraesthetica and asthenia crurum dolorosa; a short review of paresthesias in general Hæggström, Stockholm 1945 (Acta medica Scandinavica Suppl. 158)
- Ekbom KA. Restless legs syndrome. Neurology 1960; 10: 868–73.
- Silvia Martí Martínez, Carlos Leiva SantanaRevista española de trastornos del movimiento, ISSN 1886-2268, Vol. 7, Nº. 2, 2015, págs. 13-19
- P. Boned Blas, Gonzalo Alfaro, M. T.Medicina integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud, ISSN 0210-9433, Vol. 40, Nº 3, 2002, págs. 117-121
- A. Iranzo, Joan SantamariaVigilia Sueño, ISSN 1132-9572, Vol. 13, Nº. Extra 1 (Suplemento), 2001, págs. 37-41
- T. Pérez Romero, Ángel Manuel Comas Fuentes, M. Debán Fernández, J. P. González-Nuevo Quiñones, J. Maujo Fernández
Revista de neurología, ISSN 0210-0010, Vol. 44, Nº. 11, 2007, págs. 647-651
- R. Sánchez GonzálezAtención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 30, Nº 6, 2002, págs. 411-411
- R.O. Domínguez, A. Michref, E. Tanus, H. AmartinoRevista de neurología, ISSN 0210-0010, Vol. 45, Nº. 8, 2007, págs. 474-478

Capítulo 157

EL SINDROME DEL DESGASTE PROFESIONAL EN EL TCAE

CARMEN QUINTANA IGLESIAS

ROSA MARIA ALONSO MESA

BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ

1 Introducción

Es una respuesta del organismo, que está expuesto en situaciones de estrés durante largo tiempo tanto a nivel emocional e interpersonal que se presente en el trabajo. Es una situación que se presenta a día de hoy en muchos ámbitos, sobre todo en profesiones que requieren la atención al ciudadano como lo es, auxiliar de enfermería. Por ello es importante profundizar acerca de este tema en el siguiente capítulo.

2 Objetivos

- Describir las consecuencias, factores que lo desencadenan y como prevenir este síndrome.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica por internet en distintas bases de datos como Dialnet, Google Académico, Medline, Scielo en las que aparecen

publicaciones que explican las causas que derivan en este desgaste, sus consecuencias y como combatirlo y sobrellevarlo lo mejor que se puede con diferentes técnicas. Las palabras que seleccionamos en las bases de datos usadas han sido: burnout, desgaste profesional, resiliencia, personal sanitario, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, despersonalización, depresión, estrés. Seleccionamos los artículos de textos completos y artículos que nos han parecido más interesantes e importantes y en diferentes idiomas.

4 Resultados

Las principales consecuencias de este síndrome del desgaste profesional llamado también burnout o estar quemado son: fatiga crónica, ineficiencia, negación de lo ocurrido, despersonalización, cansancio y falta de realización personal.

Los factores que favorecen este síndrome son el trato continuo con pacientes, la sobrecarga diaria de trabajo, los cambios organizativos, problemas familiares y contratos temporales. Las causas principales de este síndrome las define la psicóloga Maslach como desgaste emocional, una pérdida progresiva de energía, agotamiento y fatiga. La despersonalización conlleva irritabilidad, alto nivel de estrés, actitudes negativas, la baja realización personal, disminuye la autoestima y además frustra los objetivos. Se considera que el personal en técnicos en cuidados auxiliares de enfermería tiene desgaste profesional cuando su capacidad de adaptación disminuye y se ha sobrepasado su situación laboral .

Hay factores psicosociales que previenen y disminuyen los efectos del desgaste profesional como puede ser: el apoyo social, sobre todo el círculo íntimo del individuo (amigos, familiares, compañeros). La resiliencia para sobrellevar mejor esta situación de estrés, presión y reacción junto con estrategias para superar diferentes situaciones traumáticas y adversas como pueden ser: compromiso, apoyo, falta de compromiso.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer las causas que desencadenan este desgaste profesional para poder tratarlos física y psicológicamente y que técnicas poder dar para evitar que el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería derive en mayores consecuencias por este desgaste profesional. Es importante un buen apoyo psicosocial y desarrollar técnicas o programas específicos para manejar mejor

este desgaste junto con el uso de la resiliencia.

6 Bibliografía

- Fernando Mansilla Izquierdo, Javier González Herrero, Adofo MontesCalidad de vida: revista del Área de Sanidad y Consumo, ISSN 1132-273X, Nº. 40, 2002, págs. 7-11
- Ramon Ferrer PuigQuemarse en el trabajo : 11 perspectivas del burnout, 2005, ISBN 84-95879-45-X, págs. 93-111
- Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesionalJosé Carlos Mingote AdánFMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria, ISSN 1134-2072, Vol. 5, Nº. 8, 1998, págs. 493-503
- Roxana Graciela Marsollier, Miriam Teresita AparicioPerspectivas en Psicología, ISSN-e 1853-8800, ISSN 1668-7175, Vol. 9, Nº. 3, 2012, págs. 52-58
- José Carlos Mingote AdánLa educación para la salud del siglo XXI : comunicación y salud, 2002, ISBN 84-7978-536-5, págs. 331
- «Síndrome Burnout: el desconocido estrés que te perjudica en el trabajo». noticiascol.com. 22 de octubre de 2016. Consultado el 18 de diciembre de 2016.
- Quiroga, Fabian (16 de abril de 2019). «El clima laboral o organizacional». TU ECONOMÍA FÁCIL. Consultado el 9 de mayo de 2019.
- Borgarello, Mariela Elisa (2019). «Prevención de estrés y Burn Out en el Equipo de Salud». Revista Asociación Médica Argentina 132 (3): 34-38. ISSN 0004-4830
- Maslach, Christina; Jackson, Susan (1986). Maslach burnout inventory manual (en inglés). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Grau, Armand; Flichtentrei, Daniel; Suñer, Rosa; Prats, María; Braga, Florencia (2009). «Influencia de factores personales, profesionales, y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español (2007)». Revista Española de Salud Pública 83 (2): 215-230. ISSN 1135-5727. doi:10.1590/S1135-57272009000200006.

Capítulo 158

LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

VANESA PRIETO PEREZ

1 Introducción

La comunicación se considera un elemento fundamental que condiciona el bienestar del paciente. El auxiliar de enfermería es el encargado junto con el resto del equipo multidisciplinar de realizar una comunicación eficaz .Una comunicación efectiva no sólo puede llegar a disminuir los efectos adversos, si no que juega un papel muy importante en los cuidados. Cabe destacar la gran importancia de la comunicación no verbal, proporcionar un correcto feed-back, evitar tecnicismos y garantizar confidencialidad. Por lo tanto, establecer una correcta comunicación y una relación de ayuda con el paciente es necesario escuchar, entender y actuar para lograr satisfacer sus necesidades.

2 Objetivos

- Describir los recursos necesarios para fomentar la empatía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Resultados

Es de vital importancia que preparemos el escenario de interactuación, que busquemos sitios de intimidad y confort para hablar con el paciente y/o las familias, sin olvidar las normas de cortesías básicas como llamar a la puerta antes de entrar. Hay ciertos recursos para fomentar la empatía al inicio de la entrevista como:

- Comunicar al paciente lo que eres, lo que haces y quiénes son los miembros del equipo.
- Reconocer al paciente por su nombre y saber cómo prefieren ser llamados.
- Ser cercanos con el paciente, dar confianza.
- Hacer contacto visual con el paciente.
- Ser conscientes de su lenguaje corporal y del significado subconsciente del mismo.
- Siempre que sea posible, tranquilizar al paciente a través del poder del tacto.
- Repetir lo que el paciente me ha dicho y pedido para asegurar mi comprensión de su pregunta o solicitud.
- Involucrar a los miembros de la familia presentes, reconociendo su importante papel en el cuidado del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una comunicación eficaz se traduce en unos resultados positivos para el paciente. Destacar a parte de la comunicación verbal y no verbal, la empatía, la cual proporciona una comprensión en el paciente, fundamental en una correcta comunicación.

En la práctica diaria, en general, no se tiene en cuenta la importancia de una adecuada comunicación, nos olvidamos de los aspectos conductuales. Por tanto es necesario una buena formación de los profesionales para establecer una adecuada comunicación con los pacientes y así ofrecer unos cuidados de calidad.

6 Bibliografía

- Base de datos pumbed
- Base de datos scielo
- Google

Capítulo 159

NECESIDADES NUTRICIONALES EN LA MUJER EMBARAZADA: IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL

PILAR GRANDA ALONSO

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

El embarazo es un evento fisiológico que conlleva a que se produzcan muchos cambios en el cuerpo de la embarazada, es por ello que durante este periodo la alimentación adquiere un papel muy importante. Las demandas nutricionales durante los meses de gestación van a ser un requisito indispensable que condicionará el desarrollo fetal, así como posteriormente su salud en un futuro(1-4).

Una alimentación sana y equilibrada antes, durante y después del embarazo ayudará a prevenir enfermedades tanto en la gestante como en el niño, así como problemas durante la gestación, el parto y la lactancia materna. Entre las enfermedades y/o complicaciones que podemos prevenir se encuentra la diabetes gestacional, preeclampsia-eclampsia, hipertensión, macrosomía fetal, la obesidad infantil, anemias, el aborto espontáneo, espina bífida, la inducción del parto, episiotomía, cesárea, infección de herida quirúrgica y hemorragias postparto (1-9).

Aún existen muchos errores y mitos sobre las recomendaciones alimentarias de la embarazada, como por ejemplo el mito de “comer por dos”, algo que lleva a

problemas de sobrepeso y/u obesidad y a su vez a patologías en la gestante y en el feto (1, 2, 6, 10).

La obesidad está considerada la epidemia del siglo XXI e involucra a las mujeres en edad reproductiva 7, además está íntimamente relacionada con la alimentación de la población, por lo que es imprescindible concienciar a las personas de la importancia que tiene una buena nutrición y más aún la de una embarazada por las numerosas complicaciones perinatales. En este sentido, varios estudios relacionan la obesidad materna con la parálisis cerebral de los niños nacidos a término, la cual es una discapacidad motora pediátrica de las más frecuentes (4-7, 11-14).

A su vez la obesidad y/o sobrepeso van muy relacionados con el riesgo de presentar diabetes, un problema cada día más presente en el mundo. La gestación como tal se puede considerar diabetogénica, por lo que un aumento de peso en esta etapa va a conllevar a una mayor resistencia a la insulina, y consigo a una disminución de las células beta de producir insulina suficiente lo que aumentaría el riesgo de presentar diabetes gestacional (4, 15).

La diabetes gestacional puede provocar en el feto los siguientes efectos: aumento de la hiperglicemia, los ácidos grasos libres e hiperinsulinemia, lo cual puede ocasionar un aumento de la adiposidad y acidosis, retraso en la maduración pulmonar e hiperglucemia neonatal. A su vez se puede asociar a la obesidad infantil, intolerancia gravídica y disminución de la función cerebral (4, 16).

Intervención educacional en atención primaria.
En cada comunidad autónoma hay una guía de educación maternal propia o preparación para la maternidad que siguen una estructura similar en cuanto al número de sesiones, duración, información que se aborda, material que se usa y actividades (21).

El programa formativo de educación maternal es el siguiente:
- Cuidados a la mujer para el buen desarrollo del embarazo.
- Asistencia en el proceso fisiológico del parto.
- Procedimientos hospitalarios de rutina, gestionando las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva de la mujer tanto en atención primaria como especializada.
- Técnicas prenatales: gimnasia, respiración, pujos, entre otras.
- Cuidados de la mujer y recién nacido durante el puerperio (21, 22).

En los cuidados necesarios para el buen desarrollo del embarazo encontramos la

necesidad de una buena nutrición de la embarazada antes, durante y después del embarazo, así como la buena nutrición del niño desde su nacimiento.

Es conveniente que aquellas mujeres que quieran quedarse embarazadas soliciten una consulta preconcepcional con la matrona en el Centro de Salud, puesto que esto evitaría posibles problemas de salud como enfermedades crónicas o si la mujer tiene más de 35 años o menos de 17 años. En dicha primera consulta se podrían tomar medidas preventivas para reducir o eliminar estos riesgos. La matrona elaborará un plan dietético conjuntamente con la mujer, teniendo en cuenta su edad reproductiva, actividad física, ganancia de peso recomendada y trimestre de embarazo (22, 25).

Lo ideal sería, tres meses antes de la concepción, tomar medidas preventivas:
- No tomar medicamentos sin prescripción.
- Tomar dosis adecuadas de ácido fólico y suplementos.
- Seguir una alimentación saludable.
- Evitar el consumo de frutas y verduras sin lavar o mal lavadas, así como carnes crudas o poco cocinadas, salvo que se congelen a -22ºC durante 10 días.
- Evitar el contacto con los gatos y sus heces para prevenir la toxoplasmosis.
- No consumir alcohol, tabaco y otros tóxicos.
- Protección de riesgos laborales (1, 27).

Tras tomar estas medidas antes de la concepción, una vez la mujer verifique que está embarazada lo primero que debe de hacer es solicitar una consulta con la matrona de su Centro de Salud. Además, aquellas gestantes que no hayan podido realizar la consulta preconcepcional deben de favorecerse bastante de esta primera consulta para que se le facilite toda la información necesaria que debe saber sobre su estado.

En esta primera consulta, la matrona valorará el estado de salud de la embarazada y sus necesidades mediante una entrevista, así como también se programará un promedio de visitas, que suele ser entre 8-10, en las que se realizarán los controles. Se le facilitarán soluciones con respecto a éstas, ya que, sobre todo, las madres primerizas, tienen muchas dudas sobre el embarazo, parto y postparto.

Educación nutricional.
La nutrición que reciba la gestante debe cubrir sus necesidades energéticas y nutricionales. Si bien, estas necesidades aumentan progresivamente durante el embarazo, sobre todo a partir del segundo trimestre de gestación la alimentación debe ser sana, equilibrada y variada. Además de seguir unas pautas de higiene

para prevenir enfermedades infecciosas (1, 11).

Según la OMS, las cinco claves para la seguridad de los alimentos son:
- Mantener la limpieza: lavado de manos antes y después de manipular la comida, así como para prevenir la contaminación con heces y tras el contacto con cualquier material contaminado. Además, se debe llevar a cabo el lavado y desinfección de las superficies y utensilios de cocina, manteniendo a los animales domésticos y demás tipos de animales apartados de la zona de preparación y conservación de los alimentos.
- Separar los alimentos crudos de los cocinados: debe de separarse en el frigorífico el refrigerio cocinado del crudo. Esta separación se debe de hacer en todas las fases de preparación y no sólo al cocinar. También, se deben de leer las instrucciones del horno o microondas para asegurar una temperatura uniforme a los comestibles.
- Cocinar los alimentos completamente: llevar a cabo la cocción completa de los alimentos, en especial las carnes rojas, los huevos, el pescado y la carne de ave para evitar toxiinfecciones alimentarias como la toxoplasmosis.
- Mantener los alimentos a temperaturas seguras: no dejar los platos cocinados a temperatura ambiente más de dos horas, deben refrigerarse lo antes posible, preferiblemente por debajo de 5ºC y el menor tiempo posible. Así mismo, no se debe descongelar a temperatura ambiente.
- Utilizar agua y alimentos seguros: usar agua potable, lavar las frutas, verduras y hortalizas, en especial si se van a consumir crudas, no usar comida caducada, evitar consumir pescados crudos y mariscos, retirar la corteza de los quesos, no tomar carne cruda, poco cocinada ni listas para el consumo, evitar lácteos, derivados y zumos no pasteurizados, algunos alimentos deben de cocinarse a unos 70ºC para comerse con seguridad. También, se recomienda tirar las latas aplastadas, hinchadas u oxidadas (3, 20).

2 Objetivos

Objetivo General.
- Analizar las necesidades nutricionales en la mujer embarazada así como la importancia de la educación nutricional durante esta etapa.

Objetivos específicos.
- Describir las necesidades energéticas y nutricionales de la mujer embarazada.
- Enumerar las principales características de la dieta mediterránea como principal modelo de alimentación equilibrada en la mujer embarazada.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos científicas: PubMed, Medline, Cuiden, Elsevier y Scoopus, utilizando como descriptores las palabras clave: alimentación, embarazo, educación nutricional, dieta mediterránea. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 20 años tanto en castellano como en inglés. También se consultaron diversos libros y revistas científicas disponibles sobre el tema en estudio.

Criterios de inclusión:
- Estudios publicados en los últimos 20 años.
- Idioma castellano e inglés.
- Disponibles en texto completo.
- Directamente relacionados con la temática en estudio.

Criterios de exclusión:
- Estudios con una antigüedad superior a los 20 años.
- Publicados en un idioma diferente al castellano o inglés.
- No relacionados directamente con el tema en estudio.

4 Resultados

Necesidades energéticas y nutricionales de la embarazada. A continuación, comentaremos cada necesidad nutricional y energética:
- Energía: debe ser la necesaria para asegurar un parto a término de un recién nacido saludable. Las necesidades de energía van a depender de los depósitos de grasa que presente la mujer en el momento de la concepción. Una mujer que tenga una actividad moderada y un peso adecuado va a necesitar de unas 250-300 kcal diarias más 22 sobre todo en el tercer trimestre de embarazo sin superar las 2500-2600 kcal/diarias ni ser inferior a las 1600-1700 kcal/diarias (3, 6,10,29).

Concretamente el incremento calórico debería de ser de la siguiente manera:
- Durante el segundo trimestre: +300 kcal/día (+15%).
- Durante el tercer trimestre: +450 kcal/día (+20%).
- Durante la lactancia materna: +500 kcal/día (+22%) (30).

La ganancia de peso de la embarazada debe de basarse en su índice de masa corporal (IMC), de esta manera el IMC de la mujer antes de la gestación determinará los riesgos futuros del desarrollo fetal durante la gestación. En varios estudios se ha demostrado que tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones durante la

gestación, el parto y postparto todas aquellas embarazadas con un índice de masa corporal (IMC) superior a 30kg/m2. Desde el principio es importante recomendarle a cualquier mujer que tenga ideas de quedarse embarazada que mantenga normopeso según su índice de masa corporal (IMC). Lo ideal es un IMC entre 18-25kg/m2, pero lo recomendable es que esté por debajo de 30kg/m2. El aumento normal del peso en una mujer embarazada varía según su estado nutricional en el momento de la gestación por lo general, aunque influye si el embarazo es de múltiples fetos (gemelos o más), o si bien la mujer cuenta ya con bajo peso, sobrepeso u obesidad, casos en los que el aumento de peso durante el embarazo tendría que ser mayor o menor (1,4, 6, 8, 29, 31).

- Proteínas: las necesidades son de un 1 g/kg/día, con un promedio de 10-20 g/día de más durante todo el embarazo por el crecimiento del tejido materno y fetal, los cuales se aceleran a partir del segundo mes de gestación. Este suplemento diario se puede incrementar comiendo un poco más de pescado y un vaso más de leche al día. Las proteínas deben representar entre el 10-15% del aporte calórico (28, 29, 32).

- Carbohidratos: deben aportar entre el 50-55% de la energía de la dieta. Los alimentos deben ser ricos en carbohidratos complejos y menos del 10% deberían ser azucares simples. Las fuentes de carbohidratos complejos son los cereales como la quínoa, el arroz, los tubérculos como la papa y las legumbres como las lentejas(3, 28, 29, 32).

- Grasas: el aporte energético debe ser de un 30-35% 3, de los cuales menos de un 10% deben ser grasas saturadas y poliinsaturadas y el resto monoinsaturadas 32. Las grasas animales son ricas en ácidos grasos saturados, excepto el pescado que es rico en insaturados. Las grasas vegetales son ricas en ácidos grasos insaturados, salvo el aceite de coco y palma (28, 29, 32).

- Fibra: el consumo de alimentos fuente de fibra son recomendables durante el embarazo puesto que en este periodo aumentan los niveles de progesterona en el organismo provocando una relajación de la musculatura del tubo digestivo lo que lleva a la presencia de síntomas como náuseas, vómitos, pirosis posprandial y estreñimiento, por lo que aumentando el consumo de fibra ayudaríamos a la evacuación intestinal. Entre las fuentes alimentarias de fibra se encuentran: cereales, legumbres, frutas y verduras (28, 29).

- Hierro: es uno de los minerales más importantes, puesto que su carencia puede llevar a problemas de anemia en la mujer y en el niño como nacer con bajo peso

y/o infecciones urinarias, además de un aumento de la mortalidad materna. También, hay que prevenir la pérdida sanguínea que se puede presentar durante el parto, por ello se debe contar con reservas de hierro en el organismo materno. Es muy difícil llegar a la cantidad necesaria por lo que se requieren suplementos a partir del segundo trimestre de embarazo. Se aconseja tomarlo en ayunas y con vitamina C, ya que se absorbe mucho mejor, en cambio el té, el café, la fibra y el calcio interfieren en su absorción. La ingesta dietética recomendada es de 30 mg/día. Aunque algunos estudios siguen recomendando la suplementación sistemática preventiva de hierro con dosis de entre 30 y 60 mg. Los alimentos con buena biodisponibilidad de hierro son las vísceras y carnes rojas y de baja biodisponibilidad son las leguminosas (3, 24, 28, 29).

- Calcio: es necesario para el desarrollo de los huesos y las piezas dentarias en el feto, así como para prevenir una futura osteoporosis de la madre, puesto que si la dieta es deficitaria, el feto puede tomar el calcio de los huesos de la madre. La ingesta dietética recomendada durante el embarazo oscila alrededor de 1g/día. Las principales fuentes de calcio son los productos lácteos por su mayor biodisponibilidad, puesto que el calcio está asociado a la caseína, logrando así una absorción máxima, además es preferible los productos lácteos antes que los suplementos medicamentosos, puesto que cuentan con factores sinérgicos como lactosa, vitamina D y fósforo (3, 22, 28, 29).

- Zinc: la ingesta insuficiente de este mineral está asociada con bajo peso al nacer y parto prematuro. La ingesta adecuado durante el embarazo es entre 10-11 mg diarios. Los alimentos fuentes de zinc son los mariscos, vísceras rojas, cereales integrales, huevos y carnes (29,30).

- Yodo: mineral que se debería de administrar en periodo preconcepcional hasta final de lactancia materna para la síntesis de hormonas tiroideas vitales para el desarrollo cerebral prenatal. Previene la aparición de bocio congénito y disminuye el riesgo de aborto . Las necesidades nutricionales de yodo son entre 175-220 µg/ día 30. Las principales fuentes de yodo son pescados y mariscos, así como algas marinas y sal yodada (3,22).

- Vitamina D: esencial en el metabolismo del calcio. La fuente principal de esta vitamina es la luz solar, por lo que con una exposición adecuada al sol puede aportar cantidades suficientes. La ingesta dietética recomendada a la mujer es entre 10-15 µg/día. Existen muy pocos alimentos naturales ricos en vitamina D, sin embargo destacan los pescados grasos, la yema del huevo y la leche (3, 28, 29, 33).

- Vitamina A: esta vitamina es muy importante en el desarrollo embrionario, así como para el crecimiento y protección de las mucosas. Su deficiencia se asocia con un aumento de la mortalidad materna. Sus funciones se relacionan con la reproducción humana, la función inmune y el mecanismo de la visión, así como previene de infecciones respiratorias y diarreicas. Son fuentes de esta vitamina el hígado, leche, huevo, frutas y verduras de colores amarillo, anaranjado y verde oscuro (28, 29).

- Ácido Fólico: es fundamental para el desarrollo fetal por lo que se recomienda desde la etapa preconcepcional, un mes antes de la gestación y como suplemento para alcanzar las dosis necesarias durante los tres meses siguientes. Las mujeres en edad fértil y con posibilidad de embarazo deberían de tomar 400 µg/día. Y en el embarazo se recomienda entre 500-600 µg/día (3,22,24,30).

La deficiencia de folato durante la gestación se asocia con el aumento de defectos del tubo neuronal y anomalías cardiacas congénitas, así como la aparición de defectos en el sistema nervioso y columna vertebral como la espina bífida, la anencefalia y encefalocele . Las principales fuentes alimentarias de ácido fólico son: las carnes y vísceras rojas, verduras de hoja verde oscura (espinacas, brócoli), legumbres, cereales y frutos secos (avellanas, cacahuetes). Por otro lado, se debe de limitar el consumo de té y café puesto que a ciertas dosis pueden tener efectos abortivos. Además, el alcohol, las drogas y el tabaco e incluso algunos fármacos pueden provocar serios problemas al embarazo puesto que estas sustancias pasan al feto a través de la placenta y el cordón umbilical (3, 22).

- El consumo de alcohol durante la gestación es un factor de riesgo por aumentar la probabilidad de complicaciones perinatales como la muerte fetal, aborto espontáneo, retardo del crecimiento, bajo peso al nacer y nacimiento prematuro. Incluso, puede llevar a la aparición de trastornos neurológicos que afecten a la escolaridad del futuro recién nacido. Cuando el alcoholismo materno se convierte en algo crónico puede aparecer el Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF). El SAF se trata de un trastorno que provoca anomalías faciales, problemas de crecimiento y defectos del sistema nervioso durante toda la vida, siendo la primera causa de retraso mental en niños y afectando no solo al aprendizaje, sino también a la conducta del niño. Es por todo ello que debe de evitarse el consumo de cualquier tipo de alcohol durante este periodo (3, 22, 34).

- El consumo de tabaco durante la gestación aumenta el riesgo de parto prematuro y muerte del recién nacido. Pero no sólo se debe evitar su consumo, sino también la exposición materna activa al humo del tabaco puesto que se asocia a partos

prematuros y un menor peso al nacer (3).

Incluso, durante el embarazo se dan ciertos problemas que pueden ser corregidos con buenos hábitos alimentarios:
- Náuseas y vómitos: para evitarlos se debe de comer de forma frecuente, pero poco abundante, no acostarse inmediatamente después de la comida, evitar consumir la comida en caliente, evitar alimentos grasos, consumir preferiblemente alimentos secos y poco condimentados, evitar alimentos irritantes como el café o el picante y evitar beber agua en ayunas.
- Ardor de estómago: se recomienda comer lento y masticando bien los alimentos, beber preferiblemente entre horas y menos durante las comidas, evitar los alimentos grasos y pesados y evitar los alimentos que aumentan la acidez como té, café,..
- Estreñimiento: beber al menos 2 litros diarios, hacer ejercicio físico diario aunque sea salir a andar, tomar frutas y verduras diarias, tomar legumbres y frutos secos unas 3-4 veces por semana y no usar laxantes salvo indicación médica (30).

La dieta mediterránea.
La dieta mediterránea es un modelo de estilo de vida, recogida por la UNESCO como patrimonio cultural inmaterial de la humanidad. Esta dieta es mucho más que una simple pauta nutricional, puesto que representa una herencia cultural de unos hábitos saludables que une recetas, formas de cocinar, costumbres, descanso, sociabilidad, actividad física y productos típicos de cada zona. Está relacionada con una menor prevalencia de enfermedades cardiovasculares y crónicas, así como con una mayor esperanza de vida. Las características de esta dieta son: el consumo habitual de cereales, legumbres, frutas, verduras, pescados, aceite de oliva y frutos secos, consumiendo de manera moderada los lácteos, carnes de ave y huevos, así como de manera poco frecuente el consumo de la carne de cerdo, cordero y vacuno. Además, se caracteriza por incluir de manera moderada en su dieta el vino y condimentar sus platos con especias y hierbas aromáticas (33, 35,36, 37).
Por otro lado, las indicaciones propuestas en la pirámide son: garantizar un aporte diario de entre 1.5 y 2 litros de agua y/o infusiones de hierbas, consumir una o dos raciones de cereales por comida en forma de pan, pasta, arroz, cuscús u otros siendo preferiblemente integrales, así como las verduras que deberían de estar presentes tanto en la comida como en la cena, aproximadamente dos raciones en cada una y siendo una de ellas cruda y 1 o 2 raciones de frutas di-

arias en cada comida principal. Diariamente debemos consumir dos raciones de derivados lácteos preferiblemente bajos en grasa, así como frutos secos, semillas, aceitunas, y usar más especias en las comidas y menos sal. Por último, semanalmente se debe consumir dos raciones de carne blanca y más de dos raciones de pescado y/o marisco, dos a cuatro raciones de huevos, más de dos raciones de legumbres, menos de tres raciones de papas, menos de dos raciones de carne roja y menos de una procesada; así como menos de dos raciones de dulces.

Entre las numerosas propiedades que tiene para la salud destaca:
- El tipo de grasa insaturada que la caracteriza (aceite de oliva, pescado y frutos secos).
- Las proporciones en los nutrientes principales que guardan sus recetas (cereales y vegetales como base de sus platos).
- La riqueza en micronutrientes que contiene, fruto de la utilización de frutas y verduras de temporada (37).

El decálogo de la dieta mediterránea de forma literal es el siguiente:
- "Utilizar el aceite de oliva como principal grasa de adición. Es el aceite más utilizado en la cocina mediterránea. Es un alimento rico en vitamina E, betacarotenos y ácidos grasos monoinsaturados que le confieren propiedades cardioprotectoras. Este alimento representa un tesoro dentro de la dieta mediterránea, y ha perdurado a través de siglos entre las costumbres gastronómicos regionales, otorgando a los platos un sabor y aroma únicos.
- Consumir alimentos de origen vegetal en abundancia: frutas, verduras, legumbres, cereales y frutos secos. Las verduras, hortalizas y frutas son la principal fuente de vitaminas, minerales y fibra de nuestra dieta y nos aportan al mismo tiempo, una gran cantidad de agua. Es fundamental consumir 5 raciones de fruta y verdura a diario. Gracias a su contenido elevado en antioxidantes y fibra pueden contribuir a prevenir, entre otras, algunas enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.
- El pan y los alimentos procedentes de cereales (pasta, arroz y especialmente sus productos integrales) deberían formar parte de la alimentación diaria. El consumo diario de pasta, arroz y cereales es indispensable por su composición rica en carbohidratos. Nos aportan una parte importante de la energía necesaria para nuestras actividades diarias.
- Los alimentos poco procesados, frescos y de temporada son los más adecuados. Es importante aprovechar los productos de temporada ya que, sobre todo en el caso de las frutas y verduras, nos permite consumirlas en su mejor momento, tanto a nivel de aportación de nutrientes como por su aroma y sabor.

- Consumir diariamente productos lácteos, principalmente yogurt y quesos. Nutricionalmente se debe destacar los productos lácteos como excelentes fuentes de proteínas de alto valor biológico, minerales (calcio, fosforo, etc.) y vitaminas. El consumo de leches fermentadas (yogurt.) se asocia a una serie de beneficios para la salud porque estos productos contienen microorganismos vivos capaces de mejorar el equilibrio de la microflora intestinal.
- La carne roja se tendría que consumir con moderación y si puede ser como parte de guisos y otras recetas. Y las carnes procesadas en cantidades pequeñas y como ingredientes de bocadillos y platos. El consumo excesivo de grasas animales no es bueno para la salud. Por lo tanto, se recomienda el consumo en cantidades pequeñas, preferentemente carnes magras, y formando parte de platos a base de verduras y cereales.
- Consumir pescado en abundancia y huevos con moderación. Se recomienda el consumo de pescado azul como mínimo una o dos veces a la semana, ya que sus grasas aunque sean de origen animal tienen propiedades muy parecidas a las grasas de origen vegetal a las que les atribuyen propiedades protectoras frente a enfermedades cardiovasculares. Los huevos contienen proteínas de muy buena calidad, grasas y muchas vitaminas y minerales que los convierten en un alimento muy rico. El consumo de tres o cuatro huevos a la semana es una buena alternativa a la carne y el pescado.
- La fruta fresca tendría que ser el postre habitual. Los dulces y pasteles deberían consumirse ocasionalmente. Las frutas son alimentos muy nutritivos que aportan color y sabor a nuestra alimentación diaria y son también una buena alternativa a media mañana y como merienda.
- El agua es la bebida por excelencia en el mediterráneo. El vino debe tomarse con moderación y durante las comidas. El agua es fundamental en nuestra dieta. El vino es un alimento tradicional en la dieta mediterránea que puede tener efectos beneficiosos para la salud consumiéndolo con moderación y en el contexto de una dieta equilibrada.
- Realizar actividad física todos los días ya que es tan importante como comer adecuadamente. Mantenerse físicamente activo y realizar cada día un ejercicio físico adaptado a nuestras capacidades es muy importante para conservar una buena salud" (37).

Promoción de la lactancia materna.

Una mujer embarazada va a necesitar seguir una dieta sana durante todo el periodo del embarazo, así como también será conveniente que lo haga posteriormente después del parto, durante la lactancia materna. Algunos estudios demues-

tran que los niveles de algunos nutrientes de la leche materna van a variar según la alimentación de la madre, por lo que la dieta de la madre en este periodo va a ser muy importante, incluso las necesidades nutricionales en esta etapa serán aún más altas que durante el embarazo.

La nutrición adecuada durante los primeros años de vida del recién nacido es fundamental para el desarrollo. Por tanto, es muy conveniente la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, así como se recomienda que se prolongue junto con la alimentación complementaria hasta mínimo los dos años de edad. La leche materna aporta todos los nutrientes necesarios e incluso se podría considerar la primera vacuna, protegiendo de posibles alergias e infecciones (5, 39, 40, 41, 42).

La lactancia materna proporciona algunos beneficios a largo y corto plazo, en concreto en factores de riesgo como la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, factores inflamatorios, sobrepeso, obesidad e hiperglucemia. Por un lado, va a contribuir a fomentar el desarrollo sensorial y cognitivo del niño, así como a protegerlo de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas, reduciendo así también la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes de la infancia como son la diarrea o la neumonía. Y por otra parte, contribuye a la salud y bienestar de la madre, principalmente ayudando a espaciar los embarazos y reducir el riesgo de cáncer de ovario y mama (43).

Sin embargo, a pesar de todos estos beneficios reconocidos sobre la lactancia materna exclusiva, muy pocos neonatos a escala mundial mantienen la lactancia materna hasta los seis meses de vida, utilizando leches de fórmula para suplantar la leche materna (42, 45).

Por tanto, es muy importante informar de los beneficios que presenta la lactancia materna. En esta información va a tener un papel fundamental la matrona en atención primaria, puesto que va a seguir todo el embarazo de la mujer, aconsejándole y dándole todas las pautas necesarias para que el embarazo transcurra lo más favorablemente, así como el niño nazca lo más sano posible y promoviendo la lactancia materna (23).
Además, cabe destacar que el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría lanzó una app para dispositivos móviles a la cual se puede acceder como madre, padre, profesional o integrante de un grupo de apoyo.

Dentro de la app se puede encontrar mucha información de interés desde datos y estadísticas dónde consultar la evolución del niño/a hasta problemas frecuentes

a la hora de cuidar del recién nacido, así como la manera más adecuada y correcta de solventarlos. El contenido de la app es bastante completo, además cuenta con los típicos falsos mitos y creencias que se han ido propagando de generación en generación, las últimas noticias dónde cada usuario recibirá notificaciones o eventos que correspondan con su perfil de madre, padre, grupo de apoyo o profesional y por supuesto cuenta con otro apartado de recomendaciones adaptadas a las etapas del niño, sin faltar completas descripciones de técnicas de lactancia materna que se apoyan con imágenes descriptivas es un periodo de vital importancia en la vida en pareja para fomentar e instaurar hábitos saludables y fortalecer un vínculo afectivo con la futura criatura.

La American Dietetic Association recomienda la educación nutricional en la visita preconcepcional con la matrona, puesto que es un momento adecuado para identificar los hábitos alimentarios de la mujer y valorar sus necesidades (24, 49).

5 Discusión-Conclusión

El aumento de peso debe vigilarse longitudinalmente en una gráfica de acuerdo con el IMC preembarazo, y el consumo de energía debe adaptarse para alcanzar un aumento de peso adecuado en el embarazo. Las mujeres deben llevar una alimentación mixta saludable (pirámide de alimentos, círculo de alimentos). Las dietas para bajar de peso no deben aplicarse durante el embarazo. Las mujeres embarazadas deben tomar abundante agua (15).

Se recomienda el ejercicio aeróbico, pero no agotador, durante el embarazo y la lactancia. Las mujeres embarazadas deberían suplementarse con ácido fólico, yodo, hierro y potencialmente también con otros micronutrimentos críticos en dosis adecuadas, dependiendo del riesgo individual o regional. Las mujeres embarazadas y en la lactancia deberían tener un aporte alimentario regular de ácido docosahexaenoico (en promedio por lo menos 200 mg/día), que puede obtenerse consumiendo pescado del mar una a dos veces por semana, incluyendo pescado graso, o con el uso de alimentos enriquecidos/ suplementos. Las mujeres embarazadas y en la lactancia no deben consumir alcohol ni drogas ilícitas, no deben fumar y deben limitar el consumo de cafeína. Las mujeres embarazadas no deben consumir huevos crudos o poco cocidos ni productos lácteos no pasteurizados. La carne y aves de corral deben cocinarse completamente, y las frutas y verduras deben lavarse antes de consumirlos.

6 Bibliografía

- 1. Capit R, Barboza L. Estado nutricional durante la gestación y su relación con hábitos alimenticios en pacientes atendidas en el hospital II-1 Moyobamba septiembre 2015-enero 2016 [tesis doctoral]. Tarapoto-Perú: Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela profesional de obstetricia, Universidad Nacional de San Martín; 2016.
- 2. Argüello J, Berenice I. Mitos y prácticas que poseen las mujeres en edades de 19 años a más sobre el embarazo, parto y puerperio en el Centro de Salud Villa Libertad, octubre 2015 [tesis doctoral]. Managua: Facultad de Ciencias Médica, Recinto Universitario Rubén Darío, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2016.
- 3. Herrero A. Alimentación segura en el embarazo [trabajo final de Grado]. Valladolid: Facultad de Enfermería, Universidad de Valladolid; 2016.
- 4. Lozano A, Betancourth WR, Turcios LJ, Cueva JE, Ocampo DM, Portillo CV, y otros. Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo. iMedPub Journals [internet] 2016; 12(3:11): 2-5. Disponible en: http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/sobrepeso-y-obesidad-en-el-embarazo-complicaciones-y-manejo.php?aid=11135
- 5. Zapata ME, Rovirosa A, Pueyrredón P, Weill F, Chamorro V, Carella B, y otros. Situación alimentaria nutricional de las embarazadas y madres en periodo de lactancia de Argentina. Diaeta [internet] 2016; 34(155): 33-40. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372016000200005.
- 6. Pajuelo J. Valoración del estado nutricional en la gestante. Rev. Peru. Ginecol. Obstet [internet] 2014 ; 60(2): 147-152. Disponible en: http://www.scielo.org.pescielo.php?pid=S2304-51322014000200008&script=sci_arttext
- 7. Hernández S, Pérez OA, Balderas LMA, Martínez BE, Salcedo AL, Ramírez RE. Enfermedades metabólicas maternas asociadas a sobrepeso y obesidad pregestacional en mujeres mexicanas que cursan con embarazo de alto riesgos. Cirugía y Cirujanos. 2016; 28(2): 1-
- 8. MedlinePlus [sede Web]. EE.UU: Tango, Inc; 2014 [actualizado 1 noviembre 2016; Comer bien durante el embarazo [8 pantallas]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish
ency/patientinstructions/000584.htm
- 9. Aguilar MJ, Baena L, Sánchez AM. Obesidad durante el embarazo y su influencia en el sobrepeso en la edad infantil. Revista Nutrición Hospitalaria [internet] 2016; 33(5): 18-23. Disponible en: https://medes.com/publication/119145.

- 10. Izquierdo MM. Estudio de hábitos alimentarios y conocimientos nutricionales en embarazadas de distintas áreas de salud de la Comunidad de Madrid: Departamento de Nutrición y Bromatología I. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid; 2016.
- 11. Sandoval VK, Nieves ER, Luna MA. Efecto de una dieta personalizada en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad. Rev. Chil. Nutr. [internet] 2016; 43(3): 233-240. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46947432002.
- 12. Tarqui C, Álvarez D, Gómez G. Estado nutricional y ganancia de peso en gestantes peruanas, 2009-2010. An. Fac. Med. [internet] 2014;75(2): 99-105. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000200002.
- 13. Villamor E, Tedroff K, Peterson M, Neovius M, Petersson G, Cnattingius S. Association Between Maternal Body Mass Index in Early Pregnancy and Incidence of Cerebral Palsy. JAMA [internet] 2017; 317(9): 925-936. Available in: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28267854.
- 14. M.Econ IF, Wilcox AJ, Strandberg K, Moster D, Nohr EA, Terje R, y otros. Asociación entre índice de masa corporal materno pregestacional y riesgo de parálisis cerebral infantil [resúmenes]. Rev. Méd. La Paz. 2016; 22(2): 104.
- 15. Parodi K, Jose S. Diabetes y embarazo. Rev. Fac. Cienc. Méd. [internet] Enero - Junio 2016; 59(1): 1-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342008000100006
- 16. Jara JA, Pretell E, Ovelar E, Sánchez S, Mendoza L, Jara MA, y otros. Diabetes gestacional, hipotiroidismo y concentración urinaria de yodo en embarazadas. Yodurias en escolares en Paraguay. Exceso de yodo en la sal y riesgo de hiper e hipotiroidismo. Rev. Chil. Nutr. [internet] 2016 ; 43(1): 54-61.
- 17. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. 2016 [actualizado 7 febrero 2017. Informe Mundial sobre la Diabetes [4 páginas]. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/global-report/es/
- 18. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. 2016 [actualizado 7 febrero 2017. Perfiles de los países para la diabetes [1 página]. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/
- 19. International Confederation of Midwives [sede Web]. 2017 [actualizado 8 febrero 2017]. Definición Internacional de Matrona de la ICM [1pantalla]. Disponible en: http://internationalmidwives.org/global/espa%C3%B1ol/definici%C3%B3n-internacional-de-matrona-de-la-icm.html.
- 20. Fernández A, Manrique J, Echevarría P. Competencias de la matrona. Colegio Oficial de Enfermeros y Enfermeras de Lleida. 2013; (65): 17,1, 34-35.

- 21. Agullo MI. Análisis sobre la efectividad de un programa educativo en atención maternal [trabajo final de Grado]. Lleida: Facultad de Enfermería, Universidad de Lleida; 2016.
- 22. Esparza MP, Aranda P, Arias MI, Fernández A, Primaria L, González M, y otros. Guía profesional para la educación maternal-paternal del embarazo y parto. Servicio de Coordinación Asistencial y cuidados; 2016
- 23. Espui R, Noreña AL, Cortés E, González JD. Percepción de embarazadas y matronas acerca de los consejos nutricionales durante la gestación. Nutr. Hosp. [internet] 2016 ; 33(5): 1205-1212. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000500028
- 24. Beltrán C, Martín JE, Solà I, Aceituno L, Alomar M, Barona C, y otros. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.
- 25. Storr T, Maher J, Swanepoel E. Online nutrition information for pregnant women: a content analysis. Maternal and child nutrition. 2016; 13(2): 1-12.
- 26. Fernández MI. La matrona como evaluadora y gestora de información digital. Matronas Prof. [internet] 2016; 17(1): 20-27. Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/19875/173/la-matrona-como-evaluadora-y-gestora-de-informacion-digital
- 27. Sanz MJ, Casaso D. Embarazo y parto saludables. Conocimiento y recursos disponibles, y propuestas de mejora. Madrid: Cuadernos del siposo; 2016.
- 28. Ho A, C.Flynn A, Pasupathy D. Nutrition in pregnancy. Obst, Gyn and Repr. [internet] 2016.; 26(9): 259–264. Available in: http://www.obstetrics-gynaecology-journal.com/article/S1751-7214(16)30156-7/abstract
- 29. Cereceda MP, Quintana MR. Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. Rev. Per. Gin. Obs. [internet] 2014; 60(2): 1-7. Disponible en: http://www.redalyc.org/html/3234/323431582009/
- 30. Federación española de sociedades de nutrición, alimentación y dietética. En el embarazo y la lactancia comer bien es el mejor "te quiero". [diapositiva]. Madrid; 28 mayo 2015. 28 diapositivas.
- 31. Aguilar MJ, Baena L, Sánchez AM. Obesidad durante el embarazo y su influencia en el sobrepeso en la edad infantil. Revista Nutrición Hospitalaria [internet] 2016; 33(5): 18-23. Disponible en: http://docmia.es/d/15660.
- 32. Infermeravirtual [sede Web]. Barcelona: Colegio Oficial de enfermeros de Barcelona;2007 [actualizada 29 de noviembre 2016]. Disponible en: http://www.infermeravirtual.com/esp/situaciones_de_vida/embarazo.
- 33. Rodríguez AC, Riaño I, Fernández A, Navarrete EM, Espada M, Vioque J, y

otros. Prevalencia de deficiencia e insuficiencia de vitamina D y factores asociados en mujeres embarazadas del norte de España. Nutr. Hosp. [internet] 2015 ; 31(4): 1633-1640. Disponible en: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8448.
33. Mozas J, Gómez J, Olmedo R, Jiménez JJ. Dieta mediterránea y diabetes gestacional. Nutr. Clin. Med. 2016; 10(1): 54-67.
- 34. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. Rev. Articles [internet] 2017; 5(3): e290-299.
- 35. Fernández MI. Apps nutricionales para gestantes en atención primaria. Nutrición clínica y Dietética hospitalaria. 2015; 35(2): 75-79.
- 36. WebConsultas Healthcare, SA [sede Web] 2016 [actualizado 30 marzo 2017. La dieta mediterránea [2 pantallas]. Disponible en: http://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/dieta-equilibrada/la-dieta-mediterranea-6217.
- 37. Fundación dieta mediterránea [sede Web]. Barcelona: Ministerio de agricultura y pesca, alimentación y medio ambiente, gobierno de canarias; 1996. Disponible en: http://dietamediterranea.com/
- 38. Ares S, Arena J, Díaz NM. La importancia de la nutrición maternal durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? An. Pediatr. (Barc). 2016; 84(6): 347.e1-347.e7. Disponible: http://www.analesdepediatria.org/es/la-importancia-nutricion-materna-durante/articulo/S1695403315003057/
- 39. Becerra F, Bonilla L, Rodríguez J. Leptina y lactancia materna: beneficios fisiológicos. Rev. Fac. Med. [internet] 2015; 63(1): 119-26. Disponible en: http://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43953
- 40. Cajamarca JC, Nivelo JE. Correlación del estado socioeconómico con los conocimientos de lactancia materna en embarazadas que acuden a los subcentros de salud de Totoracocha, El Paraíso y Pumapungo, Cuenca 2015 [tesis doctoral]. Cuenca.-Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Cuenca; 2016.
- 41. González T, Hernández S, Rivera J, Hernández M. Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. Sal Pub. Méx. 2017; 59(1): 1-8.
- 42. Díaz NM, Ruzafa M, Ares S, Espiga S, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. Rev. Esp. Salud Pública [internet] 2016; 90: e1-e18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100416
- 43. Mazariegos M, Ramírez M. Lactancia materna y enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta. Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamérica de

Nutrición [internet] 2015; 65(3): 143-151. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222015000300002
- 44. Organización Mundial de la Salud [sede Web] 2016. Lactancia materna exclusiva [3 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
- 45. Sandoval L, Jiménez MV, Olivares S, De la Cruz T. Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. Elsevier. 2016; 48(9): 572-578.
- 46. Asociación Española de Pediatría [sede Web] 2017. El comité de Lactancia Materna lanza una app para dispositivos móviles [1 pantalla]. Disponible en: http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/noticias/comite-lactancia-materna-lanza-una-app-dispositivos-moviles.
- 47. Paz C, Artieta I, Grandes G, Espinosa M, Gaminde I, Payo J. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. Elsevier, 2016; 48(10): 657-664.
- 48. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) [sede Web] 2015. Día Nacional de la nutrición: en el embarazo y en la lactancia comer bien es el mejor "te quiero" [6-7 pantallas]. Disponible en: http://www.aesan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/noticias/2015/
DNN_2015_2.shtml.
- 49. Academy of Nutrition and Dietetics [sede Web]. Cleveland: Ohio; 1917. Available in: http://www.eatright.org/
- 50. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) [sede Web] Barcelona: Notaría de Cornellá, 1989 [actualizada 27 febrero 2017]. Disponible en: http://www.nutricioncomunitaria.org/es/
- 51. Sociedad Española de Hipertensión Arterial [sede Web] Madrid; 1995 [actualizada 6 marzo 2017]. Disponible en: http://www.seh-lelha.org/index.html
- 52. Alcolea S, Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo, consejos de su matrona. Madrid-Ceuta: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2011

Capítulo 160

ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ

DILEY CASARIEGO GARCIA

1 Introducción

Se define el acoso laboral cómo cualquier conducta que persista en el tiempo y que se ejerza sobre un empleado por parte de un superior o un compañero o grupo de compañeros, con tendencia a causar miedo, angustia y desmotivación. Según la OMS el acoso y la intimidación en el trabajo son problemas frecuentes que pueden tener efectos negativos en la salud mental.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente acerca del mobbig.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando hablamos de acoso laboral, acoso moral o psicológico, también conocido cómo ”mobbing” es necesario saber exactamente a qué nos estamos refiriendo. Existen grandes diferencias entre acoso moral en el trabajo y el conflicto laboral (a menudo se confunden).

En un conflicto sucede que las personas no están de acuerdo en ciertos puntos de vista, la discusión puede llegar a ser muy tensa e incurrir en injurias, frecuente en el personal sanitario, pero no sería acoso laboral. En el acoso no hay discusión, en términos generales, no se quiere resolver ningún problema. Al contrario, lo que se pretende es detener la comunicación e ignorar el punto de vista del otro.

El cuadro de acoso laboral en el personal sanitario, tiene por objeto, destruir la estabilidad psicológica de la persona que es acosada, a través de limitaciones de contacto de la víctima con los demás compañeros de trabajo, agresiones verbales, amenazas, burla, ridiculizaciones, etc. Actitudes de desprestigio y descrédito profesional a ojos de sus compañeros, realización de tareas que atentan contra la integridad física y psicológica del acosado, aislamiento y privación de comunicación grupal. Actitudes que evolucionan desde un acontecimiento desencadenante y que posicionan al agresor en una situación de superioridad frente al agredido.

En aquellos casos en que un trabajador, un grupo o su líder, identifique a otro trabajador como ”intruso ”iniciará mecanismos de defensa y expulsión de ese ”otro”. Cuando el objetivo es librarse del personal molesto estamos ante casos de ”mobbing”.

5 Discusión-Conclusión

Es importante identificar de forma temprana la existencia del mobbing en cualquier situación laboral, ya que si no puede repercutir en los trabajadores de la empresa.

6 Bibliografía

- https://www.euriinova.edu.es
https://www.scribd.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 161

CUIDADOS A PACIENTE DE GRIPE A

SHEILA SANCHEZ ALVAREZ

1 Introducción

Es un virus que se transmite de animales (aves, cerdos) a personas en todo el mundo. Cada año tiene pequeñas variaciones (mutaciones en las proteínas que componen su capa externa que es por la que el sistema inmunitario lo reconoce) y cíclicamente (cada 50-70 años) cambia completamente produciendo pandemias a nivel mundial (dado que la población no ha tenido contacto con ese virus y por tanto no tiene inmunidad de memoria para hacer frente al primer contacto).

2 Objetivos

- Describir el método diagnóstico para la gripe A, a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Mujer de 60 años de edad, que acude al servicio de urgencias con cuadro de disnea y fiebre de 39ºC. Vacunada contra la gripe estacional. Exploración:
- Taquipneico.
- Saturación de oxígeno: 70%.
- Tensión arterial: 127/98.
- Frecuencia cardíaca: 102.
- Temperatura: 38,7º.

Evolución: paciente con cuadro gripal, estable hemodinámicamente con una saturación de 96% con oxígeno, se decide su ingreso para tratamiento de gripe A.

4 Discusión-Conclusión

Es muy importante la prevención del contagio de esta gripe. Si está enfermo o al cuidado de un enfermo y se ve en la obligación de utilizar mascarilla, llévala bien ajustada y reemplazarla en el momento en que esté húmeda o deteriorada, tírala a una bolsa de plástico y lavarse bien las manos. Sólo los trabajadores sanitarios con riesgo biológico utilizan EPI (equipos de protección individual) como medidas de protección por el método de barrera, entre los que se encuentran las mascarillas, los guantes, batas y gorros desechables, gafas.

5 Bibliografía

- WWW.wikipedia.org
- www.cun.es

Capítulo 162

LA HIGIENE DE MANOS EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

CONCEPCIÓN SUÁREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En el ámbito sanitario, el personal encargado de la atención directa a los pacientes, puede ser un factor clave en la cadena de transmisión de enfermedades infecciosas. Es por ello que la higiene de manos tiene un papel fundamental, ya que es el método más sencillo y económico para evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra.

2 Objetivos

- Conocer en qué momentos y situaciones en el trabajo diario del personal sanitario estos deberían proceder al lavado higiénico de manos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizado las siguientes palabras clave: higiene, guantes, manos y protección.

4 Resultados

En el trabajo diario del personal sanitario son varios los momentos claves en los que se debe proceder de forma obligatoria al lavado de manos, y son:
- Al inicio y al final de la jornada.
- Antes y después de atender a un paciente.
- Después de ir al aseo.
- Después del contacto con elementos contaminados.
- Antes de ponerse unos guantes y después de quitarlos.

En cuanto al uso de los guantes debemos recordar que hay retirarlos tras su empleo con un paciente y antes de atender a otro paciente nuevo, y retirarlos también siempre que se rompan. Siempre utilizar guantes cuando exista posibilidad de contaminación con fluidos corporales y no olvidar que los guantes solo nos ofrecen protección segura durante 15 minutos.

En un estudio realizado en un hospital se observó que los trabajadores no llevaban a cabo de forma correcta el lavado de manos. Tras una charla informativa recordándoles como con el lavado de manos se evitan muchas enfermedades , en un segundo periodo de observación del personal se observó que la prevalencia de la higiene de manos había aumentado de forma considerada, lo que demuestra que una buena campaña de información y sensibilización de higiene de manos es la mejor prevención de enfermedades infecciosas.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye por tanto, que los guantes son una barrera física que protege tanto al personal sanitario como a los pacientes, pero no sustituyen nunca al lavado higiénico de manos.

6 Bibliografía

- Auxiliar de enfermería, 7ª edición (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería). Evangelina Pérez de la Plaza, Editorial S.A. McGraw-Hill / Interamericana de España
- www.Wikipedia.org
- www.astursalud.es

Capítulo 163

DESVIRTUACIÓN DEL ROL DEL PERSONAL SANITARIO EN LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE ATENCIÓN SANITARIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

RAQUEL GONZÁLEZ REVUELTA

MARÍA BELÉN RUBIO SOMOZA

MARÍA GRACIA ARGÜELLES BLANCO

ANDREA SANZ DE FRUTOS

MARIA ROSARIO MARTINEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El rol que cumplen los integrantes de un equipo en general es relevante, porque cada uno representa un engranaje diferente, y contribuyen al logro de un objetivo confluyente entre todos sus integrantes. De la misma manera ocurre con el equipo de salud o sanitario, donde cada uno de su personal (médico, enfermero, auxiliar de enfermería, técnico de enfermería), cumplen un papel primordial para brindar la atención y seguridad que amerita el paciente (1).

La falta de cualquiera de estos integrantes ya sea en ausencia u omisión de las actividades que le corresponden, sobrecarga de trabajo al resto del personal sanitario, por tal razón, se considera un equipo de salud. A nivel de las comunidades y labores sociales, la cantidad de trabajo aumenta en proporción, y en ocasiones, las directrices de mandatos u órdenes se exceden o saltan los lineamientos establecidos sobrecargando o desvirtuando el trabajo del personal (2).

Para ello es necesario, diferenciar entre las funciones que cumplen el personal de enfermería titulado y el auxiliar de enfermería; los primeros se encargan del cumplimiento de la terapéutica de las enfermedades y los enfermos para el logro de la recuperación de la salud; con intervención educativa con fomento de la prevención de las futuras enfermedades o complicaciones del estado anterior (3).

Mientras que el auxiliar de enfermería le compete todas las actividades que sean ordenadas por el personal de enfermería titulado, es decir, todas aquellas actividades que complementen la asistencia sanitaria que no competan al personal de enfermería titulado y al personal médico (4).

Una actividad es definida como aquella acción que es ejecutada por un individuo, por lo general, con uso del instinto, la voluntad, y el hábito; además también puede abarcar la sensibilidad y la inteligencia. Aunque las actividades del personal de auxiliar de enfermería van comandadas por un titular o por un personal de jerarquía superior, es necesario reconocer que el personal de enfermería incluyendo el auxiliar representan el principal vínculo con la comunidad, porque continuamente se enfrentan al primer contacto con el paciente, por lo cual es necesario el establecimiento de la confianza y credibilidad en las acciones que realice, no tanto que signifiquen algo para el paciente, sino que incluyan la confianza de los familiares para poder llevar a cabo estas actividades (2).

Las actividades que llevan a cabo este tipo de personal varía de acuerdo al ámbito donde se desenvuelvan, pero la finalidad es ayudar al personal sanitario (médico y enfermeros) a aliviar el trabajo asistencial; y reducir el síndrome de burnout que en ocasiones se ve influenciado por la presencia de sobrecarga laboral y realización de actividades que no son de su competencia en el personal sanitario médico y enfermeros. Sin embargo, este tipo de situación se puede evidenciar en el caso del personal auxiliar de enfermería debido a que las actividades de aseo del paciente, limpieza del instrumental, recogida y distribución de los alimentos, alimentación de los pacientes (excluyendo aquellos casos en los cuales el paciente se encuentre en condiciones críticas especiales); acomodar el ambiente donde se encuentra el paciente (hacer las camas, clasificación y organización de la lencería

del personal y de los pacientes); entre otras actividades que corresponden a su labor; pero que debido a que reciben órdenes de personal calificado o por el simple hecho de estar solo con el paciente o responder a las necesidades del momento, realice actividades más allá de sus competencias como ayudante del servicio sanitario (5).

La coordinación del trabajo de cada personal, en el caso del auxiliar de enfermería favorece reducir el número de revisiones médicas, asociado al control y cuidados del paciente y la capacidad para involucrar a los pacientes en su plan de cuidados; a nivel comunitario, los beneficios se pueden obtener a partir de los resultados de la aplicación y apoyo de las actividades básicas e instrumentales de los pacientes que incluyen la enseñanza de los familiares y de los pacientes de las técnicas de higiene y de cuidado en caso de encamamiento crónico (cambios posturales en horarios establecidos, entre otros) (6).

La responsabilidad del personal auxiliar de enfermería en el fomento del autocuidado, autonomía y la satisfacción de las necesidades del paciente, a través del apoyo brindado. El conocimiento del auxiliar de enfermería va limitado a colaborar con las actividades básicas e instrumentales de los pacientes, el transporte de los mismos a través de los diferentes servicios (en caso de que sea necesario); una de las cuales podría incluir las labores de mantenimiento ajenas a su labor, lo cual pueda verse influenciado por factores como escaso personal de mantenimiento, o necesidad de encontrar solución oportuna en caso de presentarse una situación en la cual amerite esta acción de limpieza excesiva (de pisos). También esta situación puede observarse en caso de visitas domiciliarias donde la atención es personalizada y aplicada a pacientes inmovilizados, terminales (en estos casos, la necesidad de personal de enfermería titular y del personal médico son importantes) (7).

Es allí donde existe un nivel de desigualdad de condiciones, a pesar de las instrucciones previas e igual preparación para cada auxiliar de enfermería, el desempeño de las actividades correspondientes a veces es extralimitado ocasionando, desventajas en el ejercicio de su ocupación, que pudiesen influir en el desarrollo personal, social y económico en general. Es relevante identificar la prevalencia de actividades extras o que desvirtúan el rol del auxiliar de enfermería así como la influencia de estos cambios laborales en la atención sanitaria en los casos comunitarios, porque aporta información útil que contribuye a plantear planes de organización institucional en el cumplimiento de las actividades correspondientes en cada situación y por el tipo de personal que lo ejerce; contribuyendo a mejorar

indirectamente la asistencia en el paciente y la calidad de vida laboral del personal sanitario, es decir, involucra una organización del personal de enfermería titulado, el auxiliar de enfermería y el técnico sanitario.

El proceso de atención del personal auxiliar de enfermería es organizado, dinámico y flexible, que incluye beneficios sobre los pacientes aumentando la calidad de atención asistencial, evitando acciones de omisión o duplicaciones en la atención, además favorece a que el paciente se involucre en el cumplimiento de las actividades básicas e instrumentales de su plan de cuidados, fomentando así la continuidad y progresión de los cuidados; otros de los beneficios que se puede obtener de un trabajo cuyas funciones vayan acorde a las competencias del personal, son a nivel personal, siendo la satisfacción laboral uno de los principales factores, que influye en la estimulación de la creatividad y de las innovaciones, así como de la eficacia en la resolución de problemas y el cumplimiento de las actividades básicas a realizar (4).

2 Objetivos

El objetivo principal.
- Examinar las actividades que producen desvirtuación del rol del personal sanitario (rol de auxiliar de enfermería) en los servicios sociales y de atención sanitaria

Objetivos secundarios.
- Describir la influencia de la desvirtuación del rol del personal sanitario en la atención de las personas en la comunidad
- Identificar las funciones del personal auxiliar de enfermería en los centros de salud comunitarios

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura con enfoque cualitativo, en el cual se analizan las características e influencia de la desvirtuación de las actividades a desempeñar por el personal auxiliar de enfermería en la atención a nivel comunitario; se siguieron los lineamientos del manual de Revisiones Sistemáticas de intervenciones de Cochrane (8) para la redacción final del trabajo; mientras se empleó la normativa del grupo PRISMA (9) para la elaboración de la pregunta PICO y la selección de los artículos de investigación finales basado en

los criterios de inclusión. Las bases de datos electrónicas seleccionadas para esta investigación han sido PubMed, MEDLINE, con apoyo en el motor de búsqueda de literatura gris de Google Académico (Google Scholar), para la identificación de las características principales del rol del auxiliar de enfermería en el ámbito comunitario.

El periodo de la búsqueda teórico-científica ha comprendido desde los meses de diciembre de 2019 hasta el mes enero de 2020, basado en la elaboración de ecuaciones de búsqueda mediante la selección de descriptores MeSH, y unidos entre sí por operadores booleanos. Las palabras claves empleadas, de acuerdo al MeSH fueron "nursing", "care", "community health", "nursing assistant", "sick nursing". Estas palabras claves fueron combinadas, separándolas por los operadores booleanos AND y OR, para ampliar el rango de la búsqueda, de la siguiente manera: "nursing" AND "care" AND "community health" AND "nursing assistant" OR "sick nursing". Asimismo, también se realizaron búsquedas individuales de alguno de los términos para afianzar los conocimientos básicos sobre los mismos y solucionar ciertos aspectos que podrían causar duda durante la realización del estudio. Los criterios de elegibilidad de la investigación son los siguientes:

Criterios de inclusión.
- Tipo de publicación: ensayo clínico aleatorizado, ensayos clínicos controlados, estudios observacionales de corte longitudinal y transversal.
- Tipo de intervención: actividades extras o que desvirtúan el rol del auxiliar de enfermería en la atención comunitaria.
- Tipo de participantes: estudios en seres humanos, ambos sexos, mayor de edad con resultados informados (edad mayor de 18 años).
- Antigüedad de las publicaciones: artículos publicados de los últimos 5 años (2015-2020).
- Idiomas: inglés y español.
- Disponibilidad de resumen y texto completo.
- Calidad metodológica y nivel de evidencia/recomendación: Publicaciones con un criterio de calidad superior a 5 en la escala del Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford (CEBM).

Criterios de exclusión.
- Estudios en animales.
- Publicaciones que no sean científicamente avalados.
- Publicaciones que no se hayan encontrado en las bases de datos anteriormente

comentadas.

Para la extracción de los datos de los artículos de investigación encontrados, se analizaron independientemente los siguientes datos: características básicas de publicación (año, autor, diseño de investigación), características de la muestra, tipo de intervención y resultados cotejados. La herramienta utilizada para el análisis de la calidad metodológica de los artículos seleccionados fue a través de la escala Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford (CEBM) (10). La evaluación del riesgo de sesgo es a través de la herramienta CASPe versión española para estudios cualitativos, de acuerdo al tipo de investigación seleccionada.

La búsqueda arrojó un total de 3462 artículos originales en las bases de datos seleccionadas, considerando los filtros de año de publicación, humanos e idioma. De los cuales sólo fueron seleccionados 6 artículos debido a que fueron los que cumplieron con los criterios de inclusión, incluyendo la eliminación de duplicados y de artículos que no correspondían con los objetivos de la revisión sistemática. El diseño de los artículos seleccionados fue de 6 artículos de diseño observacional cualitativo, debido al tema seleccionado de investigación. El riesgo de sesgo de la investigación fue 8.5/10 para los estudios cualitativos, por lo cual se considera con un bajo riesgo de sesgo de publicación, y por tanto, los resultados obtenidos pueden ser tomados en cuenta para poder llevar a cabo planes de organización institucional y decisiones en general relacionadas con el personal sanitario (auxiliar de enfermería).

4 Resultados

Josi y Bianchi (11) realizaron un estudio en el cual se identificó el rol del auxiliar de enfermería en la atención crónica de pacientes, e identificaron las actividades a realizar, a través de entrevistas semiestructuradas y observaciones sistemáticas. Se incluyeron actividades a nivel de visitas domiciliarias y visitas a personas mayores y hogares de ancianos; mientras que las enfermeras titulares trabajaron con un alto grado de autonomía; las auxiliares de enfermería trabajaron principalmente en delegación; con exceso de trabajo en el transporte de los pacientes e incluyendo el servicio de mantenimiento y de emisario, como actividades extenuantes para el personal auxiliar de enfermería.

Lovink et al. (12) realizaron un estudio con el objetivo de describir cómo se organiza el cambio de combinación de habilidades en la práctica diaria para la atención sanitaria en los adultos mayores. A través de entrevistas estructuradas a

34 personal de salud (incluyendo 5 auxiliares de enfermería), se determinó en la mayoría de los casos, que la atención asistencial para los adultos mayores era solo una pequeña parte de las tareas del personal sanitario en general. Las tareas que realizaban y sus responsabilidades en el cuidado de la salud para las personas mayores diferían entre las profesiones y dentro de ellas; centrándose en la detección estructural proactiva de la fragilidad en la población de edad avanzada. Afirmando que el rol de cada profesional o del personal que forma parte del equipo de salud es importante, garantizando así la mejoría en la atención. Además, se destacó que la presencia y ejecución de actividades extra en todo el personal incluyendo, la limpieza, mantenimiento, emisor, entre otras, puede producir síndrome de agotamiento que influye en el trato con el paciente.

Hestevik et al. (13) realizaron un estudio con el objetivo de explorar las opiniones de los auxiliares de enfermería en relación a la atención nutricional (técnicas de alimentación) en los adultos mayores. Se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas con 23 personal sanitario en atención geriátrica aguda y atención domiciliaria. Los temas principales de discusión fueron: falta de toma de decisiones compartida en la atención nutricional; conflicto entre las preferencias del paciente y los procedimientos estándar de atención nutricional; y el valor de los cuidadores familiares que rara vez participan en la atención nutricional. Además se incluyó la participación del auxiliar de enfermería en la alimentación en este tipo de pacientes, concluyendo que las acciones exageradas para la alimentación (limpieza excesiva, acciones para apertura de la boca, entre otras) provocaban cansancio en el personal.

Yordy y Hare (14) realizaron un estudio para fomentar las acciones dirigidas a apoyar el cuidado de los pacientes geriátricos, incluido los estudiantes de enfermería y el personal auxiliar de enfermería, cuyas acciones van dirigidas a brindar apoyo en las actividades básicas de la vida. Destacando que el cuidado en servicios sociales aumenta la capacidad máxima laboral cuando no hay suficiente personal, contribuyendo a una sobrecarga y la aparición de actividades extra como el mantenimiento o limpieza de área de habitación donde se ubica el adulto mayor.

Kudo et al (15) realizaron un estudio en el cual se identificaron las actividades extras y las condiciones desfavorables que hacen que los auxiliares de enfermería renuncien a su empleo. Dentro de las actividades se incluyen la limpieza excesiva, servir de emisario; mientras que las condiciones desfavorables incluyeron la desmotivación intrínseca, salario, relaciones entre los asistentes de enfermería, actitudes de las enfermeras registradas, aumento de la fatiga y estado de empleo.

Davila et al. (16) realizaron un trabajo en el cual encontraron que los auxiliares de enfermería se perciben a sí mismos como teniendo un papel único e importante en la calidad de vida de los pacientes que asisten; por lo cual su actitud desfavorable ante la sobrecarga laboral afectaría a los pacientes. Describieron los resultados clave de la calidad de vida como ganancias positivas en la vida cotidiana de los pacientes, mejores procesos de trabajo y mayor tiempo entre el personal y los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las actividades realizadas por los auxiliares de enfermería como parte del personal sanitario o equipo de salud tienen un alto potencial para contribuir a una atención óptima en los nuevos modelos de atención, que abordan las necesidades de la población de edad avanzada y la población en general. A través de esta revisión se evidencia el rol que cumplen este personal, que aunque no posee una formación como los enfermeros, debe cumplir una serie de tareas que incluyen el cuidado de los pacientes, transporte y apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana. Y que a través del exceso o actividades extra producen un cansancio en el personal que pueden llegar a influir en la atención de los pacientes y con un impacto en la calidad de vida propia y de los pacientes.

El personal sanitario debe ser consciente de la importancia de involucrar activamente a las personas mayores y sus familiares en la atención nutricional para lograr resultados positivos. A pesar de las barreras individuales y estructurales, incluida la resistencia de pacientes y cuidadores familiares, conflictos entre los deseos nutricionales de los pacientes y los procedimientos nutricionales estándar, un deseo de proteger a los cuidadores familiares del estrés de cuidar a un pariente enfermo y la falta de tiempo.

Debido a que los asistentes de enfermería no han recibido educación formal en enfermería, no pueden enorgullecerse de tener las mismas habilidades y experiencia que las enfermeras registradas. Sin embargo, los gerentes de los hospitales deben respetar sus sentimientos y establecer un ambiente de trabajo apropiado. Por lo cual se debe garantizar un cumplimiento de roles en la organización de los centros asistenciales. Por tanto:

- Las actividades que producen desvirtuación del rol del personal sanitario (rol de auxiliar de enfermería) en los servicios sociales y de atención sanitaria son el mantenimiento, servir de emisor y exceso de trabajo en general.
- La desvirtuación del rol del personal sanitario en la atención de las personas en

la comunidad produce afectación de la calidad de atención con afectación de la calidad de vida del paciente.
- Las funciones del personal auxiliar de enfermería en los centros de salud comunitarios incluyen el transporte de los pacientes y apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana.

6 Bibliografía

- 1. Soto P, Reynaldos K, Martínez D, Jerez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. Aquichan. 2014; 14(1): 79-99).
- 2. Lopera M, Forero C, Paiva L, Cuartas M. El quehacer cotidiano de la enfermera significa soportar la carga. Cuidarte. 2016; 7(1): 1260-70).
- 3. Seguel F, Valenzuela S, Sanhueza O. El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. Ciencia y enfermería. 2015; 1(2): 11-20).
- 4. Hanna M, Villadiego M. La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. Revista Colombiana de Enfermería. 2014; 9(1): 65-70).
- 5. Maaitah R, Fawzi R. Exploración de las acciones prioritarias para el fortalecimiento del papel de las enfermeras en el logro de la cobertura universal de salud. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25(1): 1-5).
- 6. Yee W, Fung I, Chan E. Cobertura Universal de Salud a través de Servicios Comunitarios de Enfermería: China versus Hong Kong. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25(1): 1-5).
- 7. Lorenzini A, Regina de Andrade S, Schaefer A, Crespo L. La atención secundaria en salud: mejores prácticas en la red de servicios. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(1): 131-139).
- 8. Centro Cochrane Iberoamericano. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011]. [Online].; 2012 [cited 2018 Mayo 29. Available from: http://www.cochrane.es/?q=es/node/269.
- 9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 2009 Jul; 6(7: 1-6).
- 10. Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM). Levels of Evidence. [Online].; 2011 [cited 2019| Abril 10. Available from: http://www.cebm.net/mod_product/design/fles/CEBM-Levels-of-Evidence-2.1.pdf.

- 11. Josi R, Bianchi M. Advanced practice nurses, registered nurses and medical practice assistants in new care models in Swiss primary care: a focused ethnography of their professional roles. BMJ Open. 2019; 9(12): e033929).
- 12. Lovink M, van Vught A, Persoon A, Schoonhoven L, Koopmans R, Laurant M. Skill mix change between general practitioners, nurse practitioners, physician assistants and nurses in primary healthcare for older people: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2018; 19(1): 51).
- 13. Hestevik C, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. Hospital nurses and home care providers' experiences of participation in nutritional care among older persons and their family caregivers: a qualitative study. J Hum Nutr Diet. 2019; 1(1): 1-5).
- 14. Yordy M, Hare J. A Community Respite Ministry/University Partnership Creates Meaningful Elder-Care Experiences. J Christ Nurs. 2020; 37(1): E4-E8).
- 15. Kudo Y, Toyoda T, Terao R, Suzuki S, Tsutsumi A. Job satisfaction and intention to remain on the job among Japanese nursing assistants. J Rural Med. 2019; 14(2): 181-190).
- 16. Davila H, Abrahamson K, Mueller C, Inui T, Black A, Arling G. Nursing Assistant Perceptions of Their Role in Quality Improvement Processes in Nursing Homes. J Nurs Care Qual. 2016; 31(3): 282-9).

Capítulo 164

LOS RESIDUOS SANITARIOS Y CÓMO GESTIONARLOS

REBECA PAJA MARTÍNEZ

1 Introducción

Toda actividad realizada en el ámbito sanitario genera una serie de residuos a los que se les denomina residuos sanitarios. En el ámbito sanitario se utilizan diferentes tipos de materiales y cuando el uso llega a su fin es considerado como residuo. Debemos tener mucho cuidado a la hora de desecharlos, ya que pueden estar contaminados de manera biológica.

Los residuos sanitarios son aquellos generados en las actividades sanitarias. Buena parte de ellos se encuentran potencialmente contaminados con sustancias o líquidos biológicos, al haber sido utilizados en tratamientos clínicos. Para realizar correctamente la gestión de estos residuos es necesario su clasificación en función del riesgo que suponen para el medio ambiente y para las personas. La gestión de los residuos sanitarios no se realiza igual en todas las comunidades autónomas, pudiendo variar esta clasificación en alguno de sus puntos. Es muy importante en nuestra práctica diaria dentro de un centro sanitario, conocer la clasificación de los residuos, porque así contribuimos a una mayor seguridad para la salud de los trabajadores y sostenimiento del medio ambiente.

2 Objetivos

- Identificar la clasificación de los residuos sanitarios.

- Determinar cómo se gestiona su destrucción para cumplir con la normativa vigente.
- Detallar cómo proteger la salud de las personas que los manipulan.
- Conocer cómo preservar el medio ambiente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se va a llevar a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también se consultarán artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se consultará además la Guía para la gestión de los residuos sanitarios del Principado de Asturias.

4 Bibliografía

- Artículos relacionados con los residuos sanitarios.

Capítulo 165

PROTECCION DE DATOS EN ATENCION PRIMARIA

ADA PINTO SAMPEDRO

1 Introducción

La Constitución Española reconoce los derechos de todos los ciudadanos a la intimidad, confidencialidad y perseverancia a la intimidad de las personas. Estos derechos también se aplican en el ámbito sanitario: Ley de Protección de Datos Médicos. Estos derechos son de gran importancia en el ámbito sanitario, los datos facilitados por los pacientes han de ser tratados por los profesionales sanitarios y estos tiene el deber de tratarlos con el máximo cuidado y con confidencialidad.

2 Objetivos

- Describir las medidas de seguridad en Atención Primaria (AP) que garantizan la perseverancia de los datos de los pacientes, como deber fundamental de las personas físicas.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, usando como buscador principal Google Académico. Palabras clave: confidencialidad, protección, datos .

4 Resultados

Garantizar un correcto uso de los datos de los pacientes en Atención Primaria (AP), para ello es necesario que todo el personal sanitario sea conocedor de sus cumplimientos, según marca la Ley de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD). Para ello es importante:
- Formar a todo el personal sanitario de Atención Primaria (AP) y Centros de Salud, para que sean conocedores de su uso.
- Usar contraseñas seguras.
- No dar información personal a pacientes por correo electrónico.
- Cerrar la sesión o bloquearla si te ausentas del ordenador más de 5 minutos.
- No dejar la pantalla abierta con datos del paciente.
- Cerrar la puerta de la consulta cuando estemos con un paciente.
- Pedir permiso al paciente si se quiere usar sus datos o fotos en investigaciones.

5 Discusión-Conclusión

Garantizar un correcto uso del tratamiento de la información en Atención Primaria (AP) es de vital importancia, para garantizar la confidencialidad en el ámbito de la sanidad, un tema muy de actualidad en el día a día y que nos interesa conocer bien para poder cumplirlo como nos marca la Ley de Protección de Datos.

6 Bibliografía

- www.aepd.es
- www.google.es
- www.interior.gob.es
- www.astursalud.es

Capítulo 166

ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad psiquiátrica en la que hay una alteración cíclica y recurrente del estado del ánimo, entre episodios de depresión, manía y mixtos. El trastorno bipolar, también conocido como enfermedad maniaco-depresiva, es un trastorno del estado de ánimo, considerada como una enfermedad crónica e incapacitante. Esta enfermedad se caracteriza por alternar periodos de una profunda exaltación y un nivel de actividad exagerados (manía o hipomanía), con periodos de depresión. Cursa con largos periodos asociándose a una marcada disfunción entre ellos, donde consecuentemente los individuos pasan una importante parte de sus vidas indispuestos. Por ello, se asocian unas altas tasas de comorbilidad con trastornos de ansiedad y una propensión hacia el uso indebido de sustancias que limitan la detección y el tratamiento efectivo. La enfermedad, por sus características confiere un alto riesgo de lesión y suicidio. De manera específica, la Organización mundial de la Salud (OMS) afirma que el

trastorno bipolar se ha clasificado como la sexta causa mundial de carga social y sufrimiento, y la sexta en discapacidad entre los jóvenes.

2 Objetivos

- Conocer el Trastorno Bipolar, la prevalencia de de esta patología, así como el tratamiento más frecuente y más efectivo para paliar sus síntomas.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica realizando una revisión en las siguientes bases de datos: CSIC, Cuiden Plus, Scielo, Dialent, Lilacs, Cochrane Plus, Cinahl, Medline, Uptudate, junto con una búsqueda en el buscador "Google Académico" utilizando como descriptores las palabras relacionadas con el tema. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos diez años, tanto en castellano como en inglés.

4 Resultados

Existe una prevalencia a lo largo de la vida de un 2,1%; cuando se trata de mayores de 65 años esta prevalencia aumenta hasta el 10%, suponiendo entre un 5%-15% de los ingresos hospitalarios en salud mental. Según varios estudios, el trastorno bipolar se presenta en todo tipo de razas y culturas, afectando por igual a hombres y mujeres, aunque éstas representan un riesgo más alto (en torno al 5%) de ingreso hospitalario en unidades de psiquiatría. Por edad, la mayor frecuencia de presentación se produce entre los 20-30 años, siendo los cambios estacionales, sobre todo el verano, cuando hay mayor frecuencia de los brotes.

Aunque la causa exacta se desconoce, se presenta con mayor frecuencia en personas con antecedentes familiares de padecer dicho trastorno; en la mayoría de personas con trastorno bipolar no hay una causa clara para los episodios de manías o depresión, pero existen diferentes factores que pueden desencadenar un episodio maniaco como son:

- Parto.
- Toma de antidepresivos.
- Insomnio.
- Consumo de drogas psicoactivas.

Los síntomas principales son:
- Fase maniaca: dura desde días hasta meses: falta de autocontrol en los hábitos diarios: comida, bebida, consumo de drogas; estado de ánimo muy irritado, hablar mucho, distraerse con facilidad, no sentir cansancio ni sueño.
- Fase depresiva: tristeza o bajo ánimo constante; problemas de concentración; inapetencia o pérdida de apetitos es igual a pérdida de peso; o todo lo contrario, consumo exagerado de alimentos es igual a aumento de peso; fatiga, desgana, insomnio; retracción social, pérdida de autoestima.

Cuando los síntomas de manía y depresión ocurren juntos, es cuando se produce un estado mixto. Los episodios de depresión son más frecuentes que los de manía.

Las personas con trastorno bipolar están en alto riesgo de cometer suicidios; y si encima consumen alcohol y otras sustancias en exceso, pueden empeorar los síntomas, aumentando así el riesgo de suicidio. En cuanto al tratamiento, lo principal es conseguir que los episodios sean menos frecuentes e intensos, y prevenir la autoagresión y el suicidio. Para ello se le debe ayudar a que disfrute de la vida, tanto familiar como social. El tratamiento farmacológico de elección es el Litio, ya que permite mantener al paciente estable durante más tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Existe una alta prevalencia del trastorno bipolar dentro de la población, que es considerada una enfermedad crónica y discapacitante para todos aquellos que la sufren. Esta enfermedad manifiesta una amplia variedad de síntomas durante el proceso, definiéndose en dos polos caracterizados por síntomas depresivos o maníacos y en algunos de los casos, también con comportamientos de riesgo asociadas al suicidio. Es vital conocer las repercusiones de las manifestaciones del trastorno bipolar así como los riesgos, para obtener un marco de trabajo que permita detectar las manifestaciones iniciales y poder identificar los factores individuales de cada paciente, promoviendo la adherencia al tratamiento; tanto farmacológico, siendo en la mayoría de los casos el Litio el fármaco de primera elección, como las recomendaciones no farmacológicas.

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica e incapacitante, con alta incidencia dentro de los trastornos afectivos. La adherencia al tratamiento es una clave decisiva en el curso de la enfermedad, y mucho más en este tipo de pacientes con problemas mentales, los efectos secundarios, la disponibilidad de servicios y el compromiso del paciente con trastorno bipolar suelen afectar negativamente en

la adherencia al tratamiento; se debe conseguir una buena confianza en los profesionales sanitarios, y una buena colaboración y ayuda de los familiares. Esto, lleva consigo una alta incidencia de intento autolítico, con su consecuente impacto en la salud física y mental. La Educación para la Salud es esencial para la adherencia al tratamiento, por tanto se debe garantizar la continuidad de cuidados, con una estrecha colaboración entre profesionales, pacientes y familiares.

Se debe dar un papel importante a los autocuidados, aunque según la evolución de la enfermedad, hay momentos en los que las decisiones son tomadas por el profesional sanitario en contacto con los cuidadores/familiares. Si existe colaboración entre los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada se puede hacer un seguimiento del estado psicopatológico, un correcto control del tratamiento, tanto farmacológico como psicosocial. Los estados de manía y depresión vuelven a aparecer en la mayoría de las personas, incluso con tratamiento, pueden tener problemas con el alcohol, abuso de drogas, con el trabajo y con el resto de relaciones interpersonales. El suicidio es un riesgo muy real tanto en el periodo de manía como en el de depresión; por tanto, en el momento que hablen de suicidio, precisan de una atención médica urgente.

6 Bibliografía

- María Jesús Muñoz Zorrilla. Paciente con trastorno bipolar: proceso de enfermería. ENE. Revista de Enfermería. Agosto 2012; 6 (2).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía Práctica sobre el Trastorno Bipolar; 2011.
- Granados Gámez, Genoveva; Sánchez Bujaldón Miguel. Enfermería en Salud Mental. Editorial universitaria Ramón Areces; 2011.
- Periáñez Cordero MDR, Jiménez Fuente B, Mera Domínguez S. Eficacia de la Intervención de la Enfermera Especialista en Salud Mental en el deterioro del patrón del sueño en paciente con Trastorno Afectivo Bipolar hospitalizado. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3).
- Zorrilla, M. J. M., & Mesa, F. J. G. (2012). Paciente con trastorno bipolar: proceso de enfermería. ENE, Revista de Enfermería., 6(2), 81-88.
- De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011; 10(1):52-77.

Capítulo 167

DERMATITIS ATÓPICA.

MARIA DOLORES LORENZO GARCIA

HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL

PATRICIA CORRALES REY

1 Introducción

La piel es la encargada de cumplir una serie de funciones de gran interés para el organismo como el aislamiento y protección frente a agentes externos, sobre todo los químicos, también es impermeable al agua, nos protege de la luz y las radiaciones, y es el órgano mas extenso del cuerpo humano, por lo tanto debemos esforzarnos en protegerla.

El término dermatitis se utiliza para definir una lesión inflamatoria en la piel, que causa enrojecimiento, acompañado de picores y granos, los cuales pueden llegar a infectarse provocando una grave lesión cutánea. La dermatitis atópica va acompañada de sequedad con descamación, y en muchas ocasiones vesículas. Los picores inducen al rascado, que provoca endurecimiento, inflamación y costras. Se desconoce lo que causa el motivo de la irritación de la epidermis, que a su vez pierde la función protectora de la piel, y provoca la infección característica del área afectada.

2 Objetivos

- Describir el tratamiento de la dermatitis atómica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos sobre la dermatitis atópica publicados en revistas indexadas en bases de datos como Scielo y Cochrane.

4 Resultados

Como la superficie cutánea se ensucia con gran facilidad, sobre todo la cara, el cuello y las manos es conveniente una buena higiene diaria, evitando el contacto con detergentes agresivos, y procurar mantener una buena hidratación para evitar las posibles consecuencias de la pérdida de la capa protectora de la piel. Hoy en día hay muy buenos productos sin agentes químicos ni parabenos, que ayudan a proteger nuestra piel de las agresiones diarias.

El especialista dará un tratamiento dependiendo del grado de gravedad, ya que esta patología no tiene cura, pero que permitirá aliviar los síntomas y prevenir nuevos brotes. Por lo general, se evitarán los jabones fuertes, se tratará la piel con suavidad a la hora de la higiene personal, el secado se hará sin fricción para evitar dañar más la epidermis, se procurará mantener la piel sumamente hidratada y se aplicará el tratamiento pautado por el dermatólogo, que en el caso de brotes muy severos se receta cortisona por un tiempo determinado para evitar una infección grave.

El tratamiento del paciente es muy complejo, con lo cual hay que seguir estrictamente las indicaciones del especialista, que pueden ser suficientes con las medidas generales de hidratación e higiene o tener que emplear corticoides vía tópica u oral, según la gravedad del caso.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy no existe una cura ni tratamiento que modifique el curso de la enfermedad, ya que se cree existe un factor de predisposición genética y ambiental de parte del individuo, pero si podemos hablar de prevención para evitar los brotes de dermatitis, hidratar mucho la piel, evitar los baños prolongados con agua muy caliente, se elegirá la ducha con agua tibia, elegir jabones neutros y utilizar prendas de algodón, no sintéticas y también hacer hincapié en una mayor investigación de esta enfermedad por parte de los especialistas .

6 Bibliografía

- El médico en casa. Editorial Marin 1982
- Consejos de tu farmacia .La salud avanza. 2018

Capítulo 168

CLASIFICACION Y DESCRIPCION DE QUEMADURAS PARA TCAE

RAQUEL FARPÓN RODRÍGUEZ

1 Introducción

La piel se compone principalmente de una capa superficial, la epidermis con sus apéndices (glándulas sudorípadas, folículos pilosos, glándulas sebáceas) y el corion que con mayor frecuencia se llama dermis. La piel se compone de estas dos capas y es de grosor variable, que puede ser desde 0.5 mm sobre los párpados a cerca de 6 mm en las plantas de los pies y en las palmas de las manos. Si bien se usan diferentes clasificaciones para diferenciar varios grados de profundidad de las quemaduras, se ha hecho frecuente dividir las quemaduras en tres categorías según la profundidad a saber, el primer segundo y tercer grado.

2 Objetivos

- Conocer la clasificación y descripción de las quemaduras.

3 Metodología

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

4 Resultados

La quemadura de primer grado afecta unicamente la epidermis. Se caracteriza por enrojecimiento que se presenta despues de un lapso de tiempo variable. La quemadura de primer grado suele presentarse después de exposición duradera a la luz del sol intensa o exposición instantánea a una forma mas intensa de calor. La destrucción es superficial y por ello el paciente no suele estar muy enfermo. Los problemas principales son un grado ligero de hinchazón o algo de dolor. Posiblemente haya una sensación tipo quemadura molesta junto con dolor ligero, pero suele disminuir después de 48 horas a menos de que la quemadura de primer grado sea extensa. La curación suele llevarse a cabo sin problema en cosa de cinco días. En el momento la capa exterior se desprende en forma de pequeñas escamas y permanece algún grado de enrojecimiento durante algunos cuantos días, pero no hay cicatrices permanentes.

La quemadura de segundo grado es una lesión más profunda y afecta toda la dermis y gran parte del corion. Las quemaduras de segundo grado se caracterizan por la aparición de vesículas y suele haber un grado moderado de hinchazón. La rapidez de curación depende de la profundidad de destrucción dérmica y de que se presente o no infección. la mayor parte de las quemaduras de segundo grado curan en 10 o 14 días sin importar el método de tratamiento, siempre y cuando no haya infección. Algunas quemaduras de segundo grado pequeño de infección en quemaduras de tercer grado y requerir un injerto. La mayor parte de las quemaduras de segundo grado profundas necesitan de 25 a 35 días para sanar.

Las quemaduras de tercer grado, son una forma muy grave de lesión. Se destruye por calor toda la piel, epidermis y dermis, hasta la grasa subcutánea. Hay trombosis en los pequeños vasos sanguíneos de los tejidos subcutáneos subyacentes, hay aumento de la permeabilidad capilar y por lo tanto se pierde una cantidad considerable de líquido en los tejidos subcutáneos. Esto produce hinchazón considerable en las zonas quemadas y alrededor de ellas. De dos a tres semanas la piel muerta se liquida y lentamente se desprende. Suele haber cierto grado de infección que se asocia a este proceso. Por debajo de esta escara de quemadura muerta hay superficie en granulación que se compone sobre todo de capilares en formación y de cierta cantidad de tejido fibroso. Esta quemadura suele cubrirse con un injerto de la piel.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer las características de los diferentes grados de quemaduras existentes para elegir el tratamiento correcto en cada caso.

6 Bibliografía

- https://ulcerasfora.sergas.gal/
- https://portal.guiasalud.es
- https://www.ucm.es
- http://www.medynet.com/

Capítulo 169

CUERPOS EXTRAÑOS EN EL CUERPO - AGUJAS

RAQUEL FARPÓN RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las agujas rotas constituyen un tipo bastante frecuente de cuerpo extraño en pies o manos. Si es visible el extremo roto de la aguja, sobresaliendo de la piel podría ser extraído. Pero si el paciente sintió el impacto de un objeto punzante y el ayudante puede advertir el punto de entrada, la aguja o cuerpo extraño deberá ser buscado en el piso para asegurar si está roto o no, y si falta una parte.

2 Objetivos

- Establecer las recomendaciones de actuación por parte del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ante las agujas como cuerpos extraños.

3 Metodología

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

4 Resultados

Si la aguja está entera y se encuentra en el sitio de la lesión, es probable que no haya cuerpo extraño en la herida. Si la aguja está rota, aumentan las posibilidades de que el extremo roto esté en los tejidos. La presencia de un extremo roto será mas probable si la presión sobre el punto de entrada produce dolor intenso. En ocasiones puede palparse el fragmento.
No obstante, la palpación debe ser mínima, pues dicha presión puede enterrar la aguja a mayor profundidad en los tejidos, y facilitar su migración. Dado que se necesitará la extracción quirúrgica, el paciente será inmovilizado y se buscará la asistencia médica. Si el punto de entrada de la aguja está en el pie, el sujeto no deberá caminar, pues la marcha producirá mayor penetración del cuerpo extraño y dificultará su extracción. El médico localizará la aguja con rayos X antes de extraerla.

5 Discusión-Conclusión

Un motivo frecuente de consulta en nuestros centros asistenciales es la de pacientes que han sufrido heridas con presencia de partículas o pequeños objetos que han sido proyectados hacia los tejidos subcutáneos. Muchas veces, estos pacientes, son derivados a centros especializados ante la incertidumbre sobre su tratamiento.

Habitualmente, el organismo reacciona a corto plazo con el aislamiento, mediante tejido de granulación, pudiendo quedar asintomático en la mayoría de ocasiones. A veces, pueden migrar hacia puntos de menor resistencia, que suele ser hacia la superficie y que pueden acabar espontáneamente con la expulsión del mismo. Esta situación es muy típica de materiales inertes como los cristales de los parabrisas que quedan incluidos y que pueden tardar incluso años en ser expulsados.

6 Bibliografía

- https://www.aegastro.es/
- https://www.mayoclinic.org/
- https://accessmedicina.mhmedical.com
- http://www.scielo.org.bo

Capítulo 170

FARMACOLOGÍA

ERICA GARCÍA SUÁREZ

MARIA SOLEDAD PEREZ PEREIRA

ARACELI TOLOSA

1 Introducción

Es el estudio de los mecanismos de acción de un fármaco, la respuesta del organismo y los cambios que producen a lo largo del tiempo. La farmacología se divide en dos áreas: farmacocinética y farmodinámica. Los estudios farmacologicos no clínicos permiten comparar los efectos beneficiosos del fármaco con sus efectos negativos. La comparación es importante para hacer análisis correctos de los beneficios y riesgos antes de probar en humanos. El estudio del fármaco en la fase clínica, con los datos que se obtienen de los estudios no clínicos farmacologícos y la toxicología facilitan determinar la dosis del fármaco para administrarla a los voluntarios en los primeros ensayos en humanos.

2 Objetivos

- Seleccionar los mejores fármacos para tratar los problemas de salud, apartir de cuadros clínicos.
- Explicar las indicaciones, reacciones adversas y contraindicaciones, basados en conocer sus mecanismos de acción, factores farmacocinéticos, vías de administración, interacciones con otros medicamentos o alimentos. Integrar los procesos de absorción, metabolismos y excreción de los medicamentos.

3 Metodología

Para que un medicamento llegue al mercado es necesario que se realicen pruebas para demostrar su seguridad, eficacia, eficiencia y efectividad, mediante ensayos preclínicos y clínicos. Las fases de investigación para el desarrollo de fármacos son preclínicos y clínicos, las dos son importantes para conocimientos de la molécula, que permite el diseño de un excipiente adecuado, su administración, posología y el intervalo de dosís; y los efectos terpéuticos adversos

4 Resultados

Los resultados orientados al paciente son aquellos que afectan al bienestar del paciente que son: Prolongación de la vida, mejora de las funciones y el alivio de los síntomas. Los resultados intermedios son factores que no involucran el bienestar del paciente. Son parámetros fisiológicos o resultados de las pruebas que predicen los resultados reales para el paciente. Los resultados alternativos pueden proporcionar más resultados orientados al paciente, lo que permite hacer ensayos utilizando menos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Muchos problemas de salud tienen hoy en día un abordaje preventivo y social, por lo que está debe potenciarse al mismo tiempo que se apoya la investigación.

Los problemas de salud derivaso de determinantes sociales deben tener modo preventivo y social, y sobre el que debe investigarse. Los desafios deben de ser modelos basados en la promoción de la salud, el incremento del esfuerzo preventivo y la capacidad de las personas a manejar y afrontar aquellos procesos que limiten el bienestar.

6 Bibliografía

- Principios básicos de farmacología
- Universidad Virtual de Salud
- Access medicina.mh medical
- Manual MSD
- Diario farma

Capítulo 171

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

ARACELI TOLOSA

ERICA GARCÍA SUÁREZ

MARIA SOLEDAD PEREZ PEREIRA

1 Introducción

Se conoce como adherencia terapéutica a la acción y efecto de cumplir, ejecutar o llevar a cabo el uso de medicamentos prescritos por parte del paciente de una forma determinada, también incluye el uso de medidas higiénico-sanitarias como son evitar el tabaco y el alcohol, hacer ejercicio, llevar una dieta equilibrada o acudir a las visitas de seguimiento. Varios estudios concluyen que en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas es del 50%, y que en los países en vías de desarrollo en aún menor, debido a la falta de recursos.

Cabe señalar la importancia de las características de la enfermedad y de los síntomas que presenta, el paciente que sufre unos síntomas perturbadores tiene una mayor adherencia al tratamiento al notar un alivio de esos síntomas, en cambio las enfermedades asintomáticas presentan un porcentaje se adherencia menor. La deficiente adherencia terapéutica supone un grave problema de salud pública y del uso de los recursos sanitarios.

2 Objetivos

- Describir las causas del fracaso de la adherencia terapéutica.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre la adherencia terapéutica publicados en revistas indexadas en distintas bases de datos como Scielo.

4 Resultados

El principal objetivo de las organizaciones sanitarias es la mejora de las tasas existentes de adherencia a los tratamientos prescritos, para así lograr una mejora en la salud de la población y la optimización de los recursos de los que dispone el sistema de salud. Para lograr el objetivo necesitamos conocer las causas del fracaso de las mismas, identificando los problemas para poder atajarlos.

Las causas son multifactoriales, pueden estar relacionadas con el paciente, como son la falta de recursos, la falta de percepción de mejoría de la enfermedad, estado de salud mental o la falta de confianza en el médico. otras causas están relacionadas con la propia enfermedad, como son la gravedad de los síntomas o el grado de discapacidad que provoca, también hay causas relacionadas con los factores del tratamiento, como la complejidad de la prescripción, la duración del tratamiento o los efectos secundarios. Para conocer la tasa de seguimiento de las prescripciones podemos usar métodos directos, como la determinación del fármaco en el organismo o estudiar la evolución de la enfermedad, o bien métodos indirectos, como analizar el registro de dispensaciones de fármacos o realizar un cuestionario al propio paciente entre otros. La combinación de ambos métodos es lo más recomendado puesto que obtiene datos mas precisos.

5 Discusión-Conclusión

El incumplimiento de la adherencia terapéutica es un problema de salud pública y de gasto de recursos sanitarios. Es necesario buscar estrategias para conseguir el objetivo de aumentar la adherencia, para lo cual necesitamos identificar las causas del no seguimiento y atajarlas. Para ello son necesarias la implicación del paciente y de la familia, la educación sanitaria de la población y seguir una serie de estrategias conductuales, educativas y de apoyo social, también son necesarias estrategias dirigidas a los profesionales sanitarios. Al ser un problema multifactorial las estrategias deben adaptarse a cada paciente y combinarse entre ellas para obtener mejores resultados.

6 Bibliografía

- Martín Alfonso, libertad acerca del concepto de adherencia terapéutica. revista cubana para la salud
- José Ramón Ara, hospital universitario Miguel Servet
- Neus Pagis, Maria Isabel Valverde. Servicio de farmacia del Hospital Clinic
- J.M Sotoca y C. Codina-Jané. Centro de atención primaria Les Corts de Barcelona y servicio de farmacia del Hospital Clinic
- Acta médica grupo Ángeles vol16 No 3
- Fundación Pharmaceutical Care España
- Organización mundial de la salud

Capítulo 172

TRANSPORTE DE QUEMADOS PARA TCAE

MARÍA ÁNGELES ALMARAZ RAMOS

1 Introducción

Cuando ocurre un quemado en un paciente, el transporte de este del lugar del accidente al consultorio del médico u hospital habrá de hacerse en forma cómoda y ordenada. A continuación se detallarán las medidas que deben llevarse a cabo en el transporte.

2 Objetivos

- Describir información adicional sobre el transporte de quemados.

3 Metodología

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

4 Resultados

No se recomienda apresurarse porque puede producirse un accidente o lesión mayor que la quemadura inicial. La mayor parte de las personas quemadas pueden llevar a cabo un grado moderado de actividad durante aproximadamente la primera hora después del accidente. De hecho, no es poco frecuente que un sujeto con 30% de la superficie corporal quemada conduzca un coche a 30 km de distancia en busca de auxilio.

El problema de transportar a la persona quemada del lugar de la lesión al hospital no es difícil por que el paciente suele permanecer en estado relativamente satisfactorio durante algún tempo después del accidente, por tanto si la distancia a recorrer es corta puede hacerse en un coche. No deberán administrarse estimulantes o líquidos por vía bucal.

Si las manos están quemadas deberán quitarse los anillos. Deberán quitarse los zapatos quemados o ropa ceñida. Si la ropa está todavía en llamas deberá quitarse. La zona de la lesión deberá cubrirse con una sábana o vendaje limpio.

5 Discusión-Conclusión

Es importante asegurase que el accidente no tenga otras lesiones complicadas. Si la quemadura es bastante grande, es recomendable hacer una llamada telefónica al departamento de urgencias del hospital para notificar al personal médico que hay un caso de quemadura en camino.

Estas recomendaciones son básicas ante un quemado por lo que el personal sanitario debe estar cualificado para asistirlo.

6 Bibliografía

- http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo%20de%20quemados.pdf
https://www.discapnet.es/areas

Capítulo 173

EL GOLPE DE CALOR PARA TCAE

MARÍA ÁNGELES ALMARAZ RAMOS

1 Introducción

El golpe de calor suele producirse después de una exposición prolongada al calor en el sol caliente o en zonas especialmente calientes, como en ciertas fábricas. Ocurre más a menudo en varones que en mujeres y es más frecuente en sujetos de edad avanzada. El esfuerzo físico puede ser un factor contribuyente y ocurre con más frecuencia en condiciones de alta humedad y no en condiciones de humedad baja. Los síntomas de golpe de calor son dolor de cabeza, piel seca, pulso rápido mareos y en ocasiones náuseas. Suelen haber un aumento rápido de la temperatura corporal. Se detiene la sudoración y la fiebre alta que se presenta, enseguida puede producir daño permanente de varios órganos.

2 Objetivos

- Conocer las pautas de actuación ante el golpe de calor.

3 Metodología

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

4 Resultados

En ocasiones el paciente presentará colapso. La piel suele estar enrojecida, seca y caliente. La fiebre puede llegar a 41 °C o más aún. La fiebre térmica es un trastorno muy grave, en especial cuando se presenta en sujetos de edad avanzada. El tratamiento debe comenzarse de inmediato. Deben hacerse todos los esfuerzos posibles para disminuir la temperatura corporal del paciente. Deberá lavarse en una tina con agua fría a la que se agrega hielo. A veces esto no es posible y deberá pasarse con liberalidad una esponja por el cuerpo del paciente con agua o alcohol para reducir la temperatura corporal. Posiblemente sean de utilidad bolsas de hielo en axilas e ingle. En ocasiones podrá disminuirse la fiebre administrando enemas de agua con hielo.

5 Discusión-Conclusión

Los principios del tratamiento del golpe de calor son disminución de la temperatura corporal tan rápidamente como sea posible por cualquier medio disponible y traslado del paciente al hospital tan pronto como pueda hacerse. Es importante conocer las medidas a llevar a cabo en un golpe de calor para actuar correctamente ante estas situaciones.

6 Bibliografía

- http://www.cfnavarra.es
- https://www.mscbs.gob.es/
- http://www.divulgameteo.es
- http://www.sld.cu/

Capítulo 174

LOS BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN CUERPO Y MENTE

MARIA SOLEDAD PEREZ PEREIRA

ARACELI TOLOSA

ERICA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

Actividad física que se realiza en momentos de ocio o tiempo libre, movimientos del cuerpo planificados y repetitivos que mejoran nuestra forma física y mental. Debemos hacer ejercicio físico porque estimula y ayuda a conservar el cuerpo saludable, fortalece los huesos, articulaciones y músculos. El ejercicio es beneficioso para todas las partes del organismo incluida la mente. El cuerpo se adapta a la costumbre diaria; los niños pequeños juegan, corren, saltan pero a medida que van creciendo cada vez se mueven menos, pasan más tiempo sentados delante del ordenador, en el sofá, habituándose al sedentarismo.

2 Objetivos

- Conocer la importancia del ejercicio físico para la salud a cualquier edad.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha consultado diversas bases de datos como Scielo, donde se han extraído artículos sobre los beneficios del deporte. Las palabras

clave utilizadas han sido: ejercicio físico, beneficios, obesidad, sedentarismo.

4 Resultados

Importancia del ejercicio físico.
- Se ha demostrado que el ejercicio físico es el mejor tratamiento para combatir algunas enfermedades, también como tratamiento y prevención.
- Investigadores del Hospital del Mar de Barcelona demuestran que el ejercicio físico moderado está relacionado con cambios en la estructura de un gen que participa en la regulación de los triglicéridos.
- Los científicos han estudiado 15 tipos de enfermedades en personas de Estados Unidos, Europa y Australia y han concluido que la mitad de esas patologías pueden prevenirse con ejercicio físico.
- Según la revista española de cardiología, si la población española sigue llevando una vida sedentaria en 2030 el 80% de los hombres y el 55% de las mujeres serán obesos.
- La inactividad física se ha convertido en un problema de salud pública es la cuarta causa de muerte, cuanto más tiempo pasamos sentados aumenta nuestra probabilidad de padecer alguna enfermedad crónica e incluso de mortalidad.

Beneficios del ejercicio físico.
- Personas activas viven más y mejor que las inactivas.
- En el organismo se generan adaptaciones que resultan beneficiosas.
- Fortalece huesos y articulaciones.
- Desarrolla nuestros músculos.
- Fortalece nuestro corazón (aumenta de tamaño y capacidad).
- Aumenta el rendimiento psíquico.
- Regula la alimentación.
- Mejora el aspecto externo.
- Aumenta el placer de vivir (liberación de endorfinas).
- Previene enfermedades.
- Aumenta cantidad de glóbulos rojos.
- Mejora el retorno venoso.
- Eliminación de grasa a nivel vascular con lo cual evitaremos arteriosclerosis; descienden las reservas de grasa a nivel subcutáneo esto hace que tengamos control de peso.
- En adultos de edad avanzada disminuye el riesgo de caídas.

- El ejercicio físico y la alimentación saludable son un papel muy importante para frenar esta pandemia de sobrepeso.

5 Discusión-Conclusión

Con el ejercicio obtendremos resultados a corto y largo plazo, reducir el estrés, combatir la depresión, mejora la autoestima, múltiples beneficios en el corazón, ventajas en el sistema circulatorio, controla los niveles de azúcar en sangre e insulina en el cuerpo, reduce el riesgo de padecer algunos tipos de cáncer y ayuda a dormir mejor.

Teniendo en cuentan los efectos beneficiosos que aporta al corazón, los músculos, las articulaciones, la mente, es importante que el equipo de atención primaria insista mediante la educación para la salud de la población en la realización del ejercicio diario.

6 Bibliografía

- OMS.
- Scielo.

Capítulo 175

HEMORRAGIA POSTPARTO: FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO MÉDICO

PATRICIA CORRALES REY

MARIA DOLORES LORENZO GARCIA

HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL

1 Introducción

La hemorragia postparto (HPP) es una complicación grave, cuya identificación y tratamiento debe ser llevado a cabo de forma precoz para evitar una mayor pérdida hemática. El tratamiento inicial se basa en fármacos y masaje uterino, en el segundo nivel terapéutico se encuentra el balón intrauterino y por último la cirugía (histerectomía o capitonaje) y la embolización.

2 Objetivos

- Conocer el tratamiento médico y los factores de riesgo de la HPP.

3 Metodología

Estudio descriptivo transversal del tratamiento médico y los factores de riesgo de las pacientes a las que se realizó un taponamiento intrauterino con balón en un

hospital terciario desde julio de 2010 a febrero de 2015. El total de partos fue de 19.586. Se produjeron 1.566 HPP. Se precisó la colocación de balón intrauterino en 4,6% del total de partos (n=89).

4 Resultados

La frecuencia de los factores de riesgo relacionados con la HPP y la colocación de balón intrauterino fueron: gestación múltiple 27% (n=24), inducción del parto 39% (n35), expulsivo prolongado 16,9% (n=15), parto prolongado 7,9% (n=7), parto precipitado 4,5% (n=4). El parto prolongado se definió como el parto de más de 12 horas y el expulsivo prolongado de más de 3 horas. El 37,1% (n=33) no tuvieron ningún factor de riesgo de los mencionados anteriormente. El tratamiento médico incluyó la administración de oxitocina y misoprostol intrarrectal (5 comprimidos de 200mg) en todos los casos. El 50,6% (n=45) de estas pacientes precisaron la administración de prostaglandinas intravenosas y al 80,9% (n=72) se les administró metilergometrina. El balón intrauterino fue efectivo en el 94,3% de los casos.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer el tratamiento médico de la HPP, si éste falla el balón de Bakri es una técnica rápida u eficaz. Conocer los factores de riesgo de la HPP permiten una rápida actuación, ya que ante estos factores de riesgo el profesional que atiende el parto estará expectante por si se desarrolla la HPP.

Cuando aparece la HPP, es importante instaurar un tratamiento rápido que disminuya el sangrado, ya que una hemorragia grave podría provocar graves repercusiones en la mujer.

6 Bibliografía

- Biblioteca electrónica Scielo.
- Ed. Electrónica Elsevier
- Google académico.

Capítulo 176

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: OBESIDAD INFANTIL

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La obesidad infantil es una enfermedad crónica y multifactorial donde están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, siendo estos últimos los que parecen ser los más importantes del incremento en su prevalencia. Los cambios alimentarios y las nuevas formas sedentarias, ha propiciado el desarrollo y aumento de la prevalencia de esta enfermedad. La obesidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera un grave problema de salud pública, no sólo por el aumento de su incidencia, sino porque también tiene repercusiones en la edad adulta. Se ha llegado a considerar la epidemia del siglo XXI. Lo define como «una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud». La obesidad infantil es un factor de riesgo que se asocia con un aumento de las enfermedades cardiovasculares en la edad adulta y una

disminución de la esperanza de vida. De ahí la importancia de incorporar hábitos de vida saludables en la rutina de los niños, ya que contribuye a una buena salud que persistirá durante la edad adulta. Son etapas cruciales donde se van a consolidar los hábitos alimentarios, por lo que es importante intervenir en edades tempranas, evitando el riesgo de padecer diabetes, hipertensión arterial, colecistitis y colelitiasis. La prevención de la obesidad infantil se ha visto deteriorada por una disminución en la calidad de la dieta consumida en España, así como una insuficiente práctica de la actividad física.

2 Objetivos

Objetivo Principal
- Prevenir la obesidad en la población infantil promoviendo hábitos de vida saludables.

Objetivos Específicos.
- Proporcionar información acerca de la obesidad infantil, así como su factores de riesgo, para lograr disminuir su prevalencia en la infancia, tanto de sus causas como sus consecuencias.
- Realizar promoción de educación sanitaria enseñando estilos de vida saludables (alimentación y ejercicio físico).
- Detallar un programa para fomentar la alimentación saludable.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre la obesidad infantil y su prevalencia, así como las causas y consecuencias derivadas de ésta para poder intervenir mediante la prevención primaria, principalmente en la alimentación y el ejercicio físico. Las búsquedas se han realizado en los siguientes recursos:
- Medlineplus: las palabras clave utilizadas fueron obesidad infantil y tratamiento de la obesidad. Únicamente se seleccionó un archivo para la realización de este proyecto.
- Google Académico: la mayor parte de los artículos seleccionados fueron elegidos de esta base. Las palabras clave utilizadas fueron obesidad infantil, prevención y tratamiento de la obesidad, educación sanitaria, epidemiología y factores de riesgo. Fueron elegidos 28 artículos y de todos ellos se utilizaron 11.

- Dialnet: se usaron las palabras claves obesidad infantil y complicaciones, y se utilizó una revista pediátrica para el conocimiento de unos conceptos básicos de la obesidad y su prevención.
- Scielo: se buscaron artículos con las palabras clave obesidad infantil, epidemiología y evolución de la obesidad infantil, sin encontrar artículos interesantes para este proyecto.
- Y otras organizaciones como AECOSAN (Agencia Española de Consumo, seguridad alimentaria y nutrición), AEP (Agencia Española de Pediatría), la OMS, o Ministerio de Sanidad.

4 Resultados

Identificación del problema.
La obesidad infantil es una enfermedad crónica y multifactorial la cual ha ido aumentando su prevalencia en la última década. Actualmente hay una prevalencia del 24,6% de sobrepeso y un 18,4% de obesidad en niños entre 7 y 8 años tal y como se recoge en el estudio ALADINO realizado en 2013. Hoy en día, más de 1000 millones de personas de todo el mundo tienen sobrepeso (IMC (Índice de Masa Corporal)>25), y al menos 300 millones son obesas (IMC>30). El sobrepeso y la obesidad ocasionan 2.8 millones de muertes en todo el mundo. Por ello se dice que en la actualidad los niños podrían tener menor esperanza de vida que la de sus padres. Para la sociedad es un gasto enorme tanto por el gasto sanitario como por la disminución del rendimiento que conlleva. Si la sociedad se concienciase de unos buenos hábitos saludables respecto a la alimentación, se podrían evitar aproximadamente el 80% de las enfermedades cardiacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes mellitus tipo II.

Es un grave problema de salud pública, no solo por el gasto que genera actualmente, sino porque son pacientes que se van a cronificar y van a tener repercusiones en la edad adulta, que elevará el gasto sanitario y agravará su salud. Las consecuencias físicas y psíquicas que puede tener el niño, puede generar complicaciones y cronificarse, siendo peores sus consecuencias, entre las que se pueden generar cardiopatías, resistencia a la insulina, trastornos osteomusculares, o algún tipo de cáncer. Un 30% de los adultos obesos lo eran en la edad infantil, por lo que su prevención es prioritaria.

Además, diversos estudios con los que cuenta el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, constatan que el 19,3% de la población infantil y juvenil únicamente desayuna un vaso de leche, mientras que para el 56% se acompaña

un vaso de leche con algún hidrato de carbono como galletas o pan. Un 6,2% de la población infantil no desayuna habitualmente, y solo un 7,5% toma un desayuno equilibrado compuesto de leche, fruta o zumo, e hidratos de carbono. El desayuno es una parte importante de la dieta ya que la prevalencia de la obesidad es superior en aquellas personas que toman un desayuno escaso o lo omiten. La trascendencia del problema se debe a que la prevalencia va aumentando y es un problema de salud pública por su gasto y sus posibles complicaciones futuras. Las consecuencias pueden aparecer tanto en la edad infantil, como pueden ser problemas ortopédicos, factores psicológicos (baja autoestima) o una mayor resistencia a la insulina apareciendo la diabetes, así como también puede generar complicaciones a largo plazo en la edad adulta, apareciendo la hipertensión o agravándose los problemas infantiles, ya que la obesidad que se inicia en la edad infantil y perdura en la edad adulta, se considera peor que la iniciada en la edad adulta.

Por tanto, mediante la prevención primaria podríamos disminuir su costo para evitar pérdidas futuras del sistema sanitario. Mediante una educación a la población infantil se podría conseguir disminuir su prevalencia, lo que conllevaría un menor coste en comparación con los que podríamos ahorrar si frenamos el aumento de su prevalencia. Esta educación se puede realizar en centros de salud o en escuelas. Este proyecto en concreto se centra en el Colegio Público de Sarriguren. No es seguro que se disminuya muchísimo la prevalencia de la obesidad, pero poner en marcha un programa de educación para la salud es un paso muy importante para la sociedad, sobretodo la sociedad infantil, para que puedan crecer con unos estilos de vida saludables y correctos, y desarrollen actitudes para disminuir la prevalencia y todo lo que ello conlleva.

Identificación de los factores de riesgo. Los factores de riesgo que se pueden identificar que afecta a padecer obesidad infantil son los siguientes:
- Factores genéticos. Padres obesos puede que no quieran participar activamente en el programa.
- Consumo de verduras y frutas, menor a 2 raciones al día.
- Las clases más desfavorecidas consumían más embutidos, pollo y alcohol, y la clase más favorecidas consumían más carne roja, fruta, verdura, leche y quesos.
- El menor nivel educativo de la madre se asocia a mayores consumos de bollería, dulces, aperitivos o embutidos lo que favorece la obesidad.
- Número de horas frente a la televisión.
- Niños con bajo peso para la edad gestacional y rápido incremento del IMC a

partir de los 2 años tenían más riesgo de ser obesos.
- La menarquia precoz también se asocia a un incremento del riesgo de obesidad.
- La ausencia de lactancia materna.
- Ausencia de práctica deportiva.
- No desayunan o realizaban un desayuno incompleto.
- Los que aportan mayor proporción de energía a partir de la ingesta grasa (>40% Kcal).

Estos factores de riesgo repercuten en las posibles consecuencias que a corto y largo plazo pueden desarrollar estos niños, tanto problemas físicos como psíquicos. Además también repercutirá en el gasto sanitario público. De aquí la necesidad de desarrollar programas que contemplen de forma conjunta los aspectos implicados en la aparición y en el mantenimiento de la obesidad infantil, programas que centrarán su atención en la salud física y emocional del niño y de su entorno familiar y social.

Identificación del grupo diana.
El programa de educación para la salud va dirigido a niños entre 8 y 9 años. Niños de 4º de Primaria. El programa de desarrollará por curso, y en caso de haber muchos niños, se pondrá en práctica primero con una clase, y a continuación, se hará con la otra, de tal manera que se pueda transmitir mejor la información haciendo las sesiones más fluidas. La infancia es el mejor momento para instaurar hábitos saludables, para conocer los beneficios de una buena alimentación y la realización del ejercicio físico.

Es una buena edad para adquirir las habilidades y actitudes necesarias para que los conocimientos perduren y se mantengan con el tiempo. Los niños tienen gran capacidad para adquirir los conocimientos correctos. En la prevención debe involucrarse la familia, ya que los padres no pueden exigir al niño lo que ellos no hacen, se predica con el ejemplo, y son los principales responsables en transmitir, formar y educar a sus hijos, por ello debe hacérseles participar en el programa, ya que quizás los padres tengan conocimientos erróneos o insuficientes sobre los estilos de vida, por tanto con los folletos y las actividades que realicen los niños que llevarán a casa, haremos que les llegue también la información acerca de una buena alimentación.

En casa deben continuar los buenos hábitos para coger rutina y que se forme realmente un hábito, sino puede que el programa no sirva para nada y sea un fracaso, ya que si la familia no colabora y no se implica en los cuidados, el niño

acabará realizando lo mismo que sus padres, lo que observa en casa. Al realizar el programa en la escuela también favorecemos que puedan participar todos los niños, asegurándonos la mayor parte de la asistencia y participación, por tanto podremos hacer educación a mayor parte de la población infantil.

Identificación de las actitudes y expectativas de autoeficacia del grupo diana.
Se trata de un grupo diana de edad infantil, el cual puede adquirir actitudes y habilidades, es un buen momento para realizar educación ya que son capaces de asimilar e interiorizar los conocimientos que se les transmite y es un buen momento para adquirir buenos hábitos y estilos de vida que favorecerán su futura salud física y psíquica.

Los padres, es muy importante que estén motivados y participativos en el programa ya que va a ser en casa donde después pongan a prueba todos los conceptos, actitudes y habilidades aprendidas. Si en casa no se realiza un seguimiento de los estilos de vida y un seguimiento de la salud del niño, esta práctica no continuará, por tanto es importante concienciar a la sociedad y en concreto a los padres de las consecuencias de la obesidad, de sus factores de riesgo y de la necesidad de que ellos y sus hijos reciban una buena educación en los hábitos saludables sobre la alimentación y el ejercicio físico, todo ello haciendo una buena promoción de la salud.

Ya por último, comentar que en la sociedad actual tenemos al alcance cualquier alimento, diversidad de sabores y bebidas azucaradas, las cuales son atractivas principalmente para los niños y adolescentes, siendo perjudiciales para la salud. La publicidad que se da sobre alimentos y bebidas con gran demanda y atractivo en los más pequeños, hace que sea más importante la prevención primaria, tratando de educar en una buena alimentación y ejercicio físico, enseñándoles a elegir los alimentos correctos, sin caer en la bollería y dulces día a día. Los niños ven hasta 10.000 anuncios de alimentos cada año, la mayoría de estos sobre dulces, comida rápida, y cereales azucarados. Además, los padres tienen menos tiempo para preparar la comida, por lo que en general son menos saludables. Por tanto, para evitar que sean obesos en la edad adulta es importante prevenir que no sean obesos en edad infantil. Son un grupo joven con capacidad para aprender y adquirir los conocimientos, las actitudes y las habilidades necesarias.

Programa: ¡Anímate, Actívate!
El programa consiste en una serie de talleres que se realizarán en el colegio en

horario escolar, ya que es un barrio joven, en el que los padres también son en su mayoría jóvenes y aún se podría incidir en ellos sobre la salud y mejorarla considerablemente. Como se ha dicho anteriormente en este proyecto, el hacerlo en la escuela favorece la participación de más niños, y los padres, no hace falta que tengan un horario libre para que los niños puedan ir al taller. Se trata de 4 sesiones que serán impartidas por profesionales sanitarios en el centro, en concreto por enfermeros en colaboración con los profesores. Se realizarán cada semana, una hora y media a la mañana, teniendo una duración total de 4 semanas, en las que se impartirán talleres y actividades para adquirir unos buenos hábitos higiénicos-dietéticos y de actividad física. Objetivos que se quieren conseguir con el programa:

- Transmitir los conceptos básicos sobre la obesidad infantil a esta población más joven (8-9 años) para promover hábitos de vida saludables.
- Proporcionar elementos informativos y educativos a los niños, mediante la realización de actividades, sobre el desarrollo de una alimentación saludable.
- Mantener una buena alimentación sabiendo realizar una dieta de forma autónoma.
- Incorporar la actividad física en el día a día de los niños, motivándoles en su mantenimiento y fomentando una participación activa.

Contenido de cada sesión:

Sesión 1: transmitir los conceptos básicos sobre la obesidad infantil a esta población más joven (8-9 años) para promover hábitos de vida saludables. Contenido:

- Presentación.
- ¿Qué es la obesidad? Conocer la enfermedad, causas, factores de riesgo y principalmente las complicaciones en la edad adulta de forma sencilla.
- Conocer los hábitos de la alimentación, sueño, ejercicio físico.
- Aclaración de dudas y citación siguiente sesión.

Sesión 2: proporcionar elementos informativos y educativos a los niños, mediante la realización de actividades, sobre el desarrollo de una alimentación saludable. Contenido:

- Repaso de la sesión anterior y presentación.
- Conocer los grupos de alimentos.
- Pirámide nutricional.
- Aclaración de dudas y citación siguiente sesión.

Sesión 3: mantener una buena alimentación sabiendo realizar una dieta de forma

autónoma. Contenido:
- Repaso de la sesión anterior y presentación.
- Somos lo que comemos, una buena dieta.
- Importancia del desayuno, viajamos al mundo del desayuno.
- Crear la dieta diaria, cocinar saludable es divertido.
- Aclaración de dudas y citación siguiente sesión.

Sesión 4: incorporar la actividad física en el día a día de los niños, motivándoles en su mantenimiento y fomentando una participación activa. Contenido:
- Repaso de la sesión anterior y presentación.
- Formas de realizar actividad física y desarrollo de las actividades.
- Aclaración de dudas.
- Evaluación y despedida.

Desarrollo de las lesiones.
1. Sesión 1: transmitir los conceptos básicos sobre la obesidad infantil a esta población más joven (8-9 años) para promover hábitos de vida saludables.
- Presentación: acogemos a los participantes en el programa. Nos presentamos y exponemos la planificación del programa completo, incidiendo en un pequeño resumen sobre la sesión que se va a impartir. Es un curso dirigido a niños entre 8 y 9 años, distribuido en 4 sesiones de hora y media de duración. En esta primera sesión queremos que los niños conozcan los aspectos básicos de la obesidad, las causas, los factores de riesgo, y sobre todo las complicaciones que se pueden desarrollar en la edad adulta. Además, daremos unas pinceladas en cuanto a los hábitos de vida que debemos tener más en cuenta. Tiempo: 10 minutos.
- ¿Qué es la obesidad?: Tormenta de ideas: lanzaremos al grupo de niños la siguiente pregunta "¿qué conocéis sobre la obesidad?". Dejaremos que vayan respondiendo y que cada uno diga las ideas que tenga. Las iremos recogiendo en una pizarra para después organizarlas y hacer un resumen con las aportaciones de cada uno. Tiempo: 20 minutos.
- Cuestionario: a continuación, seguiremos con una actividad más dinámica llamada "Nutrivial saludable", en la cual haremos grupos de 6-7 personas, numerando a toda la clase del 1 al 7. En cada turno tirará de la ruleta un grupo y responderá a la pregunta que le corresponda. En caso de que algún otro grupo no esté de acuerdo, se hará rebote y podrán contestar lo que crean oportuno. Las preguntas están relacionadas con la obesidad y los hábitos de vida saludables. De tal forma que cada pregunta tendrá una puntuación dependiendo de su dificultad, que corresponderá con el número que tenga. Iremos apuntando las respuestas en

una pizarra. Después de cada pregunta explicaremos la respuesta, previamente el grupo que quiera haya podido decir si está de acuerdo o en desacuerdo con la contestación dada. En caso de que este grupo acierte, le sumaremos la mitad de la puntuación que correspondiese a la pregunta. Tiempo: 45 minutos.

- Lectura con discusión: a finalizar la sesión les entregaremos un folleto para que lleven a casa y lo puedan ver los padres donde se realiza un resumen de todo lo aprendido y comentado para que aclaren sus dudas y para que puedan consultarlo cuando les sea necesario. Además, vendrá también información de temas que se darán en el programa más adelante, por ello les diremos que lean las páginas que se relacionan con esta sesión por si tuvieran alguna duda. Les dejaremos leerlo y en caso de que haya dudas se las resolvemos. Tiempo: 15 minutos. Para finalizar realizaremos una organización de todos los contenidos expuestos en la sesión recalcando los puntos más importantes, y nos despedimos hasta la próxima semana.

2. Sesión 2: proporcionar elementos informativos y educativos a los niños, mediante la realización de actividades, sobre el desarrollo de una alimentación saludable.

- Presentación: recibimos al grupo y nos presentamos nuevamente para recordar los nombres. Realizamos un resumen de la sesión anterior haciendo participar a los niños y recordándoles los conceptos básicos enseñados anteriormente, preguntándoles y diciendo ideas sueltas que tengan. Nosotras finalmente organizaremos la información y la volveremos a transmitir en forma de resumen. A continuación, presentamos esta sesión y los temas que se van a tratar. Tiempo: 5 minutos.
- Conocer los grupos de alimentos: phillips 66 y fotopalabra. Ya que son niños, las técnicas utilizadas van a ser más dinámicas, por lo que se ha escogido Phillips 66 ya que es la más parecida a lo que se quiere realizar. La dinámica consiste en ponerse en grupos diferentes a los que se realizaron la semana anterior de forma aleatoria con unas 6-7 personas por grupo, y pondremos imágenes de los alimentos de la pirámide nutricional de SENC (Sociedad Española de Nutrición Comunitaria). Las fichas estarán boca abajo y ellos tendrán que ir emparejándolas. Una vez lo hayan hecho, se tendrán que hacer cargo de ponerlo en el grupo de alimentos al que ellos crean que pertenece, previamente habiendo pensado cómo clasificarlos por grupos. Una vez acabado, iremos corrigiendo la actividad que hayan hecho y explicaremos los diferentes grupos de alimentos. Tiempo: 20 minutos.
- Pirámide nutricional: ejercicio. A continuación, quitaremos de la vista de los niños lo realizado anteriormente de manera que tendrán que colocar de uno en

uno, primero los grupos de alimentos que hayamos acordado en la actividad anterior, en la "Sabia pirámide" gigante, y posteriormente cuando lo hayamos completado pasaremos a colocar los alimentos en cada grupo. De tal forma, realizaremos una gran pirámide vacía donde ellos tendrán que completarla para transformarla en sabia. Cada grupo hecho en la actividad anterior, irá en orden colocando los grupos de alimentos. A continuación, haremos lo mismo con los alimentos, habiendo un portavoz por equipo que tendrá que colocar los que crea que pertenecen al grupo de alimentos que se le haya asignado. Tiempo: 20 minutos.

- Exposición con discusión: mediante la pirámide realizada, haremos una explicación de cada grupo, de las raciones que se deben tomar y de los alimentos que compone cada escalón. Lo apuntaremos en el papel donde esté la gran pirámide, para que se quede finalmente completa y sabia. Una vez explicada la pirámide y la frecuencia con la que podemos comer los alimentos, pasamos a resolver las dudas o preguntas que tengan. Finalmente les damos la misma pirámide más pequeña, dándoles la posibilidad de pintarla si sobra tiempo y si no, a quien no quiera, le damos la original. Tiempo: 40 minutos. Para finalizar, resumimos todo lo aprendido en esta sesión, y nos despedimos hasta la siguiente recordándoles el día y la hora. Les recordamos que tendrán información acerca de la sesión en el folleto que se les dio en la primera sesión por si quisieran consultarlo. Tiempo: 5 minutos.

3. Sesión 3: mantener una buena alimentación sabiendo realizar una dieta de forma autónoma.

- Presentación: recibimos de nuevo al grupo. Nos presentamos otra vez en esta sesión, ya que es importante que nos conozcan y nos identifiquen. Hacemos un resumen de la sesión anterior con la sabia pirámide completa, para que vayan diciendo ideas de lo que recuerdan. Después, organizamos la información y hacemos un breve resumen. Les explicamos la tercera sesión, cómo se va a organizar y los temas a tratar. Tiempo: 10 minutos.
- Somos lo que comemos, una buena dieta: rejilla. Realizaremos unas pocas preguntas que deberán contestarlas cada niño individualmente. Las preguntas irán encaminadas hacia qué alimentos comen más habitualmente, cuál es el grupo de alimentos que utilizan más frecuentemente, lo que suelen comer un día o una semana, y qué alimentos son los que deberían comer más a menudo. Les pondremos la pirámide delante, sin que pongan las raciones diarias o semanales recomendadas. A continuación, lo pondremos en común con la pirámide original completa, y las preguntas que son menos personales las apuntaremos en la pizarra. Iremos valorando lo que es una buena alimentación y lo que no. Tiempo: 15 minutos.

- Exposición con discusión: comentaremos la alimentación que llevan, los alimentos que les parece que son mejores o los que son más perjudiciales. Hablaremos de una dieta variada y equilibrada comparándolo con sus dietas y resumiendo cómo podemos hacer una buena alimentación a la semana. Tiempo: 10 minutos.
- Importancia del desayuno, "viajamos al mundo del desayuno": fotopalabra. Dinámica en la cual deben ir superando diferentes obstáculos por grupos de 5-6 niños, para conseguir pasar a la frontera del desayuno, por lo que tras cada prueba les firmaremos el sello correspondiente para tener el pasaporte en regla (una firma del color correspondiente). La primera prueba es sencilla que consiste en seleccionar qué alimentos son los más acertados para tomar en el desayuno mediante la imagen que se les dará a cada uno. Tiempo: 7 minutos.
- Video con discusión: a continuación, pasamos el siguiente obstáculo que consiste en ver un vídeo de youtube sobre el desayuno. Deben saber interpretarlo haciendo un pequeño teatro mientras suena la canción, dejándoles previamente 5 minutos y uno o dos grupos lo representarán al resto de la clase y después lo comentamos entre todos. https://www.youtube.com/watch?v=ouhmVYr9f1Y. Tiempo: 20 minutos.
- Cuestionario. Y la última prueba consiste en descifrar un jeroglífico que nos va a llevar al importante mundo del desayuno. Con esta prueba daremos por finalizado los sellos del pasaporte. Tiempo: 7 minutos.
- Crear la dieta diaria, "cocinar saludable es divertido": phillips 66. Esta dinámica consiste que en grupos de 5 o 6 personas, los mismos que los hechos en la actividad anterior, deben realizar un plato ideal, el que a ellos les parezca sano y a la vez atractivo y con buen sabor, donde se incluyan la mayor parte de los alimentos posibles para crear una buena alimentación de un día, con los materiales de los que dispongan (plastilina, pinturas…). Tiempo: 15 minutos. Finalmente recogemos toda la información, hablándoles sobre el desayuno, sobre la frase que dice "lo que comemos es lo que somos", y sobre lo divertido que ha resultado realizar una alimentación saludable. Comentamos las dudas que les hayan surgido, y les recordamos que tendrán información acerca de la sesión en el folleto que se les dio en la primera sesión, por si quisieran consultarlo. Les citamos para la última sesión avisándoles de que a ser posible hay que venir con ropa cómoda o deportiva.

4. Sesión 4: Incorporar la actividad física en el día a día de los niños, motivándoles en su mantenimiento y fomentando una participación activa.
- Presentación: en esta sesión haremos un breve repaso de las sesiones dadas anteriormente, y aprovechando la pirámide realizada en la segunda sesión, recordaremos la importancia de la actividad física en un nuestro día a día. Presentamos

esta última sesión y les comunicamos que al finalizar agradeceríamos que contestaran un breve cuestionario sobre el programa que hemos realizado con ellos durante estas 4 semanas. Tiempo: 5 minutos.

- Formas de realizar actividad física: cuestionario. Esta actividad consiste en realizar un breve cuestionario en parejas o individual sobre las actividades que ellos realizan diariamente, una lista de actividades que se pueden realizar durante el día o la semana, cuáles les gustan más, si realizan deporte durante la semana y con qué frecuencia. De tal manera introducimos el tema para el desarrollo de las siguientes actividades. Lo recogemos en una pizarra para que vean más claro las actividades que se pueden realizar, hacemos un resumen y pasamos a la práctica. Tiempo: 15 minutos.
- Demostración con entrenamiento. Primero comenzamos con actividades más sencillas que se pueden realizar. Realizaremos clases de baile (zumba/aerobic) con una o dos canciones, jugaremos al juego de las sillas, al escondite, a la comba, y a las estatuas. Tiempo: 30 minutos. A continuación pasamos a jugar a juegos más deportivos, en los que habrá una carrera de relevos. Haremos grupos de 8 tanto chicos como chicas, y se hará una carrera con distintas zonas, una será a borriquito, otra a la pata coja, hacia atrás, saltando, otra zona con mazorcas, a carretilla y la última sección de todas, un sprint. En cada zona deberán hacer lo que les toque y a algún miembro del equipo les tocará repetir. Este juego lo haremos dos o tres veces, según el tiempo que tengamos para que puedan pasar por diversas actividades. De esta manera verán que hacer deporte puede ser divertido, que se juega en equipo, con gente igual que nosotros que se quieren divertir, y que por tanto hay que respetar. Es bueno y saludable para el organismo por lo que podemos encontrar muchos beneficios (cardiovasculares, osteomusculares…) y a la vez sentirnos más contentos. Tiempo: 30 minutos.
- Despedida: cuestionario. Una vez finalizadas estas actividades, les daremos una pieza de fruta y agua para refrescarse, mientras realizan un breve cuestionario, evaluando el programa completo. Tiempo: 5 minutos. Nos despedimos de los niños y les motivamos para continuar, ya que esto sólo es el comienzo y que con los conocimientos adquiridos en este taller, hay que ir avanzando y siendo cada vez chicos y chicas más sanos. ¡Diviértete comiendo y haciendo deporte!.

5 Discusión-Conclusión

La obesidad infantil ha ido aumentando su prevalencia en las últimas décadas, llegando a denominarse la epidemia del siglo XXI, pudiendo convertirse en un grave problema por sus repercusiones a largo plazo tanto en la salud de la persona

como en la sanidad pública. Los cambios en el estilo de vida, el aumento del sedentarismo y la alta utilización de los medios de comunicación agravan este problema, desfavoreciendo unos buenos hábitos saludables tanto en la alimentación como en el ejercicio físico. Conociendo que los problemas que desencadenan la obesidad infantil pueden verse agravados en la edad adulta, se debe intervenir en edades tempranas donde se consolidan los conocimientos y los hábitos que darán lugar a un buen estilo de vida en las personas.

Es importante poner de manifiesto la importancia de crear más programas educativos para la prevención de la obesidad. Desde los colegios podemos hacer participar a un gran número de niños, y con ello divulgar la información a los padres mediante las actividades y los folletos que los niños lleven a casa. Los padres son parte fundamental de este proyecto, ya que en casa es donde se mantendrán y se consolidarán finalmente los buenos hábitos. Es preciso instaurar estrategias de intervención en la obesidad infantil para mejorar la calidad de vida en la edad adulta y evitar disminuir la esperanza de vida en estos niños. Para ello es necesario enseñar unas buenas rutinas higiénico-dietéticas.

6 Bibliografía

- Martínez Álvarez. J.R, Villarino Marín. A, García Alcón. R.M, Calle Purón. M.E, Marrodán Serrano. M.D. Obesidad infantil en España: hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas. Nutr clín diet hosp. 2013; 33 (2): 80-88.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación física, desarrollo infantil y obesidad en España (ALADINO). Madrid: AECOSAN; 2013.
- Achor. MS, Benitez. NA, Brac. ES, Barslund. SA. Obesidad infantil. Rev Posgrado de la V Cátedra de Medicina. 2007; 168: 34-38.
- Yeste. D, García-Reyna. N, Gussinyer. S, Marhuenda. C, Clemente. M, Albisu. M, Gussinyer. M, Carrascosa. A. Perspectivas actuales del tratamiento de la obesidad infantil. Rev Española de Obesidad. 2008; 6 (3): 139-152.
- Serra Majem. L, Ribas Barba. L, Aranceta Bartrina. J, Pérez Rodrigo. C, Saavedra Santana. P, Peña Quintana. L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio EnKid (1998-2000). Rev Med Clín (Barc). 2003; 121 (19): 725-732.
- Fernández Segura, M.E. Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en pediatría de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7 (1): 35- 47.

- Aranceta Bartrina. J, Pérez Rodrigo. C, Ribas Barba. L, Serra Majem. L. Epidemiologia y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7 (1): 13-20.

Capítulo 177

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LAS PREFERENCIAS DEL LUGAR DE MUERTE DE LOS PACIENTES EN EL FINAL DE LA VIDA

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

1 Introducción

La situación de enfermedad terminal, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la definen varios elementos que son: presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con la aparición de numerosos problemas físicos intensos, multifactoriales y cambiantes, que generan gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico como consecuencia de la presencia explícita o no de la muerte y con un pronóstico de vida limitado". La situación de enfermedad Terminal produce en la salud de las personas enfermas una gran demanda y la necesidad de atención especializada para este grupo de personas, donde el personal sanitario juega un papel importante.

Los cuidados óptimos son los que cumplen todas las necesidades de los pacientes, considerando también sus valores espirituales y religiosos. El objetivo primordial de los cuidados paliativos es acompañar a la persona hasta final de sus días, respetando su dignidad y proporcionándole aquellos cuidados que tengan en cuenta el estado bio- psico- social. Además de lo anterior, tener en cuenta y respetar el deseo de elegir el lugar de su muerte cuando uno se encuentra en el estadio Terminal de su enfermedad, es una de las acciones importantes a considerar en la atención de estos pacientes.
Según lo que revelan los datos, como la gran mayoría de los pacientes prefieren morir en sus casas, tanto la familia como los profesionales sanitarios también optan a que sus familiares permanezcan en el hogar los últimos momentos de su vida. Esto hace que la elección del lugar de la muerte se considere un aspecto importante a considerar en el cuidado de los pacientes terminales.

A pesar de que las preferencias del lugar de muerte de los pacientes y familiares sea su propia casa, según numerosos estudios el lugar con mayor número de defunciones en pacientes con estado Terminal sigue siendo el hospital. Esto es debido a que en el último mes de vida los pacientes ingresan en las unidades de cuidados intensivos por el avanzado estado de su enfermedad. En la mayoría de los estudios los datos sobre el lugar de muerte son obtenidos a partir de los certificados de las defunciones. Estos últimos indican solamente el lugar de la muerte y no el lugar preferido de la muerte. Para proporcionar buena atención no vale con conocer los lugares de muerte, también es necesario respetar las voluntades del paciente y conocer sus deseos.

Sabiendo que en el futuro habrá más personas mayores y con más patologías, conocer las preferencias del lugar de muerte en paciente Terminal hace que sea una tarea primordial en la atención de esas personas. Por lo tanto, los profesionales que están implicados en los cuidados paliativos deben tener en cuenta estas consideraciones consiguiendo que las necesidades de estos pacientes estén cubiertas y finalmente los pacientes y su familia aborden de la mejor manera posible esta etapa.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Analizarla información sobre estado actual de las preferencias del lugar de la muerte de los pacientes en fase final de la vida.

Objetivos específicos:
- Analizar exhaustivamente los artículos obtenidos de las fuentes de información: los 3 seleccionados.

3 Metodología

Dos estrategias fueron utilizadas para la selección de la información congruente para el trabajo. En primer lugar, desde el mes de octubre hasta finales del mes de diciembre del año 2016 se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: Web of Science, Medline, Pubmed, Scopus, La Biblioteca Cochrane plus. La evaluación de calidad de los estudios se realizó utilizando programas CASPe y Fichas de Lectura Critica 2.O.
Tras la búsqueda bibliográfica, fueron seleccionadas 1388 referencias, de estas 44 fueron seleccionados para el trabajo. De éstos 10 artículos fueron repetidos, por lo que 34 pasaron a ser evaluados mediante la lectura crítica. Finalmente 3 artículos fueron incluidos para el trabajo, los 31 artículos restantes no cumplieron la calidad mínima exigida, de manera que fueron excluidos:
- Muestra no extrapolable – 7 artículos.
- Los resultados no están claros – 2 artículos.
- Los resultados son extraídos de los certificados de defunción – 4 artículos.
- Responde a una pregunta que no es objetivo del trabajo – 11 artículos.
- Resultados recogidos a partir de las perspectivas de personal sanitario, familia, cuidadores – 4 artículos.
- Estudio de los lugares de la muerte (no las preferencias) – 2 artículos.
- Revisión narrativa – 1 artículos.

Los 31 artículos excluidos a pesar de no ser incluidos para el trabajo fueron leídos y analizados, análisis que aportó información importante y valiosa sobre la preferencia del lugar de la muerte tanto de pacientes como de las personas en general. La información obtenida de estos artículos proporcionó variedad de datos y las distintas perspectivas que existen sobre el tema. Esto hace que el conocimiento sobre los pacientes que están en la fase final de su enfermedad se amplíe y las conclusiones obtenidas pueden ser consideradas para las futuras investigaciones sobre el tema.
Los 3 artículos que fueron seleccionados finamente son dos revisiones sistemáticas (Gomes 2013 y Bell 2009) y un estudio descriptivo transversal (Gomes 2012).

4 Resultados

1. Revisión sistemática de Gómez B. La revisión sistemática que fue seleccionada es publicada por Gomes B. Entre otros, en 2013.

Objetivos: los objetivos de ésta revisión sistemática son: examinar heterogeneidad en las estimaciones de las preferencias de la muerte en el hogar y cambios de las preferencias con la progresión de la enfermedad.

Metodología:
Tres estrategias se utilizaron para identificar de forma sistemática los estudios incluidos en la revisión. En primer lugar en el año 2011 se realizaron búsquedas en cuatro bases de datos MEDLINE (1966-2011), EMBASE (1980-2011), PsycINFO (1967-2011), CINAHL (1982-2011), utilizando una combinación de términos de Medical Subject Headings (MeSH) y 22 palabras clave. De las búsquedas electrónicas se obtuvieron 839 referencias, de estas solo 140 fueron incluidos. En segundo lugar, se realizaron búsquedas manuales de seis revistas de cuidados paliativos en enero de 2006 - junio de 2011 (Palliative Medicine, Journal of Palliative Medicine, Supportive Care in Cancer, Journal of Pain and Symptom Management, BMC Palliative Care, Journal of PalliativeCare). De las búsquedas manuales 100 artículos fueron añadidos por los autores. En tercer lugar, se realizo un seguimiento de 18 revisiones de literatura.

Resultados:
Los estudios seleccionados fueron 240, de los cuales solo 210 fueron de importancia y son los que proporcionaron información sobre las preferencias del lugar de final de la vida y/o el lugar de la muerte. Los estudios seleccionados informaron sobre las preferencias de poco más de 100.000 personas de 33 países, del total de estas personas 29.926 fue del público en general, 34.021 de pacientes, 19.514 de cuidadores, 11.613 de personas mayores, 3.504 de profesionales de salud y 1.729 de los médicos o estudiantes de enfermería.

Cabe citar que 59 estudios presentaron pruebas de los EE.UU y 86 estudios fueron llevados al cabo en 17 países de Europa (Bélgica, Dinamarca, Inglaterra, Francia, Alemania, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Países Bajos, Noruega, Escocia, España, Suecia, Suiza, Turquía y Gales). También están incluidos otros países como: Australia, Canadá, China (Hong Kong), Japón, Nueva Zelanda, Singapur, Corea del sur, Taiwán y 7 países africanos.

Casi tres cuartas partes de los estudios se centraron en los pacientes o cuidadores.

En la mayoría de los estudios, que son 73 aparecían pacientes que tenían cáncer, mientras en otros 37 estudios los pacientes presentaban enfermedades no malignas, como la demencia, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), insuficiencia cardiaca, Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) y enfermedad de la neurona motora (MND). La evaluación metodológica expone que solo 34 de los 210 estudios fueron de alta calidad, 51 estudios fueron de calidad media y 125 de baja calidad.

Conclusiones:
Según los autores las conclusiones de esta revisión sistemática se obtuvieron en función de las preferencias de los tres grupos principales: público en general, los pacientes y cuidadores. La evidencia de los diferentes grupos refleja que el 50% o más prefieren morir en casa.
En cuanto se refiere a las preferencias de los pacientes, estos se decantaron básicamente por la muerte en casa. En lo que respecta al público en general la mayor respuesta se decanto por la muerte en casa, salvo en los estudios de EE.UU y España donde la población prefiere morir y ser cuidada en casa, pero solamente cuando tenga una enfermedad que les amenace la vida o que tengan cáncer en fase Terminal.
En cambio en el estudio de Georgia (EE.UU) los datos revelaron que los individuos prefieren morir en casa, pero les gustaría ser atendidos en el hospital en el supuesto caso de estar muy enfermos.
Por otro lado, las decisiones de las personas mayores van en consonancia con los valores culturales y religiosos, siendo su preferencia la muerte en el hogar. Además no suelen querer moverse de su domicilio y tampoco quieren ser una carga para la familia, pero a menudo sus deseos no se llegan a cumplir.

Las opiniones de los cuidadores en los estudios fueron diversas, algunos estudios revelan que prefieren tener a sus familiares en casa, mientras que otros indican que prefieren que pasen sus últimos días en una institución. En un estudio de Reino Unido los resultados revelaron que las preferencias están influenciadas por la capacidad de prestación de cuidados que tienen los cuidadores. En lo que se refiere a los cambios de las preferencias según pasa el tiempo, no se obtuvo conclusiones significativas, ya que el único estudio que proporciono información relevante fue del público en general.

Por otra parte, las preferencias pasaron de ser positivas a negativas respecto a la muerte en casa, tales consecuencias se mostraron después de un experimento. Éste consistía en mostrar videos y textos de historias de diferentes lugares de

muerte de otros pacientes. Los cambios de opinión fueron realizados principalmente en las personas ancianas. Otros estudios revelaron una disminución en las preferencias de los pacientes y cuidadores de morir en el hogar, sin referir el motivo.
Los cambios individuales producidos a lo largo del tiempo con respecto a la elección del lugar del fallecimiento se han mostrado variados, más comunes fueron el cambio del hospital al hogar, del hogar a la unidad de cuidados paliativos y de casa al hospital. Los autores recalcan que es necesaria una revisión periódica y rigurosa de las preferencias del lugar de muerte, y la consideración de los diferentes puntos de vista, para tener satisfechas las preferencias de los pacientes.

2. Revisión sistemática de Bell C. La segunda revisión sistemática que fue seleccionada fue realiza en el año 2009 por Bell C.

Objetivos:
Los objetivos de esta revisión son: estudiar el grado de congruencia entre lugar preferido y real de la muerte en la literatura y examinar factores que pueden influir en la congruencia.

Metodología:
Las estrategias utilizadas para la revisión fueron siguientes: en primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica electrónica en las cuatro bases de datos: MEDLINE (desde el año 1950 - 2009), PsyINFO (1987 – 2009), CINAHL (1983 –2009) y Web of Sciene (1980 – 2009), utilizando combinación de términos MeSH y términos de texto libre. De las búsquedas realizadas 263 documentos fueron obtenidos, tras una lectura de los títulos y los resúmenes de los artículos 237 fueron excluidos. En segundo lugar se realizó una búsqueda manual de artículos de últimos cinco años en las seis revistas de cuidados paliativos, de la cual se seleccionaron 198 estudios. Los estudios recuperados en total fueron 224, tras la evaluación solo 18 estudios han tenido relación con la congruencia.
La congruencia viene a decir que si hay relación entre el lugar preferente de la muerte y el lugar real de la muerte.
Cabe citar que de los 18 estudios incluidos 7 estudios eran de Estados Unidos, 3 de Reino Unido, 4 de Canadá, 1 de Australia, 1 de Suecia, 1 de Taiwán y de 1 Italia cada país tenía incluido un estudio.

Los estudios fueron evaluados mediante medidas de calidad, los criterios de medición de los artículos de la revisión fue llevada mediante “grados”: Grado A son los estudios que tienen la evidencia alta con tasa de respuesta de un 80%, son estudios sistemáticos y los que refieren las preferencias por el lugar de muerte o de

atención. Grado B son de evidencia moderada con tasa de respuesta de 60%, son los que no cumplen los criterios del grado A. Los estudios del Grado C tienen la evidencia baja con tasa de respuesta menor de 60%, son los que evalúan de forma inconsciente las preferencias del lugar de muerte.

Resultados:
Los resultados obtenidos tras la revisión de los estudios revelan que de 18 estudios incluidos en la revisión en 11 estudios más del 50% los pacientes expresan que prefieren morir en casa. Otros 3 estudios expresaron un 40% de las preferencias y los 4 estudios restantes no expresaron las preferencias del lugar de muerte.

Conclusiones:
Las conclusiones de los autores de esta revisión sistemática son que el aumento de los niveles de congruencia dependen de los factores asociados como son el apoyo del médico y de la familia, estar inscrito a una institución, mientras que el inadecuado control de los síntomas, la rehospitalización y la falta de apoyo de los cuidados familiares disminuyen la congruencia. El factor geográfico también juega un papel importante en la congruencia, puesto que las zonas con menor disponibilidad de centros de cuidados, como hospitales, centros de cuidados paliativos, apuntan a que el lugar de muerte en algunas áreas puede ocurrir en el domicilio debido a la falta de posibilidad de elección.

Por otro lado, los autores mencionan que la mayor congruencia entre el lugar preferido y real de la muerte es cuando a los pacientes se les da una atención especializada y apoyo adecuado por el sistema de atención de la salud. Cabe añadir, que el control de los síntomas y la presencia de la familia antes de morir son más importantes para los pacientes que el lugar muerte.
Por último, los autores afirman que hay una necesidad de realizar evaluaciones sistemáticas de las preferencias de los pacientes para poder examinar la relación que existe entre la congruencia y otras medidas que puedan evaluar la calidad de la atención al final de la vida lo cual permitirá mejorar la atención a los pacientes en fase Terminal.

3. Estudio descriptivo transversal de Gómez B. El estudio descriptivo transversal que fue seleccionado fue publicado por Gomes B. entre otros, en el año 2012.

Objetivos:
El objetivo principal del estudio es determinar en siete países Europeos las preferencias de las personas del lugar de muerte en caso de que tuvieran una enfermedad grave, como cáncer.

Metodología:
La metodología fue realizada por el medio de una encuesta telefónica sobre la base de la teoría de las preferencias del lugar de la muerte en un caso hipotético de tener cáncer avanzado. Las encuestas fueron realizadas en Flandes (Bélgica), regiones de Inglaterra, Alemania, Italia, Países Bajos, España y Portugal. Los participantes fueron personas ≥16 años de edad que residen en un hogar. Las entrevistas telefónicas se realizaron desde mayo a diciembre de 2010 con al menos cuatro intentos de llamada. Fueron 149 entrevistadores, 95% de ellos hablantes nativos, con experiencia en administrar las encuestas telefónicas sobre salud y temas sociales. Los entrevistadores según realizaban la encuesta introducían las respuestas en las bases de datos.
Los resultados obtenidos fueron analizados mediante la regla de Estimación de Ecuaciones Generalizadas (EEG), con esta técnica los resultados tienen efecto de un país como un grupo, y que probablemente los participantes del mismo país tienen preferencias similares que los participantes de otros países.

Resultados:
Los resultados del estudio refieren que un total de 45.242 hogares fueron seleccionados al azar en la que se eligió único participante. Solo 9.344 personas aceptaron participar en el estudio. Las personas que no decidieron participar en el estudio con los porcentajes bajos fueron por falta de interés, falta de tiempo, la negativa de participar en las encuestas telefónicas y el por el tema propuesto. Además hubo personas que se negaron a participar debido a la naturaleza sensible del tema, otros porque tenían una discapacidad física o enfermedad, otra negativa fue debida a que un familiar o amigo tiene una discapacidad física o enfermedad y por último debido a una pérdida reciente de ser querido. Otros no especificaron motivos de la negativa en participar y otros pocos no finalizaron la entrevista, o porque decidieron detener la entrevista y retirar la información.
En todos los países del 64 a 84% de los participantes dijeron que preferían morir en casa si tuviesen cáncer avanzado y si las circunstancias les permitieron elegir, menos en Portugal con un 51%. Por otra parte, nueve factores fueron asociados de forma independiente con la preferencia de la muerte en casa a nivel transnacional. El factor transnacional más fuerte fue la edad.

Conclusiones:
Las conclusiones de los autores de este estudio fueron diversas. Más de dos tercios de la muestra expresó la preferencia de morir en casa, a excepción de Portugal. Esta variación no está relacionada ni con la edad ni con el género. Los hallazgos reflejan que Portugal tiene limitaciones en disponer de cuidados en casa y de

los recursos comunitarios. Esto explica porque los portugueses tienen el mayor porcentaje de preferencia de recibir atención en las instituciones. Los autores sospechan que la variación respecto a otros países podría estar relacionada con los cuidados al final de la vida proporcionados, marco social, factores económicos o factores culturales. También las circunstancias más pobres, una fuerte cultura de valores tradicionales, la obediencia a la autoridad, los valores familiares y la supervivencia que dan prioridad a la seguridad física podrían jugar un papel importante y hace que haya variación respecto a otros países. El respeto a las autoridades y la necesidad de sentirse seguro podría explicar estas preferencias.

Al contrario de lo anterior, el país con más alta preferencia por la muerte en casa fue Holanda, siendo características representativas del país la disponibilidad de la atención en el domicilio, buena situación económica, una cultura con tradición protestante y la libre expresión más altos del mundo. También los diferentes países confirmaron la presencia de cuatro factores que influyen en la preferencia que son: la edad, el aumento de la importancia de morir en el lugar preferido, mantener una actitud positiva y el deseo de involucrar a la familia en el cuidado en el caso de incapacidad.

Es de importancia señalar que en todos los países hay una minoría que prefiere morir en otro lugar que no sea su propia casa, con mayor frecuencia en los hospicios o en la unidad de cuidados paliativos, la prestación de servicios a estos grupos debe estar enfocada en satisfacer sus preferencias, respetarlas y no obstaculizar su libre elección. No obstante, al ser la preferencia de la gente en gran parte hipotética, según las personas se vayan enfrentando a un diagnóstico o a la fase final de vida, las preferencias pueden cambiar. Para concluir, la alta prevalencia de la preferencia por la muerte en casa y la fuerte asociación de valores personales, apuntan a que se deba tener muy en cuenta la atención al final de la vida en el hogar en Europa, sugieren los autores. Además, debe haber una supervisión continua de las políticas nacionales sobre el cuidado en el hogar.

Resumen de resultados:
En esta revisión sistemática la búsqueda facilitó una información valiosa sobre la preferencia del lugar de fallecimiento de las personas en general. La gran mayoría de los estudios encontrados proporcionaron resultados que son obtenidos de los certificados de las defunciones o de las encuestas realizadas al personal sanitario, a los familiares y a los cuidadores.

Además hubo estudios cuyas muestras no eran válidas y no se podían extrapolar, otro gran número de estudios respondían a las preguntas que no eran objetivo

de la revisión. Debido a esto, los artículos que proporcionaron esta información fueron excluidos; sin embargo, los resultados proporcionan datos que son útiles para conocer los lugares de la muerte y posteriormente tener una visión global de ello.

Por otra parte, tras la realización de una metodología minuciosa con los artículos seleccionados, fueron incluidos dos revisiones sistemáticas y un estudio descriptivo transversal. Tras rigurosa lectura crítica de los artículos incluidos, la evidencia ha demostrado la existencia de información sobre las preferencias del lugar de la muerte de los pacientes terminales. En la búsqueda electrónica no se encontraron estudios nacionales relevantes que respondan a los objetivos propuestos, pero sí hubo estudios que han estudiado una zona concreta de España (Madrid) y que solo hacían mención del lugar de muerte y no de las preferencias.

5 Discusión-Conclusión

Sabiendo que la mayoría de las personas prefieren morir en sus casas, los resultados obtenidos después de la búsqueda electrónica en su mayoría llegan a esa misma conclusión. En los tres documentos seleccionados para el trabajo los resultados revelan que las preferencias son prioritariamente la muerte en el hogar, a pesar de ello no todos opinan de la misma manera.
Los resultados expuestos muestran que las preferencias de los pacientes en estado Terminal se han inclinado básica y exclusivamente por la muerte en sus casas; a pesar de estas preferencias las estadísticas apuntan a que no fallecen donde prefieren, siendo las instituciones sanitarias donde pasan los últimos días estos pacientes.

Por otra parte, la búsqueda proporcionó información sobre las preferencias de lugar de muerte en individuos que no padecen ninguna enfermedad Terminal y están sanos. Muchos de ellos optaron por su casa, lugar donde prefieren morir en el caso hipotético de padecer una enfermedad Terminal. Esta información es de interés citar puesto que aporta información valiosa para futuras intervenciones en el campo de la atención sanitaria. Llamó la atención el hecho de que la presencia de diferentes factores pueda influir negativa o positivamente en la preferencia del lugar de muerte, proporcionando datos llamativos de Portugal, único de los siete países europeos estudiados que no prefiere morir en casa. Estos datos aportan la existencia de la diversidad en las opiniones de las personas, siendo estas influenciadas por la cultura del país.

Tiene importancia mencionar que el apoyo familiar es de los factores que más influyen en la congruencia del lugar preferido y real de la muerte, haciendo notar que no es tan importante el lugar donde uno quiere morir sino el apoyo de sus seres queridos. Con esto se sospecha que no es importante el lugar donde uno desea pasar sus últimos días, sino el tipo de atención que uno recibe en estos momentos. Esto amplía la información sobre las preferencias de los pacientes terminales, haciendo notar que el estudio sobre lugares de muerte de estos pacientes y el tipo de atención podría ir en un conjunto, lo cual hará que las futuras investigaciones tengan en cuenta estas cuestiones.

Dentro de los artículos analizados, especial mención tiene lo referente a los cambios que se producen en las preferencias a lo largo del proceso de la enfermedad. Resultados significativos aportaron cambios en la elección de las preferencias del lugar de la muerte; estas pasaron de ser positivas a negativas en casa. Estos cambios en su mayoría se produjeron por parte de personas ancianas, después de un experimento. Tal respuesta demuestra que a pesar de las preferencias de cada uno al comienzo de la enfermedad Terminal, estas pueden ser cambiadas con el paso del tiempo. Junto a esto se ha de mencionar que en ocasiones estos deseos son debidos a que el enfermo no quiere ser carga para su familia y otras veces prefieren ser cuidados por personal especializado.

Limitaciones del trabajo

Después de la realización de la metodología que se rigió por la lectura crítica, fue dificultosa su elaboración y la toma de decisiones pertinentes para el trabajo, esta debilidad viene a raíz de que es la primera vez que realizo este tipo de trabajo. A pesar de esto, se ha pretendido superar esta debilidad y seguir las pautas de las lecturas críticas.

Los artículos incluidos para la revisión presentaron diferentes calidades, la revisión sistemática de Gomes B8, es de calidad alta y no presentó ninguna limitación a la hora de evaluar el estudio. La revisión sistemática de Bell CL19, es de calidad media, debido a que el análisis de sus estudios de la revisión fue escaso. No proporcionó limitaciones significativas para la revisión, pero sí tomar la decisión sobre su grado de calidad. En cuanto se refiere al estudio descriptivo transversal de Gomes B20, el periodo del seguimiento del estudio no está indicado y cáncer es la única enfermedad estudiada, esto generó limitaciones a la hora de interpretar los datos.

La revisión no presenta sesgos aparentes, puesto que la metodología realizada fue elaborada de forma minuciosa y exhaustiva incluyendo un amplio volumen

de artículos que requirió una depuración voluminosa. A pesar de esto, puede haber sospecha de presentación de sesgos de selección, pero según los criterios de selección y la metodología empleada de ninguna manera afecta a las conclusiones de la revisión.

Consecuencias teóricas del trabajo:
Teniendo en cuenta las limitaciones encontradas en la revisión sistemática realizada los estudios de Bell CL. (2009) y Gomes B (2012) han sido incluidos en el trabajo. A pesar de que en la revisión sistemática de Bel CL. el análisis de los estudios evaluados fue escaso, el estudio responde al objetivo inicialmente establecido por lo que merece ser incluido. El estudio de Gomes B, aun no cumpliendo los criterios de inclusión, es de los pocos estudios que nos puede aportar información valiosa la cual puede servir para futuras intervenciones en el campo de los cuidados paliativos. Es decir que estudiar las preferencias de las personas que no padecen una enfermedad Terminal y saber sus particularidades ayudara a los cuidadores a generar en el futuro diferentes métodos, crear sistemas organizativos y planes de cuidados alternativos para proporcionar cuidados óptimos a estas personas.

Partiendo de los resultados obtenidos se puede concluir que gran parte de la población prefiere morir en sus casas, aunque no la totalidad de la misma. La presencia de diferentes factores juega un papel importante a la hora de expresar la opinión de cada uno y estos factores dependen en la mayoría de las veces de los valores culturales, regionales y económicos de cada país. Lo que apunta que no es lo mismo vivir en un sitio u otro y tampoco es lo mismo morir en casa propia o en una institución

Conclusiones:
Los resultados de esta revisión responden de forma clara a los objetivos establecidos al inicio del trabajo, pues la búsqueda proporcionó suficiente material que fue analizado de forma rigurosa. La calidad de la información obtenida fue evaluada mediante lectura crítica determinando su validez, y posteriormente la información obtenida fue sintetizada para la realización del trabajo. Finalmente se han obtenidos resultados significativos, que han permitido sacar conclusiones y se ha pretendido adaptarlos a las futuras investigaciones.

Los resultados han demostrado que la mayoría de pacientes en estado terminal de la vida prefieren morir en sus casas, por lo que a las conclusiones principales a las que se puede llegar, indican que la mejor ubicación del lugar de la muerte es aquella que cumple los deseos y las necesidades del paciente. A pesar de la in-

formación obtenida se detecta una necesidad de ampliar futuras investigaciones sobre el tema, puesto que la información sería más completa y el trabajo para los futuros investigadores sería facilitado. Para ello, pienso que la implicación de un equipo sanitario multidisciplinar cualificado es la mejor opción para proporcionar a los pacientes terminales la mejor atención posible y asesorar de forma individual la elección de la ubicación del lugar de la muerte considerando la voluntad del paciente en este tema.

6 Bibliografía

- 1. Sánchez R. Cuidados Paliativos: Avances sin final. Jaén: Formación Alcalá S.L; 2001.
- 2. García-Baquero MT, Martínez MB. Historia y filosofía de los cuidados paliativos. En: Martínez MB, Monleón M, Carretero Y, García-Baquero MT, editores. Enfermería en Cuidados Paliativos y al Final de La Vida. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 16-29.
- 3. Lasmarias C, Martínez – Muñoz M, Gomez - Batiste X. Situación actual de los cuidados paliativos a nivel nacional e internacional. En: Martínez MB, Monleón M, Carretero Y, García-Baquero MT, editores. Enfermería en Cuidados Paliativos y al Final de La Vida. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 30-34.
- 4. Damborena M.D, Aguirre de la Maza M.J, Almaraz M.J, Altuna E, Aso K, Bañuelos A, et al. Atención domiciliaria al paciente en situación Terminal en la comunidad autónoma del País Vasco. Proyecto de investigación comisionada. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2006.Informe nº: Osteba D-07-01.
- 5. Espinar V. Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. Cuad Bioét [Internet]. 2012 [citado 11 Feb 2014];77(23):169 -176. 7. SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos [Internet]. SECPAL;
- 6. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. BMC Palliative Care [Internet]. 2013 [citado 19 Ene 2014];12(7).
- 7. Houttekier D, Cohen J, Bilsen J, Addington-Hall J, Onwuteaka-Philipsen B, Deliens L. Place of death in metropolitan regions: Metropolitan versus non-metropolitan variation in place of death in Belgium, The Netherlands and England. Health Place [Internet]. 2010 [citado 15 ene 2014];16(1):132-139.
- 8. Gao W, Ho YK, Verne J, Glickman M, Higgison IJ. Changing Patterns in Place of Cancer Death in England: A Population-Based Study. Plos Med [Internet]. 2013 [citado 15 Ene 2014]; 10(3).

- 9. Jack BA, Baldry CR, Groves KE, Whelan A, Septhon J, Gaunt K. Supporting home care for the dying: an evaluation of healthcare professionals' perspectives of an individually tailored hospice at home service. J Clin Nurs [Internet]. 2012
- 10. Thomé B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. J lin Nurs [Internet]. 2003 [citado 15 Ene 2014];12(6):860-8672.
- 11. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JPW, Leland NE, Miller SC, Morden NE, et al. Change in End-of-Life Care for Medicare Beneficiaries. Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions in 2000, 2005, and 2009. Jama-J Am Med Assoc [Internet].
- 12. Cohen J, Bilsen J, Miccinesi G, Löfmark R, Addington-Hall J, Kaasa S, et al. Using death certificate data to study place of death in 9 European countries: opportunities and weaknesses. BMC Public Health [Internet].
- 13. Cohen J, Bilsen J, Hooft P, Deboosere P, Van der Wal G, Deliens L. Dying at home or in an institution: Using death certificates to explore the factors associated with place of death. Healt Policy [Internet]. 2006.
- 14. Ferreira I, Urrútia G, Alonso-Coello P. Revisiones sistemáticas y meta análisis: bases conceptuales e interpretación. [Internet]. 2011.
- 15. Bell CL, Somogyi- Zalud E, Masaki K.H. Factors Associated with Congruence Between Preferred and Actual Place of Death. J Pain Symptom Manag [Internet]. 2010
- 16. Gomes B, Higgison IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Ann Oncol [Internet]. 2012 .
- 17. Houttekier D, Cohen J, Bilsen J, Deboosere P, Verduyckt P, Deliens L. Determinants of the Place of Death in the Brussels Metropolitan Region. J Pain Symptom Manag [Internet]. 2009 37(6):996-1005.
- 18. Gomes B, McCrone P, Hall S, Koffman J, Higgison IJ. Variations in the quality and costs of end-of-life care, preferences and palliative outcomes for cancer patients by place of death: the QUALYCARE study. BMC Cancer [Internet]. 2010;10(400):1-10.
- 19. Van der Heide A, Vogel-Voogt E, Visser AP, Van der Rijt CCD, Van der Maas PJ. Dying at home or in an institution: perspectives of Dutch physicians and bereaved relatives. Supportive Care in Cancer [Internet]. 2007 ;15:1431-1421.
- 20. Aoun SM, Skett K. A longitudinal study of end-of-life preferences of terminally-ill people who live alone. Health Social Care in tne Comm [Internet]. 2013;21(5):530-535.

Capítulo 178

OBESIDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL: EPIDEMIAS SILENCIOSAS DE NUESTRO SIGLO

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El cambio demográfico de mayor influencia sobre el sistema sanitario en las últimas décadas ha sido el envejecimiento de la población, resultado de una esperanza de vida más larga y de la disminución de la natalidad. Además del envejecimiento poblacional, la urbanización acelerada y una importante modificación de estilos de vida está produciendo que las enfermedades no transmisibles, las enfermedades crónicas, entre las que destacamos las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) estén ya superando a las enfermedades infecciosas como primera causa de mortalidad en el mundo.

Las ECV son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año en el mundo, casi un tercio del total. Entre ellas la hipertensión causa un número

de 9,4 millones de muertes por año. La hipertensión es la causa de, al menos, el 45% de las muertes por cardiopatía y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. Casi el 80% de las muertes por ECV corresponden a países de ingresos bajos y medianos. La incidencia creciente de las enfermedades no transmisibles aumentará la dependencia y los costos de la atención para los pacientes y sus familias, a menos que se intensifiquen los esfuerzos de la salud pública para prevenir estas afecciones.

En la actualidad en España se producen anualmente más de 125.000 muertes y más de cinco millones de estancias hospitalarias por ECV. Por ello, las ECV son la primera causa de muerte y hospitalización en la población española. Hay un gran número de personas asintomáticas que están en grave riesgo de tener un evento cardiovascular por tener dos o más factores de riesgo y en más del 60% de los casos no se controlan adecuadamente.

Para mejorar esta situación, es fundamental potenciar la prevención primaria de la ECV, reequilibrando las actividades de prevención con las de atención a las personas que ya presentan enfermedad. En España hay importantes diferencias geográficas en cuanto a la mortalidad por ECV, existiendo mayores tasas ajustadas por edad en Andalucía, Castilla y León, Navarra y La Rioja. Todas estas diferencias en las tasas correspondientes las comunidades con mayor y menor mortalidad reflejarían, asumiendo una dependencia fundamental de factores ambientales modificables, el potencial de prevención alcanzable. No se conoce con exactitud las razones del patrón geográfico de la mortalidad cardiovascular en España. Parece que entre los factores determinantes se encuentran el nivel socioeconómico, la actividad física, factores dietéticos, así como factores que actúan desde la temprana infancia.

2 Objetivos

- Determinar la relación existente entre obesidad e hipertensión arterial (HTA) y la atención que requieren por su importancia como factores de riesgo en la prevención global de las enfermedades cardiovasculares.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de comprobar la asociación existente entre obesidad y la hipertensión

arterial y demostrar la importancia que tiene frente a otros factores de riesgo cardiovascular. En la búsqueda se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y sus análogos en inglés, los Medical Subject Headings (MeSH) para obtener las palabras clave, con los operadores booleanos, de inclusión "AND" y de unión "OR". La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Medline, PubMed, Cuiden, Cochrane, Scielo, Dialnet, Elsevier y Google Académico, además de otras páginas Web como el Portal de Salud de la Conserjería de Sanidad, en la que se encuentra la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) y Guías de Práctica Clínica sobre Valoración del Riesgo Cardiovascular, la página del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Los criterios de inclusión para la búsqueda de información utilizados fueron los siguientes:
- Tema principal: campos como título o el abstract la relación entre la obesidad y la hipertensión.
- Temporalidad: publicaciones a partir del 2006.
- Disponibilidad de texto completo y acceso gratuito.
- Idioma: español o inglés.
- Especie: publicaciones referentes a la especie humana.

Los criterios de exclusión utilizados para la búsqueda de información fueron:
- Publicaciones incompletas.
- Publicaciones que no se adecuaran al tema de estudio.

Se eliminaron los resultados duplicados, y tras leer todos los artículos seleccionados, quedaron los 9 artículos que finalmente se van a analizar en el apartado de resultados. De estos artículos seleccionados, cinco fueron de PubMed, dos de Scielo y dos de Elsevier.

4 Resultados

En todos los estudios se demuestra la asociación existente entre obesidad, HTA y otros factores de riesgo cardiovascular y se mencionan tres hábitos de vida a los que se puede deber su alta prevalencia: la dieta, la actividad física y el sedentarismo. Las recomendaciones encontradas son las siguientes:
- Peso: mantener un peso corporal saludable (IMC<25); mantener un perímetro abdominal <102cm en varones y <88cm en mujeres; para ello se seguirá una estrategia que combine dieta y actividad física.
- Dieta: adecuación de las necesidades calóricas; restricción de sal a 2-4 gr/día; mayor consumo de frutas y verduras y menor consumo de grasas o Dieta Mediterránea que tiene efecto cardioprotector.

- Actividad física: realizar entre 30 y 60 minutos de ejercicio aeróbico durante 3 a 5 días a la semana.

Puesto que las ECV son la primera causa de muerte en nuestro país, y la obesidad y la HTA son el principal factor de riesgo cardiovascular modificable y están consideradas como uno de los mayores problemas de salud pública, es primordial tener en cuenta la interacción entre todos los factores de riesgo para conseguir una disminución de las complicaciones cardiovasculares. Actualmente no existe ninguna duda respecto a la eficacia de la utilización de medidas no farmacológicas para la prevención y/o tratamiento tanto de la HTA como de los factores predisponentes (entre los que destacan el sobrepeso y la obesidad).

Como se ha demostrado en los estudios revisados, disponer de información sobre la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población supone una valiosa herramienta para definir políticas sanitarias, por ejemplo, estimar la prevalencia de la HTA en la población permitiría describir su asociación con determinados factores etiológicos. La obesidad es una enfermedad que por sí misma es un factor de riesgo cardiovascular, tiene una elevada prevalencia en los países desarrollados, predispone frecuentemente a otros factores de riesgo como la HTA, diabetes, dislipemia y está presente en el 70-80% de los pacientes hipertensos, produciendo una reducción significativa de la esperanza de vida. Su importancia ha sido reconocida por varias sociedades científicas y por las autoridades sanitarias de nuestro país, que han puesto en marcha diferentes iniciativas tendentes a reducir su impacto creciente en la salud de la población.

Se ha producido por un lado, un deterioro en el patrón alimentario de la población, que consume más azúcares y grasas, y menos verduras y frutas, y por otro, un aumento del sedentarismo, lo que podría explicar la alta prevalencia de obesidad, sumado al hecho de que ni la población ni los profesionales de la salud consideren la obesidad una enfermedad, sino un factor de riesgo. Sin embargo, una persona obesa debe ser considerada como un enfermo crónico, que requiere un tratamiento a largo plazo, con normas alimentarias, modificación de los hábitos de la conducta, ejercicio físico y terapia farmacológica en ciertos casos.

Respecto a la HTA, su prevalencia podría deberse a que la mayoría de los hipertensos no tienen síntomas, es una enfermedad que puede matar en silencio y por ello es importante que la población se controle la tensión arterial, ya que su aparición puede indicar la necesidad de cambiar el modo de vida. Obesidad e HTA son dos de las enfermedades más prevalentes presentes en la sociedad

actual, y ambas asociadas con la aparición de ECV, por lo que su prevención y tratamiento es muy importante para reducir el riesgo de padecer otros eventos cardiovascuales.

Hay multitud de programas que abordan el riesgo cardiovascular, que deben formar parte de la estrategia nacional de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, y requieren políticas públicas para disminuir la exposición de toda la población, y particularmente de los niños, adolescentes y jóvenes, a factores de riesgo como la dieta malsana, el sedentarismo, el uso nocivo del alcohol o el tabaco, intervenciones que consisten principalmente en modificaciones generales del comportamiento. Asimismo, existe un importante número de recomendaciones, manuales, guías, de diversas organizaciones científicas que indican cómo y cuándo deben realizarse las actividades preventivas, y entre ellas destaca el consejo sanitario.

Sin embargo, la creciente prevalencia de estas enfermedades indica que hay una insuficiente implantación real de estos programas y de la realización efectiva de educación para la salud, siendo una barrera muy importante para la realización de estas actividades la falta de formación en el tema por parte de los profesionales sanitarios para influir sobre los pacientes y que cambien sus comportamientos no saludables. Por este motivo, es de gran importancia que el personal sanitario sea competente y esté capacitado en todos los niveles de la atención para el éxito de los programas de control de la hipertensión. La capacitación del personal sanitario se debe incluir en los planes de estudio de las escuelas de medicina, enfermería y otras disciplinas relacionadas.

Los profesionales sanitarios deben aumentar los conocimientos sobre la hipertensión de los diferentes grupos de población. Esto puede incluir desde campañas masivas de medición de la tensión arterial hasta programas de educación para la salud. Un estilo de vida saludable contribuye a prevenir el sobrepeso y la obesidad. Por ello es importante que desde la Atención Primaria se incluyan actuaciones de Educación Sanitaria consejos o recomendaciones que modifiquen los hábitos de vida para prevenir o tratar este problema. Los tres puntos más importantes sobre los que actuar son: dieta, actividad física y sedentarismo.

Además, sería recomendable controlar regularmente el peso, el índice de masa corporal, el perímetro abdominal, no sólo de los individuos que estén por encima de su peso, sino extenderlo a toda la población, lo que ayudaría a identificar precozmente a los individuos que tengan riesgo de sufrir obesidad. En el caso de que ya se padezca una de estas dos enfermedades, el tratamiento y la consecu-

ción de los objetivos terapéuticos deben basarse en un proceso en el que deben implicarse los profesionales sanitarios, el paciente y si es necesario los familiares del paciente. Los puntos clave a trabajar con estas personas desde mi punto de vista serían:

- Proporcionar información al paciente hipertenso y obeso sobre la relación entre sobrepeso y obesidad con la HTA.
- Realizar educación sanitaria dirigida a modificar de forma positiva ciertos estilos de vida.
- Establecer, mediante acuerdo con el paciente, unos objetivos realistas.
- Programar visitas periódicas para realizar el seguimiento del proceso de pérdida de peso e introducir, cuando fuera necesario, pautas correctoras.

El tratamiento de la obesidad trae consigo, por una parte, un beneficio para la propia persona, ya que con una disminución de peso se logra una disminución de la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, y por otra parte, conlleva una reducción del gasto sanitario, ya que los individuos hipertensos y obesos tratados farmacológicamente, se podrían retirar del tratamiento estos medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones que se pueden sacar son:

- En la mayoría de los estudios de población general existe una relación positiva entre peso, presión arterial, edad, diabetes y dislipemia, lo que multiplica el riesgo cardiovascular en las personas.
- La obesidad en la infancia es un factor predisponente de sufrir HTA y otras ECV en la edad adulta, por ello desde esta etapa hay que estimular a los niños a llevar un estilo de vida saludable.
- Es necesario impulsar actuaciones y programas en el ámbito educativo para fomentar hábitos de vida saludables que controlen la epidemia de sobrepeso y obesidad emergente en niños y adultos y relacionada principalmente con el progresivo alejamiento de la dieta mediterránea considerada como saludable.
- Es importante comenzar en Atención Primaria con la detección y consejo sobre la salud, para potenciar los estilos de vida saludables (determinantes del potencial de salud y de la calidad de vida de las personas y grupos de población), consiguiendo implicar a las personas en su tratamiento.

6 Bibliografía

- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Informe anual sistema nacional de salud 2012. Edic. revisada junio de 2015.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta europea de salud en España. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2014.
- Trindade Radonavonic C.A., Afonso dos Santos L., de Barros Carvalho M.D., Silva Marcon S. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev Latino-Am. Enfermagem jul-ago. 2014;22(4):547-553.
- Zubeldia Lauzurica L., Quiles Izquierdo J., Mañes Vinuesa J., Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. RevEsp Salud Pública. 2016; vol 90: 1 de abril.
- Divisón Garrote J.A., Alonso Moreno F.J., Prieto M.A., Rama Martínez A., Durá-Belinchon R., Beato Fernández P. et al. Prevalencia de obesidad en hipertensos y su influencia en el grado de control de la presión arterial. Hipertens riesgo vasc. 2011;28(3):91-98.
- Rogero Blanco M.E., Albañil Ballesteros M.R., Sánchez-Martín M., Rabanal Basalo A., Olivas Domínguez A. Estudio de la relación existente entre el exceso de peso y la aparición de factores de riesgo cardiovascular en la población adulta joven en un centro de salud en seguimiento desde los 2 años de edad. Semergen. 2011;37(4):173-180.
- Marrodán Serrano M.D., Cabañas Armesilla M.D., Carmenate Moreno M.M., González-Montero de Espinosa M., López-Ejeda N., Martínez Álvarez J.R. et al. Asociación entre adiposidad corporal y presión arterial entre los 6 y los 16 años. Análisis en una población escolar madrileña. RevEspCardiol. 2013;66(2):110-115.
- 33) Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K., Redón J., Zanchetti A., Böhm M. et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013). Hipertens riesgo vasc. 2013;30(Supl 3):4-91.

Capítulo 179

LAS DROGAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO

1 Introducción

Con demasiada frecuencia, los jóvenes consumidores desconocen los efectos que las drogas pueden tener sobre su salud mental. Los datos son claros: España es de los países europeos donde más se consume. Las drogas con mayor prevalencia de consumo son el alcohol (77,6%), el tabaco (40,2%) y los hipnosedantes (12,0%), seguidos del cannabis (9,5%) y la cocaína (2,0%), según el Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, elaborado con datos de 2015.

La doctora Irene Pérez Zapico, psiquiatra de la clínica de salud mental SAMU Wellness, en Sevilla, tiene claro que "falta conciencia" de los efectos del consumo de drogas entre los adolescentes y que ese desconocimiento está condicionado frecuentemente por el nivel socioeconómico y cultural. Pérez habla desde la experiencia, puesto que percibe en sus consultas un consumo "extenso y normalizado" de cannabis entre los jóvenes y advierte de que ese consumo interfiere con frecuencia con trastornos mentales.
"Todas las drogas pueden tener algún efecto sobre la salud mental", apunta la psiquiatra, que concreta que pueden desencadenar un trastorno mental o agravar un trastorno preexistente. Con frecuencia, están asociadas a trastornos afectivos (depresión, ansiedad…) y, en casos más graves, a trastornos psicóticos.

Sin embargo, los efectos son variables según cada droga. Le hemos preguntado por las tres más frecuentes en España:

- Alcohol: este tiene unos riesgos orgánicos por todos conocidos. Suele usarse como vía de escape y tiene un efecto directo de desinhibición. Sin embargo, el efecto posterior es depresivo. "Si hay un cuadro depresivo de base y se tiende al consumo del alcohol para desconectar, lo que hacemos es agravarlo". Si no existe ese cuadro previo, puede desencadenarlo.
- Cannabis: "muchos estudios muestran la relación entre trastornos mentales psicóticos con el consumo de cannabis", comenta la psiquiatra. La investigación Relación entre consumo de drogas y predisposición a tener desórdenes del espectro esquizofrénico, de los profesores de la Universidad de Almería García Montes, Zaldívar Basurto, Moreno Montoya y Flores Cubos, concluye que "las personas que muestran un perfil de consumo de riesgo al alcohol y al cannabis también presentan niveles (puntuaciones) mayores de esquizotipia" (el conjunto de características de la personalidad relacionadas con la esquizofrenia). Otro estudio concluye que la presencia de un determinado genotipo (ATK1) influye en el riesgo psicótico asociado al cannabis. Todos estos estudios corroboran la experiencia práctica de la doctora Pérez: "La mayoría de pacientes jóvenes que ingresan por trastornos psicóticos tiene un consumo de cannabis asociado".

Sin embargo, la relación entre el consumo de cannabis y los trastornos psicóticos (particularmente, la esquizofrenia) ha sido objeto de un largo e inacabado debate. El matiz es: ¿El consumo desencadena el trastorno o lo que ocurre es que muchas personas psicóticas acuden al efecto ansiolítico del cannabis? "La causa-efecto no está demostrada", comenta la experta.
El consumo puede ser un también un desencadenante de que, a largo plazo, un primer episodio psicótico evolucione hacia una esquizofrenia. No obstante, hay excepciones. "Es raro, pero hay personas muy susceptibles a los tóxicos que pueden presentar un episodio agudo o síntomas aislados, y que, cuando se para el consumo desaparece".

- Cocaína: es un excitante que genera una adicción muy rápida. Incidir sobre el consumo y mantener la abstinencia es complicado, comenta la psiquiatra. "Por eso se relaciona a problemas de ansiedad y a cuadros depresivos", señala la especialista. También puede tener relación con patologías psicóticas. Además del tipo de droga, la forma y regularidad del consumo influye en la afectación a la salud mental. "Si hablamos de cocaína, no es lo mismo un consumo de fin de semana asociado a alcohol y fiestas, que un consumo diario o habitual en una persona que lo usa como método de evasión y lo consume incluso en soledad", explica la experta. En el caso del consumo de fin de semana hay que tener en cuenta la predisposición genética o biológica de desencadenar un trastorno mental. No

obstante, Irene Pérez advierte: el consumo esporádico no elimina el riesgo de dependencia o de sufrir el síndrome de abstinencia y es, obviamente, la vía de entrada a un consumo regular y a la adicción.

La mayoría de las drogas intervienen en el sistema de recompensa de nuestro organismo y actúan sobre áreas cerebrales alteradas en trastornos mentales. ¿Hay relación de causalidad? “En la práctica es complicado establecer qué es lo que causa que, sobre todo con un cuadro agudo”, comenta la especialista, que añade que la información que aporta la familia es clave. Para los pacientes puede ser difícil reconocer una adicción y un trastorno mental. Una vez diagnosticado el cuadro, ¿qué hacer? Aparte de los fármacos que generan un efecto adverso en caso de consumo, hay otros que inciden sobre el sistema de recompensa y pueden reducir el deseo. Pero además de los fármacos para el tratamiento de la adicción física, hay terapias para abordar la dependencia psicológica.

En la clínica de salud mental SAMU Wellness el tratamiento se adapta a cada situación y a la historia personal y familiar del paciente, individualizando las intervenciones. Si el episodio psicótico muestra un paciente fuera de la realidad se procederá al ingreso, siempre teniendo en cuenta el apoyo familiar. Una vez que se trata el episodio agudo y el tratamiento farmacológico permite una mejora, Irene Pérez comenta que “lo ideal es hacer algún tipo de psicoterapia” para mitigar y acabar con la dependencia psicológica. SAMU Wellness dispone de un programa de hospital de día, muy útil para personas dependientes porque permite estructurar horarios, llevar la dinámica del día a día y alejarlas de contextos que pueden incitar al consumo. Hay una programación diaria de actividades, basada en talleres de terapias grupales, que cumplir con el objetivo de la clínica: funcionar como comunidad terapéutica.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de drogas habituales y su relación con los trastornos de salud mental.
- Estudiar la problemática del consumo de drogas en la actualidad sobretodo en la población juvenil.

3 Metodología

Se efectúa una revisión sistemática mediante búsquedas en bases de datos electrónicas (BMJ Clinical Evidence, York Centre for Reviews and Dissemination, Cochrane Library, PubMed, Medline, Scielo, Dialnet, Mediagraphic , Intramed y EMBASE). También búsquedas extendidas de páginas web en internet, y de resúmenes de conferencias, manuales de revistas publicados y revisión de los artículos recuperados.

4 Resultados

Se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Aunque considerable, esa cifra –que equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido– no parece haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial. Sin embargo, dado que se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14% viven con el VIH, el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador.

El número de muertes relacionadas con las drogas, que en2014 se calculó en alrededor de 207.400, es decir, 43,5muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años, ha permanecido estable en todo el mundo, aunque sigue siendo inaceptable y evitable. Las muertes por sobredosis representan aproximadamente entre un tercio y la mitad de todas las muertes relacionadas con las drogas, que en la mayoría de los casos se deben a los opiáceos. El período inmediatamente posterior a la excarcelación se asocia con un aumento considerable del riesgo de muerte por causas relacionadas con drogas (principalmente por sobredosis), cuya tasa de mortalidades mucho mayor que la mortalidad por todas las causasen la población general.
En muchos países las cárceles siguen siendo un entorno de alto riesgo de enfermedades infecciosas, lo que constituye un problema sanitario importante en ese entorno. Además, la prevalencia del VIH, la hepatitis y la tuberculosis en los reclusos puede ser considerablemente mayor que en la población general. Sin embargo, pese a tratarse de un entorno de riesgo alto y a la eficacia científicamente comprobada de algunas intervenciones sanitarias, se observan deficiencias con-

siderables en los servicios de prevención y tratamiento de muchas prisiones del mundo.

Las personas que se inyectan drogas se exponen a algunos de los peores daños para la salud asociados al consumo de drogas sin precaución, así como a un deterioro general de los resultados de salud, lo que incluye un alto riesgo de sobredosis, mortal o no, y a mayores probabilidades de muerte prematura. Una de cada siete personas que se inyectan drogas vive con el VIH, y una de cada dos con la hepatitis C. Esas personas son un grupo importante de la población en riesgo de contraer esas enfermedades: casi un tercio de los nuevos contagiados por el VIH fuera del África subsahariana son consumidores de drogas por inyección.

El cannabis, cuyos consumidores sumaron 183 millones en 2014, sigue siendo la droga de consumo más frecuente en el mundo, seguida de las anfetaminas. El uso indebido de opiáceos y opioides sujetos a prescripción médica, cuyos consumidores se estiman en 33 millones de consumidores, es menos habitual, pero los opioides siguen siendo sustancias destacables por sus efectos potencialmente nocivos para la salud. A nivel mundial, en los últimos tres años se ha observado una tendencia general a la estabilización del consumo de cannabis. Sin embargo, en algunas subregiones, especialmente de América del Norte y Europa occidental y central, ese consumo ha aumentado. Tras un período de estabilidad, desde 2010 también ha ido aumentando el consumo de cocaína, debido principalmente al aumento del consumo de esa sustancia en América del Sur. Por otra parte, el consumo de anfetaminas parece mantenerse estable.

En promedio, las personas más jóvenes buscan tratamiento por trastornos debidos con mayor frecuencia al consumo de cannabis y anfetaminas que al de otras drogas. Esto refleja la tendencia ascendente del consumo de cannabis y anfetaminas y el consiguiente aumento de las personas que se someten a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de dichas sustancias. Las personas en tratamiento por trastornos relacionados con los opioides o la cocaína suelen hallarse en la treintena, lo que en muchas subregiones refleja un envejecimiento de la cohorte de consumidores que reciben tratamiento y una disminución general de la demanda de tratamiento. En general, los hombres tienen una probabilidad de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas tres veces mayor que las mujeres, y estas tienden más que los hombres a consumir opioides y tranquilizantes con fines no médicos.

5 Discusión-Conclusión

El consumo de drogas y los problemas de salud mental afectan las mismas partes del cerebro. En parte, este es el motivo por el cual algunas personas tienen ambos problemas. Además, alguien que se siente muy mal puede tratar de sentirse mejor consumiendo drogas, pero por lo general eso no funciona por mucho tiempo. Al contrario, esa persona se puede volver adicta a las drogas y entonces se siente peor que antes.
Un problema de drogas puede empeorar un problema de salud mental. Y un problema de salud mental puede empeorar un problema de drogas. Una persona que tiene ambos problemas necesita tratar los dos al mismo tiempo para mejorar

6 Bibliografía

- https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion
- https://www.newlinecenter.es/blog/tipos-drogas-caracteristicas-efectos
- https://itasaludmental.com/blog/link/55
- https://www.bing.com/search?q=efectos+de+la+droga&FORM=QSRE

Capítulo 180

CUIDADOS POSTURALES PARA EVITAR ÚLCERAS POR PRESIÓN

HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL

PATRICIA CORRALES REY

MARIA DOLORES LORENZO GARCIA

1 Introducción

Se le denomina úlceras por presión a todos los movimientos realizados a un enfermo encamado. Las úlceras por presión (UPP) Son un problema de salud que durante mucho tiempo ha pasado desapercibido; supone un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe sobre la salud en el año 2010 destaca la promoción de la salud como aspectos esenciales para el bienestar humano y para lograr un desarrollo socio-económico sostenido. Teniendo en cuenta esa premisa y en el caso de las UPP se hace necesario contar con estrategias que favorezcan su prevención.

Es importante que los profesionales sanitarios se encarguen de:
- Disminuir la aparición de úlceras por presión (UPP) en los pacientes adultos hospitalizados.
- Identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar UPP.
- Establecer los cuidados necesarios para controlar y minimizar los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de las UPP.
- Definir las intervenciones para mantener la integridad de la piel.

- Establecer criterios unificados de evaluación de los cuidados.
- Conocer cómo prevenir las UPP y las complicaciones que puedan desencadenarse por motivo de la inmovilización del paciente, consiguiendo así una postura que favorezca el adecuado confort.

2 Objetivos

- Describir las complicaciones de las UPP.

3 Metodología

Para la realización del presente capitulo, se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos sobre UPP, en la base de datos: Pubmed y en portal geriátrico.

4 Resultados

La aparición de úlceras por piel puede:
- Agravar seriamente el estado general del paciente por aumento de riesgo de infección y complicaciones metabólicas.
- A nivel terapéutico puede deteriorar y complicar un tratamiento integral
- Prolongan la estancia hospitalaria.
- Suponen una carga de trabajo para la enfermería.
- Ocasionan pérdida de autonomía, independencia y autoestima.
- En general devalúa el nivel de salud y son un negativo indicador de calidad asistencial.

La prevención de úlceras por presión es una labor compleja pero a la vez interesante por que ofrece la posibilidad de marcar una diferencia real en los resultados de salud del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión constituyen uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de enfermería siendo un gran reto y una gran responsabilidad tanto en prevención como en tratamiento por la autonomía de actuación. La buena evolución y resolución de las úlceras cutáneas como de forma general

podríamos llamarlas es un indicador claro de calidad asistencial tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario.

6 Bibliografía

- Búsqueda en base de datos: Pubmed
- Búsqueda úlceras por presión
- Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. INSALUD

Capítulo 181

ENFERMEDAD CELIACA

ROSANA RODRÍGUEZ PRENDES

JESSICA BARREIRO LUTMAN

MERCEDES BARREIRO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La enfermedad celiaca es una afección del sistema inmunitario por la que las personas no pueden consumir gluten, porque daña su intestino delgado.

2 Objetivos

Analizar la bibliografía existente acerca de la celiaquía.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos sobre la celiaquía utilizando los descriptores celiaquía, síntomas enfermedad celiaca, diagnóstico de celiaquía, gluten.

4 Resultados

El gluten es una proteína que se encuentra en cereales como el trigo, la cebada y el centeno y en otros muchos alimentos. Los síntomas más habituales son diarrea crónica, pérdida de peso, anemia, dolor abdominal, cansancio, cambios de

comportamiento, gases, úlceras en la boca, caída de cabello, fragilidad de uñas, calambres musculares y dolores articulares.

Es importante obtener un diagnóstico de la enfermedad para comenzar con el tratamiento, que en este caso consiste en una dieta sin gluten, no existe tratamiento farmacológico para esta enfermedad. Diagnosticar la celiaquía resulta complicado debido a que los síntomas que produce esta enfermedad son comunes a muchas enfermedades.

Es importante realizar una serie de pruebas si se sospecha que hay indicios de enfermedad celiaca, para confirmar el diagnóstico antes de proceder a retirar el gluten de la dieta, tales como pruebas serológicas, endoscopias, biopsias y las que el proveedor de atención sanitaria considere oportunas.

5 Discusión-Conclusión

La dieta sin gluten no cura la enfermedad, pero si puede evitar las complicaciones de la misma e incluso eliminar los síntomas característicos. Lo cual favorece que el enfermo celiaco pueda llevar una vida lo más normal posible. Es importante enseñar la alimentación que deben llevar a cabo para que sepan identificar qué alimentos contienen gluten.

6 Bibliografía

- mayoclinic.org
- sanitas.es
- celiacos.org
- cun.es
- cuidateplus.com

Capítulo 182

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: RELACIÓN PROFESIONAL / PACIENTE

ALBERTO VILLAR RODRÍGUEZ

1 Introducción

El siguiente trabajo se engloba dentro de los trabajos teóricos y conceptuales, definiendo conceptos y consideraciones sobre el consentimiento informado y la relación profesional/paciente.

2 Objetivos

- Describir la trascendencia de promover la autonomía de los individuos en la toma de decisiones.
- Reseñar la importancia de la sinceridad en la relación médica, la responsabilidad y la transparencia, enfatizando el papel que en este caso desarrolla la bioética.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes libros, protocolos de actuación, guías prácticas, guías clínicas así como diferentes bases de datos: Pubmed, Medline, Dialnet y Google Académico. Los artículos y guías consultados se recogen en el apartado de bibliografía.

Se han empleado como descriptores: Consentimiento informado, TCAE, bioética, paciente, relación paciente profesional. Se han empleado como criterios de in-

clusión textos en castellano e inglés, y se han excluido aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

El consentimiento informado a pesar de ser un concepto ético tiene una vertiente legal y jurídica y es llevado a la practica en el marco de la relación médico-paciente, es así que este nuevo concepto se introdujo poco a poco en la sociedad hasta transformar la relación clínica clásica paternalista en un modelo basado en el respeto a la Autonomía de los individuos, es decir, el paciente demanda información para poder decidir sobre las técnicas de que va a ser objeto. En el reconocimiento a la autonomía del paciente está el nacimiento de la bioética. Este modelo ético de toma de decisiones tiene en nuestro país pleno respaldo jurídico en la vigente ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El consentimiento informado se origina con la enfermedad; es decir el orden natural se pierde y es el médico el que debe de restablecerlo y el paciente debe colaborar a fin de conseguirlo. Todo esto conlleva aplicar métodos terapéuticos y realizar intervenciones que a veces entrañan grave riesgo para su vida. El paciente tiene derecho a conocer el proceso, pronóstico, intervenciones y medidas terapéuticas, los profesionales debemos gestionar esta información de acuerdo a sus deseos y a lo que quiera saber en cualquier momento del proceso, además debe ser gradual y adecuada conforme a sus necesidades. La información es la condición fundamental para la autonomía del paciente, una persona poco o nada informada no será dueña de sus decisiones. El consentimiento informado es una rutina diaria; es el mero formulario que en ocasiones se firma. Continuamente los médicos están indicando pruebas y pautando tratamientos y para ello es necesario que los pacientes estén informados y que además los acepten.

Todas las personas tienen derecho a tener sus propios puntos de vista sobre su salud, a tomar decisiones propias basadas en valores y creencias personales; el médico a su vez tiene el deber profesional de solicitar dicho consentimiento y respetarlo. Por tanto la presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada y la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción, por lo que se convierte en un proceso activo de comunicación para intercambiar la información. Para obtener un consentimiento informado válido el paciente tiene que estar capacitado, haber recibido la información acerca del

procedimiento necesaria para tomar una decisión, haberla comprendido y finalmente de forma voluntaria y libre decidir, puesto que el consentimiento informado concede prioridad a las decisiones del paciente.

Si se lleva a cabo adecuadamente tiene una serie de consecuencias beneficiosas para la medicina, los profesionales, los pacientes y muy especialmente en la relación profesional/paciente. El médico es un profesional que debe hacer bien su trabajo y aconsejar al paciente,pero el responsable de la enfermedad es el propio paciente. Solo en situaciones excepcionales, como el peligro para la salud pública o ante una emergencia vital súbita e inesperada que no permita demoras en la atención y cuando no haya constancia previa de las preferencias del paciente, los profesionales pueden actuar sin su consentimiento.

El consentimiento informado es un proceso gradual que consta de dos fases: una primera fase informativa y una segunda fase deliberativa.
• Fase informativa: puede variar en función de cada caso. Es habitual en los procedimientos describir en qué consiste lo que se va a realizar, las molestias, riesgos, beneficios a obtener y alternativas, la información debe adaptarse a las características clínicas y culturales del paciente. El médico debe ayudar a interpretar la información y para que los pacientes puedan decidir, necesitan tener los datos suficientes.
• Fase deliberativa: Debe haber un proceso de intercambio de opiniones entre el paciente, la familia y los profesionales. Se partiría de los hechos, de los datos clínicos y tras ellos se discutiría con el paciente que es lo mejor, sin manipular ni coaccionar debe tener un carácter participativo. Finalmente es el paciente quien tiene que tomar una decisión. El paciente debe estar consciente, la decisión debe ser voluntaria y ejercida libremente.

El consentimiento informado por lo general debe ser verbal, excepto:
• Si es una intervención quirúrgica,
• Si los procedimiento diagnósticos y terapéuticos invasivos,
• En procedimiento de riesgo y previsible repercusión negativa.
• Procedimientos experimentales.
• Siempre que se niegue a ser informado.

En las decisiones de rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento el protagonismo total corresponde al paciente. El rechazo de tratamiento forma parte de la teoría general del consentimiento informado, que es el modelo de toma de decisiones vigente en la bioética moderna. Aunque se pueden realizar intervenciones sin consentimiento informado, en los siguientes casos:

• Si existiera un riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por Ley.
• Riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible autorización.
• Necesidad terapéutica.
• Si existe urgencia vital.

Cuando el paciente no es capaz de tomar decisiones según criterio médico, menores de 12 años o incapacitados legalmente se puede dar el consentimiento por representación.

5 Discusión-Conclusión

El trato con el paciente en los últimos años ha evolucionado, haciendo que los profesionales tengan que adaptarse. Se ha demostrado los beneficios positivos del consentimiento informado, donde se explica y se aporta toda la información necesaria al paciente y sus familiares.

Los beneficios no son solo para el paciente sino también, de esta nueva relación profesional paciente, se benefician todos los profesionales que trabajan atendiendo a los enfermos.

6 Bibliografía

- www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl299/tl299.PDF
.
- www.secpal.com/guia
cp
- www.sergas.es
- www.c/navarra.es/salud/anales/textos/suple 293.htm
- www.congreso mundial de bioética. SIBI.

Capítulo 183

IMPORTANCIA DEL RIESGO QUÍMICO EN EL MEDIO HOSPITALARIO. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

MERCEDES ALVAREZ ANIA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

En los últimos años, ha comenzado a generarse una mayor importancia al tema de los riesgos laborales del personal sanitario. En diferentes estudios que se han realizado, como en el realizado por Biseño, Herrera, Enders y Fernández en 2006 se vio que el personal de la salud se encuentra constantemente expuesto a diferentes tipos de riesgo: físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales.

Clásicamente se han hecho más estudios sobre los riesgos del personal sanitario en cuanto a radiación ionizante, enfermedades infecciosas o riesgos biológicos se refiere, pero existen muy pocos estudios que busquen el conocimiento sobre los agentes químicos a los que están expuestos el personal sanitario. Por ello, nos centraremos en los mismos, ya que se ha demostrado que tienen efectos muy importantes en esta rama profesional, mediante su manejo o la absorción de los mismos, provocando diferentes efectos en función de si se trata de un gas anestésico, una droga citostática o diferentes agentes farmacológicos.

Según el Real Decreto 374/2001, se define agente químico como"cualquier elemento o compuesto químico, por sí solo o mezclado, tal como se presenta en estado natural o es producido, utilizado o vertido (incluido el vertido como residuo)

en una actividad laboral, se haya elaborado o no de modo intencional y se haya comercializado o no" y producto químico peligroso como "aquel que puede representar un riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores o para el medio ambiente debido a sus propiedades fisicoquímicas, químicas o toxicológicas, y a la forma en que se utiliza o se halla presente en el lugar de trabajo" (Real Decreto 374/2001).

En cuanto a los efectos que producen sobre el organismo, se ha visto que existe un incremento tanto en malformaciones en fetos pero sobre todo de mayor riesgo de aborto en mujeres expuestas a la inhalación de gases anestésicos, en especial el personal de quirófano, que algunos estudios relacionaron con la exposición al óxido nítrico. Otros estudios relacionan la exposición a los gases anestésicos con la aparición de mutaciones genéticas, mayor riesgo de cáncer, daño hepatocelular, enfermedad renal y neurotoxicidad. Y en el caso de los fármacos antineoplásicos están relacionados con irritación en piel y mucosas, toxicidad y alergias y aumento del riesgo de mutaciones y cáncer.

En un estudio realizado en 1994 por Hayes y Fitgerald, se comprobó que muchos profesionales sanitarios están expuestos a diferentes compuestos de alto y bajo peso molecular como el látex o el glutaraldehído,que van a provocar asma ocupacional sobre todo en aquellos que están expuestos a salas de quirófano, laboratorios, salas de endoscopia y al área de diagnóstico de imagen.

También el humo quirúrgico, tal y como se comprobó con el estudio de Okoshi, Kobayashi, KinoshitaTomizawa, Hasegawa y Sakai en 2015, relacionado con el uso de bisturís eléctricos y de cauterización puede contener sustancias tóxicas para el personal que trabaja en las salas de quirófano, tales como benceno, tolueno, acetaldehído, monóxido de carbono… Pero la lista continúa hasta unos 150 componentes químicos y potencialmente tóxicos. Este humo va a variar dependiendo del tipo de procedimiento al que se someta. Estos riesgos entrañan desde problemas respiratorios, de irritación de la vía aérea superior, enfermedades pulmonares crónicas, dermatitis, problemas gastrointestinales como náuseas, vómitos o cólicos, infecciones o problemas hematológicos y oncológicos. Cuanto mayor es el tiempo de exposición a este humo, mayor es el riesgo: así anestesistas y enfermeros de quirófano serán los que más riesgo tengan de sufrir las consecuencias de inhalación de sustancias. Se sabe que el humo en que se emite durante las cirugías tiene una alta emisión de partículas y gases al aire. Uno de los más peligrosos son los hidrocarburos aromáticos policíclicos, que están presentes en casi todas partes, y entran a nuestro organismo a través de los

pulmones.

Sin embargo, a pesar de que todo el personal sanitario se expone a diversos agentes químicos que pueden poner en peligro su salud, hay algunos estudios, como el realizado por Green en 1981 que demostraron que es el personal que trabaja en laboratorio el que tiene más riesgo de sufrir los diferentes daños derivados de todo esto, ya que la concentración en estos sitios sería más elevada que en salas de quirófano, por ejemplo.

Es más que evidente de los numerosos daños que los agentes químicos pueden causar sobre los profesionales de la salud. Pero como ya hemos dicho, los estudios realizados sobre los riesgos químicos existen en menor cantidad que otros tipos de riesgo que se puedan dar sobre el personal sanitario.

2 Objetivos

Objtivo principal:
- Intentar conocer cuál es la dificultad en cuanto al acceso a información y protocolos sobre la prevención de riesgos químicos que tienen lugar sobre el personal sanitario.

Objetivos secundarios:
- Examinar si existen guías estandarizadas a mano de organismo públicos sobre este tema en el Estado Español.
- Alertar de la necesidad de establecer guías y protocolos claros y específicos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de las distintas guías y documentos que existen en lassitios webs de organismos oficiales del Estado Español, tanto a nivel del Gobierno Central como de las distintas Comunidades Autónomas. Los documentos y guías incluidas en el estudio son aquellas en las que incorporan planes de prevención de riesgos químicos e intentando especificaren las que además tienen planes de prevención de riesgos químicos para el personal sanitario. Hemos excluido de esta revisión aquellos documentos oficiales que hablaban sobre consecuencias, contenido y riesgos de los agentes químicos, pero no especificaban protocolos de prevención. Se han excluido además los protocolos de prevención de riesgos químicos que referidos a otras profesiones de forma específica. También hemos excluido de la revisión aquellos protocolos que no tenían acceso libre.

4 Resultados

A continuación se muestra el contenido encontrado en las distintas webs de organismos oficiales sobre la prevención de riesgos químicos, tanto de forma general por un lado, como aquellos que se centran en planes para el Sector Sanitario en concreto en alguno de sus puntos:

ANDALUCÍA.
Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Enfermedad por agentes químicos. CCOO Andalucía.
Pan de Prevención de Riesgos Químicos en personal sanitario:
- Prevención de riesgos químicos en el personal sanitario y de limpieza.
- Detergentes.
- Peróxidos.
- Persulfatos.
- Prevención de Riesgos Laborales en Sanidad. Junta de Andalucía.

ARAGÓN.
Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Memoria 2017. Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral.

PRINCIPADO DE ASTURIAS.
Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Mapa de Riesgo químico en Asturias.Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- Alerta de agentes químicos cancerígenos y mutágenos. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- Los productos químicos como factores de riesgo. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.

Plan de Prevención de Riesgos Químicos para personal sanitario:
- Mapa de Riesgo Químico en Asturias: Sector Sanitario. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.

ISLAS BALEARES.
Plan de Prevención de Riesgos Químicos para el personal sanitario:
- Prevención de Riesgos en Laboratorios de Investigación y de Prácticas (Servei de Prevenció. Universitat de les Illes Balears).

CANTABRIA.
- Plan de Prevención de Riesgos Químicos:

- Manual de Prevención de Riesgos Laborales. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Servicio Cántabro de Salud.

CASTILLA LA MANCHA.

- Plan de Prevención de Riesgos Químicos para el Personal Sanitario:
- Guía de actuación frente al riesgo de exposición a medicamentos peligrosos para los trabajadores del servicio de Salud de Castilla- La Mancha. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
-Guía de actuación frente al riesgo de actuación frente al riesgo de exposición al formaldehído de los trabajadores del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

CASTILLA-LEÓN.

- Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- El riesgo químico: Eliminación, envasado y etiquetado de productos químicos. Servicio técnico de asistencia preventiva de UGT Castilla y León.
- Plan de Prevención de Riesgos Químicos para el personal sanitario:
- Guía básica de riesgos específicos en el sector sanitario. CCOO de Castilla y León.

CATALUÑA.

- Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Exposición a productos químicos en los lugares de trabajo. UGT-FICA Catalunya.
- Manual para la prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico de Barcelona.

EXTREMADURA.

- Plan de Prevención de Riesgos Químicos para el Personal Sanitario:
- Información inicial sobre Prevención de Riesgos Laborales (Gerencia del Área de Salud de Cáceres).
- Área de Salud de Plasencia.

GALICIA.
- Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Riesgo Químico. Guía básica de productos (CIG Saúde Laboral).

- Plan de Prevención de Riesgos para el Personal Sanitario:
- Buenas prácticas en prevención de riesgos laborales: manual de seguridad en el laboratorio. Xunta de Galicia.

LA RIOJA.
- Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Plan de prevención de riesgos laborales del servicio riojano de salud (servicio riojano de salud).

- Plan de Prevención de Riesgos Químicos para el Personal Sanitario:
- Prevención de riesgos laborales en el sector sanitario (Gobierno de La Rioja).

COMUNIDAD DE MADRID.
- Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Exposición laboral a productos químicos en la comunidad de Madrid (instituto sindical de trabajo, Ambiente y Salud).

- Plan de Prevención de Riesgos Químicos para el Personal Sanitario:
- Medidas Generales de Prevención de Riesgos Laborales para Trabajadores del Hospital Universitario La Princesa.

REGIÓN DE MURCIA.
Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Prevención de Riesgos en Laboratorios. Prevención de riesgos específicos en centros educativos (universidad de Murcia).

Plan de Prevención de Riesgos Químicos para el Personal Sanitario:
- Guía básica de prevención de riesgos laborales. Consejería de Economía y Hacienda (Región de Murcia).
- Manual básico de prevención de riesgos laborales para la familia profesional Sanidad. Consejo Asesor Regional de Formación Profesional de la Región de Murcia.

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA.
Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Productos químicos y salud laboral. Instituto Navarro de Salud Laboral. (gobierno de Navarra).
- Perspectiva de género en la evaluación del riesgo químico por exposición a alteraciones endocrinas. Instituto Navarro de Salud Pública (Gobierno de Navarra).

PAÍS VASCO.
Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- PREVENCION DE RIESGOS ASOCIADOS A PRODUCTOS QUÍMICOS (Osakidetza. Servicio vasco de Salud).

COMUNIDAD VALENCIANA.
Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Riesgos específicos y su prevención en el sector correspondiente a la actividad de la empresa. Martín MA. Generalitat Valenciana.
- Manual de procedimientos. Protocolos de prevención de riesgos laborales. Generalitat Valenciana.

CEUTA.
Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Manual de PRL del INGESA. Hospital Universitario de Ceuta. Direccion territorial de Ceuta. INGESA.

Plan de Prevención de Riesgos Químicos para el Personal Sanitario:
- Exposición a agentes químicos en el ámbito hospitalario. Domínguez, JM. Hospital Universitario de Ceuta.

MELILLA.
Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Protocolo de Trabajo con Productos Químicos. Consejería de Administraciones Públicas. Ciudad Autónoma de Melilla.

ESTADO.
Plan de Prevención de Riesgos Químicos:
- Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición durante el trabajo a agentes cancerígenos mutágenos. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo.
- Real Decreto 374/2001, de 6 de abril, sobre la protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo.

Plan de Prevención de Riesgos Químicos para el Personal Sanitario:
- Agentes químicos en el ámbito sanitario. Instituto de salud Carlos III. Ministerio de ciencia e innovación.

Lo primero que nos llama la atención tras la búsqueda de protocolos y estudios oficiales, es la dificultad para encontrarlos y la escasez de los mismos. Como podemos comprobar por la tabla expuesta, sí que hemos podido encontrar algunos estudios que hablan sobre los riesgos químicos y la prevención de estos, pero nos ha sido mucho más difícil hallar aquellos que relacionan directamente riesgos químicos y personal sanitario. De hecho en muchas comunidades, nos ha

sido imposible encontrar a través de las webs de sus organismos oficiales, planes de prevención que se centren en el personal sanitario.

Si analizamos algunos de los programas específicos de prevención de riesgos que implican al personal sanitario y por comunidad, encontraremos lo siguiente:

En el caso de Andalucía, hallamos en el Servicio Andaluz de Salud, perteneciente a la Consejería de Salud y Familias, que existen documentos de prevención de riesgos químicos en el personal sanitario y de limpieza, en los que hay especificaciones sobre el uso de detergentes, peroxidos y persulfatos, como el uso de guantes, pantalla facial o gafas, no comer ni beber ni fumar durante el trabajo. Sin embargo, el análisis es muy básico y se limita solo a estos tres compuestos químicos (Servicio Andaluz de Salud, 2011).

También encontramos en esta CCAA un análisis hecho por CCOO de Andalucía en el que dan algunas pautas para empresarios sobre cómo actuar en situaciones laborales en las que exista riesgo de exponerse a sustancias químicas. Tampoco especifica medidas concretas para el personal sanitario, a pesar de mencionar que es uno de los sectores laborales expuestos a esto (CCOO Andalucía, 2015).

En el caso de Castilla-La Mancha, encontraremos dentro de sus organismos oficiales, una guía de actuación frente al riesgo de exposición al formaldehído de los trabajadores del servicio de salud de esta Comunidad Autónoma (SESCAM, 2018). Aquí se va a analizar tanto los efectos de este compuesto, como la correcta manera de tratamiento y qué hacer ante una emergencia. Sin embargo, a pesar de ser una guía muy completa respecto al tema al que se refiere, abarca un campo muy estrecho dentro de las competencias que abarcan los riesgos químicos. Algo más amplia es la que encontraremos también en esta CCAA una guía de actuación frente a la exposición de medicamentos (Sánchez, S., Martínez, A., Sánchez, MN., Amorós, A., Caballero, P., Conejo, Mata, J., 2018).

En el caso de Castilla y León, vamos a encontrar una guía, a cargo de CCOO de Castilla y León bastante completa y específica para el sector sanitario, en la que habla no solo de los riesgos químicos, sino de todos los riesgos laborales que sufre de manera concreta el personal sanitario. En esta no solo explica todos los agentes químicos a los que el personal sanitario se encuentra expuesto y que pueden ser dañinos para él, sino que además explica cómo debe ser una ficha de datos de seguridad correcta, la simbología que nos va a permitir identificar la sustancia a la que se expone el trabajador y las medidas a tomar por parte de las empresas para la prevención. A pesar de ser solo un capítulo de una guía, aborda

el tema con mayor detalle que los documentos analizados hasta ahora (CCOO de Castilla y León, 2011).

Por otro lado, la sobre prevención de riesgos laborales del área de salud Cáceres, aporta una guía básica para los trabajadores de la Salud, sobre los riesgos laborales generales y específicos del entorno. En ella se encuentra un apartado específico sobre los riesgos de naturaleza química, cuales son, cómo manipular estas sustancias y el uso adecuado de los Equipos de Protección Individual (EPI), pero lo cierto es que se centran en la higiene de manos y los guantes en la prevención de riesgos de este tipo. Volvemos a encontrarnos con unas directrices muy básicas y poco específicas (CCOO de Castilla y León, 2011).

Sin embargo, en la web del Área de Salud de Plasencia, vamos a encontrar algunos documentos más específicos sobre riesgos químicos y su prevención, en los que dan directrices al personal sanitario sobre el uso de otros medios de prevención, además de los guantes, como las mascarillas y cuáles usar en cada caso. Y otras como qué hacer en caso de derrames de material químico o cómo se consigue la correcta eliminación de los mismos, así como protocolos de manipulación de citostáticos (Área de Salud de Plasencia).

Tanto La Rioja, como la Región de Murcia y la Comunidad de Madrid tienen guías específicas de prevención de riesgos laborales en las que se dedica algún apartado a la prevención de riesgos químicos (Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, 2017). La que más especificaciones expone en cuanto a la prevención de ciertos riesgos, es en Manual Básico de Prevención de Riesgos Laborales para Profesionales Sanitarios de la Región de Murcia, en la que también nos va a explicar la prevención de la exposición a citostáticos: uso en cabina de seguridad biológica clase II, utilización de guantes y ropa de protección, realización de controles periódicos, un correcto etiquetado. Y también especifica directrices para la prevención de riesgo químico en exposición a gases anestésicos: buena ventilación y eliminación de los gases, conductos que no comuniquen el quirófano con otras salas, realización de controles ambientales, mantenimiento correcto de los circuitos de anestesia, correcta formación de los profesionales que están expuestos a estos gases (Consejo Asesor Regional de Formación Profesional de la Región de Murcia, 2010) . Como se puede comprobar, es una de las guías más completas que hemos encontrado en cuanto al tema que nos compete, siendo conscientes de lo limitadas que son las guías que existen en cuanto a este tema concreto.

La guía más completa que podemos encontrar pertenece al Instituto de Salud

Carlos III, perteneciente al Ministerio de Ciencia e Innovación, en la que analiza con detalle las principales sustancias químicas, sus características, dónde las encontramos y las medidas preventivas a adoptar para cada una de ellas (Arana, D., Blanco, C., Caldés, A., Gallego, E., Martín, J., Méndez, Torrado, S., 2010).

5 Discusión-Conclusión

A pesar de haber podido encontrar por parte de gobiernos y comunidades algunos protocolos de actuación sobre prevención de riesgos químicos, estos son muy limitados, superficiales y/o poco específicos. Además, hallar aquellas propias y especialmente orientadas al riesgo en personal sanitario, nos es mucho más complicado si cabe. Y aquellos que encontramos tratan solo una parte del tema o incluso debemos consultar varios protocolos para completar la información.

Este análisis nos hace plantearnos si sería necesario establecer guías que aunaran estos conocimientos y protocolos de actuación que fueran comunes a todas las comunidades y al gobierno central, para que todos los profesionales, independientemente de la localización de su trabajo dentro del Estado Español, siguieran las mismas normas de actuación, permitiendo así una mayor seguridad en sus puestos de trabajo y una mejora de condiciones laborales.

6 Bibliografía

1. Vainio, H. (1982)Inhalation anesthetics, anticancer drugs and sterilants as chemical hazards in hospitals. Scand J Work Environ Health.
2. Briseño, C.E., Herrera, R. N., Enders, J. E., Fernández, A. R. (2006).FACTORES DE RIESGOS QUÍMICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. Enfermería Global, 9 (5), pp. 1-10.
3. Hayes, J. P., & Fitzgerald, M. X. (1994). Occupational asthma among hospital health care personnel: a cause for concern?. Thorax, 49(3), 198–200.
4. Okoshi, K., Kobayashi, K., Kinoshita, K. y otros. (2015).Health risks associated with exposure to surgical smoke for surgeons and operation room personnel. Surg Today 45 (8), pp. 957-965.
5. Green, CJ. (1981). Anaesthetic gases and health risks to laboratory personnel: a review. Laboratory Animals, 15(4), pp. 397–403.
6. CCOO Andalucía. (10 marzo,2015). Enfermedades por agentes químicos. Campaña ponle cara a la enfermedad. Tu salud no está en nómina.

7. Servicio Andaluz de Salud (2011). Prevención de riesgos químicos en el personal sanitario y de limpieza: Detergentes.
8. Servicio Andaluz de Salud (2011). Prevención de riesgos químicos en el personal sanitario y de limpieza: Peróxidos.
9. Servicio Andaluz de Salud (2011). Prevención de riesgos químicos en el personal sanitario y de limpieza: Persulfatos.
10. Junta de Andalucía (sf). Prevención de riesgos laborales en sanidad.
11. Instituto Aragonés de Seguridad Y salud Laboral. (2017). Memoria 2017. Gobierno de Aragón
12. García, E., Juanes, Y., Rozada, MC., Arias, S., Blanco, NM., Alonso, MA., … Iglesias, L .(sf). Mapa de riesgo químico en Asturias.Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales
13. Juanes, Y., Caso, LM., García, E. (2014). Alerta de agentes químicos cancerígenos y mutágenos.Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
14. García, B. (2006). Los productos químicos como factor de riesgo.Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
15. Garcia, E., García, O., Juanes, Y., Lobo, V., Vega, R.(2012). Mapa de riesgo químico en Asturias: Sector Sanitario.Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales
16. Servicio de Prevención de la Universidad de las Islas Baleares (2016). Prevención de Riesgos en Laboratorios de investigación y de prácticas.Universidad de las Islas Baleares
17. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (2016). Manual de Prevención de Riesgos Laborales.Servicio Cántabro de Salud
18. Sánchez, S., Martínez, A., Sánchez, MN., Amorós, A., Caballero, P., Conejo, R. Mata, J. (2018) Guía de actuación frente al riesgo de exposición a medicamentos peligrosos para los trabajadores del servicio de Salud de Castilla- La Mancha. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
19. SESCAM (2018) Guía de actuación frente al riesgo de actuación frente al riesgo de exposición al formaldehído de los trabajadores del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
20. Servicio técnico de asistencia preventiva de UGT Castilla y León (2009). El riesgo químico: Eliminación, envasado y etiquetado de productos químicos. UGT Castilla y León
21. CCOO de Castilla y León (2011) Guía básica de Riesgos Específicos en el Sector Sanitario.
22 UGT-FICA Catalunya (2018) Exposición a productos químicos en los lugares de trabajo.

23. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (sf) Manual para la prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico de Barcelona
24. Mateos, J., Campos, RM., Rodrígues, M., Miranda, MD., Montero, E., Amores, FJ. (2010). Información inicial sobre Prevención de Riesgos Laborales. Gerencia del Área de Salud de Cáceres
25. Área de Salud de Plasencia (sf). Prevención de Riesgos Laborales. http://www.areasaludplasencia.es.
26. González, MC., Peteiro, MF. (2013). Riesgo Químico: Guía básica de productos.CIG Saúde Laboral.
27. Ferrón, L.(2017). Buenas prácticas en prevención de riesgos laborales: manual de seguridad en el laboratorio. Xunta de Galicia.
28. Servicio Riojano de Salud (2004) Plan de prevención de riesgos laborales del Servicio Riojano de Salud.
29. Rioja Salud (sf).Prevención de riesgos laborales en el sector sanitario. Gobierno de La Rioja. https://www.riojasalud.es.
30. Mancheño, MC., Izquiero, MA., Martín, A., Rodríguez, A. García, A.(2006). Exposición laboral aproductos químicosen la comunidad de Madrid. Unión Sindical de Madrid Región de CCOO.
31. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (2017). Medidas Generales de Prevención de Riesgos Laborales para Trabajadores del Hospital Universitario La Princesa.
32. Universidad de Murcia (sf) Prevención de Riesgos en Laboratorios. Prevención de riesgos específicos en centros educativos.
33. Fernández, JE., Sánchez, AP., Marín, MA., Ros, JM. (2010). Guía básica de prevención de riesgos laborales.Consejería de Economía y Hacienda de la Región de Murcia.
34. Consejo Asesor Regional de Formación Profesional de la Región de Murcia (2010) Manual básico de prevención de riesgos laborales para la familia profesional Sanidad. Región de Murcia.
35. Rezquin, J., Eransus, J., Bosch, C. (2002) Productos químicos y salud laboral. Gobierno de Navarra
36. Aguilar, A., Razquin, J. (2013). Perspectiva de género en la evaluación del riesgo químico por exposición a alteraciones endocrinas. Instituto Navarro de Salud Pública. Gobierno de Navarra.
37. Salud Laboral del Hospital de Donostia. (2006). Prevención de riesgos asociados a productos químicos. Hospital de Donostia.
38. Martín, MA. (2014). Riesgos específicos y su prevención en el sector correspondiente a la actividad de la empresa. Generalitat Valenciana.

39. García, MC., Cañizares, JM., Escrig, A., Palop, A., Pérez, J., Sastre, J. (2004). Manual de procedimientos: Protocolos de prevención de riesgos laborales. Generalitat Valenciana.
40. Domínguez, JM., Ortega, G., Martínez, ML., García, J., de la Vega, L., Fernández, MT. (2011) Manual de PRL del INGESA. Hospital Universitario de Ceuta.
41. Domínguez, JM. (2012). Exposición a agentes químicos en el ámbito hospitalario.. Hospital Universitario de Ceuta.
42. Consejería de Administraciones Públicas. (sf). Protocolo de Trabajo con Productos Químicos. Ciudad Autónoma de Melilla.
43. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo (2009). Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición durante el trabajo a agentes cancerígenos mutágenos. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
44. Real Decreto 374/2001 de 6 de abril. Boletín Oficial del Estado núm. 104, 1 de mayo de 2001.
45. Arana, D., Blanco, C., Caldés, A., Gallego, E., Martín, J., Méndez, P.,… Torrado, S. (2010) Agentes químicos en el ámbito sanitario. Instituto de salud Carlos III. Ministerio.
46. Tseng, H., Lui, S., Uang, S., Yang, L.,Lee, S., Liu Y., Chen, D. (2014).Cancer risk of incremental exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons in electrocautery smoke for mastectomy personnelWorld Journal of Surgical Oncology, 12, 31.

Capítulo 184

ACTUACIÓN Y CUIDADOS ANTE EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CELIACA.

LAURA SUÁREZ GONZÁLEZ

MARÍA JOSÉ RUIDIAZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Antecedentes históricos.
En el siglo I a.C, Areto de Capadocia describió una enfermedad similar a la enfermedad celiaca. Ya en el siglo XIX, el doctor Gee hizo una descripción clínica excelente y recomendó el tratamiento dietético para una enfermedad diarreica que denominó “afección celiaca”.

Sin embargo fue el pediatra holandés W.R. Dicke quien identificó la causa, observando una mejoría en el deterioro de sus pacientes con enfermedad celiaca después de dejar de consumir pan. Este autor amplió una observación previa sobre la toxicidad potencial de algunos cereales y comprobó que los pacientes celiacos presentaban una sensibilidad especial a determinadas harinas, entre ellas las de trigo. Este autor demostró que su toxicidad radicaba en la fracción proteica denominada gluten (mezcla de proteínas en forma de gránulos que queda como residuo después de la extracción de almidón con agua), y dentro de ésta, en la subfracción que se conoce como gliadina (fracción del endospermo parcialmente soluble en etanol). Posteriormente, el conocimiento de esta enfermedad se vio facilitada por la toma de biopsias intestinales que diseñaron Shiner y Crosby y Kugler (Ribes Koninckx C, Donat Aliaga E, Blesa Baviera L, 2008).

La enfermedad celíaca consiste en una intolerancia permanente al gluten que cursa con una grave lesión en la mucosa del intestino delgado que ocasiona una absorción inadecuada de los nutrientes y provoca síntomas como retraso del crecimiento, diarreas, vómitos, etc. La presencia de gluten en la dieta incluso en pequeñas cantidades, aumenta el riesgo de presentar graves efectos secundarios a largo plazo (linfoma intestinal, carcinoma esofágico o faríngeo, etc). (Polanco Allué I, Arroba Basanta ML, Gálvez Daza P, 2008).

Los estudios de detección realizados sugieren que la celiaquía es una de las enfermedades con base genética más frecuentes con una prevalencia en Europa de hasta 1/130-300 individuos, según distintos autores (Coronel Rodríguez C, 2011 y Guisado Rasco MC Bai JC, Fried M, Corazza GR, Schuppan D, Farthing M, Catassi C, 2012).

Desde el punto de vista etiopatogénico, la enfermedad celiaca está determinada por factores genéticos y ambientales. Algunos de ellos actúan como factores desencadenantes y/o inmunológicos. Esta enfermedad se asocia a determinados halotipos HLA como son el B8, DR3, DQΩ2 (DQA1*0501 y DQB1*0210).
El factor ambiental más importante es el gluten, que se define como la fracción proteica que se encuentra exclusivamente en el trigo, la espelta, la cebada, el centeno y la avena. El gluten tiene cuatro componentes proteicos (gliadina, gluteninas, albúminas y globulinas), de los cuales las gliadinas y las gluteninas son las proteínas más abundantes del grano de trigo.

Las gliadinas son las proteínas responsables de la afectación intestinal en el enfermo celíaco. Otras proteínas similares llamadas prolaminas, que se encuentran en la cebada (hordeínas) y el centeno (secalinas), también pueden producir lesión intestinal.

El poder tóxico de la avena y de su prolamina (avenina) en los pacientes celiacos es controvertido. Respecto a los factores desencadenantes, cabe señalar, que en ocasiones la enfermedad puede empezar a maniferstarse tras una intervención quirúrgica, embarazo o infecciones virales (Ribes Koninckx C, Donat Aliaga E, Blesa Baviera L, 2008).

Se han postulado varias teorías para explicar el mecanismo por el que el gluten daña el intestino delgado: a) una deficiencia enzimática del borde en cepillo del enterocito (proteasa o peptidasa); b) un defecto en la membrana celular que permitiría al gluten actuar como una lectina y c) una teoría inmunológica. Esta última es la más aceptada. En todo caso, la enfermedad se manifiesta como una re-

spuesta inmunológica alterada, con una asociación importante con los genes del sistema HLA, pero también parece evidente la acción de otros factores genéticos y/o ambientales moduladores (Vergara Rodríguez E, Vergara Díaz M.A, Vergara Hernández J, 2014).

La inmunidad celular parece desempeñar un papel fundamental en la afectación intestinal. Los hallazgos inmunopatológicos, tanto en la respuesta mediada por células como en la humoral, sostienen que el enfermo celiaco tiene una respuesta inmunológica alterada, que sobre todo está dirigida frente a las proteínas del gluten o sus subproductos. Aunque los linfocitos T activados son los principales mediadores celulares de la celiaquía, también se detectan alteraciones inmunológicas humorales. En la lámina propia existe un aumento significativo del número de células plasmáticas secretoras de inmunoglobulina A (IgA) y un aumento en la producción de inmunoglobulina M (IgM) ((Vergara Rodríguez E, Vergara Díaz M.A, Vergara Hernández J, 2014).

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer las principales características de la enfermedad celiaca.

Objetivos específicos:
- Describir los cuidados nutricionales que deben llevarse a cabo en pacientes afectados de enfermedad celiaca.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos: PubMed, Medline, Dialnet, Cuiden, Elsevier y Cochrane utilizando como descriptores las palabras clave: Enfermedad celiaca, celiaquía, nutrición en celiacos y educación nutricional en celiaquía. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 20 años, tanto en castellano como en inglés.

4 Resultados

Manifestaciones clínicas que pueden presentarse en los pacientes con enfermedad celiaca.

La forma clásica de la enfermedad se caracteriza por un síndrome de malabsorción, con diarrea, esteatorrea, cambios de carácter, falta de apetito, estancamiento de la curva de peso y retraso de crecimiento, déficit de vitaminas liposolubles (A, D, E, K), hierro, calcio y ácido fólico. El abdomen prominente y las nalgas aplanadas completan el aspecto característico de estos pacientes, pero con frecuencia esta enfermedad pede presentarse de forma atípica en pacientes mono o paucisintomáticos, lo que requiere un alto índice de sospecha para poder diagnosticarla. Algunos pacientes también pueden presentar formar silentes o latentes de la enfermedad (Bai JC, Fried M, Corazza GR, Schuppan D, Farthing M, Catassi C, 2012).

Cuando la enfermedad evoluciona sin tratamiento, particularmente en los niños entre el año y los dos años de edad, pueden aparecer formas graves (crisis celiaca), con presencia de hemorragias cutáneas o digestivas (por defecto de síntesis de vitamina K y otros factores K intestinales dependientes), tetania hipocalcémica y edemas por hipoalbuminemia. Asimismo, puede producirse una deshidratación hipotónica, gran distensión abdominal secundaria a la hipopotasemia y malnutrición extrema. Si no se realiza un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede llegarse a lo que se denomina "estado de crisis celiaco" (Coronel Rodríguez C, Guisado Rasco MC, 2011).

En las "formas no clásicas", a veces los síntomas digestivos están ausentes o bien ocupan un segundo plano. En ocasiones se manifiesta en niños mayores con estreñimiento, asociado o no a dolor abdominal de tipo cólico, distensión abdominal y aparición brusca de edemas, generalmente coincidiendo con algún factor desencadenante (infección, cirugía, etc). El retraso de crecimiento o de aparición de la pubertad pueden también ser datos indicadores. Otra forma de presentación es mediante una anemia ferropénica secundaria a malabsorción de hierro y folatos en el yeyuno. En pacientes celiacos no tratados se ha detectado también hipoplasia del esmalte dentario. También varios autores han descrito en algunos pacientes la aparición de la tríada consistente en epilepsia, calcificaciones intracraneales occipitales bilaterales y enfermedad celiaca, que responde tras la exclusión del gluten en la dieta (Arce Díaz T, Arguelles Arias F, Arranz E, Camarero Salces C, Esteban Luna B, García Novo M.D, Herrerías Gutiérrez J.M, 2008).

Las "formas silentes" pueden causar durante varios años de modo asintomático, como se ha comprobado en familiares de primer grado de pacientes celiacos. Es por ello necesario un atento seguimiento clínico de estas familias, incluyendo

marcadores serológicos (anticuerpos antigliadina, antiendomisio y/o antirreticulina), e incluso biopsias intestinales, si fuera necesario (Canales P, Araya M, Alliende F, Hunter B, Alarcón T, Chávez E, 2008).

El término "enfermedad céliaca latente" se reserva para aquellos pacientes que, consumiendo gluten (con o sin síntomas), presentan una biopsia yeyunal normal o sólo con aumento de linfocitos intraepiteliales. En su evolución, deberán presentar atrofia de vellosidades intestinales, con normalización anatómica tras la retirada del gluten de la dieta y reaparición de la lesión al reintroducirlo. Suelen ser familiares en primer grado de pacientes celiacos, y dado el alto riesgo de desarrollar la enfermedad, deben ser controlados periódicamente (García Almeida J.M, Martínez Alfaro B, García Alemán J, 2006).

Enfermedades relacionadas con la enfermedad celiaca.
En ocasiones las características clínicas de la enfermedad celiaca pueden estar encubiertas por las manifestaciones más intensas de enfermedades relacionadas, lo que retrasa el diagnóstico. Muchas de estas enfermedades tienen una base autoinmune. Entre ellas cabe destacar la dermatitis herpetiforme, el linfoma intestinal, la diabetes mellitus, la enfermedad tiroidea, la deficiencia de IgA, la atrofia cerebelosa, la enfermedad inflamatoria intestinal y la colangitis esclerosante (Bai JC, Fried M, Corazza GR, Schuppan D, Farthing M, Catassi C, 2012).

La dermatitis herpetiforme es un trastorno dérmico que se acompaña de lesiones leves de la mucosa, similar a la de la enfermedad celiaca. La presentan adolescentes y adultos jóvenes con lesiones vesiculares puriginosas en la piel normal o sobre placas maculares localizadas simétricamente en la cabeza, los codos, las rodillas y los muslos. Las pruebas sugieren que este trastorno también depende del gluten y mejora suprimiendo la gliadina. Sin embargo, se requiere entre varios meses y dos años de dieta sin gluten para lograr un aspecto normal de la piel, y la dieta debe continuarse toda la vida (Polanco Allué I, Roldán Martín B, Arranz Leirado M, García Novo MD, Garrido Pérez M, Mendoza Rodríguez MC, Franco Vargas E, Esteban Luna B, Serrano Vela JI, 2010).

Diagnóstico de la enfermedad celiaca.
La celiaquía es probablemente la intolerancia alimentaria más frecuente en niños, pero su diagnóstico sigue siendo un tema polémico, ya que no puede establecerse por datos clínicos ni analíticos. Es imprescindible realizar al menos una biopsia intestinal y el estudio histológico de una muestra de mucosa duodenoyeyunal. El hallazgo histológico específico es la atrofia vellositaria grave (atrofia subtotal) con hiperplasia de las criptas y un aumento de linfocitos intraepiteliales. En la

gravedad de la lesión se diferencian cuatro estadios: lesión preinfiltrativa, infiltrativa, hiperplasica y destructiva. La afectación de la mucosa es más intensa en el instestino porximal, duodeno y yeyuno, y disminuye caudalmente, siendo la extensión lo que determina la gravedad de la malabsorción (Canales P, Araya M, Alliende F, Hunter B, Alarcón T, Chávez E, 2008).

Los criterios diagnósticos establecidos por la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN, 1970) incluyen la realización de al menos tres biopsias intestinales, y resulta imprescindible que en el momento de la primera biopsia el paciente esté consumiendo gluten. Así pues, el diagnóstico se basaría en el hallazgo de: a) atrofia intestinal grave en una primera biopsia intestinal (dieta con gluten); b) la normalización histológica probada en una segunda biopsia intestinal, tras un periodo de dos años de dieta exenta de gluten, y c) la reaparición de la lesión vellositaria comprobada mediante una tercera biopsia intestinal tras la reintroducción del gluten en la dieta (prueba de provocación). Estos criterios se revisaron posteriormente en 1990, y se puntualizó que la segunda y la tercera biopsia sólo son necesarias en niños pequeños cuando no se ha realizado la primera, cuando los hallazgos histológicos de esta son dudosos o no específicos, o cuando la respuesta clínica a la exclusión del gluten no es concluyente. En cualquier caso, la provocación con gluten sólo se realizará cuando el diagnóstico sea dudoso (Arranz E, Garrote JA, 2011).

La presencia de marcadores serológicos (anticuerpos antigliadina, antiendomisio y/o transglutaminasa) elevados en la fase activa de la enfermedad (cuando el paciente está consumiendo gluten) y su desaparición tras suprimir el gluten de la dieta son datos biológicos que apoyan el diagnóstico, pero no es un criterio suficiente. Nunca debe excluirse el gluten de la dieta sin realizar con anterioridad una biopsia intestinal que lo justifique. La sensibilidad y especificidad de dichos marcadores serológicos varían mucho de unos centros a otros. Asimismo, puede haber falsos positivos en enfermedades grastrointesinales distintas de la celiaca, tales como síndromes posgastroenteritis, giardiasis, enfermedad de Crohn o intolerancia a las proteínas alimentarias (Polanco Allué I, Roldán Martín B, Arranz Leirado M, García Novo MD, Garrido Pérez M, Mendoza Rodríguez MC, Franco Vargas E, Esteban Luna B, Serrano Vela JI, 2010).

El diagnóstico debe ir acompañado siempre de una valoración del estado nutricional del paciente, y cuando las circunstancias clínicas lo requieran, es preciso solicitar pruebas complementarias para la detección de enfermedades asociadas o complicaciones.

Tratamiento en el paciente celiaco.
El tratamiento de la enfermedad celiaca se basa en la realización de una dieta exenta de gluten para toda la vida, lo cual se sigue de una rápida mejoría clínica, principalmente en los niños. El estado asintomático depende del mantenimiento durante toda la vida de la dieta sin gluten. Hay que aconsejar a los pacientes que tomen la precaución de no ingerir gluten una vez comiencen a ganar peso y a sentirse mejor. Se ha observado que la ingesta de gluten lesiona la mucosa y provoca síntomas recidivantes, aunque pueden transcurrir varias semanas antes de que se observen síntomas. La valoración del cumplimiento de la dieta es imprescindible para determinar si los síntomas recurrentes están relacionados o no con la enfermedad celiaca (Almeida J.M, Martínez Alfaro B, García Alemán J, 2006).

Dado el carácter permanente de la supresión del gluten en la dieta, para llevar a cabo con eficacia esta terapéutica es imprescindible contar desde el primer momento con la colaboración de los propios pacientes y de sus familiares, ayudándoles a solventar una serie de problemas prácticos y psicológicos que suelen surgir a lo largo de la evolución de esta enfermedad crónica (Peteiro-González D, Martínez-Olmos MA, Peinó R, Prieto-Tenreiro AM, Villar-Taibo R, Andujar-Plata P, Guillín-Amarelle C, 2010).

La dieta sin gluten se basa en dos premisas: a) eliminar todo producto que tenga como ingredientes trigo, espelta, cebada, centeno y avena; b) eliminar cualquier producto derivado de estos cereales (almidón, harina, sémola, pan, pasta, bollería y repostería). Aunque en teoría parece sencillo, en la práctica, los pacientes celiacos se encuentran con serias dificultades para seguir el tratamiento, pues en muchos países existe una falta de precisión en la legislación sobre el etiquetado de los alimentos. En cuanto a los productos etiquetados "sin gluten". Según la Federación de Asociaciones de Celiacos de España (FACE, 2010), no deberían contener más de 20 ppm (partes por millón) de gluten. Sin embargo, no existe ninguna normativa legal que regule estos productos en nuestro país. Según un estudio del Centro Nacional de Alimentación del Instituto Carlos III, alrededor del 30% de los productos analizados etiquetados "sin gluten" contenían más de 20 ppm de esta proteína (Martí Fluxá R, Santamaría I, 2010).

El hecho de que el etiquetado de los alimentos no siempre ofrezca información segura puede favorecer la ingesta involuntaria del gluten. Pero, además, la contaminación con gluten de alimentos que originalmente no lo contenían también puede dificultar el seguimiento de esta dieta. Las asociaciones de enfermos celiacos ofrecen a los pacientes la relación de alimentos y marcas comerciales que

contienen o no gluten (p.ej., la asociación FACE actualiza periódicamente la lista de alimentos sin gluten).

Características de la alimentación del paciente celiaco.
Suficiencia nutricional.
La dieta con o sin control de gluten cubre las recomendaciones nutricionales siempre y cuando sea equilibrada y aporte los nutrientes necesarios. Debe tenerse en cuenta que, antes del inicio del tratamiento dietético, el paciente celiaco puede presentar deficiencias nutricionales como consecuencia de la malabsorción y de una ingesta dietética insuficiente.
Para corregir estas deficiencias, puede estar indicado el uso de preparados hidromiscibles y de vitaminas liposolubles, así como de suplementos multivitamínicos. Tras la exclusión del gluten se produce un aumento de la absorción de nutrientes secundaria a la recuperación de la mucosa intestinal. Tras ello, estos suplementos ya no suelen ser necesarios, por lo que no deben administrarse de forma sistemática e indefinida. Por consiguiente, los suplementos administrados deben ser valorados siempre de forma individual (De Luis D.A, Aller R, Izaola O, 2007).

Si la diarrea es intensa, puede ser necesaria la utilización de suplementos de electrólitos durante los primeros días de tratamiento. En casos de malabsorción grave, las concentraciones sanguíneas de calcio y magnesio pueden ser bajas y, por tanto, precisan ser corregidas mediante suplementos.

Aparte de estas medidas, la dieta debe aportar una cantidad apropiada de grasas, proteínas e hidratos de carbono. Por otro lado, es preciso sopesar la administración de algunos minerales como el calcio. Los pacientes anémicos deberán recibir preparados de hierro, folato y vitamina B12 según las necesidades. En situaciones extremas de desnutrición se valorará la utilización de fórmulas de nutrición enteral que incluyan triglicéridos de cadena media, oligopéptidos y/o aminoácidos. Por último, en casos de extrema desnutrición y/o intolerancia a la dieta enteral deberá instaurarse una nutrición parenteral (Arranz E, Garrote JA, 2011).

No es habitual la falta de respuesta a la dieta exenta de gluten, que puede ser secundaria a la ulceración difusa intestinal, a la disminución secundaria grave de la actividad lactasa, o a otra enfermedad concurrente como es el caso de una insuficiencia pancreática o un linfoma intestinal. Existe una forma de enfermedad celiaca (que se denomina "refractaria") que no responde a la eliminación del gluten, o sólo lo hace de forma temporal. En estos pacientes se puede obtener

una mejoría clínica mediante el tratamiento con prednisona (Peteiro-González D, Martínez-Olmos MA, Peinó R, Prieto-Tenreiro AM, Villar-Taibo R, Andujar-Plata P, Guillín-Amarelle C, 2010).

Cuidados nutricionales.
Los objetivos del cuidado nutricional son la remisión de los síntomas clínicos, la normalización de la función de absorción y la regeneración de las vellosidades de la mucosa intestinal. En el lactante o el niño con enfermedad celiaca, los objetivos del tratamiento dietético son asegurar que las necesidades nutricionales queden cubiertas para conseguir un crecimiento, desarrollo y actividad óptimos (Peteiro-González D, Martínez-Olmos MA, Peinó R, Prieto-Tenreiro AM, Villar-Taibo R, Andujar-Plata P, Guillín-Amarelle C, 2010).

La ingesta dietética del lactante o del niño afectado debe valorarse en relación con su suficiencia y en cuanto a la presencia de intolerancias alimentarias. Hay que ofrecer pautas dietéticas utilizando las recomendaciones relacionadas con la energía y las proteínas necesarias para un crecimiento deseable (Coronel Rodríguez C, Guisado Rasco MC, 2011).

Los pacientes celiacos pueden presentar una intolerancia secundaria a la lactosa, principalmente en el momento del diagnóstico de la enfermedad, que suele desaparecer a medida que la mucosa intestinal se recupera. Por tanto, inicialmente será preciso realizar una restricción temporal (Allué I, Roldán Martín B, Arranz Leirado M, García Novo MD, Garrido Pérez M, Mendoza Rodríguez MC, Franco Vargas E, Esteban Luna B, Serrano Vela JI, 2010).

Realización práctica de la dieta.
El gluten se encuentra, como se ha comentado anteriormente, en el trigo, la espelta, la cebada, el centeno y la avena. Todos los alimentos y productos derivados de ellos lo contienen. De la harina de trigo se obtiene pan, productos de repostería y pastelería; y de la sémola, macarrones, espaguetis y fideos.

Dada la relativa corta extensión de alimentos con gluten en la naturaleza, cabría esperar, que prescindir de estos granos fuera fácil. Sin embargo, el cumplimiento dietético estricto es difícil para la mayoría de los pacientes.

El grano que contiene gluten y los productos que se fabrican de éste constituyen una materia prima fundamental propia de las dietas occidentales. El uso extendido de emulsionantes, espesantes y otros aditivos derivados del grano que contiene gluten en alimentos procesados complica enormemente el cumplimiento

estricto de una dieta sin gluten.

Se recomienda leer sistemáticamente las etiquetas de los productos y evitar de esta manera aquellos que mencionen la utilización de ingredientes cuestionables que no puedan ser verificados como libres de gluten por parte del fabricante. Pueden contener gluten aquellos productos en cuya composición se indiquen los siguientes términos: harinas, féculas, malta, sémola, aditivo cereal, almidón, almidón alimenticio modificado, cereal, emulsionante, esencia estabilizante, estabilizador, proteína vegetal, proteína vegetal hidrolizada, saborizante, goma vegetal, jarabe de arroz tostado, monoglicéridos y diglicéridos (FACE, 2018).

El paciente celiaco debe tener especial cuidado con los etiquetados "incompletos", con el gluten "oculto", con los alimentos elaborados mediante nuevas tecnologías, con los productos especiales "sin gluten" y con aquellos alimentos "contaminados" con gluten en la propia industria.

Las causas más comunes del fracaso de la dieta sin gluten son (FACE, 2018):
- La mala aceptación de la enfermedad por parte de los pacientes, que ven suprimidos alimentos de la gastronomía diaria (pan, pasta italiana, repostería, etc).
- La toma accidental de gluten, ya que éste entra a formar parte de los productos menos imaginables, que ya han sido enumerados.
- La toma inadvertida de pequeñísimas cantidades de gluten que puede desencadenar la recaída.
- La dificultad de realizar una dieta sin gluten durante toda la vida.

Alimentación equilibrada y dieta sin gluten.
La dieta sin gluten debe ser equilibrada y racional, además de variada, agradable y suficiente. El aporte energético debe cubrir las demandas para permitir el adecuado desarrollo en los niños y el equilibrio en los adultos. Se deben cumplir las recomendaciones diarias individuales. El reparto de nutrientes debe ser el establecido por los comités de expertos, y es preciso tener en cuenta los siguientes aspectos (Polanco Allué O, Ribes Koninckx C. Enfermedad celíaca. En: Acuña Quirós M.D, Alfonso Franch M, Calvo Romero C, Bedate Calderon P, Medina Benítez E, 2010):

Las necesidades energéticas según edad, sexo, actividad física, etc. El aporte de hidratos de carbono debe representar el 50-60% del valor calórico total (VCT) de la dieta, y el de lípidos el 30-35% del VCT.

El aporte de energía en forma de proteínas debe ser del orden del 10-15% del

VCT. Debe asegurarse el aporte de vitaminas, minerales, agua y fibra según las directivas europeas de ingesta diarias recomendadas para la población.

El número de comidas que se aconsejarán al día va a depender de las costumbres, los horarios y el ritmo de vida del paciente. En general se aconseja un mínimo de tres, aunque también puede aconsejarse cuatro, cinco o seis tomas diarias.

Normas y consejos prácticos.
Tomar en la medida de lo posible alimentos naturales: leche, carnes, pescados, huevos, verduras, hortalizas, legumbres y cereales sin gluten (arroz y maíz). Evitar aquellos productos manufacturados o manipulados por la industria en los que no se tenga una total garantía de su composición y forma de elaboración.

Tener precaución con la manipulación de alimentos en bares y restaurantes (tortillas de patata que puedan llevar levadura, patatas fritas hechas en freidoras que se utilizan también para freír croquetas o empanadillas, salsas ligadas con harina, rebozados, purés). Lo mismo sucede con los comedores escolares donde toda precaución no es suficiente. Deben consultarse la forma de elaboración y los ingredientes de cada plato antes de su consumo (Arranz E, Garrote JA, 2011).

Precaución con las harinas de maíz y otras de venta en panaderías o supermercados. Pueden estar contaminadas si su molienda se ha realizado en molinos que también elaboran otros cereales como trigo o avena. No comprar pan de maíz fuera de panaderías o tahonas supervisadas por las asociaciones de celiacos. Ante la duda de si un producto puede contener o no gluten, se recomienda evitar su consumo.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad celiaca es una de las enfermedades con base genética más frecuentes. Actualmente está aumentando el número de pacientes diagnosticados de enfermedad celiaca, sobretodo en la edad adulta (Coronel Rodríguez C, 2011 y Guisado Rasco MC Bai JC, Fried M, Corazza GR, Schuppan D, Farthing M, Catassi C, 2012).

El tratamiento de la enfermedad celiaca se basa en la realización de una dieta exenta de gluten para toda la vida, lo cual se sigue de una rápida mejoría clínica, principalmente en los niños. El estado asintomático depende del mantenimiento durante toda la vida de la dieta sin gluten. Hay que aconsejar a los pacientes que tomen la precaución de no ingerir gluten una vez comiencen a ganar peso y a

sentirse mejor. (Almeida J.M, Martínez Alfaro B, García Alemán J, 2006).

Los objetivos del cuidado nutricional son la remisión de los síntomas clínicos, la normalización de la función de absorción y la regeneración de las vellosidades de la mucosa intestinal. En el lactante o el niño con enfermedad celiaca, los objetivos del tratamiento dietético son asegurar que las necesidades nutricionales queden cubiertas para conseguir un crecimiento, desarrollo y actividad óptimos (Peteiro-González D, Martínez-Olmos MA, Peinó R, Prieto-Tenreiro AM, Villar-Taibo R, Andujar-Plata P, Guillín-Amarelle C, 2010).

Los profesionales sanitarios deben poseer la formación necesaria para un correcto manejo del paciente celiaco, no solo para conseguir una detección precoz de la enfermedad, sino para realizar un tratamiento adecuado a las necesidades de cada paciente así como para conseguir una buena adherencia a la dieta sin gluten por parte del paciente, resolviendo cualquier duda que le pueda surgir al respecto (Polanco Allué I, Roldán Martín B, Arranz Leirado M, García Novo MD, Garrido Pérez M, Mendoza Rodríguez MC, Franco Vargas E, Esteban Luna B, Serrano Vela JI, 2010).

6 Bibliografía

1. García Egido P. La enfermedad celíaca hoy: Aprende a vivir sin gluten, Asociación de Celíacos de Castilla y León: Caja España, 2008
2. Polanco Allué I, Arroba Basanta ML, Gálvez Daza P. Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca; Gobierno de España: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
3. Martí Fluxá R, Santamaría I. Cuaderno de la enfermedad celíaca: Instituto Tomás Pascual Sanz para la nutrición y la salud y FACE (Federación de Asociaciones de Celíacos de España), 2010.
4. Ministerio de salud: presidencia de la nación, Argentina. La enfermedad celíaca.
5. EUFIC: European Food Information Council. Aumento de la prevalencia de la enfermedad celíaca en Europa. 2016.
6. Ribes Koninckx C, Donat Aliaga E. Todo sobre la Enfermedad Celíaca. Capítulo 3, 2008.
7. Casellas, J, López Vivancos J. R, Malagelada. Epidemiología actual y accesibilidad al seguimiento de la dieta de la enfermedad celiaca del adulto. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2006. VOL 97 (nº11) Pag 799- 804.

8. Bai JC, Fried M, Corazza GR, Schuppan D, Farthing M, Catassi C. Enfermedad celíaca. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología de la World Gastroenterology Organisation (WGO) Abril 2012.
9. Coronel Rodríguez C, Guisado Rasco MC. Enfermedad Celíaca: Pediatría Integral. 2011; VOL XV (2): Pag 109-125.
10. Polanco Allué O, Ribes Koninckx C. Enfermedad celíaca. En: Acuña Quirós M.D, Alfonso Franch M, Calvo Romero C, Bedate Calderon P, Medina Benítez E. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. ERGON, Madrid; 2010. Cap. 5 Pag 37-46.
11. García Almeida J.M, Martínez Alfaro B, García Alemán J. Enfermedad Celíaca. Dieta controlada en gluten. En: Bellido Guerrero D, De Luis Román D.A. Manual de nutrición y metabolismo, Sociedad Española de Endocrinología y nutrición. Díaz de Santos. 2006. Capítulo 4 Pag 175- 191
12. Galbe Sánchez-Ventura J, Grupo PrevInfad. Cribado de Enfermedad Celíaca. PrevInfad. Octubre 2007. Pág 3 -7.
13. Protocolo de Detección Precoz de la Enfermedad Celíaca. Ministerio de Salud. Argentina. 2012.
14. Polanco Allué I, Roldán Martín B, Arranz Leirado M, García Novo MD, Garrido Pérez M, Mendoza Rodríguez MC, Franco Vargas E, Esteban Luna B, Serrano Vela JI. Protocolo de diagnóstico y seguimiento de la Enfermedad Celíaca. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2010. Capítulo 2 Pag 19-22.
15. Vergara Rodríguez E, Vergara Díaz M.A, Vergara Hernández J. La enfermedad celíaca, Fisterra: Atención primaria en la red. 2014.
16. Canales P, Araya M, Alliende F, Hunter B, Alarcón T, Chávez E. Estado actual del diagnóstico y presentaciones clínicas de enfermedad celíaca. Estudio multicéntrico. Revista Médica de Chile 2008; Vol 136: Pag 296-303.
17. Peteiro-González D, Martínez-Olmos MA, Peinó R, Prieto-Tenreiro AM, Villar-Taibo R, Andujar-Plata P, Guillín-Amarelle C. Enfermedad celíaca del adulto: aspectos endocrinológicos y nutricionales. Nutrición Hospitalaria. 2010; Vol 25 (núm. 5) Pag 860-863.
18. Arranz E, Garrote JA. Enfermedad celíaca. Introducción al conocimiento actual de la enfermedad celíaca. Segunda edición. Madrid: ERGON; 2011. SecciónV, Capítulo 14. Pag 201-217.
19. De Luis D.A, Aller R, Izaola O. Nutrición y dietética aplicada a las enfermedades, Ed UVA (Universidad de Valladolid), IV serie, 2007. Pag 57-63.

Capítulo 185

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS).

NATIVIDAD RIESGO RIESGO

REBECA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Algunas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) más conocidas son: la clamidia, el VIH, la gonorrea, el sífilis, la vaginosis bacteriana, el virus del papiloma humano y el herpes genital. Se trata de un problema de salud que no cede, sino que aumenta en nuestra sociedad.

2 Objetivos

informar y prevenir la propagación de las ETS que se presentan cada vez más y en edades cada vez más tempranas en nuestra sociedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Descriptores utilizados: ETS, infecciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual en la actualidad, prevención ETS y síntomas ETS.

4 Resultados

Las enfermedades de transmisión sexual no tratadas, tienen repercusiones en la salud general de la persona, pudiendo llegar a causar, incluso la muerte de la misma. Se tratan de un problema grave de salud pública, ya que algunas de ellas pueden permanecer bastante tiempo sin provocar síntomas en la persona que la padece, y por tanto, ésta puede propagarla transmitiendosela a sus parejas sexuales, sin ser consciente de ello.

En la actualidad disponemos de mucha información de como prevenir el contagio, pero a pesar de esto, existe un problema de concienciación, de desconocimiento, de dejadez, de inmadurez, que hace que cada vez existan más contagios. A ello se suma que no se realizan controles periódicos después de haber tenido relaciones sexuales sin ningún tipo de protección.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar la propagación de las enfermedades de transmisión sexual es necesario que la población reciba todo el tipo de información posible de como prevenir el contagio, la concienciación de la necesidad de cumplir todas esas medidas preventivas y la importancia de realizarse exámenes médicos en caso de no cumplirlas.

6 Bibliografía

- Medlineplus.gov.
- Muysaludable.sanitas.es.
- Familydoctor.org.
- Cuidateplus.com.

Capítulo 186

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS ANCIANOS

LIDIA SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La UPP son el resultado de un conjunto de factores: encamamiento prolongado, movilidad reducida, malnutrición, alteraciones fisiológicas, incontinencia, etc.

Siendo un problema que repercute negativamente en la calidad de vida del anciano, contribuyendo a la morbilidad y mortalidad de la población

2 Objetivos

- Analizar los factores que inciden en la aparición de UPP.
- Explorar las ayudas y estrategias de mejora para la implementación de cuidados de UPP

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se utilizaron los descriptores: úlcera por presión, ancianos, cuidados. El idioma seleccionado a sido el español.

4 Resultados

Tras la revisión de bibliografía las aportaciones y contribuciones evidencian que las mejores directrices en el cuidado de los pacientes con UPP, podríamos considerar tres elementos: un conocimiento adecuado de las recomendaciones, suficiente motivación para aplicarlas y disponibilidad de los instrumentos y recursos materiales necesarios.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento de la población ha generado un significativo aumento de las UPP. la poca movilidad, es considerada como uno de los factores más importantes para la aparición de Upp.

La alteración en la percepción sensorial debido a uso de medicamentos de uso continuado, como los neurolépticos/psicotrópicos y las enfermedades urinarias ,que provocan compromiso de la humedad y aparecimiento de la fricción y deformaciones, son características confirmadas en una población altamente vulnerable para el desarrollo de lesiones crónicas.

Por ello los cuidados deben ser constantemente orientados sobre la importancia y medidas para el alivio de presión, revisando e implementando procedimientos simples como el cambio de posición, uso correcto de la sábana, la posición en las sillas y en cama, prevención de la fricción durante los movimientos, control de la humedad así como la facilidad y estímulo en la alimentación e hidratación, fundamentales entre los ancianos en especial en aquellos que viven en asilos.

6 Bibliografía

- Pancorbo PL, García FP, Rodríguez MC, Torres M, López IM. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. Gerokomos 2007; 18 (4): 188-96
- Ramos R, Verdú J, López P. Conocimientos del equipo de enfermería sobre los aspectos relacionados con las úlceras por presión en un centro sociosanitario. En: V Simposio Nacional sobre úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Oviedo, 11-13 noviembre 2004. Oviedo: GNEAUPP; 2004. p. 199.

Capítulo 187

NOCIONES BÁSICAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LIDIA SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La insulina es una hormona que genera nuestro cuerpo, se obtiene de los alimentos. La insulina sólo puede administrarse mediante inyección . Se puede administrar mediante jeringas , bolígrafos, o infusores de insulina

2 Objetivos

- Educar a los pacientes para que realicen una buena técnica.
-Disminuir los efectos secundarios locales que puede producir esta practica.

3 Metodología

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

Se consultaron diversas guías clínicas sobre los pacientes con diabetes y sus cuidados. Todas ellas en español y procedentes de la consejería de salud. Entre los años 2016-2019.

4 Resultados

Antes de proceder a la inyección debe lavarse las manos y mantener una buena higiene en de la piel donde se vaya a inyectar la insulina. El lugar ha de estar seco antes de inyectarse.

Realizar la inyección colocando la aguja perpendicular a la piel (90º). Rotar las zonas de inyección para evitar hipertrofias. Cada inyección es una misma zona debe estar separada un mínimo de 2-3 cm. Evite inyectarse en las zonas de la piel que estén quemadas, enrojecidas, con cicatrices o inflamadas por inyecciones previas. Deseche el material utilizado.

La insulina puede inyectarse en las zonas indicadas: en el abdomen se absorbe más rápido, seguido de brazos y muslos, y el sitio más lento es en las nalgas. Por esta razón se recomienda inyectar las insulinas de efecto rápido en el abdomen y las de efecto lento en las piernas y nalgas. Por eso es conveniente la rotación de las zonas

5 Discusión-Conclusión

Para evitar pérdida de insulina durante la inyección , se debe esperar el suficiente tiempo antes de sacar la aguja (5 o 10 seg) Desechar la aguja tras cada pinchazo, siguiendo las recomendaciones de su equipo y rotar la zona de inyección para evitar lipodistrofias.

Para una correcta utilización la inyección debe hacerse en el tejido graso, para ello realice un pliegue con los dedos pulgar, índice y corazón para asegurar que la inyección sea subcutánea

6 Bibliografía

- Diabetes: guía para personas afectadas y cuidadoras (2º Ed) Sevilla. España Ed. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

- Guía de atención de enfermería a personas con diabetes 2º edición . Servicio Andaluz de Salud
- Guía para las personas con diabetes , familiares o cuidadores. Ascensia Diabetes Care. Hospital Universitario de Barcelona Clinic

Capítulo 188

FUNCIONES DEL TCAE EN SALUD MENTAL

MARIA YOLANDA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Se define competencia como la aptitud del profesional para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociadas a las "buenas prácticas" para resolver las situaciones que se plantean.
- Promoción de la salud
- Atención a individuo y a su familia

Profesional comprometido con:
- Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales
- Actitud de progreso y desarrollo profesional-formación continuada

Sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

2 Objetivos

Promover la salud, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según la estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que una de cada cuatro personas - el 25% de la población mundial, sufre en algún momento de su vida al menos un trastorno mental.

Atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, aumentando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, hospitalización parcial y atención a domicilio, disminuyendo la necesidad de hospitalización. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. Se desarrollaran los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, en coordinación con los servicios sociales. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

El auxiliar de enfermería participara en la llegada y orientación de pacientes y familiares, participara en la elaboración de plan de cuidados, ayudar en las habilidades básicas de la vida diaria, promover la salud y el bienestar, fortalecer la vinculación terapéutica del paciente y familia con el equipo de salud, hacer visitas de atención domiciliaria como instrumento necesario para el trabajo comunitario, colaborar en la cumplimentación de los protocolos y sistemas de información establecidos, coordinación y colaboración con los profesionales del propio equipo.

En caso que no pueda por si solo se le ayudara en todo lo que necesite .siempre con cuidado de no dañar su dignidad intima, cubrir las necesidades de alimentación, proporcionarles lo que necesiten todo momento.

Hacer cumplir las medidas terapéuticas, cuidados proporcionados por el centro

o psiquiatra del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, colaboraran y ayudan a la enfermera en los cuidados prestados a los pacientes, se hará un protocolo personalizado de cuidados donde se refleja las funciones a realizar. Siempre dando prioridad a la autonomía del paciente, con el fin de mejorar los cuidados prestados con patología mental.

6 Bibliografía

- Mera-Domínguez S, García-Suárez DC, Díaz-Domínguez MI. Efectividad de la intervención domiciliaria de la Enfermera Especialista en Salud Mental en pacientes con Trastorno Mental Grave. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3).
- Elvira Peña,L, Rodríguez Pérez, B. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Seguridad del/de la paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios en Salud Mental. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. Servicio Extremeño de Salud. 2011.
- Carretero J., Goas B., Rubia G., Ruiz E., Vicente P.V. EL BUENOS DÍAS, UN GRUPO PSICOEDUCATIVO Y TERAPEUTICO. En: LOS ESPACIOS PEDAGÓGICOS DEL CUIDADO. XXVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Artes Gráficas Cañadas. S.L. Madrid. 2009 pps 363-371.

Capítulo 189

USO DEL LENGUAJE ADECUADO POR PARTE DEL PERSONAL HOSPITALARIO DESDE LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE

MARIA DEL MAR BARRO RIVERA

BEATRIZ REQUENA PARADA

DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO

1 Introducción

Cada vez más los avances de la tecnología y las comunicaciones han favorecido la interrelación entre los países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo. Cada vez más las interrelaciones son mayores y esto favorece una fusión de culturas que nos afecta en todos los ámbitos de la vida personal y laboral. Ello implica nuevas costumbres, modificaciones de las antiguas y nueva forma de comunicarnos.

Todo esto es relativamente reciente, pues aunque Internet se remonta a los años 60, no es hasta hace un par de décadas que uso se popularizó su uso de forma masiva. Esto significa que muchas generaciones de personas han tenido que verse obligadas para ponerse al día, e incluso muchas no lo han logrado (especialmente la tercera edad, las más vulnerables y la que más uso hacen del sistema sanitario). Es por ello por lo que todo el personal asistencial tiene la obligación de proporcionar una información clara, compresible e individualizada.

Se define la Comunicación "como un proceso de intercambio de información, en el que un emisor transmite a un receptor algo a través de un canal esperando que, posteriormente, se produzca una respuesta de dicho receptor, en un contexto determinado."

Así, en el proceso de la comunicación encontramos elementos
– Emisor: Quien emite el mensaje.
– Receptor: Quien recibe el mensaje y lo interpreta
– Mensaje: La información que se quiere transmitir.
– Canal: Medio a través del cual se transmite el mensaje
– Código: Conjunto de signos y reglas que, formando un lenguaje, ayudan a codificar el mensaje
– Contexto: Conjunto de circunstancias (lugar, hora, estado anímico de los interlocutores …) que existen en el momento de la Comunicación. Es importante a la hora de interpretar correctamente el mensaje.

En la comunicación es de vital la escucha activa y la empatía. No es lo mismo oír que escuchar. La palabra escuchar significa poner atención o aplicar el oído para oír [algo o a alguien]. Así, la acción de escuchar es voluntaria y existe una intención por parte del sujeto, a diferencia de oír, que significa percibir por el oído un sonido o lo que alguien dice.

La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que están por detrás de lo que dice. Para llegar a entender a alguien es imprescindible cierto grado de empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona. Algunas de las habilidades para la escucha activa son: mostrar empatía, parafrasear, emitir palabras de refuerzo o cumplidos, resumir con el objetivo de comprobar que has entendido bien el mensaje.

2 Objetivos

El principal objetivo es la necesidad de potenciar y motivar el papel de todos los profesionales que interactúan con el usuario-paciente en el entorno hospitalario. Desde que el usuario entra en la institución de salud (primaria o especializada), hasta que se resuelve la situación que lo llevó, tendrá que pasar por varios profesionales, y cada uno le dará un tipo de información, que siempre tendrá que ser clara y completa, teniendo en cuenta en la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra.

Para que suceda la comunicación efectiva, aparece otro elemento que es el buen estado psico-emocional del profesional. Para ello, se debe potenciar el bienestar del profesional desde la organización de los propios hospitales, sin embargo, existen pocos mecanismos para conseguir que estos profesionales tengan una buena salud psicoactiva en su lugar de trabajo. Las estrategias para lograrlo van más allá de retribuciones económicas, y pueden ser abordadas mediante gratificación ó motivación. El no cuidar a los profesionales puede provocar apatía, cansancio y dejadez, haciendo que la comunicación con el paciente no sea efectiva.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos científicos, protocolos y guías de actuación sobre la comunicación entre usuarios y profesionales de la salud. Para seleccionar los estudios que posteriormente fueron analizados en la revisión bibliográfica se siguieron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos de investigación tanto cuantitativa como cualitativa, revisiones sistemáticas y guías de actuación ante la atención al usuario.
- Se han seleccionado preferentemente artículos recientes, publicados en los últimos 6 años, en idioma original español.

La búsqueda de la información se ha realizado a través de las bases de datos y buscadores Pubmed, Scielo, Google Académico y Cochrane. Se realizó una búsqueda avanzada utilizando el operador boleano "Y", con los siguientes descriptores: "comunicación profesional sanitario", "usuario sanidad", "empatía sanidad".

4 Resultados

En varios estudios revisados acerca de la comunicación entre usuario y profesional de la salud se observa que, especialmente debido a la saturación del sistema, el primer contacto del usuario con el sistema no es todo lo adecuado que debería ser. El usuario-paciente acude a los centros mayoritariamente con un problema de salud o a demandar información al respecto, angustiado por lo desconocido y nada receptivo a los trámites administrativos previos. Busca una solución inmediata que en muchos casos no es posible ofrecer. El personal, acostumbrado a esas tareas, descuida la escucha activa y empatía. Éste es el primer eslabón de la cadena donde habría que reforzar un tipo de comunicación clara, pausada y asequible a cada individuo. Referente a la comunicación con los sanitarios, el usuario pasa a ser más receptivo y es obligación de los profesionales dar

una información completa y asequible a cada individuo, evitando tecnicismo y animándole a aclarar todas sus dudas. No solo se debe dar información sino que se debe escuchar la perspectiva del usuario-paciente, proporcionar información sencilla y relevante, ofrecer un abanico de objetivos terapéuticos y opciones para apoyar de forma emocional al paciente y familia.

Entre los elementos que más afectan la comunicación entre pacientes, familiares y trabajadores de la salud se encuentran: falta de tiempo, no escuchar mutuamente, no reconocer al paciente como fuente de información, mal diseño del mensaje y mala trasmisión, no identificar las necesidades ni vías para resolver problemas, no tener en cuenta las diferencias culturales, la masiva burocratización del sistema, no tener en cuenta la situación psicológica, no emitir mensajes adecuados al usuario, falta de recursos y logística.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación acerca y une a las personas. Cada vez es mayor el esfuerzo desde Sanidad de dar un servicio de calidad en todos sus ámbitos. Cuando se trata de la comunicación adquiere extrema importancia llegando incluso a ser un indicador de calidad del servicio prestado. La comunicación de los profesionales son los que pueden optimizar la calidad de la atención en salud, tanto en el manejo de la información, como en la relación con pacientes y familiares.

La comunicación en salud, para convertirse en un elemento de apoyo terapéutico, requiere un entrenamiento del profesional en habilidades comunicativas para que la información sea comprensible. Se debe incluir y dar participación a la familia en una toma de decisiones argumentadas. Todo ello pasa por incluir la formación en técnicas de escucha activa y empatía de cada uno de los profesionales que intervienen y mejorar o reforzar los recursos disponibles.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 190

DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES Y CAUSAS

MARIA JESUS CASTELAO LOPEZ

LETICIA FERNÁNDEZ TORRES

1 Introducción

Nos referimos como depresión a la reacción que tiene una persona ante un suceso triste o un periodo de muchos problemas. Es un trastorno del estado de animo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida o frustración interfieren en la vida diaria durante largos periodos de tiempo.

2 Objetivos

Conocer los principales motivos de una depresión en personas adultas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Este trastorno emocional en los adultos es un problema generalizado, pero no tiene nada que ver con el envejecimiento normal de la persona. En muchos de los casos, la depresión no se llega a reconocer. En adultos mayores muchas de las causas de depresión son: Cambios en su vida cotidiana como una mudanza, separación, pérdida de un ser querido o incluso por alguna enfermedad grave crónica como puede ser una enfermedad cardíaca, cáncer o parkinson, que pueden llegan a afectar a las actividades básicas de la vida cotidiana de un individuo influyendo en su salud emocional o mental.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado que las personas afectadas deben acudir a un psiquiatra o psicólogo para poder encontrar la forma de superar esta situación teniendo en cuenta que la familia y la sociedad son pilares fundamentales en su evolución.

6 Bibliografía

1. Kaplan H, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Washington DC: Editorial Médica Panamericana; 2000.p.53-5.
2. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Ed. Masson; 2002.
3. Reyes Guibert W. El suicidio: un tema complejo e íntimo. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.p.96-7.
4. Belloch Fuster A. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: La atención del anciano: un desafío para los años noventa. OPS. Publicación Científica 546, 67-73, Washington DC, 1994.

Capítulo 191

EL LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS

ANA MARIA MENENDEZ MENENDEZ

1 Introducción

El lavado de manos es una medida muy eficaz para evitar la transmisión de patógenos multirresistentes reduciendo las tasas de infecciones nosocomiales. Cualquier profesional sanitario o persona encargada de la atención de los pacientes debe ser consciente de la importancia de la higiene de manos, ya que, son la principal vía de paso de gérmenes durante la atención sanitaria. Diferentes estudios revisados indican que limpiar las manos frotándolas con un desinfectante a base de alcohol, es considerado medio habitual preferente para desinfectar las manos, aunque éstas no estén visiblemente sucias. Es más rápido, más eficaz y mejor tolerado por las manos que lavarlas con agua y jabón. Es una tarea sencilla pero no por eso hay que pasarla por alto. Si fuera aplicada de manera correcta se evitarían días de hospitalización y se ahorraría gastos al paciente, la familia y el sistema sanitario.

2 Objetivos

Involucrar al paciente y a la familia en la promoción de esta actividad, tanto como partícipes y actores, como árbitros para fomentar la higiene de las manos por parte de todo cuidador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

Palabras clave: lavado de manos, infecciones nosocomiales, patógenos, personal sanitario

4 Resultados

El lavado higiénico consiste en hacer una frotación a fondo de las manos anteriormente enjabonadas y luego aclarar con abundante agua, para eliminar cualquier resto de suciedad y evitar la transmisión de microorganismos de persona a persona.

La OMS ha elaborado una estrategia denominada: mis cinco momentos para la higiene de manos, donde nos indica cuando lavarnos las manos.
1. Antes del contacto con el paciente: realizar la higiene de las manos antes de tocar al paciente, aunque solo nos aproximemos.
2. Antes de una tarea aséptica: comenzar la higiene inmediatamente antes de cualquier tarea aséptica como curas, colocación de catéteres periféricos, preparación de medicación, aspiración de secreciones.
3. Después de una exposición a fluidos corporales: inmediatamente después de una posible exposición a fluidos corporales (justo después de quitarse los guantes), como manipulación de heces, orina, sangre…
4. Después del contacto del paciente: realizar la higiene de las manos después de tocar al paciente o su entorno inmediato, como por ejemplo estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, cerrar la puerta de la habitación etc.
5.- Después del contacto con el entorno del paciente: después de tocar cualquier objeto o mobiliario en el entorno inmediato del paciente, al alejarse, como cambiar la ropa del paciente, ajustar la bomba, cerrar la puerta.

La utilización de guantes no modifica ninguna indicación para la higiene de manos El lavado de manos es una de las principales medidas para el control de la infección nosocomial. En la actualidad diversos estudios evidencian que la descontaminación de las manos con una solución de base alcohólica es igual de eficaz, más rápida de utilizar y más fácil (cuando éstas no presentan suciedad). El tiempo de lavado con las soluciones hidroalcohólicas está pautado en 20 – 30 segundos por la OMS. Este hecho representa un cambio de modelo importante

en el control de la trasmisión de las infecciones.

Para la OMS los productos a base de alcohol son más eficaces que los detergentes antisépticos y que estos últimos son más eficaces que el jabón común.

5 Discusión-Conclusión

El escaso cumplimiento del lavado de manos es común entre los trabajadores sanitarios, razones como la irritación de la piel, inaccesibilidad de los dispositivos para el lavado de las manos, llevar guantes, estar muy ocupado, no pensar en ello, etc.

Podemos concluir que la utilización del lavado con solución alcohólica en la reducción de la contaminación bacteriana es más efectiva que el lavado con jabón en la práctica sanitaria, aunque esto, en parte, sea debido a no dedicar el tiempo suficiente en el lavado de las manos.

6 Bibliografía

- https://www. Seguridad del paciente.es/es/practicas-seguras/ programa-higiene-manos /diez-preguntas-clave-sobre-higiene-manos/
- https://www.seguridaddelpaciente.

Capítulo 192

TDAH EN LA ESCUELA

MONICA FERNANDEZ FALCÓN

EVA CLARA SAIZ LANDERAS

1 Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH) tiene origen neurofisiológico. Se define por tres características:
1- Inatención: dificultad para mantener la concentración.
2- Impulsividad:,falta de inhibición o control sobre los impulsos.
3- Hiperactividad: concepto relacionado con la inquietud motora.

Es un trastorno muy complejo que puede desencadenarse por, factores genéticos, ambientales y psicosociales. El TDAH tiene importantes repercusiones en casi todas las áreas de la vida de una persona.

Los niños con TDAH tienen menos oportunidades de:
- Ser invitados, por ejemplo, a cumpleaños
- Tener relaciones duraderas con otros niños.

Los adolescentes con TDAH tienden a:
- Cambiar más a menudo de pareja.
- Tener relaciones sexuales más tempranas.
- Consumir alcohol y drogas.

En relación con la escuela, estos niños tienen serios problemas de aprendizaje, por lo que muchas veces necesitan adaptaciones curriculares. También les cuesta mucho integrarse en el grupo. Los profesores juegan un papel muy importante en la

educación de los niños con TDAH. El tratamiento del TDAH tiene que ser multimodal, esto quiere decir que hay que abordarlo con tratamiento farmacológico, sicológico y psicopedagógico.

2 Objetivos

- Enseñar a padres y profesores nuevas estrategias y pautas educativas para dirigir el comportamiento de estos niños.
- Dar información teórica de TDAH , características, causas y manifestaciones.
- Conseguir motivar al niño con TDAH para que consiga sus metas.

3 Metodología

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

4 Resultados

A través de una intervención psicosocial:
- Psicoeducación: información a pacientes, información a educadores y profesores, información a padres.
- Intervención conductual:
1-refuerzos y castigos
2-economía de fichas
3- contrato de contingencias
- Intervención sobre el paciente:
1-intervención cognitivo-conductual
2-habilidades sociales
3-técnicas de resolución de problemas
4-estrategias de auto-ayuda
- Apoyo escolar: medidas de refuerzo, adaptación y estrategias para mejorar el rendimiento y comportamiento.

Son niños muy espontáneos y creativos, también muy cariñosos y generosos. Son muy sensibles a las injusticias. Si se modula su impulsividad para que la toma de riesgo sea ponderada, se entregan con toda su alma a algo y es más fácil que tengan éxito.

Pautas a tener en cuenta:
- Detección precoz del TDAH para reducir las complicaciones asociadas.
-Concienciar al personal docente para manejar el TDAH en el colegio.
-Tratamiento adaptado a las necesidades de cada niño.
-Mayor comunicación entre el profesional médico y el profesor para llevar a cabo un tratamiento coordinado.

5 Discusión-Conclusión

Los maestros que cuentan con un alumno con TDAH en el aula deben adaptar sus enseñanzas a las necesidades que presenta, sin olvidar que el resto de los estudiantes tienen sus propias necesidades educativas personales, que también deberán ser atendidas. La diversidad debe ser tomada como elemento enriquecedor en clase, del que poder aprender y compartir.

Entendiendo y enseñando que todos somos diferentes se puede crear un clima de respeto y confianza en el aula que comprometa a los alumnos con su propio proceso de aprendizaje y con el de sus compañeros.

6 Bibliografía

- Rev.PediatrAtenPrimaria.2006;8Supl 4:s/75-98
- Revista Argentina de Clínica Psicológica,Vol XVII,num.1,abril,2008,pp.65-71
- Conocimientos y lagunas de los docentes sobre TDAH: la importancia de la formación.
- www.tdahytu.es

Capítulo 193

DELIRIO Y DEMENCIA EN EL ENTORNO CLÍNICO.

MARIA JESUS CASTELAO LOPEZ

LETICIA FERNÁNDEZ TORRES

1 Introducción

El delirio es un estado con bruscos cambios en el estado mental, que causan confusión y cambios en la manera de comportarse el individuo. Ocurren cambios que van desde la lucidez hasta la inconsciencia, perdiendo la percepción de la realidad.

2 Objetivos

Conocer y dar a conocer los síntomas y signos de esta enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Aunque el delirio y la demencia tiene casos similares, nos centraremos en el delirio como tal, pero aclarando que puede ser difícil distinguirlos. También haremos referencia a que pueden ocurrir juntos.

El delirio se ocasiona repentinamente y causa alucinaciones, sus síntomas pueden tener variación en el tiempo, entre días y semanas y sus consecuencias pueden ser mas o menos severas, pudiendo mejorar o empeorar. Reconociendo que la demencia es similar y ocurre de forma más lenta y no causa alucinaciones, aunque sus síntomas son estables y duran meses o años.

5 Discusión-Conclusión

Basándonos en textos publicados, el delirio no siempre puede llegar a recuperarse por completo, aunque tratado por un experto puede llegar a conseguirse, cosa que no ocurre con la demencia.

Hacemos referencia al Derirum Tremens, que es un afección grave del síndrome de abstinencia alcohólica. Se requiere para una total recuperación el apoyo y colaboración de familiares y equipo medico así como cierto tipo de terapias de apoyo.

6 Bibliografía

1. Ancoli-Israel S. A primary care guide to assessing 4 common sleep problems in geriatric patients. Geriatrics 2002; 59: 37-40.
2. Phillips B, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. Sleep Med 2000; 2: 99-114.
3. Barthlen M. Obstructive sleep apnea syndrome, restless legs syndrome, and insomnia in geriatric patients. Geriatrics 2002; 57: 34-39.
4. Avidan AY. Sleep changes and disorders in the elderly patient. Curr Neurol Neurosci Rep 2002; 2: 178-185.
5. Chokroverty S. Sleep and degenerative neurologic disorders. Neurol Clin 1996; 14: 807-826.
6. Bliwise DL. Review: Sleep in normal aging and dementia. Sleep 1993; 16: 40-81.

Capítulo 194

CÁNCER DE PIEL, FACTOR DE RIESGO.

MARIA JESUS CASTELAO LOPEZ

LETICIA FERNÁNDEZ TORRES

1 Introducción

El cáncer de piel es el crecimiento anormal de las células de nuestra piel, lo mas probable es que aparezca en una piel expuesta al sol, pero también puede aparecer en zonas que normalmente no estás expuestas a la luz solar.

2 Objetivos

Conocer el diagnostico y su tratamiento para el cáncer de piel, cada día mas habitual.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen tres tipos de cáncer de piel: Carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma. Para diagnosticar el cáncer de piel hay que examinar la piel para comprobar y determinar si es posible que los cambios que esta sufren sean por un cáncer de piel y extraer una muestra de piel que se sospecha para hacer un análisis lo que llamamos biopsia.

El tratamiento para el cáncer de piel varia según el tamaño, el tipo, la profundidad y donde esté ubicada la lesión. Algunos tratamientos pueden ser: cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapia fotodinámica o biológica.

5 Discusión-Conclusión

Los cánceres de piel se manifiestan de muchas maneras y formas, por lo que si aparece cualquier tipo de lesión en la piel como manchas, costras, úlceras o cambios en la que ya existen se debe acudir al dermatólogo lo antes posible. Algunos cánceres de piel crecen muy rápido, por lo que es importante un diagnostico precoz para conseguir su curación y no olvidar que la piel se debe de cuidar, no solo por estética sino también por nuestra salud.

6 Bibliografía

- D.L. Miller, M.A. Weinstock. Non melanoma skin cáncer in the United Sates: Incidence. J Am AcadDerm, 30 (1994), pp. 774-780
- D.M. Carter, T.B. Fitzpatrick, I.M. Freedberg, A.Z. Eisen, et al. Basal cell carcinoma. (3rd edn.), Dermatology in General Medecine, 759, McGraw-Hill, New York, NY (1987)
- H. Tran, K. Chen, S. Schumack. Epidemiology and a etiology of basal cell carcinoma. Br J Derm, 149 (66) (2003), pp. 50-52

Capítulo 195

TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN PACIENTES NEUROLÓGICOS

MARIA ROSA GARNICA HERNANDO

JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO

ALMUDENA DIEZ CASARES

1 Introducción

Desde principios del siglo XX se inició el uso de diversos animales con fines terapéuticos en distintos tipos de instituciones, por los beneficios físicos, psicológicos y sociales que proporciona su relación con los seres humanos, que permite mantener o mejorar la calidad de vida las personas. Mediante este capítulo se pretende incidir en la necesidad de sistematizar el empleo de estas técnicas como fuente de recurso en el proceso de rehabilitación.

2 Objetivos

- Obtener una mejora en las terapias rehabilitadoras de los pacientes con enfermedades neurológicas, que repercuta positivamente en su calidad de vida.

3 Metodología

- Se realiza una revisión bibliográfica en la base de datos y publicaciones de internet como son Scielo, Cochrane, Elsevier, y Google Académico.

- Para realizar la búsqueda se han utilizado palabras claves como TAA, Terapia asistida con animales, enfermedades neurológicas.

4 Resultados

La terapia asistida con animales es un complemento terapéutico cuyos posibles beneficios son: el vínculo con el animal y las relaciones de afecto que se establecen, la responsabilidad de su cuidado, la estimulación cognitiva, sensorial y física y la activación del sistema límbico relacionado con la alerta, atención y motivación generada por la actividad.

Se aborda de la forma más personalizada e individualizada, atendiendo las necesidades de cada usuario las cuales, marcan los objetivos a trabajar. Como:

– Aumentar la autoestima y potenciar la competencia social.
– Proporcionar motivación.
– Favorecer la sensación de seguridad.
– Proporcionar autocontrol.
– Mejorar la comunicación no verbal.
– Proporcionar aptitudes para la socialización.
– Optimizar la atención y la percepción en tanto estimulan el tacto, el oído y la vista añadiendo continuamente nuevos estímulos a su medio.
– Favorece el desarrollo psicomotor.
– Proporcionar un entrenamiento para la responsabilidad.
– Facilitar el desarrollo de la empatía.

5 Discusión-Conclusión

El uso de diversos animales con fines terapéuticos en distintos tipos de instituciones reporta beneficios físicos, psicológicos y sociales en su interacción con los seres humanos, que permite mantener o mejorar la calidad de vida de las personas; sin embargo, resultan insuficientes las referencias bibliográficas sobre el tema en el país y se requiere sistematizar el empleo de estas técnicas como fuente de recursos para las terapias ocupacionales en el proceso de rehabilitación.

De hecho, está en manos de cada profesional conseguir un positivo resultado terapéutico con la colaboración de animales en un tratamiento, pues estos ponen toda su naturaleza y corazón a disposición de quienes lo necesiten y son especiales con las personas que también lo son con ellos.

6 Bibliografía

- Red de revistas científicas Sicelo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?lng=es.
- NEURORHB, Servicio de Neurorrehabilitación de Hospitales Vithas: https://neurorhb.com/neurorhb-servicio-de-neurorrehabilitacion/.
- NeuroAlicante Unidad de rehabilitación funcional del daño cerebral. https://neuroalicante.es/.

Capítulo 196

"MOBBING" O ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO

MARÍA JESÚS ALVAREZ SÁNCHEZ

MARIA JESUS GARCIA GONZÁLEZ

YANIRA LÓPEZ PARRONDO

MONICA FERNANDEZ FERNANDEZ

ANA BELÉN ÁLVAREZ SUÁREZ

1 Introducción

Se define el Mobbing o acoso como «toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado, trabajador o contratista por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir a la renuncia del mismo».

El objetivo de la práctica del mobbing es "intimidar, humillar, reducir, aplanar, amedrentar y consumir, emocional e intelectualmente a la víctima, con vistas a eliminarla de la organización y a satisfacer la necesidad insaciable de agredir, controlar y destruir que suele presentar el hostigador, que aprovecha la ocasión que le brinda la situación organizativa particular para canalizar una serie de impulsos y tendencias psicopáticas.

La legislación laboral ha previsto algunas disposiciones tendentes a su erradicación. Las justas causas de terminación del contrato y el reglamento interno de trabajo se han constituido como algunas de las herramientas defensivas frente a estos actos reprochables. Sin embargo, las normas laborales aún siguen siendo incipientes en cuanto al tema del acoso laboral; lo que resta mérito a la intervención del legislador al respecto.

La Directiva marco 89/391/CEE sobre salud y seguridad en el trabajo, pretenden proteger la salud de los trabajadores, constatando que había un 8 % de empleados de la Unión Europea que sufrían acoso laboral o mobbing.

Siendo que el acoso laboral presenta características comunes con otro tipo de conflictos que puedan presentarse dentro de la relación laboral o de afectaciones psicológicas que pueda presentar el trabajador, es indispensable delimitarlos:

- Las derivadas del poder subordinante del empleador.

Corresponde al caso que el empleador, en ejercicio del poder subordinante que le otorga le ley laboral, pretende obtener un mayor provecho de la mano de obra, imponiendo condiciones más favorables a sus intereses pero a su vez más engorrosas para el trabajador, mientras que con el acoso laboral el empleador, ejerciendo su poder directivo, pretende causar un perjuicio al trabajador afectándole en su dignidad, socavándole su personalidad; de manera que los motivos que inducen al empleador a emplear arbitrariamente sus potestades directivas son distintos de los que mueven al sujeto activo del acoso a hostigar a la víctima.

- Síndrome de «desgaste personal»

En este caso se produce una cierta frustración derivada de la forma y de las condiciones en que se presta el trabajo debido a que éste no cumple con las expectativas profesionales del asalariado, por lo que es la propia actividad laboral la que desencadena la aparición de la afectación psíquica, a diferencia de lo que acontece en el acoso laboral, en el que son las relaciones personales las que dan lugar al hostigamiento psicológico.

- El estrés laboral.

Al igual como sucede en el ejemplo precedente, el deterioro psíquico obedece a causas relacionadas directamente con el trabajo desempeñado por el asalariado, las cuales son excesivas a sus capacidades normales de trabajo. Es claro que el estrés laboral es totalmente ajeno a las relaciones entre personas, que es lo que precisamente caracteriza el origen del acoso laboral.

- Trastornos psíquicos.

Ciertas afectaciones psíquicas, como le esquizofrenia y la depresión, pueden manifestarse como comportamientos semejantes al acoso. Estas patologías responden

a afectaciones propias de la salud del trabajador, mas no tienen relación alguna con la labor por él desempeñada.

Clasificación del acoso laboral en consideración a los sujetos que intervienen dentro de la relación del trabajo
• Acoso horizontal.
Es aquel que se presentan entre sujetos que se encuentran ubicados en la misma posición jerárquica dentro de un grupo de trabajo determinado. En esta clasificación, los sujetos no se encuentran subordinados entre sí, sino que obedecen a las órdenes impartidas por otros sujetos ubicados en un nivel superior al de ellos. Por otro lado, se observa que el acoso puede provenir tanto de un solo sujeto como de varios.

• Acoso vertical.
Esta clasificación se caracteriza por que el acoso laboral se presenta entre sujetos que se encuentran en un plano jerárquico diferente. En este caso, el acoso puede provenir de un nivel superior a un nivel inferior o viceversa.

A diferencia de la clasificación anterior, el acoso vertical de empleador a trabajador por lo general procede de una sola persona, sin perjuicio que pueda proceder de varias personas, en el evento que el empleador junto con alguno de sus representantes o todos ellos lleven a cabo el acoso respecto al trabajador.

Del mismo modo, el acoso laboral vertical de trabajador a empleador puede provenir de una sola persona; también puede provenir de varias personas, como sería en el evento que la organización sindical inicie acciones tendientes a presionar al empleador para que éste acepte algunos puntos controvertidos en el desarrollo de la etapa de arreglo directo.

2 Objetivos

- Poner de relieve la importancia del acoso psicológico en el trabajo “mobbing”, considerado un problema de salud pública.
- Analizar los perfiles más frecuentes tanto de la víctima del acoso como del acosador. Así como, las graves consecuencias del acoso o mobbing tanto a nivel psíquico, como físico y social.

3 Metodología

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

4 Resultados

Realizaremos un análisis de tres factores en su vinculación con el mobbing, analizando cado uno de ellos por separado con la finalidad de señalar las connotaciones específicas defendidas por distintos autores.

- Variables individuales y circunstancias de los agresores.

Viene a determinar los motivos que llevan al agresor a emprender el acoso moral, cabría preguntarse ¿podemos hablar de un perfil psicológico característico de los agresores o todos podemos en algún momento, en función de las circunstancias, convertirnos en acosadores? La autora Hirigoyen (1999; 2001) se muestra claramente a favor de la existencia de un perfil de personalidad con el que definir al acosador. En el acosador, claramente reconoce a un «perverso narcisista» con rasgos paranoides que le permiten auto convencerse de la razón y justicia de su actividad destructiva, es decir, a un psicópata agresivo y peligroso, cuya seguridad y autoestima se nutren del daño y de la humillación que pueda ocasionar a los otros, derivando además satisfacción emocional del proceso.

- Variables individuales y circunstancias de las víctimas.

Aquí la pregunta sería: ¿existe realmente un perfil de las víctimas? A esta pregunta Hirigoyen responde de una manera contundente: no existe un perfil psicológico del tipo de víctimas, cualquiera puede ser víctima de acoso moral.

Algunas características circunstanciales e individuales que inciden en la probabilidad de convertirse en víctimas de mobbing son:

- Personas no sumisas que se resisten al formateo. Frecuentemente, el acoso laboral comienza cuando la víctima reacciona contra el autoritarismo de un superior y no se deja avasallar, alterando el equilibrio del grupo. A menudo son empleados honrados, escrupulosos, dinámicos y muy centrados en el trabajo.
- Personas cuya capacidad y eficacia difiere del grupo. En el caso de ser demasiado competentes corren el riesgo de hacerle sombra a un superior o a un com-

pañero. En el caso de ser menos competentes que el resto, no sólo pueden recibir reproches por parte de la jerarquía, sino también por parte de sus colegas que pueden acabar aislándolo por entorpecer la eficacia colectiva.
- Los que no tiene buena red de relaciones. Se ataca, preferentemente, a los empleados aislados, y si tienen vínculos, uno de los primeros objetivos del acosador es romperlos.
- Los asalariados protegidos o que gozan de algún privilegio avalado por sus circunstancias personales o laborales (convenios sindicales, bajas frecuentes por enfermedad, embarazo, etc.).
- Las personas temporalmente debilitadas por dificultades personales cuya fragilidad sea patente para la dirección o el grupo de trabajo.
- Trabajadores cuyo puesto conlleva una exigencia de cooperación alta, pero que tienen menor control sobre la tarea en comparación con sus compañeros.

- Factores del entorno: variables organizacionales que favorecen el mobbing.
Una gestión inadecuada de los recursos económicos y de poder (Durieux, 1999). Lugares de trabajo con alto grado de estrés y escasa seguridad en el empleo, como puede ser el caso de algunas multinacionales reacias a contratar personal de forma fija o el sector de la educación, pública o privada, en el que se informa de numerosos estresores unidos a contratos efímeros (Hubert y Veldhoven, 2001).

Las organizaciones muy jerarquizadas, en las que existe una inhibición de la democracia interna y están penalizados los desacuerdos respecto a las decisiones de los niveles superiores (Einarsen, Raknes yMatthiese, 1993).

Las grandes organizaciones, en comparación con las pequeñas (Einarsen, Raknes yMatthiese, 1993). Dicha afirmación vendría avalada por la probabilidad de incrementarse los conflictos a medida que crece el número de contactos interpersonales en las personas que integran el grupo de trabajo (Puerta, 2004).

En los casos en que se prevea disminución del tamaño de la organización, reestructuración o fusión con otras empresas, debido a la incertidumbre que, en los trabajadores, producen dichos cambios (Vartia, 1996).

Las organizaciones cuya productividad no es evaluada de forma externa (por ejemplo, una Universidad o Centro Público de Salud) y, en general las organizaciones públicas en las que las relaciones interpersonales con los compañeros y jefes pueden jugar un papel importante en la promoción de la carrera laboral. En este sentido, hay quien afirma que instituciones como las universidades españolas representan el caldo de cultivo perfecto para el desarrollo de este tipo de

problemática (Peñasco, 2005).

En cualquier caso, e independientemente de las opiniones personalizadas y relatos concretos, cabe admitir, de acuerdo con Hubert y Veldhoven (2001), que las organizaciones privadas (industria, comercio, transporte…) donde las ganancias que provienen de la productividad sostienen la empresa, cuentan con una menor probabilidad de mobbing, al existir unas normas implícitas que se encargan de controlar el desgaste de esfuerzos y tiempo invertido en el acoso laboral.

La realización de actividades no éticas por parte de la empresa o algunos de sus directivos (Favrelto, 1994).

Las etapas que suelen ser comunes en el desarrollo de un proceso de mobbing son:
- Fase de conflicto. Suele desencadenarse por un desacuerdo o una percepción de amenaza. El conflicto puede ser real o imaginario, pequeño o de importantes dimensiones. Pero lo importante es que al no resolverse a tiempo deriva en la siguiente fase:
- La estigmatización. La víctima queda etiquetada de forma negativa, el resto de trabajadores comienzan su rechazo. Para desestimatizar a alguien basta con poner de manifiesto sus errores, darle objetivos inalcanzables o encomendarle tareas inútiles . El miedo conduce a la víctima a comportarse patológicamente, lo que aprovecha el agresor para justificar su agresión, haciendo creer a los demás que la víctima está desestabilizada emocionalmente.
- La intervención: Desde que el trabajador se encuentra estigmatizado, los directivos se plantean qué hacer con un trabajador problemático.
- La eliminación: son muchos los casos en los que las organizaciones deciden prescindir de alguien molesto o incómodo.

De forma escueta las intervenciones en casos de acoso laboral o mobbing se podrían pautar de la forma siguiente:
- Actuaciones individuales por parte de la víctima. De cara a la protección de su salud psíquica, resulta conveniente que la supuesta víctima de acoso laboral obtenga ayuda psicológica, antes de que se llegue a consolidar el proceso de mobbing.
- Prevención y actuación por parte de la empresa. Una vez demostrado, a partir de los datos obtenidos en anteriores investigaciones, que las relaciones interpersonales que se establecen entre los trabajadores, son un factor de riesgo laboral con graves repercusiones tanto en los individuos como en el funcionamiento empresarial, la promoción de la mejora de dichas condiciones ha sido una cuestión

que ha captado el interés, y ha llevado al esfuerzo y cooperación de diversos organismos estatales y sindicales, en las últimas décadas. Concretamente, el hecho de que el acoso moral en el trabajo repercuta no solo en la imagen social de la empresa, sino también en aspectos como el absentismo o la productividad, directamente ligados a los beneficios económicos de las mismas, ha llevado a las propias organizaciones a implicarse en la consecución de mejoras en las relaciones interpersonales creadas entre los trabajadores, aunque todavía no podemos considerar esta práctica un hábito extendido en las empresas.

- Prevención y actuación desde el ámbito social. También la sociedad se hace eco del problema y desde ella han surgido algunas medidas que coartan el acoso moral en el trabajo. En este sentido es importante subrayar la repercusión de la información proporcionada por los medios de comunicación.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing causa enormes sufrimientos a las personas que lo padecen y merma la competitividad potencial de las organizaciones en las que se produce.

Su impacto es más fuerte si se trata de un grupo contra una sola persona que si se trata de un solo individuo. También parece constatarse que el acoso de un superior (acoso vertical descendente) es más grave que el acoso de un colega (acoso horizontal). Asimismo, las consecuencias sobre la salud a largo plazo son más graves cuando se trata de un acoso moral hacia una persona aislada, que cuando se trata de un maltrato hacia un grupo por parte de la dirección.

Las consecuencias sobre la salud de la víctima depende de la duración del acoso, la intensidad de la agresión y la vulnerabilidad de la víctima.

En la faceta de tratamiento psicológico, el principal problema radica en que las víctimas de acoso acuden al psicólogo una vez que han desarrollado depresión, ansiedad, estrés postraumático, etc., trastornos que podrían prevenirse desde una actuación en las primeras fases del proceso de mobbing.

Respecto a la prevención, nos encontramos con diferentes parapetos (económicos, sociales, de imagen…) que coartan a las empresas a la hora de implantar programas destinados a la prevención de conductas de acoso entre sus trabajadores.

Finalmente, aunque se reconoce el avance legal que respalda a las víctimas de acoso en nuestro país, subrayamos la "generalidad" de la ley al respecto y como

consecuencia la diversidad en sentencias establecidas a partir de datos semejantes

6 Bibliografía

- Revista de relaciones laborales, 2002 - dialnet.unirioja.es. La incidencia del mobbing o acosa psicológico en el trabajo en España. Resultados del barómetro Cisneros II sobre violencia en el entorno laboral. Iñaki Piñuel y Zabala/ Araceli Oñate Cantero.
- Acción Psicológica ISSN: 1578-908X accionpsicologica@psi.uned.es Universidad Nacional de Educación a Distancia España OLMEDO, MARGARITA; GONZÁLEZ, PALOMALA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO LABORAL: LA PROBLEMÁTICA CONCEPTUACIÓN DEL MOBBING,SU EVALUACIÓN, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO Acción Psicológica, vol. 4, núm. 2, junio-, 2006, pp. 107-128Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid, España.
- EL ACOSO O «MOBBING» LABORAL Armando Mario Rojas Chávez. Abogado, egresado de la División de Ciencias Jurídicas de la Universidad del Norte (Colombia).Dirección postal: Universidad del Norte, Km 5 vía a Puerto Colombia, Barranquilla (Colombia) Ar_roch@hotmail.com REVISTA DE DERECHONº 24, Barranquilla, 2005 ISSN: 0121-8697.

Capítulo 197

CONOCIENDO EL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP) O BORDERLINE.

LUCIA PEREZ ALONSO

1 Introducción

El trastorno limite de la personalidad es una enfermedad mental cuyos síntomas principales seria , una incapacidad emocional para controlarlas emociones, que las manifiestan de una forma exagerada e inapropiada. El trastorno surge como una inestabilidad emocional desarrollando miedo exagerado al abandono, dificultando las relaciones interpersonales con abandono de la propia imagen, produciendo en estos enfermos síntomas de ansiedad, tristeza, cambios de humor exagerados, comportamientos impulsivos o violentos, abuso de sustancias, sensación de vacío y soledad e intentos de autolesión.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas de esta enfermedad, para identificarla, y saber manejar las situaciones que deriven del trato con estos enfermos, y apoyar a su entorno familiar.

3 Metodología

A través de una búsqueda sistemática en la base de datos de Dialnet, se revisan 12 artículos de revista, 6 artículos de libro, 2 tesis.

4 Resultados

No hay una escala que pueda servir para diagnosticar esta enfermedad, el diagnostico se basa en una entrevista psiquiátrica personal y familiar, y revisión de los síntomas, para valorar los comportamientos en sus relaciones interpersonales. El tratamiento pasaría por enseñarles a controlar esas situaciones límite, y también tratamiento farmacológico, según la intensidad del trastorno.

5 Discusión-Conclusión

En general, con un buen control y seguimiento, se pueden corregir los comportamientos, para poder tener unas condiciones de vida mejores y mas estables, el papel de la familia es muy importante, por lo que requieren de apoyo por parte de lo profesionales para ayudarles a manejar ese tipo de situaciones que se producen.

6 Bibliografía

- Base de datos de Dialnet.
- www.trastornolimite.com.

Capítulo 198

ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

MARIA ARGENTINA SUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas.

2 Objetivos

- Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización, y tratar de ofrecerle buenos hábitos de higiene para el futuro.
- Mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Nos lavaremos las manos con agua y jabón y nos colocaremos guantes de un solo uso;

- Preparar el material y llevarlo junto al paciente, explicándole lo que se le va a hacer;
- Evitar que en la habitación haya corriente de aire. Que la habitación esté lo suficientemente caliente;
- Preservar la intimidad del paciente aislándolo de su entorno (mediante biombo o cortina) y manteniéndolo desnudo el menor tiempo posible;
- El tiempo del aseo constituye un buen momento para observar al paciente;
- Colocar al paciente en Decúbito Supino;
- Desnudar al paciente procurando que esté cubierto por toalla o sábana;
- Si tiene camisón se retira primero por la cabeza y después por los brazos. Y si no se puede primero por un brazo y después por el otro;
- En caso de que el paciente tuviera un traumatismo en la extremidad o venoclisis debe ser el miembro afectado el último en desvestirse;
- El Orden de Lavado es el siguiente: 1º Ojos; 2º Cara; 3º Cuello y hombros; 4º Brazos, manos y axilas; 5º Tórax y mamas; 6º Abdomen; 7º Piernas y pies; 8º Espalda y nalgas; 9º Región genital;
- Los ojos y la cara los lavaremos con agua sin jabón, luego los secaremos;
- Lavar con agua y jabón cuello, orejas, brazos y axilas. Enjuagar y secar;
- Acercaremos la palangana a la cama para que el paciente pueda lavarse las manos, luego se las secaremos;
- Seguir luego lavando el tórax y el abdomen, enjuagar y secar. Poner especial cuidado en la zona submamaria de las mujeres.
- Lavaremos las extremidades inferiores prestando mucha atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar.
- Ahora colocaremos al paciente en decúbito lateral para lavar la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas. Enjuagar y secar;
- Cambiamos el agua, jabón y la esponja y colocamos de nuevo al paciente en decúbito supino;
- Por último, procederemos a lavar la región genital. La higiene de los genitales la realizaremos desde la región genital a la anal (así evitaremos el arrastre de gérmenes del ano a los genitales); utilizaremos agua y un antiséptico no irritante en vez de jabón. Enjuagar y secar bien;
- Si el paciente tiene colocada una sonda vesical, la limpiaremos con un antiséptico desde el meato urinario hasta su extremo.
- Secar bien toda la piel, poniendo especial atención a los pliegues cutáneos;
- Después del baño se le cambia el pijama o camisón, de modo que si tiene venoclisis o traumatismo en un miembro, éste es el primero en vestir. En caso de tener suero introducir primero la botella del suero y después el miembro;

- Peinar al paciente permitiéndole el uso de los artículos de aseo personal (desodorante, colonia, etc.);
- Comprobar el estado de las uñas, limpiándolas y cortándolas si fuera necesario;
- Ahora procederemos a cambiar la cama del paciente.

5 Discusión-Conclusión

-La puesta en orden se debe realizar antes y después de realizar el procedimiento.
- Siempre se debe respetar la intimidad del paciente.
- Las zonas que no están siendo aseadas deben permanecer cubiertas.
- Se debe vigilar que la temperatura del ambiente sea la adecuada para realizar el procedimiento
- El personal que realiza el procedimiento debe tener en cuenta la edad del paciente, el estado neurológico, cual es el grado de dificultad que presenta el paciente para realizar su propio autocuidado y el grado de movilidad.
- Se debe recordar siempre que la higiene se realiza de la zona menos contaminada a la más contaminada, para evitar contaminar zonas que no lo están.
- El personal que realiza el procedimiento debe siempre aplicar las normas de la mecánica corporal para evitar así lesiones innecesarias.

6 Bibliografía

- Auxiliar de enfermería. Temario MAD, 3 edición.
- http://scielo.sld.cu.

Capítulo 199

POSICIONES ANATOMICAS

MARIA ARGENTINA SUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La posición anatómica es una posición estándar que se utiliza para el estudio del cuerpo. En ella la persona se encuentra erguida, de pie y con los pies juntos, la cabeza alzada mirando hacia el frente y con los brazos a lo largo del tronco y las palmas de las manos hacia delante.

Existen otra serie de posiciones en las que podemos colocar al paciente según las necesidades, patología del mismo o técnica a realizar.

Distinguimos dos grupos:
- Posiciones no quirúrgicas o básicas: decúbito supino, prono, lateral, fowler y sims.
- Posiciones quirúrgicas: trendelemburg, antitrendelemburg, litotomía, genupectoral, kraske, sedente, lamicectomía, nefrectomía y proetz.

2 Objetivos

- Determinar los tipos de posiciones anatómicas que hay y saber diferenciarlas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Auxiliar de enfermería. Temario MAD, 6 edición.
- http://scielo.sld.cu.

Capítulo 200

EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

ALEJANDRA NUEVO DEL BUSTO

JACQUELINE DEL ROCIO ZÚÑIGA CHIRIGUAYA

ANA BEATRIZ HIDALGO LLERENA

HÉCTOR AVILÉS ESPINOSA

EVELIN MARIA BALLADARES PASTOR

1 Introducción

Según la Oms se puede definir el acoso laboral o ´´ mobbing´´ como el comportamiento agresivo y amenazador de uno o más miembros de un grupo, hacia un individuo en el ambiente de trabajo. Tiene como objetivo producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador hasta que éste renuncie o sea despedido.

Según la OMS, para que se pueda llamar mobbing, tienen que darse cinco factores:
- Que no sea un suceso puntual y que al menos se prolongue seis meses.
- Que sea frecuente y suceda, como mínimo, una vez a la semana.
- Que exista una víctima concreta, es decir, que no sea simplemente una situación de mal ambiente laboral generalizado.
- Que el acoso perpetrado no sea consecuencia de la conducta de la víctima.
- Que el acosado no muestre un trastorno de personalidad previo con historial de conflictividad.

Imprescindible mencionar lo que recoge el artículo 173.1 del Código Penal sobre ello: "El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años.

Con la misma pena serán castigados los que, en el ámbito de cualquier relación laboral o funcionarial y prevaliéndose de su relación de superioridad, realicen contra otro de forma reiterada actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, supongan grave acoso contra la víctima."

El acoso laboral en el ámbito sanitario es algo frecuente ya que cada vez hay más casos de profesionales que lo denuncian y atraviesan dicha situación. Desgraciadamente, es un problema que atañe a cualquiera y se debe frenar cuanto antes.

Finalmente, cabe destacar los tipos de mobbing que nos podemos encontrar:
- Acoso laboral según la posición jerárquica:

Mobbing horizontal:
Acosador y víctima se encuentran en el mismo rango jerárquico. Suele darse entre compañeros de trabajo, y las repercusiones a nivel de psicológico para la víctima pueden ser devastadoras.
Las causas son:forzar a un trabajador a conformarse con determinadas normas, enemistad atacar al más débil, diferencias con la víctima, o falta de trabajo y el aburrimiento.

Mobbing vertical:
El acosador se encuentra en un nivel jerárquico superior a la víctima o se encuentra en un nivel inferior a ésta.

Existen dos clases de mobbing vertical: ascendente y descendente.

Mobbing ascendente:
Cuando un empleado de nivel jerárquico superior es atacado por uno o varios de sus subordinados.

Mobbing descendente o bossing:
Cuando un empleado de nivel jerárquico inferior recibe acoso psicológico por parte del uno o varios empleados que ocupan posiciones superiores en la jerarquía de la empresa.

- Acoso laboral según el objetivo:
En función de los objetivos que el hostigador pretenda conseguir con el mobbing, puede clasificarse de la siguiente manera:

Mobbing estratégico:
Es un tipo de acoso descendente o "institucional". El mobbing forma parte de la estrategia de la empresa, y el objetivo suele ser que el acosado rescinda su contrato de forma voluntaria. De esta manera, la empresa no tiene que pagarle la indemnización que le correspondería por despido improcedente.

Mobbing de dirección o gestión:
Es llevado a cabo por la dirección de la organización, generalmente por varios motivos: prescindir de un trabajador poco sumiso, llegar a situaciones de esclavismo laboral o acabar con un trabajador que no se ajusta a las expectativas del jefe (estar demasiado capacitado o para dejarle en evidencia).

Puede realizarse para maximizar la productividad de la empresa a través del miedo, empleando amenazas reiteradas de despido en caso de no cumplir los objetivos laborales.

Mobbing perverso:
Hace referencia a un tipo de mobbing que no tiene un objetivo laboral, sino que las causas se encuentran en la personalidad manipulativa y hostigadora del acosador. Es un tipo de mobbing muy perjudicial porque las causas que producen el acoso no pueden solucionarse implantando otras dinámicas de trabajo mientras la persona que acosa siga en la organización o no sea reeducada.

Este tipo de acosador suele llevar a cabo el mobbing frente a la víctima, sin testigos. Es muy seductor y rápidamente consigue la confianza de los demás. Es habitual que el mobbing perverso sea un mobbing horizontal o ascendente.

Mobbing disciplinario:
Se emplea para que la persona acosada entienda que debe "entrar en el molde", porque si no lo hace será castigada. Infunde miedo en las víctimas y advierte a los demás compañeros de lo que podría sucederles de actuar así, creando un clima laboral en el que nadie se atreve a llevar la contraria al superior.

También se emplea en contra de esas personas que tienen muchas bajas laborales, mujeres embarazadas, y todos aquellos que denuncian el fraude de la institución.

2 Objetivos

- Concienciar a los profesionales que sufren acoso laboral en su entorno de trabajo a denunciar la situación rápidamente y pedir ayuda profesional.

3 Metodología

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

4 Resultados

Seguir los distintos protocolos de actuación existentes frente a casos de acoso laboral en ámbito sanitario, así como ofrecer apoyo, asesoramiento, empatía y comprensión por parte de todos los profesionales que lleven el caso, escuchen el problema y/o tengan conocimiento de ello directa o indirectamente. Tolerancia cero ante éste tipo de situaciones. Ofrecer actuación rápida y eficaz para atajar el problema de raíz y que no haya más personas que lo sufran o pasen por ello.

5 Discusión-Conclusión

Una de las formas de frenar el acoso laboral es a través de la vía laboral existente y, si existe situación de gravedad será necesario recurrir a la vía penal, siendo ésta la última razón para resolverlo.

El derecho laboral tiene herramientas suficientes para poner fin a la situación de acoso laboral e incluso, para obtener una indemnización por los daños sufridos. Lo que pretende proteger el delito de acoso laboral es la dignidad de la persona en el ámbito del trabajo.

Sin duda alguna, nadie debería permitir que un compañero/a suyo o superior tenga el derecho a acosar para obtener algo a cambio o hacer inferior. Nadie es menos que nadie. Todos somos personas con iguales derechos y obligaciones que cumplimos con nuestras funciones laborales de la mejor forma posible.

Tolerancia cero ante cualquier situación de acoso o violencia ejercida por otras personas tanto a nivel individual como colectivo.

6 Bibliografía

- www.psicologia-online.com.
- OMS https://psicologiaymente.com/organizaciones/tipos-de-mobbing-acoso-laboral.
- Código Penal colegiodemedicos.es www.sanitas.es.

Capítulo 201

LA APNEA DEL SUEÑO

ANA MARIA FERNANDEZ PEREZ

MONTSERRAT FERNANDEZ VIEJO

1 Introducción

La apnea del sueño es un trastorno, habitualmente crónico, que provoca numerosas y breves paradas respiratorias durante el sueño. Esta alteración se produce por el cierre de la vía respiratoria superior, impidiendo que el aire llegue a los pulmones durante ese tiempo. Debido a esa interrupción, se produce una disminución momentánea de oxígeno en sangre, lo que obliga al corazón a acelerar su ritmo y hace que el sueño no sea reparador. Estas pausas de respiración pueden tener una duración variable, siendo de importancia medica aquellas cuya duración es superior a 10 segundos.

Según la sociedad española del sueño se estima que sólo entre un 15-20 % de los afectados por este trastorno del sueño está diagnosticado como tal. La prueba esencial para diagnosticarla es un estudio de sueño, siendo la polisomnografía la más precisa. Requiere pasar una noche en un centro de sueño donde lo esencial no es tanto estudiar cómo se duerme, sino cómo se respira mientras se duerme. Se realiza una medición del flujo respiratorio, del esfuerzo que se hace para respirar, del nivel de oxigenación de la sangre, del funcionamiento del corazón y de la calidad del sueño.

El grado de somnolencia que presenta el paciente varía en función de la severidad de la apnea, pudiendo distinguir tres grados: Apnea leve, pacientes con 5 a 15 eventos respiratorios por hora de sueño, provoca somnolencia no deseada

durante actividades que requieren poca atención, como ver la televisión, leer o viajar en autobús. Apnea moderada, pacientes con 15 a 30 eventos respiratorios por hora de sueño, somnolencia durante las actividades que requieren un poco de atención, provocando un deterioro moderado de la vida social o laboral, como por ejemplo somnolencia incontrolada en reuniones, conciertos o presentaciones. Apnea severa, pacientes con más de 30 eventos respiratorios por hora de sueño o que presentan en la polisomnografía caídas importantes en el índice de saturación de oxígeno de la sangre (oximetría por debajo de un 90%), que provoca somnolencia no deseada durante las actividades que requieren una atención activa, por ejemplo, durante la conducción, dada su gravedad afecta de manera muy negativa al paciente.

Existen tres variantes distintas de la apnea del sueño según las causas que la provocan: La apnea obstructiva del sueño es la más común entre la población y se produce cuando los músculos de la parte posterior de la garganta se relajan, reduciendo o cerrando las vías respiratorias al inspirar e impidiendo que la entrada de oxígeno sea la adecuada. Si el oxígeno en sangre baja mucho, el cerebro lo detecta y despierta al afectado para despejar las vías respiratorias.

La apnea central del sueño es menos frecuente, el problema deriva del cerebro que no transmite las señales necesarias para que los músculos responsables de la respiración actúen. Esto quiere decir que, durante un corto lapsus de tiempo, el cerebro hace que el cuerpo deje de respirar al no transmitir la señal para que los músculos cumplan su correcto cometido. La apnea mixta, que combina los dos mecanismos descritos, aumentando la probabilidad de que las paradas respiratorias sean más frecuentes o prolongadas.

Una de las consecuencias más significativas de la apnea es la fragmentación del sueño, cada vez que se produce una apnea, ésta finaliza con un alertamiento de escasos segundos de duración, inferior al necesario para que por la mañana lo recordemos. La sucesión de estos microalertamientos hace que la persona que los padece se despierte con la sensación de no haber descansado. A lo largo del día se siente cansada y nota somnolencia en situaciones sedentarias. Además, provoca dolores de cabeza al despertarse, sequedad de boca, produce cambios en el estado de ánimo, como irritabilidad, depresión, perdidas de concentración y de memoria. Cuando la apnea es severa, aumenta el riesgo de padecer enfermedades como la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica o accidentes cerebro vasculares, hipertensión y la aparición de algunos tipos de tumores.

Existen diversas modalidades de tratamiento de la apnea del sueño, la elec-

ción se hará de forma individualizada para cada paciente. Si bien como primer tratamiento debemos adoptar medidas generales de prevención como la disminución de peso, no dormir sobre la espalda y hacerlo durante un horario estable, evitar el consumo de alcohol y de tabaco y realizar ejercicio moderado, preferentemente al atardecer. Cuando la apnea es grave o las medidas anteriores no dan resultado, el tratamiento de elección es la mascarilla nasal CPAP, que se conecta a un dispositivo que insufla aire hacia la misma con una presión suficiente para conservar abiertos los conductos aéreos superiores y evitar el colapso respiratorio y los ronquidos.

Este tratamiento es muy eficaz, y es capaz de eliminar los ronquidos, mejorar la calidad del sueño, evitar la somnolencia diurna y disminuir la tensión arterial. El porcentaje de pacientes que resuelven sus problemas mediante el CPAP es superior al 90%, si bien tiene el inconveniente de que no hace desaparecer el problema, si se deja de emplear aparecerán de nuevo los síntomas. Además, hay algunas personas que abandonan la CPAP por considerarla molesta y no acostumbrarse a ella.

Cuando el uso de las CPAP no es útil o en aquellos pacientes que no lo toleran, se puede recurrir a la cirugía para asegurar una vía respiratoria abierta. Entre los diferentes tipos de cirugía, el más utilizado es la uvulopalatofaringoplastia (UPPP, en sus siglas en inglés), que consiste en extirpar parte del tejido de la zona posterior de la cavidad oral, de la parte superior de la garganta, y frecuentemente las amígdalas y los adenoides. Otro tipo de intervención es la uvuloplastia por láser (LAUP), que extirpa la parte posterior de la garganta mediante el empleo del láser. Este método ha resultado eficaz en la disminución de los ronquidos, pero ha tenido un éxito mínimo en la resolución de las apneas, por lo que actualmente no se suele recomendar.

La traqueotomía es la última opción, en el tratamiento del síndrome de la apnea obstructiva del sueño (SAOS) al resultar un método muy agresivo; se utiliza cuando han fracasado todos los procedimientos anteriores. Consiste en la abertura de la tráquea hacia el exterior a través de la piel.

2 Objetivos

- Dar a conocer la enfermedad y sus efectos perjudiciales para otorgar mayor información al paciente, ya que los trastornos del sueño son un problema sanitario y social, que afecta a muchas personas, y la falta de descanso de calidad puede

provocar efectos indeseables, llegando a provocar accidentes laborales, de tráfico y domésticos.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en Google y Google académico, analizando distintas páginas web y textos científicos, utilizando como palabras clave “consecuencias”, “síntomas” y “tratamiento”.

4 Bibliografía

- www.iis.es/
- https://tratamientoyenfermedades.com
- https://www.centrodeneurodesarrollo.com/consecuencias-apnea-sueño.
- https://www.muyinteresante.es/salud/fotos/5-verdades-sobre-la-apnea.
- https://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/apnea-del-sueno.
- https://www.resmed.com/

Capítulo 202

ALERGIA E INTOLERANACIA ALIMENTARIA EN LA POBLACIÓN INFANTIL

ELISA CAMINO GALLEGO

AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA CONSUELO REY PÉREZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Las alergias y las intolerancias frente a alguno de los componentes de los alimentos de nuestra dieta diaria condicionan y limitan los hábitos y rutinas de las personas afectadas, con la consiguiente pérdida en su calidad de vida.

Además afectan tanto a población infantil como adulta, implican a sectores muy diversos como la hostelería, la producción de alimentos, el ámbito escolar o el sanitario, y sobre ellas existe legislación europea y nacional.

2 Objetivos

- Diferenciar entre una alergia y una intolerancia alimentaria, los factores que favorecen su aparición, sus mecanismos biológicos y los principales alérgenos involucrados.

- Conocer la legislación referente a las condiciones de seguridad alimentaria en relación con las alergias y las intolerancias alimentarias.
- Ser capaz de elaborar dietas específicas para personas alérgicas e intolerantes proponiendo alternativas sobre los menús destinados al público general.

3 Metodología

Revisión de la literatura científica de los últimos 10 años sobre las intolerancias alimentarias, en español e inglés, en las bases de datos Cuiden, Scopus y Elsevier, ampliando con el buscador "Google académico", y usando como descriptores "intolerancia alimentaria", "alergia alimentaria" y "reacciones no toxicas».

4 Resultados

- No todas las reacciones adversas a alimentos son una alergia, pueden ser simples intolerancias.
- La alergia a alimentos puede manifestarse como síntomas locales en boca o garganta, síntomas digestivos, o síntomas a distancia como urticaria, rinitis, asma o bajada tensión.
- El diagnóstico se basa en la historia clínica y pruebas de alergia específicas.
- La única forma de evitar una alergia a alimentos es la prevención y esta requiere ser muy estricto, sobre todo en el caso de alimentos procesados.
- Las alergias a alimentos más frecuentes en niños son al huevo, a la leche y al pescado. En los adultos destacan las alergias a frutas y frutos secos, seguidos por marisco y pescado.
- Más frecuente que la alergia a alimentos es la intolerancia alimentaria, que expresa simplemente que un alimento sienta mal a una persona, y que no tiene base alérgica.

5 Discusión-Conclusión

La alergia alimentaria es una patología en aumento en los países en desarrollo. Posee una presentación clínica que varía con la edad, en niños afecta principalmente piel (Dermatitis atópica) y tracto gastrointestinal y en adultos predominan los síntomas cutáneos y sistémicos.
La alergia alimentaria puede llegar a ser grave en pacientes que presentan un angioedema laríngeo o un shock anafiláctico, por lo que frente a la sospecha

de una alergia alimentaria debe realizarse un estudio alergológico dirigido que incluya pruebas cutáneas y de provocación, con fin de brindar un diagnóstico de certeza e indicar el único tratamiento hasta el momento disponible, que es evitar el alimento al cual se es alérgico.

6 Bibliografía

- CARDONA, V.; GUILARTE, M. Alergia a alimentos. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 2007, vol. 99, no 3, p. 172-172.
-BARBOZA, Fabiola. Aspectos clínicos de la alergia alimentaria. 2013.

Capítulo 203

PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO

LETICIA RODRIGUEZ CORDERO

VICTORIA BLANCO FERNANDEZ

1 Introducción

La obligación de prevención del riesgo biológico en el medio laboral consiste en tomar medidas para evitar daños a la salud originados en agentes biológicos con capacidad infecciosa presentes en el medio laboral, aplicando los principios de la acción preventiva del Art. 15 de la LPRL.

Los agentes biológicos con capacidad infecciosa pueden ser diversos (virus, bacterias, parásitos, hongos o esporas, toxinas, endotoxinas, cultivos celulares, etc. Para que este contacto se produzca debe existir una vía de transmisión, que permita que el agente entre en contacto con el órgano o sistema dónde el agente en cuestión puede causar daño. Además, cada persona tiene una susceptibilidad individual, que explica porqué algunas enferman cuando entran en contacto con determinado agente biológico, mientras que otras no (en función de su inmunización previa, de vacunaciones u otras características personales).

Trabajos dónde puede haber exposición a riesgos biológicos:

· Transmisión de persona a persona: Personal en centros sanitarios, personal de seguridad, protección civil, enseñantes, geriátricos, centros de acogida, penitenciarios, servicios personales, etc.

· Transmisión de animal a persona (zoonosis): Veterinarios, ganaderos, industrias lácteas, mataderos, etc.

· Transmisión a través de objetos o material contaminado: Personal de limpieza o sanitario, saneamiento público, agricultores, cocineros, mineros, industrias de lana, pieles y cuero, personal de laboratorio, etc.

Se estructura el trabajo en los siguientes apartados:

- Protección individual

- Protección colectiva

- Prevención de riesgos biológicos

2 Objetivos

Objetivo general
- Determinar las medidas de protección individual y colectiva para la prevención de riesgos biológicos en el ámbito laboral.

Objetivos específicos:
- Describir las clases y tipos de equipos de protección individual.
- Conocer la normativa relativa a los equipos de protección individual.
- Investigar acerca de los principales riesgos biológicos que pueden acontecer en el centro de trabajo.
- Determinar las acciones preventivas que deben llevarse a cabo para prevenir los posibles riesgos biológicos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de diferentes publicaciones y de las bases de datos Dialnet, Evidentia, Cochrane Plus, Pubmed y Medline utilizando como descriptores las siguientes palabras clave: Protección, Individual, Colectiva, Riesgos, Biológico, Prevención. Se seleccionaron artículos publicados tanto en castellano como en inglés.

4 Resultados

1. Protección individual
1.1 Concepto
Entendemos por protección individual la técnica que pretende proteger al trabajador frente agresiones físicas, químicas o biológicas que puedan producirse durante su actividad laboral.

La protección individual podemos considerarla como una técnica de seguridad que complementa a la protección colectiva y nunca intenta sustituirla (artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL).

Con la prevención individual no se intenta eliminar el riesgo de accidentes sino reducir las consecuencias personales que puedan recaer sobre el trabajador. Las medidas de protección individual representan un aceptable grado de rentabilidad ya que suponen un coste bajo y ofrecen un grado de protección óptimo si su uso es correcto.

En el Real Decreto 1407/1992 del 20 de noviembre se define equipo de protección individual (EPI): "Cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin".

Excluimos de dicha definición:
- La ropa de trabajo corriente y los uniformes que no estén específicamente destinados a proteger la seguridad y la salud de los trabajadores.
- Los equipos de socorro y salvamento.
- El material de deporte.
- Los aparatos portátiles para la detección y señalización de los riesgos y de los factores de molestia.
- Los EPIs de los medios de transporte por carretera.
- Los EPIs de los militares, policías y personal de mantenimiento del orden.
- El material de autodefensa o disuasión.

1.2 Condiciones y características de los EPIs
Las características que deben reunir los EPIs están en función del tipo de daos o riesgos que pretendamos reducir. Pero hay una serie de características exigibles que incumben a determinadas condiciones a) Condiciones de los materiales empleados en su fabricación

- Las propiedades físicas y químicas de éstos estarán acordes con el trabajo y el riesgo de lesión a evitar además de no producir efectos nocivos en el usuario. b) Condiciones relativas al diseño y construcción
- La forma se adecuará al mayor número de personas valorando cuestiones estéticas de comodidad, así como la adaptación al usuario.
- Serán de fácil manejo para no producir pérdidas en el rendimiento. Tendrán fácil mantenimiento y conservación.

1.3 Criterios de selección
Para seleccionar los EPIs se seguirán los siguientes pasos:
1. Análisis y valoración de los riesgos existentes.
2. Conocimiento de las características que deben reunir.
3. Conocimiento de las normas de utilización.
4. Estudio de la región anatómica que pueda sufrir daños.

Utilizaremos el EPI teniendo en cuenta:
- Gravedad del riesgo.
- Frecuencia de exposición.
- Información facilitada por el fabricante.
- Riesgos y compatibilidad de los EPIs.
- Prestaciones de los EPIs.

1.4 Clasificación
Los EPIs podemos clasificarlos atendiendo a varios criterios: a) Atendiendo al grado de protección.
- De protección parcial: son los destinados a proteger zonas del cuerpo en concreto (casco, guantes, calzado, etc.).
- De protección integral: estos protegerán zonas del cuerpo, no siendo éstas específicas, del individuo (trajes ignífugos, dispositivos anticaídas, etc). b) Atendiendo al tipo de riesgo.
- De protección frente a agentes físicos mecánicos (casco, guantes), acústicos (tapones, orejeras), térmicos (mascarilla).
- De protección frente a agentes biológicos (trajes especiales, mascarillas, guantes, batas). c) Atendiendo a la zona a proteger.
- Protectores de la cabeza.
- Protectores de los ojos y la cara.
- Protectores de manos y brazos.
- Protectores de la piel.
- Protectores de todo el cuerpo.

- Protectores del oído.
- Protectores de las vías respiratorias.
- Protectores de pies y piernas.
- Protectores del tronco y abdomen. d) Atendiendo a la técnica que se aplica.
- Para proteger al trabajador de un accidente consecuencia del las condiciones de seguridad.
- Para proteger al trabajador de la enfermedad profesional consecuencia de las condiciones medioambientales. e) Atendiendo a su categorización. (RD 1407/1992 y Documento de Categorización de Equipos de Protección Individual de la Comisión Europea).

- Categoría I: Dentro de esta categoría incluimos los EPIs que el trabajador actúa como juez de su eficacia debido a un sencillo diseño. Cuando los riesgos sean considerables serán percibidos con antelación y no reportar así riesgo para el usuario. Dentro de esta categoría podemos incluir EPIs que tienen como fin proteger al trabajador de agresiones mecánicas, químicas, térmicas, atmosféricas, vibratorias y de radiaciones.

- Categoría II: Esta categoría abarca a EPIs que no están diseñados para la magnitud de riesgo que se indica para los de la categoría III.

- Categoría III: Estos tienen un diseño complejo y van a proteger frente a un peligro mortal o irreversible sin que podamos adivinar a tiempo su efecto inmediato. Son los equipos de protección respiratoria (mascarillas), los protectores frente a agresiones químicas y radiaciones ionizantes, protectores térmicos y los destinados a proteger de riesgos eléctricos.

1.5 Utilización y mantenimiento

La empresa es la responsable de proporcionar al trabajador toda la información necesaria sobre los riesgos a cubrir y el usuario debe ser consciente de la importancia del correcto empleo de los equipos.

Todos los EPIs necesitan un mantenimiento adecuado que les proporcione un adecuado funcionamiento basado en revisiones, limpieza, reparación o renovación.

1.6 Obligaciones de los usuarios

Existen una serie de obligaciones que implican directamente a los empresarios y a los fabricantes de los EPIs, pero he considerado importante reseñar las obligaciones del trabajador. Estas obligaciones podemos materializarlas en dos puntos de interés:

- El trabajador debe solicitar información acerca de las condiciones de uso y mantenimiento.
- El trabajador seguirá correctamente las instrucciones y velará por el correcto funcionamiento sin olvidar lo relativo a su mantenimiento.

1.7 Normativa

La normativa referente a la regulación de los EPIs se encuentra contemplada en:
- Órdenes del Ministerio de Industria, Comercio y Turismo relativas al Reglamento de Almacenamiento de Productos Químicos donde se obliga al uso de protecciones personales.
- RD 1407/1992 de 20 de noviembre por el que se regulan las condiciones para la comercialización de los EPIs.
- RD 773/1997 de 30 de mayo sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud referentes a la utilización de los EPIs.

2. Protección colectiva

La técnica de seguridad que pretende proteger varios trabajadores a la vez que están expuestos a un determinado riesgo, es a lo que denominamos protección colectiva. Podemos poner como ejemplo los sistemas de ventilación así como los de filtración y extracción.

3. Prevención de riesgos biológicos

3.1 Clasificación

Durante los años 80 los agentes infecciosos más frecuentes fueron:
- Brucelosis
- Fiebre Q
- Fiebre tifoidea
- Hepatitis B
- Tularemia
- Tuberculosis

En la década de los 90 las infecciones más frecuentes fueron:
- Hepatitis B
- Shigelosis
- Tuberculosis
- Brucelosis
- Salmonelosis
- Meningitis meningocócica.

En el 50% de los casos la fuente de infección se llega a conocer. Los agentes infecciosos encuentran su puerta de entrada a través de la vía aérea (aerosoles), cutánea (heridas o abrasiones) o vía digestiva (aspiración o ingestión).No obstante, el riesgo de la infección va a estar en función de una serie de circunstancias:

- Cantidad de microorganismos que se pongan en contacto o penetren en el trabajador.
- Grado de patogenia del germen.
- Situación inmunitaria del trabajador.
- Medidas preventivas, de protección o de postexposición llevadas a cabo.

El RD 664/1997 sobre protección de los trabajadores expuestos a agentes biológicos durante su trabajo, clasifica a los microorganismos en cuatro grupos diferentes de riesgo haciendo éste extensible no sólo al personal sanitario sino también a la comunidad. Contempla además si existen medidas de profilaxis y tratamientos eficaces.

La clasificación según estos criterios es según el artículo 3.1, la siguiente: a) Agentes biológicos de grupo 1: Incluye a los microorganismos que es poco probable que afecten al personal que los manipula. b) Agentes biológicos de grupo 2: Aquellos que pueden afectar a los trabajadores que los manipulan pero hay poca probabilidad de propagación a la comunidad, existiendo profilaxis y/o tratamiento eficaz. c) Agentes biológicos de grupo 3: Se incluyen los microorganismos que pueden afectar al personal manipulador causándole una enfermedad grave y también hay riesgo de propagación a la colectividad, existiendo de forma general tratamiento o profilaxis. d) Agentes biológicos de grupo 4: son aquellos que presentan serio peligro de afectación al personal, con muchas probabilidades de propagación a la comunidad. No existe profilaxis ni tratamiento eficaz.

Esta clasificación determina unos niveles de contención biológica en su manipulación, es decir, va a determinar las medidas preventivas individuales y colectivas, la manipulación del material biológico, el diseño del local, la organización del trabajo, etc.

3.2 Equipo especial de contención

La patogenicidad de los agentes biológicos, su riesgo de afectación al personal que los manipula así como la posible afectación de la comunidad, según cual sea el grupo en el que se clasifique el germen, habrá un equipo especial de contención así como unas acciones preventivas a llevar a cabo.

Además cada nivel de contención exige una instalación que garantice su seguridad que debe ser tenida en cuenta desde la fase de diseño. Pero en la práctica, en muchas ocasiones este principio no es contemplado y así podemos encontrarlos ubicados en locales que en un principio no eran destinados a este fin con lo que las condiciones de seguridad no son las más apropiadas.

Aunque no existe una legislación, si existen una serie de recomendaciones generales para la instalación, independientemente de su nivel de contención biológica:
- Techos, paredes y suelos fáciles de lavar, antideslizantes, impermeables y que resistan las agresiones químicas o de los productos desinfectantes.
- Las superficies de trabajo serán impermeables y resistentes a las agresiones de ácidos, álcalis, disolventes orgánicos y al calor.
- Las tuberías no empotradas guardarán distancia de la pared.
- Deberá haber una iluminación adecuada y suficiente sin reflejos.
- La separación entre el mobiliario será amplia con el fin de facilitar la limpieza.
- Habrá lavabos de mano cerca de la salida.
- Se protegerán de los incendios las puertas que serán de cierre automático. Para evitar los accidentes al entrar o salir, las puertas tendrán una ventanilla de cristal de seguridad de 40X23 cm.
- Los vestuarios, comedores, zonas de descanso y de fumadores se ubicarán fuera del trabajo.
- Anexo al centro de trabajo o en su interior se colocará un autoclave para descontaminar materiales.
- Es recomendable guardar un orden de los artículos y productos de uso en el centro de trabajo.
- Se preverá un espacio para el almacenamiento de disolventes, material radiactivo, productos tóxicos o gases comprimidos.
- Habrá un sistema de detección de incendios con alarma óptica y acústica.
- La instalación eléctrica garantizará unas condiciones de seguridad. Habrá un sistema de iluminación de emergencias y un grupo electrógeno que garantice la alimentación de equipos de estufas, congeladores, etc.
- Se dispondrá de un botiquín de primeros auxilios.
- Es recomendable que exista un sistema de ventilación que renueve el aire a razón de 60 metros cúbicos por persona y hora.
- No existirá comunicación entre las conducciones del agua a zonas peligrosas y las del agua de bebida.

En este apartado vamos a centrarnos en los equipos de contención biológica con

relación al nivel en el que se han clasificado los microorganismos:
- NIVEL DE CONTENCIÓN BIOLÓGICA 1: No se necesita ningún equipo especial de contención para este nivel.
- NIVEL DE CONTENCIÓN BIOLÓGICA 2: Se utilizarán cabinas de seguridad biológica clase I y II. Se utilizarán tubos de seguridad y centrifugadoras herméticamente cerradas para centrifugar grandes concentraciones y volúmenes de agentes infecciosos.
- NIVEL DE CONTENCIÓN BIOLÓGICA 3: Serán necesarias cabinas de seguridad biológica del tipo I, II o III para tareas en las que se exponga el personal a aerosoles infecciosos.
- NIVEL DE CONTENCIÓN BIOLÓGICA 4: Este es considerado el máximo nivel de contención y estos centros de trabajo son supervisados por las autoridades sanitarias. Se necesitan cabinas de seguridad biológica tipo III. Pueden ser utilizadas las de los tipos I y II, siempre y cuando las condiciones permitan trabajar a los técnicos equipados con trajes aislantes con presión positiva.

3.3 Acciones preventivas

Las medidas preventivas que deben ser llevadas a cabo vienen condicionadas por los niveles de riesgo. Es decir, las normas de trabajo, se establecerán en función del tipo de contención biológica. Estas medidas no sólo serán de aplicación en cada nivel de contención sino también en los niveles superiores. Antes de exponer las acciones preventivas a realizar en cada nivel de contención, hay que decir que existen de forma general una serie de medidas para reducir el riesgo de exposición, así como unas normas de vigilancia sobre los trabajadores en función del grupo de riesgo al que pertenezcan los agentes biológicos que manipulan.

El riesgo de exposición podrá reducirse:
- Verificando la presencia de agentes biológicos.
- Tomando medidas que eviten el transporte del agente fuera del centro de trabajo.
- Estableciendo planes de actuación ante accidentes.
- Estableciendo procedimientos de trabajo.
- Reduciendo el número de trabajadores expuestos.
- Medidas de protección individual y colectiva.
- Señalizaciones pertinentes.

La vigilancia de los trabajadores, es diferente según el grupo de riesgo al que pertenezcan, es decir, según los microorganismos que manipulen.Los trabajadores que pertenezcan al grupo de riesgo 1, a pesar de la baja probabilidad de enfermar, deben pasar reconocimientos médicos en los que se debe tener en

cuenta los antecedentes. Si los trabajadores pertenecen al grupo de riesgo 2, el examen médico previo se contemplará con un examen físico. Las mujeres en edad fértil serán informadas de los riesgos que la exposición a algunos agentes biológicos puede acarrear al feto (rubéola o citomegalovirus). Los trabajadores que pertenezcan a los grupos de riesgo 3 y 4 serán sometidos, además de a las medidas indicadas para los del grupo 2, a un reconocimiento médico y físico conservando una muestra de suero como referencia. Se registrarán los técnicos expuestos a agentes biológicos de los grupos 3 y 4 indicando el trabajo que realizan y los agentes a los que se encuentran expuestos. Estos registros se conservarán durante varios años (hasta 40) sobre todo en aquellos casos de exposición a agentes que puedan provocar enfermedades que se manifiesten mucho tiempo después de haber estado expuestos.

5 Discusión-Conclusión

El ser humano susceptible a contraer enfermedades de forma relativamente fácil se ve expuesto cada día a la posibilidad de contagiarse con diversos agentes biológicos que se encuentran en el ambiente, sobre todo aquellas personas que trabajan en centros hospitalarios, clínicas y laboratorios, donde el riesgo es inminente por el hecho de manipular objetos o sustancias que por su naturaleza se encuentran plagados de dichos agentes.

Existen parámetros estándar para prevenir este tipo de riesgos laborales que deben aplicarse en todo centro de salud, cualquiera que sea su objetivo principal, los trabajadores de dichos centros son los más vulnerables por el entorno en que desarrollan sus actividades, por tal motivo es con ellos con quien se debe tener mayor cuidado y vigilancia de que se estén cumpliendo los protocolos de prevención y que dichos centros cuenten con estrategias de prevención y herramientas adecuadas para la misma.

La mayoría de los centros hospitalarios cumplen con estos parámetros, pero no de la manera más efectiva, hace falta más capacitación del personal para que vayan creando el hábito de la autoprotección en miras a la prevención de los riesgos biológicos de su entorno.

Evitar el Riesgo Biológico Laboral, está en manos de las entidades, pero se hace necesaria la participación de todos y cada uno de los empleados.

6 Bibliografía

- AA. VV. (Coord. ESCUDERO RODRÍGUEZ, R.), La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, CARL, Madrid, 1997.
- AA.VV (GARCÍA NINET, J.I., Dir), Manual de Prevención de Riesgos Laborales (Seguridad y salud en el trabajo), Atelier, Barcelona, 2005.
- LÓPEZ PARADA, R.A., Gestión de la prevención de riesgos laborales: guía práctica, Bomarzo, 2004.

Capítulo 204

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

MARIA DE LA PAZ BLANCO SUÁREZ

1 Introducción

Es una operación que se realiza para extirpar la vesícula biliar debido a la presencia de cálculos biliares que causan dolor o una infección, mediante instrumentos que se colocan en pequeñas incisiones en el abdomen.

2 Objetivos

- Conseguir la eliminación de los dolores cólicos, mejorar la tolerancia a los alimentos, evitar complicaciones como la inflamación aguda de la vesícula biliar y del páncreas y la obstrucción de los conductos biliares que origina ictericia.

3 Caso clínico

Mujer de 47 años, sin alergias medicamentosas conocidas, consciente y orientada; llega a urgencias con dolor abdominal agudo que le irradia a la espalda de cuatro días de evolución, sensación nauseosa y vómitos. Se solicitan las pruebas complAntecedentes:
- Antecedentes personales: no alergias conocidas.
- Antecedentes familiares: linfoma (madre)
- Medicación previa: ninguna.

Signos vitales:
- Tensión arterial: 120/75 mmHg.

- Frecuencia cardíaca: 70x'ementarias necesarias para el diagnóstico de colecistítis.Temperatura: 37,7ºC.
- Saturación O2: 100%
- Peso: 72kg
- Altura: 1,60 cm
- Consciente y orientada.
- Exploración abdominal: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación.
- Auscultación cardiaca normal.
- Auscultación pulmonar con normoventilación.
- Signo de Murphy: POSITIVO
- Pruebas complementariaRadiografía de tórax.
- Ecografía abdominal.
- TAC abdomino-pélvico.
- Analítica de sangre.

Bioquímica:
- Glucemia basal: 120 mg/dl
- PCR: 12 mg/l
- Bilirrubina total: 3,3 mg/dl
- Hemograma:
- Leucocitos: 18.000
- Plaquetas: 220.000
- Hemoglobina: 11,5 g/dl
- Hematocrito: 38%una vez contrastadas todas las pruebas se confirma el diagnóstico de colecistitis aguda.

La paciente está en ayunas desde el día anterior, por lo que se decide una intervención quirúrgica de urgencia para realizar una colecistectomía laparoscópica, previa profilaxis antibiótica con Cefazolina 2g y manejo del dolor con analgesia.

4 Discusión-Conclusión

La colecistectomía laparoscópica es la técnica de elección por las múltiples ventajas que ofrece un abordaje mínimamente invasivo. Se trata de un procedimiento seguro, eficaz y que ofrece poca dificultad técnica, con una tasa de reconversión baja.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- http://www.scielo.org.co
- https://www.medline.eu/es
- Google Académico

Capítulo 205

EFECTOS DE LA CONTAMINACION AMBIENTAL A LAS VIAS RESPIRATORIAS

PALOMA BARRIO

1 Introducción

Son muchos los efectos a corto y a largo plazo que la contaminación atmosférica puede ejercer sobre la salud de las personas. En efecto, la contaminación atmosférica urbana aumenta el riesgo de padecer enfermedades respiratorias agudas, como la neumonía, y crónicas, como el cáncer del pulmón y las enfermedades cardiovasculares.

2 Objetivos

- Dar a conocer al TCAE los principales efectos de la contaminación ambiental a las vías respitarorias.

3 Metodología

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

4 Resultados

La exposición a corto y a largo plazo produce efectos sobre la salud. Por ejemplo, las personas aquejadas de asma afrontan un riesgo mayor de sufrir una crisis asmática los días en que las concentraciones de ozono a nivel del suelo son más elevadas, mientras que las personas expuestas durante varios años a concentraciones elevadas de material particulado (MP) tienen un riesgo mayor de padecer enfermedades cardiovasculares.

Por si fuera poco, las medidas para aminorar la contaminación atmosférica urbana también reducen las emisiones de gases de efecto invernadero y otros contaminantes que contribuyen a causar el cambio climático.

Como es sabido, este último produce muchos efectos nocivos sobre la salud, entre ellos los derivados de las sequías y los fenómenos meteorológicos extremos (por ejemplo, las tormentas de viento y las inundaciones), como las enfermedades transmitidas por el agua y por los alimentos.

También aumenta la prevalencia de enfermedades de transmisión vectorial como el dengue y el paludismo.

5 Discusión-Conclusión

El mejoramiento del aire que respiramos puede disminuir considerablemente la cantidad de personas que padecen enfermedades respiratorias y cardiovasculares. La aplicación de normas y reglamentos destinados a controlar las emisiones de contaminantes atmosféricos puede mejorar la calidad del aire y, a su vez, aminorar la carga de morbilidad y mejorar la salud.

6 Bibliografía

- https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v26n1/art04.pdf.
- https://www.europeanlung.org/
- https://www.sap.org.ar
- https://www.mscbs.gob.es/

Capítulo 206

PROYECTO PRIAPA DE MÉDICOS DEL MUNDO. PREVENCIÓN VIH Y DEMÁS ETS EN EL EJERCICIO DE LA PROSTITUCIÓN

AINHOA MARIA PEREZ OVIN

NOELIA SUÁREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Empezaremos describiendo Médicos del Mundo como una asociación de solidaridad internacional, independiente, regida por el derecho fundamental a la salud y una vida digna para cualquier persona. Médicos del Mundo tiene como compromiso contribuir, de acuerdo con su ética de responsabilidad, a universalizar los valores de la Medicina Humanitaria. Trabaja tanto en el campo del Tercer Mundo como del Cuarto Mundo. Como organización que aplica los principios de la Medicina Humanitaria, creemos que el acceso a la salud es un derecho de todas las personas, independientemente de su lugar de nacimiento, su raza, su condición social, sexual o su religión.

En MdM colaboramos todo tipo de profesionales no sólo sanitarios, la mayor parte de forma desinteresada.
Este programa está integrado en la red de programas de Cuarto Mundo que MdM tiene en varias Comunidades Autónomas.

Vamos a conocer el Proyecto Priapa y a quién va destinado, ya que es una forma de intervención destinada a minimizar los daños asociados al ejercicio de la prostitucion, disminuir la marginalidad inducida por la misma actividad y, en particular, la prevención del VIH/SIDA y otras enfermendades de transmisión sexual dentro de los colectivos más vulnerables.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Reconocer la existencia de distintos subgrupos de personas que se prostituyen con distintas necesidades a los que hay que ofrecer soluciones múltiples y complementarias.

Objetivos secundarios:
- Reconocer a la persona que ejerce la prostitución como un ser racional capaz de elegir individualmente, con la debida información, entre distintas opciones para reducir el daño asociado a su actividad, asumiendo que esta elección puede cambiar a lo largo del tiempo.
- Facilitar el acceso a la atención sanitaria básica a personas que, por diferentes circunstancias, no acceden a la asistencia en los servicios públicos.
- Prevenir la transmisión de VIH/SIDA, y otras enfermedades transmisibles entre personas que ejercen la prostitución, con la realización de pruebas serológicas (VIH, Sífilis, Hepatítis C...). Se ofertarán pruebas diagnósticas para determinar casos de tuberculoisis, así como administrar tratamientos y profilaxis directamente observados en colaboración con el Programa Regional de prevención de Tuberculosis.
- Promover la competencia y responsabilidad de la población destinataria, facilitando su participación en la planificación y ejecución de acciones que den respuesta a sus necesidades, así como promover el cambio de hábitos hacia un sexo más seguro, a través de la educación para la salud, vigilando mediante un sistema de datos para mantener la vigilancia epidemiológica especialmente de las conductas de riesgo para la transmisión de VIH.

3 Metodología

LA SALA DE ENCUENTRO: Esta iniciativa será atendida por personal voluntario previamente formado que sirva como vehículo de información tanto al usuario

como al propio programa dentro de un contexto de solidaridad, ayuda y comprensión. Como responsable del colectivo de voluntarios se encontrará un Enfermero/a.

Su actividad consistirá en la distribución de materiales y mensajes de prevención, la identificación e información sobre los factores que pueden limitar las posibilidades de los que ejercen la prostitución para practicar sexo seguro, facilitar el acceso a los servicios sanitarios, informar al personal del proyecto sobre las incidencias que ocurran, información sobre las actividades programadas, cumplimentar y recoger los datos de la actividad realizada, e informar la primera vez a la usuaria del funcionamiento del programa, de su finalidad, de los horarios de los distintos servicios, y se le facilitará material de prevención (preservativos y lubricantes). La segunda vez que acuden, se les realiza una encuesta donde se recogen las conductas de riesgo. Se realiza un carnet, con una clave de identificación para control interno del programa.

En las sucesivas intervenciones, de forma explícita o implícita, se intercambiará información entre el usuario y la coordinadora del proyecto, facilitando la actividad de educación para la salud y la prevención de riesgos, y se le incorpora a los grupos para los talleres de salud programados.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Esta información ha sido diseñada para trabajarse en forma de sesiones participativas, en torno a la salud y los problemas derivados por el ejercicio de la prostitución. Se trata de sesiones estructuradas en actividades de prevención y promoción de la salud y de desarrollo personal.

Las sesiones están divididas en temas concretos e independientes entre sí, permitiendo el trabajo de cada una de ellas sin tener que hacer referencia a la otra, y que la falta de asistencia a algunas sesiones no rompa la comprensión de las otras. No es necesario realizar las sesiones de un modo secuencial, esto va a estar determinado por el responsable que es el que establecerá las prioridades de los temas según las necesidades y demandas del grupo.

La metodología propuesta considera a la persona como artífice del desarrollo de sus capacidades y recursos para disminuir los riesgos del ejercicio de su actividad; es por tanto, activa y participativa, y en ella se utilizan diferentes técnicas y tipos de actividades que permiten la diversión, el rigor, el aprendizaje…etc.

SALA DE MEDICINA PREVENTIVA: El servicio sanitario para las personas que se prostituyen ofrecerá un enfoque global que combine el tratamiento y chequeo

de ETS y enfermedades infecciosas, los servicios contraceptivos, otros servicios sanitarios y la promoción de la salud siendo así el marco idóneo para un formación sanitaria adecuada. Algunas personas que se prostituyen prefieren servicios en donde su ocupación sea ya conocida y el personal profesional entienda sus necesidades y estilo de vida. Todos los servicios deberán ser ofrecidos con conocimiento de las necesidades específicas y diferentes de estos sujetos, además de la comprensión del impacto de las condiciones de la prostitución en la salud. El servicio clínico será gratuito, voluntario y debe permitir la permanencia en el anonimato de quienes así lo deseen. El responsable de llevar a cabo este servicio es un ginecólogo/a y un enfermero/a.

4 Resultados

Ante las demandas a MdM Asturias por la Asociación APRAMP (Somaly Man) de Avilés, en el año 2001 se ve la necesidad de crear este programa de reducción de daños para el colectivo de personas que ejercen la prostitución en esta zona. A través de los datos proporcionados por esta Asociación nos ponemos a trabajar viendo que un 70% de la prostitución es inmigrante y que además ejercen en locales con que esto significa que además estas personas con frecuencia permanecen fuera de las estructuras legales, sociales y sanitarias y, por lo tanto, se encuentran con enormes dificultades para acceder a información sobre maneras de mejorar su calidad de vida y trabajo.

El programa de acercamiento tuvo una gran aceptación y nos permitió actuar en gran mayoría desde muy dentro de la problemática, un 52% de los casos atendidos se refieren a a la prevención y control de ETS, consultas sobre IVE y prevención y seguimiento de embarazos.

Esta posición marginada y en general la falta de experiencia en la prostitución aumenta las posibilidades de que las personas migrantes no practiquen adecuadamente sexo seguro y no sigan normas sanitarias públicas.

5 Discusión-Conclusión

La justificación del proyecto llevado a cabo en Avilés puede estar definido teniendo en cuenta realidades como observar que las personas que ejercen la prostitución pueden hacer poco uso de los servicios anticonceptivos convencionales. Se sabe que casi la mitad no usa otro medio anticonceptivo que preservativos

al prostituirse, y no tiene métodos de reserva en caso de que los preservativos fallen. El poco uso de de los servicios es una muy buena razón para concentrar los esfuerzos en una adecuada información y derivación a servicios específicos.

La gravedad del VIH/SIDA y la inexistencia de una terapia curativa o una vacuna eficaz ha centrado las actividades de control de la epidemia en la prevención, fundamentalmente a través de la modificación de las prácticas de riesgo para la transmisión de VIH.

Cuando una alta proporción de personas que se prostituyen consume drogas, o la prostitución es practicada por drogadictos/as para conseguir dinero, el argumento de los riesgos de VIH puede ser acentuado para buscar financiación. Las drogas no intravenosas también aumentan el riesgo de VIH. Numerosas drogas, incluido el alcohol, tienen efectos psicotrópicos que pueden afectar el control y la toma de decisiones, su coste puede incrementar las presiones financieras y disminuir el uso de preservativos.

La discriminación que sufren las personas que ejercen la prostitución inhibe el uso que estos hacen de los servicios convencionales.

Por otro lado existe un alto porcentaje de trabajadoras sexuales que son inmigrantes ilegales y que pueden no conocer los diferentes servicios que existen y que pueden estar muy desinformados/as.

6 Bibliografía

- PROYECTO PRIAPA (MÉDICOS DEL MUNDO AVILÉS) 2001.
- GUÍA Y ESTATUTOS ASOCIACIÓN MÉDICOS DEL MUNDO 2001.
- MEMORIA PRÁCTICAS TÉCNICO SUPERIOR EN INTEGRACIÓN SOCIAL 2003.

Capítulo 207

LA ANSIEDAD

EVA CLARA SAIZ LANDERAS

MONICA FERNANDEZ FALCÓN

1 Introducción

Sentir ansiedad de modo ocasional es una parte normal de la vida. Sin embargo, las personas con trastornos de ansiedad con frecuencia tienen preocupaciones y miedos intensos, excesivos y persistentes sobre situaciones diarias. Con frecuencia, en los trastornos de ansiedad se dan episodios repetidos de sentimientos repentinos de ansiedad intensa y miedo o terror que alcanzan un máximo en una cuestión de minutos (ataques de pánico).

Estos sentimientos de ansiedad y pánico interfieren con las actividades diarias, son difíciles de controlar, son desproporcionados en comparación con el peligro real y pueden durar un largo tiempo. Con el propósito de prevenir estos sentimientos, puede suceder que evites ciertos lugares o situaciones. Los síntomas pueden empezar en la infancia o la adolescencia y continuar hasta la edad adulta.

Algunos ejemplos del trastorno de ansiedad son: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social (fobia social), fobias específicas y trastorno de ansiedad por separación. Puedes tener más de un trastorno de ansiedad. A veces, la ansiedad surge de una enfermedad que requiere tratamiento.

Cualquiera sea el tipo de ansiedad que padezcas, un tratamiento puede ayudar.

Para determinar un diagnóstico, es probable que debas hacerte un examen físico y las pruebas que recomiende tu médico de atención primaria. El médico te puede

ayudar a determinar si tienes algún trastorno médico que necesite tratamiento y a establecer límites en los análisis de laboratorio, diagnóstico por imágenes y derivaciones a especialistas.

Es posible que el médico de atención primaria también te derive a un profesional de la salud mental. Es posible que el profesional haga lo siguiente:

- Realizar una evaluación psicológica para hablar sobre los síntomas, las situaciones estresantes, los antecedentes familiares, los miedos o preocupaciones, y las maneras en la que la ansiedad afecta de manera negativa tu vida.
- Pedirte que llenes una autoevaluación o un cuestionario psicológico.
- Preguntarte sobre el consumo de alcohol, drogas u otras sustancias.
- Determinar si la preocupación por la enfermedad puede ser consecuencia de otro trastorno mental, como el trastorno somatomorfo o el trastorno de ansiedad generalizada.

El objetivo del tratamiento es ayudarte a controlar la ansiedad que te genera tu salud y mejorar tu capacidad para funcionar en las situaciones cotidianas. La psicoterapia, también llamada terapia conversacional, puede ser útil para el trastorno de ansiedad por enfermedad. A veces, se pueden incluir algunos medicamentos.

Psicoterapia.
Ya que los síntomas físicos pueden estar relacionados con la angustia emocional y la ansiedad por temas de salud, la psicoterapia, especialmente la terapia cognitivo-conductual (CBT), puede ser un tratamiento efectivo. La terapia cognitivo-conductual te servirá para aprender cómo controlar el trastorno de ansiedad por enfermedad y hallar formas de controlar las preocupaciones sin hacerte análisis médicos excesivos ni buscar atención médica.

La terapia cognitivo-conductual puede ayudarte con lo siguiente:

- Identificar tus temores y pensamientos sobre enfermedades graves.
- Aprender formas alternativas de interpretar las sensaciones corporales cambiando los pensamientos que no ayudan.
- Estar más consciente de cómo las preocupaciones te afectan a ti y a tu comportamiento.
- Cambiar la manera en que respondes a las sensaciones y los síntomas corporales.
- Aprender habilidades para lidiar con la ansiedad y el estrés, y tolerarlos.
- Reducir tu ausencia en situaciones o actividades a causa de las sensaciones físi-

cas.
- Reducir los comportamientos en los que buscas signos de enfermedad y consuelo de manera repetitiva.
- Mejorar la funcionalidad cotidiana en el hogar, el trabajo, las relaciones y las situaciones sociales.
- Enfrentar otros trastornos de la salud mental, como la depresión.
- También pueden ser útiles otras terapias, como la terapia de exposición y de control del estrés mediante el comportamiento.

Medicamentos.
Es posible que los antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), te ayuden a tratar un trastorno de ansiedad por enfermedad. También pueden ser útiles los medicamentos para el tratamiento de trastornos del humor o la ansiedad, si están presentes.

Consulta con el médico acerca de las opciones de medicamentos, y los efectos secundarios y riesgos posibles.

Estilo de vida y remedios caseros.
Además de un tratamiento profesional del trastorno de ansiedad por enfermedad, estas medidas de cuidado personal pueden ayudar:

Trabaja con tu médico. Trabaja con tu médico de atención primaria o profesional de la salud mental para determinar un calendario regular de consultas para hablar sobre tus inquietudes y entablar una relación de confianza. Conversa sobre establecer límites razonables en los exámenes, las evaluaciones y las derivaciones a especialistas. Evita buscar el asesoramiento de muchos médicos o hacer muchas visitas a la sala de emergencias, ya que esto puede hacer que tu atención médica sea más difícil de coordinar y puede someterte a análisis duplicados.

Practica técnicas de relajación y control del estrés. Aprender métodos de relajación y control del estrés, como la relajación muscular progresiva, puede ayudar a reducir la ansiedad.

Haz actividad física. Un programa de actividad graduada puede tener un efecto tranquilizador en el estado de ánimo, reducir la ansiedad y ayudar a mejorar el funcionamiento físico.
Participa en actividades. Mantenerte involucrado en tu trabajo, así como en actividades sociales y familiares, puede brindarte apoyo.

Evita el consumo de alcohol y drogas recreativas. El consumo de drogas puede

dificultar tu atención médica. Habla con tu médico de atención primaria si necesitas ayuda para dejar de consumir.

Evita investigar en Internet las posibles enfermedades. La gran cantidad de información de salud que puede estar relacionada o no con tu situación puede provocar confusión y ansiedad. Si tienes síntomas que te preocupen, habla con tu médico de atención primaria en tu próxima consulta programada.

2 Objetivos

- Profundizar en el conocimiento de la ansiedad y dar pautas para tratarla.

3 Metodología

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

4 Resultados

La mayoría de los resultados aparecen en un plazo corto y medio, si bien su consolidación requiere mantener algunos esfuerzo o condiciones más allá incluso del periodo de tratamiento. Se ha de tener también en cuenta que algunos pacientes con trastornos de ansiedad presentan, conjuntamente, otros problemas psicológicos cuyo abordaje, puede requerir técnicas, procesos y tiempos distintos.

5 Discusión-Conclusión

No es posible prever con certeza qué causa que una persona presente un trastorno de ansiedad, pero puedes tomar medidas para reducir el impacto de los síntomas si te sientes ansioso:

- Pide ayuda enseguida. La ansiedad, como muchos otros trastornos mentales, puede ser más difícil de tratar si te demoras.

- Mantente activo. Participa en actividades que disfrutes y que te hagan sentir bien contigo mismo.
- Disfruta la interacción social y tus afectos, que pueden aliviar tus preocupaciones.
- Evita el consumo de alcohol o drogas. El consumo de alcohol y drogas puede provocar ansiedad o empeorarla. Si eres adicto a cualquiera de estas sustancias, la idea de dejar de consumir puede hacerte sentir ansioso. Si no puedes dejar de consumir por tu cuenta, consulta con tu médico o busca un grupo de apoyo para que te ayuden.

6 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/
- Google Académico.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- http://www.scielo.org.co
- https://www.medline.eu/es

Capítulo 208

EL PAPEL DEL TCAE EN LA TRASCENDENCIA DE PRESERVAR NUESTRO MEDIO AMBIENTE

BLANCA ROSA INFANTES BUENO

1 Introducción

Rara vez miramos a nuestro alrededor y analizamos que la contaminación que nos rodea, y de la que el ser humano es el responsable, nos puede llevar a enfermar, en algunos casos gravemente.

No somos cuidadosos con el medio y eso repercute en nuestro cuerpo y pocas veces somos consciente de ello.

No reciclamos lo que se debería, tiramos colillas, plásticos, latas en el monte, en el mar…desforestamos y quemamos nuestros bosques cuando son el pulmón del mundo, se caza y pesca indiscriminadamente afectando al ecosistema, nuestra capa de ozono está dañada, y es vital para evitar la radiación solar entre otros motivos.

Pero seguimos mirando hacia otro lado, solo somos conscientes cuando todo esto nos repercute directamente y de manera grave.

Tendemos a echar la culpa a otros, que si esa fábrica contamina con sus emisiones a la atmósfera, que si los políticos no hacen nada al respecto, que si … muchos que si, pero todos somos responsables, todos debemos poner de nuestra parte.

También es muy importante cuidar el medio en el que vivimos y nos movemos a diario, nuestro hogar, nuestro trabajo pues una mala ventilación, la humedad, una deficiente limpieza, ruido excesivo, etc también pueden afectar a nuestra salud no solo física si no también emocional.

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR EL MEDIO AMBIENTE:
Alergias y asma
Anomalías congénitas
Cáncer
Dermatitis
Infertilidad
Enfermedades cardiacas
Enfermedades laborales
Trastornos del sistema nervioso
Cáncer de piel y quemaduras solares
Etc….

2 Objetivos

El TCAE como sanitario tiene el deber moral de informar siempre que le sea posible sobre las consecuencias de no conservar lo que nos rodea en cuanto a salud se refiere. Así como que debemos concienciar a las personas desde bien pequeños, a ver lo realmente importante que es cuidar el medio ambiente, promoviendo una buena educación ambiental y promocionando buenos hábitos encaminados a la conservación y cuidado de nuestro entorno.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cada vez más y gracias a los medios de comunicación que nos rodea, vamos tomando conciencia del daño que producimos en nuestro medio ambiente y las consecuencias de ello para nuestra salud.

Aún queda mucho por hacer y barreras que derribar para preservar nuestro medio, pero cada vez son más los jóvenes implicado en ello y eso es una baza a tener en cuenta.

Es importante la educación al respecto y desde cuanto mas pequeño mejor.

5 Discusión-Conclusión

Vamos camino de la destrucción de nuestro mundo, lenta pero progresivamente, mientras tanto desarrollamos enfermedades causadas por ello.

Se puede ralentizar, pero no parar, y puede que a medida que sigamos dañándolo, se desarrollen nuevas enfermedades hasta ahora desconocidas, y/o que virus y bacterias muten y se hagan más fuerte, con lo que tendríamos graves consecuencias.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/topics/environmental_health/es/.
- https://www.niehs.nih.gov/health/topics/science/index.cfm.
- https://www.northshore.org/healthresources/encyclopedia/encyclopedia.aspx?
.

Capítulo 209

EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER

NURIA SOLIS DEVESA

MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO

NURIA ALVAREZ ALVAREZ

ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA

ELVIRA SEÑORANS DIZ

1 Introducción

Desde el comienzo de la vida ,las personas y los seres vivos se han relacionado mediante los pilares que actualmente denominamos familia.Podemos definir familia como una agrupación de gente con vínculos sanguíneos que conviven día a día. (Ortego Mate MC, 2009.pág 163-167).

Desde las primeras civilizaciones se conoce como la época de trabajos domésticos de las mujeres teniendo como objetivo cuidar y mantener la familia contra cualquier adversidad .Estas cuidaban a sus familiares prolongando así la vida de los seres humanos. (Mezquita pipo c).

Según el conocido George Peter Murdok, confirma que la familia posee cuatro acciones necesarias y únicas que no hay en ninguna otra formación social: la subsistencia , la relación sexual , la reproducción y la formación de los familiares.

La mujer tiene un papel importante como figura básica para llevar a cabo estas cuatro funciones asumiendo un papel de cuidador y formadora desde el inicio de las sociedades. (Mezquita Pipo, Murdock GP).

En la época antigua los encargados del cuidado familiar mejoran hacia un acto de vocación , en lo principal es una figura femenina que reacciona cristianamente bajo sumisión y obediencia .Al actuar de esta manera se sienten mejor con ellas mismas , ya que la fe cristiana y el cuidado ejercido les acerca a dios (García Martín Caro-c).

Antes del S.XX. las mejoras de la tecnología tienen como criterio la necesidad de crear una figura que se encargue de llevar a cabo los cuidados , en los tiempos actuales de una forma mas laboral , denominada auxiliar medico , hace su labor en lugares de hospital.

Los cuidadores en su mayoría son personas femeninas , suelen ser hijas, de media edad, próximas al individuo a cuidar , en un matrimonio o soltera , con descendientes , amas de casa y con bajo nivel económico y de estudios.

Hoy en día la mujer no se dedica única y exclusivamente al ámbito familiar en cuidados y en labores domésticas , esta integrada en el ámbito laboral tanto o mas que el hombre . Así incorporándose el hombre a los cuidados familiares y tareas diarias repartiendo trabajos. La mujer al incorporarse activamente al ámbito laboral tiene menos tiempo y mas inclusión en la sociedad y mas tareas que asumir.

Con la época industrial y democrática de los años 70 en España la familia sufre una serie de alteraciones que van a recaer directamente a las mujeres y a su papel de cuidadoras dentro del núcleo familiar . Podemos observar cambios tales como el movimiento de las familias de los pueblos hacia la ciudad, disminución en el numero de hijos , rupturas en el núcleo familiar o la reducción del núcleo a padres e hijos.

En el siglo XX la mujer empieza a incorporarse al mundo del trabajo dejando a un lado el papel de cuidadora en el hogar(Rodriguez -bioso MM)

Cada vez hay menos tiempo y menos personas dedicadas al cuidado de personas que no pueden hacer su vida diaria y funciones básicas y al ámbito familiar, por ello España se ve en la necesidad de añadir ayudas publicas, para intentar cubrir estas decadencias.

La ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia nace para rellenar las necesidades de atender a las personas que son dependientes y cuyo objetivo principal es la generación de su autonomía personal. Cuidar y atender a las personas que requieren ayuda para la vida cotidiana, es el principal objetivo que España quiere cumplir con la introducción de esta ley (Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 diciembre , boletín oficial del estado numero 299(15-12-2006)).

España esta sufriendo cambios en la demografía y en la sociedad que crean un aumento de la población que es dependiente , por un lado hay que tener en cuenta que la gente de mas de 65 años ha duplicado su volumen en los últimos 30 años .

Por otro lado tiene lugar el fenómeno demográfico denominado ”envejecimiento del envejecimiento”, entendido como el aumento de la gente anciana, (Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 diciembre , boletín oficial del estado numero 299(15-12-2006).

A todo esto hay que incluir que el sistema de atención sanitaria español se centra en la enfermedad en sus fases agudas, lo que supone la delegación de los cuidados de las personas dependientes, con enfermedades crónicas o con discapacidades hacia el sistema informal.

2 Objetivos

- Describir la figura y la situación actual del cuidador informal en España.
- Contextualizar al cuidador informal de una persona con dependencia, en un marco nacional y contemporáneo.
- Describir las emociones y problemas del cuidador informal como consecuencia directa de su actividad.

3 Metodología

Se ha realizado en cuatro partes: estrategia y búsqueda dentro de ficheros de información, artículos seleccionados, analisis de los informes y exposición estructurada de información.
Para dicha búsqueda se ha investigado , seleccionado con las palabras clave, “Alzheimer”, “cuidador informal”, “sobrecarga del cuidador”, ”Síndrome Burner”,

en distintos libros de texto , artículos , trabajos médicos realizados sobre el alzheimer.

Una vez obtenidos los descriptores necesarios, se emplearon operadores booleanos para relacionar los términos escogidos para concretar la búsqueda de artículos . A continuación ejemplos como :
“Alzheimer” A “cuidador” OR “cuidador informal”.
“Cuidador” AND “síntomas” AND “factores”.
“Cuidador informal” OR “Cuidador” AND “subvenciones” AND “ayudas”
“Cuidador” NOT “profesional” AND “Alzheimer”.

Se buscó en distintas páginas webs, electrónicas con especialidad en salud pública, así en información a bases de datos genéricos,.para recabar información sobre el tema. Las empleadas han sido las siguientes: Pub Med, ScieLO, Google académico.

La opinión de diferente información seleccionada de las diferentes fuentes han sido: artículos redactados en español, incluyendo revisiones sistemáticas, trabajos de investigación, trabajos de fin de grado.Se ha incorporado imformación de hace años atrás. , sobre los diversos temas elegidos , usando los anteriores descriptores.

Las opiniones de exclusión fueron: artículos relacionados con otro rango de publicación o estudio y artículos duplicados o de contenido repetitivo.

Toda la información e investigación de dicho trabajo consta de 42 apartados..

Finalmente se seleccionaron 22 documentos de revistas indexadas, publicados entre el año 1998 y 2019, los cuales trataban sobre la enfermedad de Alzheimer, los cuidadores informales, los factores estresantes de los cuidadores informales y las ayudas actuales con las que cuentan.

La finalidad de este estudio es reconocer la situación actual de gente que esta al cargo del cuidado de estas personas con dolencias de enfermedad tipo Alzheimer por desempeño de su labor por medio de una revisión sistemática.

4 Resultados

Las investigaciones seleccionadas para este trabajo coinciden en que el mayor número de los cuidadores informales son familiares y que la opción de la legal-

ización de las personas mayores dependientes o el cuidado por gente especializada en salud es una causa minoritaria.

Además, se confirma que, dentro de los cuidadores informales, el género mayoritario, en España, es el femenino de mediana edad.
Un estudio realizado en el año 2004 asegura que, de formalizarse el papel del cuidador informal, generaría un equivalente a 977.000 empleos anuales a jornada completa.
Todas las investigaciones indexadas coinciden en que cuidar a una persona con Alzheimer tienen atenciones que a los cuidadores les resultan agotadoras tanto físico como mentalmente, la OMS define así unos factores estresantes que varían a medida que la enfermedad va avanzando. Estos factores pueden desencadenar en el ya conocido «síndrome del cuidador» y afectar negativamente a la salud del cuidador informal.
Se estima que los cuidadores de familiares con Alzheimer son más vulnerables a determinados problemas físicos, como malestar general, trastornos metabólicos o del sueño, haciendo que sean más propensos a la automedicación o a aumentar las visitas al médico.

Dentro de los problemas psicológicos destacan la depresión y la ansiedad, que tiene prevalencia en las mujeres incluso una vez fallecido el enfermo de Alzheimer.
El IMSERSO destaca ayudas y prestaciones que pueden solicitar los pacientes con Alzheimer, entre las que se encuentran: Programas preventivos y promotores de la salud, servicio teleasistentes, ayuda domiciliaria, centros diurnos y nocturnos y residencias, pero, la mayor parte de los pacientes con Alzheimer permanece en el entorno familiar. Se incluyen, además, ayudas dirigidas al cuidador informal, que, dependiendo de si es una dependencia total o parcial del paciente, recibirán una cantidad más elevada o más baja de valor económico

Algunas de las posibles fases del cuidador pueden ser las siguientes: diagnóstico, causas y posibles soluciones

-Peligro de fatiga física del rol de la persona encargada del cuidado : descanso , control en el riesgo, ejecución en el rol ;apoyo a la persona que se ocupa del enfermo , asistencia del hogar y apoyo moral
-Cansancio del rol de la persona encargada del cuidado: cambios en el estilo de vida de la persona encargada del cuidado , confort y felicidad del cuidador principal, conexión entre cuidador principal y el paciente; ayuda hacia la persona encargada del cuidado principal, potenciador en el rol.

-Capacidad de afrontar problemas : afrontamiento de problemas , niveles de extres, ;aumentar la capacidad de asumir problemas
-Nerviosismo: solución de conflictos , autocontrol del nerviosismo ; disminuir la ansiedad.
-Debilidad de la situación :cambio psicosocial (modificación del día a día), debilidad ante la enfermedad ; fuerza ante la debilidad.
-Información insuficiente: transcurso del problema de la salud, información exacta: metodo de terapia , información: recurso sanitario, información: regla de las terapia; formación de la sanidad, lección; evolución / cura, enseñanza: transcurso del problema sanitario a tratar.

Mediante este breve resumen se dan a conocer algunas de las fases sufridas por las que pueden pasar los cuidadores y sus posibles soluciones para determinar su ayuda.

5 Discusión-Conclusión

Tras finalizar el estudio sistemático se puede resumir que hay suficientes existencias para afirmar que ser cuidador informal de un familiar puede perjudicar la salud, aun teniendo ayudas y subvenciones que pretendan hacer mejor el dia a dia del cuidador y el enfermo.

Como evidencia también se muestra que, a pesar de los años, el género del cuidador informal sigue siendo principalmente el de la mujer, siendo casi siempre una familiar directa, y que ésta además es la más susceptible de padecer el "síndrome del cuidador".

Otra de las conclusiones más destacables es la excesiva carga laboral, apenas reconocida de cuidadores ,socialmente hoy en día, y poco remunerada, si se comparan las horas de atención, al paciente con Alzheimer, con una jornada laboral.

Se aconseja que se cuente cuanto antes con la ayuda y apoyo de cuidadores profesionales para evitar no dañarnos a nosotros mismos "cuidarse para poder cuidar".

Tanto la persona enferma como sus familiares tienen que trabajar para no sentirse solos y dejarse ayudar de los profesionales que solo buscan el bienestar de las personas dependientes y de sus propios familiares que son los encargados de su cuidado y el cuidado del hogar y el resto de los integrantes de la familia

6 Bibliografía

- Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R., & Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Atención Primaria, 33, 61-68.
- Asociación Española de Psicología Conductual. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado. (Vol. 4). Granada., España.
- BOE. (15 de Diciembre de 2006). Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Obtenido de Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990.
- BOE. (11 de Mayo de 2007). Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Obtenido de Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.
- Boletín de la Organización Mundial de la Salud. (2017). Apoyo a las familias para atender a personas con demencia. (Vol. 95). Obtenido de Organización Mundial de la Salud.
- Braña, F. (2004). Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia de los mayores en España. Estudios de economía aplicada, 22(3), 723-724.
- Crespo López, M., & López Martínez, J. (2007). El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar.
- Esandi Larramendi, N., & Canga Armayor, A. (2011). Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer. Scielo, 22(2), 56-61.
- Escudero, M., Salan, M., Pérez, A., González, E., Fernández, F., López, I., & Lþpez, M. (1999). Apoyo social de la población mayor de 74 años en el medio comunitario. Revista Multidisciplinar de Gerontología„ 9, 154-160.
- García Calvente, M., Mateo Rodríguez, I., & Maroto Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Scielo. Gaceta Sanitaria., 18(Supl. 2), 83-92.
- García Mateos, F. (2009). Dinámica Sociofamiliar y perfil del cuidador principal. . Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. IMSERSO.
- González Cabanach, R., Fernández Cervantes, R., González Doniz, L., & González Millán, P. (2007). La atención psicológica al cuidador. El estrés del cuidador. Psicoeduca.
- IMSERSO. (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid.
- IMSERSO. (2015). Instituto de Mayores y Servicios Sociales. . Obtenido de El SAAD.: https://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/

saad/saad/index.htm
- Isidro Carretero, V., Pérez Muñano, C., Sánchez-Valladares Jaramillo, V., & Balbás Repila, A. (2011). Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer. Madrid, España.: Fundación PricewaterhouseCoopers.
- Llach, B., Surinach, L., & Gamisans, R. (2004). alidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Elsevier, 170-177.
- López Gil, M. J.-C. (2019). The caregiver burden and its repercussions on quality of life and health. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2(7), 332-339.
- Mingote Adán, J. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. Formación Médica Continuada, 5(8), 493-508.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Barómetro Sanitario. Madrid.
- Monteverde, L. (2004). Discapacidades de las personas mayores en España: Prevalencia, duración e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración. Barcelona.
- Nomen Martin, L. (2006). Tratando el proceso del duelo y de morir. Ediciones Pirámide.
- Tena Rufo, C. (13 de Mayo de 2016). El estrés en los cuidadores informales de gente mayor. Trabajo Final de Grado en Psicología. Valencia., España.
- Promoción de la autonomia personal y atencion a las personas en situación de dependencia. Let 39/2006 de 14 diciembre , boletin oficial del estado numero 299(15-12-2006).
- Mezquita popó c, siles gonzalez j . el cuidador en el paleólitioco, error social de la mujer en los cuidados de supervivencia. visión desde la narrativa de j.m.
- Murdock GP. Social structure.nueva york:macmillan;1949.
- García martin-caro c , martinez martin ml.
- Felix aleman a, aguilar hrnandez r.mª, martinez aguilar mª de la L , avila alpirez h, vazquez galindo m , gutierrez sanchez g . bienestar del cuidador/ a familiar adulto mayor con dependencia funcional: una pespectiva de genero . cul cuid (edicion digital).
- Reques velasco p. el analisis demografico del envegecimiento: conceptos , tecnicas y métodos. garcía-calvente mm , mateo rodriguez I, maroto navarro g . el impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres . Gac sanit (revista en internet).

Capítulo 210

QUEMADURAS POR FRÍO PARA TCAE.

NATALIA ALEXANDRA LÓPEZ BLANCO

1 Introducción

Aunque la lesión por congelación haya logrado créditos históricos como resultado de una humanidad resuelta a que se extingan sus miembros entre sí por medio de la guerra, ha sido la práctica de los deportes relacionados con la montaña y sus distintas modalidades donde se ha encontrado la fuente actual de datos más importante. Al persistir la acción local del frío, la caída de la temperatura alcanza el punto de congelación, que para la piel es de - 0,530 C, para el tejido blando – 2º C, y para el hueso – 4º C; en este punto se mantiene y se considera ya instaurada la congelación.

2 Objetivos

- Dar a conocer al TCAE de información interesante a cerca de las quemaduras por frío.

3 Metodología

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

4 Resultados

Atendiendo a los grados de intensidad, según los diferentes autores, pasamos a detallar las características de cada uno de los diferentes grados:

Grado 1.
La palidez cérea y el eritema tras la descongelación son los aspectos más destacables y específicos de este primer grado; mientras la primera situación es producida por vasoconstricción periférica o isquemia transitoria, la segunda es debida a una reacción vasodilatadora por el recalentamiento de la región helada. Pueden aparecer hipoestesia, edema y cianosis muy moderadas.

Frente a esta situación nos encontramos ante el problema de averiguar qué evolución seguirá el cuadro, algo dificil de predecir hasta que no hayamos observado la respuesta al recalentamiento.

Grado II.
Cuando el primer estadio no se detiene nos encontramos con el segundo grado de congelación, caracterizado por mayor edematización, con flictenas serosas. La extravasación de plasma por la lesión endotelial, la liberación de sustancias vasoactivas y el éstasis son los responsables. Paralelamente a lo descrito, la cianosis, todavía muy moderada, comienza a hacerse patente.

Grado III.
Las flictenas son de pared gruesa y de contenido hemorrágico, la cianosis perdura intensa y se evidencia necrosis que puede afectar a diferentes planos. Aparecen escaras negras al secarse las lesiones, que se eliminan entre los días 14 al 21. Cuando se habla del cuarto grado suele contemplarse una situación de necrosis profunda que lleva a la amputación total de la zona, bien delimitada respecto a la sana por el denominado «surco de eliminación».

5 Discusión-Conclusión

El estudio de numerosos trabajos experimentales sobre la fisiopatología de las congelaciones hace referencia a la importancia de la lesión de los microvasos de la zona afectada por el frío, los cuales van a ser el origen de las lesiones posteriores que van a sufrir los afectados.

6 Bibliografía

- https://scielo.conicyt.cl
- https://www.medigraphic.com
- http://www.cfnavarra.es
- https://accessmedicina.mhmedical.com/

Capítulo 211

CONSEJOS Y PAUTAS QUE DEBEN LLEVARSE A CABO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

LETICIA RODRIGUEZ CORDERO

VICTORIA BLANCO FERNANDEZ

SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO

1 Introducción

En Europa, 129.000 niños, padecen Diabetes Mellitus tipo 1, diagnosticándose 20.000 casos al año y en España, según la Fundación para la Diabetes, 29.000 menores de 15 años poseen esta enfermedad, incrementándose a 1.100 nuevos casos cada año. A la importancia sanitaria que ello conlleva hay que sumarle la socioeconómica, pues entre un 4% y un 14% del gasto sanitario en los países.

Es evidente, que por los datos numéricos aportados sobre la prevalencia de esta enfermedad y la actualidad de los mismos, nos encontramos ante un problema de salud crónico de gran importancia que además comienza y de forma creciente, en la población infantil.

Impartir educación para la salud es función propia de los profesionales de enfermería. Educar para el autocuidado y autocontrol de la enfermedad es la base para una evolución favorable y exenta de complicaciones, ya que se trata de una

enfermedad que condiciona la calidad de vida del que la padece de forma considerable. Además, la educación facilita la aceptación y comprensión de los cambios a realizar por parte del enfermo para la implicación activa en su tratamiento.

Al estar al frente de una población infantojuvenil, ofrecer educación y que ésta sea captada y entendida de forma correcta se hace más complicado, debiendo por tanto ser una enseñanza adaptada al paciente y en consecuencia, dirigida también a los familiares o responsables, principalmente para controlar, ofrecer cuidados, y a su vez, participar en dicho proceso.

2 Objetivos

Objetivo Principal

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la educación diabetológica en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1.

Objetivos Secundarios

- Conocer la metodología y los puntos importantes de la educación diabetológica.

- Describir la efectividad de la educación diabetológica en la evolución y control de la enfermedad de los diferentes estudios realizados.

3 Metodología

La realización de este trabajo de revisión bibliográfica, se basó en la búsqueda sistemática de información para conocer el estado actual del tema a estudio.

Inicialmente se seleccionaron las fuentes de información, primarias y secundarias cumpliendo los requisitos de calidad contrastada, actualizadas y de rigor científico. Algunas de estas fuentes fueron libros, revistas científicas, bases de datos, guías clínicas y páginas web de entidades como la American Diabetes Association (ADA) y la Federación Internacional de Diabetes (FID).La revisión de artículos de revista tanto de enfermería, medicina como de otros campos sanitarios constituyeron la principal fuente de información. Como bases de datos bibliográficas consultadas, tanto nacionales como internacionales se utilizaron PubMed, Web Of Science, Cochrane Plus, Cuiden y Cuidatge (ambas son bases de datos específicas de enfermería), Medes y Medline. Además, se optó por el buscador Google Academic en algunas ocasiones para la búsqueda de artículos científicos.

Otro tipo de documentación que aportó suficiente información fueron las Guías Clínicas de diferentes comunidades e instituciones como la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo 1 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del gobierno vasco y el Atlas de la Diabetes de la FID, disponible en su página web.

Los artículos seleccionados para realizar la revisión bibliográfica fueron en su mayoría en español, aunque también se incluyeron varios en inglés, seleccionándose un rango de 10 años debido a la necesidad de ampliar el número de documentación, no obstante, siempre optando por los más actuales

La revisión de artículos de revista tanto de enfermería, medicina como de otros campos sanitarios constituyeron la principal fuente de información. Como bases de datos bibliográficas consultadas, tanto nacionales como internacionales se utilizaron PubMed, Web Of Science, Cochrane Plus, Cuiden y Cuidatge (ambas son bases de datos específicas de enfermería), Medes y Medline. Además, se optó por el buscador Google Academic en algunas ocasiones para la búsqueda de artículos científicos.

Otro tipo de documentación que aportó suficiente información fueron las Guías Clínicas de diferentes comunidades e instituciones como la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo 1 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del gobierno vasco y el Atlas de la Diabetes de la FID, disponible en su página web.

Los artículos seleccionados para realizar la revisión bibliográfica fueron en su mayoría en español, aunque también se incluyeron varios en inglés, seleccionándose un rango de 10 años debido a la necesidad de ampliar el número de documentación, no obstante, siempre optando por los más actuales.

4 Resultados

CARACTERÍSTICAS Y DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO I

La Diabetes Mellitus tipo 1 es una enfermedad multifactorial causada por la destrucción de las células beta pancreáticas por parte del sistema inmunitario, convirtiéndose en una enfermedad crónica. Presenta una tendencia familiar pero no con un tipo específico de herencia. También se cree que un proceso inflamatorio debido a una infección viral puede desencadenar la creación de anticuerpos frente a las células de los islotes de Langerhans. Algunos factores ambientales

(enterovirus y toxinas) condicionan la destrucción autoimune de las células pancreáticas, como puede ser la rubeola, y tóxicos como nitrosaminas o asparginasa. La exposición temprana a la leche de vaca también se ha relacionado como desencadenante en los niños predispuestos genéticamente. La insulinitis o afectación del páncreas de origen vírico, provoca la infiltración por macrófagos y linfocitos T activados que lesionan los islotes de Langerhans en los niños predispuestos.

La destrucción de las células de los islotes de Langerhans disminuye la secreción de insulina empezando a manifestarse cuando dicha secreción queda reducida al 20%, provocando un aumento de glucosa en sangre (hiperglucemia) y una disminución de la glucosa intracelular. Al superar el umbral renal de glucosa (180 mg/dl) se produce la acumulación anormal de ésta en orina (glucosuria), lo que provoca un aumento de excreción de líquidos debido a la presión osmótica que genera la presencia de glucosa en las nefronas (poliuria) y el organismo incrementará las necesidades de líquidos para intentar recuperar esa pérdida de agua y disminuir la osmolaridad (polidipsia). A su vez, la incapacidad de utilización de glucosa como energía lleva al organismo a utilizar sus reservas proteicas y grasas, en el metabolismo de estas últimas se producirán cuerpos cetónicos cuya acumulación dará lugar a una complicación aguda conocida como cetoacidosis diabética, este estado catabólico unido al déficit de glucosa en las células hace que el paciente coma más para saciarse pero perdiendo peso al tener que utilizar sus reservas (polifagia).

Otros síntomas son la eneuresis nocturna, letargia, debilitamientomuscular, fatiga, cefalea, dolor de estómago… de inicio insidioso y gradual.Según la American Diabetes Association (ADA), esta enfermedad se diagnostica en base a las manifestaciones clínicas y síntomas mencionados anteriormente junto con la medición de los niveles plasmáticos de glucosa:

- Hemoglobina glicosilada (HbA1c): heteroproteína formada a partir de la unión de la glucosa en sangre con la hemoglobina que se encuentra en los glóbulos rojos. El análisis de ésta permite realizar una medición del promedio de glucosa en sangre de las 24h en los últimos 2 o 3 meses. Cuando HbA1c ≥ 6.5% se diagnostica diabetes y una vez instaurada la enfermedad, la ADA considera como valor ideal el 7%, también puede expresarse mediante una unidad similar denominada eAG en mg/dl, en este caso la cifra ideal sería de 154 mg/dl.

- Glucosa plasmática en ayunas: a primera hora de la mañana y en ayunas (8h sin ingerir alimentos), se mide la glucemia plasmática, si su valor ≥126 mg/dl se diagnostica diabetes.

- Prueba de tolerancia de glucosa oral: examen que mide el nivel de glucosa en sangre antes y después de tomar una solución de glucosa por vía oral, diagnosticándose diabetes si la glucemia es ≥ 200mg/dl a las 2 horas posteriores a la toma.

- Prueba aleatoria de glucosa plasmática: medida de la glucosa en sangre en cualquier momento del día cuando aparecen síntomas de diabetes. Si la glucemia es ≥ 200 mg/dl, se diagnostica diabetes.

2. COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO I

COMPLICACIONES AGUDAS v Hipoglucemia

Se habla de hipoglucemia en el paciente diabético cuando las cifras de glucemia están por debajo de 70 mg/dl. Los niños tienen mayor riesgo de sufrir hipoglucemias en el debut de la enfermedad hasta controlarla adecuadamente, debido a la rapidez de crecimiento, los hábitos alimenticios, ejercicio físico, errores en la administración de insulina, en el control glucémico, por la noche, etc.

Las manifestaciones clínicas pueden ser expresadas por: palidez, temblor, sudoración fría, desorientación, irritabilidad, hambre, cefalea, mareo, visión doble o borrosa, taquicardia, entre otras. Pudiendo llegar, en su forma más grave a la pérdida de conciencia, convulsiones y muerte.

Cuando la hipoglucemia llega a ser tan grave que afecta al nivel de conciencia, se debe administrar glucagón por vía intramuscular o subcutánea, y una vez recuperada la conciencia, como esta hormona tiene un efecto temporal se pasará a la administración de carbohidratos vía oral. v Cetoacidosis diabética

La cetoacidosis diabética (CAD), es una complicación muy grave que puede llegar a provocar la muerte del paciente. Suele aparecer en el 20-40 % de los niños que debutan con diabetes tipo 1 y es el principal motivo de hospitalización.

Sus signos característicos son: poliuria, polidipsia, polifagia con pérdida de peso, signos de deshidratación, nauseas, vómitos, taquicardia, respiración de Kussmaul, hipotensión y alteración del nivel de conciencia pudiendo llegar a shock, arritmias, alteraciones electrolíticas graves e incluso la muerte si no se trata.

Ciertos estudios demuestran que niveles de hemoglobina glicosilada alta aumentan el riesgo de sufrir esta complicación. Un estudio transversal realizado en Arabia Saudí por Ayman y col. encontró diferencias significativas entre los pacientes

con una HbA1c < 9% y los que la tenían superior al 9%, siendo más frecuentes los episodios de CAD en estos últimos.

COMPLICACIONES CRÓNICAS

Las principales complicaciones crónicas que aparecen en los diabéticos tipo 1 y causantes de la morbimortalidad de los mismos son de origen macrovascular, como las enfermedades cardiovasculares coronarias, cerebrales y arteriopatías periféricas, aunque predominan las de origen microvascular, debido a que la hiperglucemia afecta a los vasos sanguíneos de ojos, riñones y nervios provocando:

- Nefropatía, albuminuria, hipertensión arterial, insuficiencia renal

- Retinopatía, cataratas, glaucoma y ceguera.

- Neuropatía periférica o autonómica

Ahora bien, una correcta educación sanitaria destinada al aprendizaje del paciente sobre su enfermedad y a los cambios hacia un estilo de vida saludable previenen estas complicaciones, pues así lo demuestra un estudio transversal realizado por profesionales de enfermería tras la intervención de un programa de educación terapéutica durante un año, en el que observaron que la hemoglobina glicosilada de los pacientes disminuyó significativamente su valor de 8% a 7% reduciéndose así en un 17-21% el riesgo de retinopatía y un 24-33% el riesgo de nefropatía, cuando el valor de la misma bajó de 8% a 9% el riesgo cardiovascular disminuyó en un 35 %.

Todas las complicaciones, tanto agudas como crónicas y el mal control glucémico se asocia además a la edad, a la transición de la atención sanitaria pediátrica a la atención de adultos, por lo que los adultos jóvenes requieren más apoyo para afrontar los cambios que se producen a esta edad tanto en los comportamientos relacionados con la salud como enla maduración física y relaciones sociale. Además, se demostró una deficiencia en la adquisición de conocimientos tras la realización de un estudio transversal que utilizando como instrumento de evaluación la Escala de Conocimientos en Diabetes (ECODI) concluyó en la necesidad de insistir en temas como el autocuidado (alimentación, ejercicio y estilo de vida) y en aspectos prácticos y técnicos como la administración de insulina.

Para eliminar este déficit de conocimientos sobre la diabetes que puede llegar a ser causante de la aparición de complicaciones, es esencial la educación dia-

betológica, siendo los profesionales de enfermería encargados de impartirla y de que ésta sea de calidad, por lo que es necesario que el educador conozca la metodología y las bases de la educación diabetológica.

3. EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

La educación diabetológica consiste en implicar al paciente en la adquisición de conocimientos, técnicas y habilidades para modificar hábitos y actitudes, con el fin de mejorar el control metabólico, la calidad de vida y prevenir complicaciones agudas y sobre todo crónicas. Todo esto se consigue mediante la aplicación de un programa educativo estructurado, realizado por educadores capacitados, con unos objetivos alcanzables por parte del paciente y/o familiares, con estrategias para facilitar el aprendizaje y además, continuado, evaluado y modificado en el tiempo con el fin de asegurar la calidad.

Para planificar la intervención educativa con el paciente y familiares, primero se deben analizar sus necesidades teniendo en cuenta los siguientes factores:

· Capacidad de aprendizaje y disposición para aprender: la edad, el nivel escolar y sociocultural del enfermo y los cuidadores, el conocimiento existente… Las fases de este proceso de aprendizaje se pueden dividir en:

1. Inmediata: adquisición de conocimientos.

2. Intermedia: desarrollo de aptitudes y actitudes con el fin de un cambio de comportamiento.

3. Post-intermedia: mejora clínica y metabólica.

4. A largo plazo: mejora del estado de salud y calidad de vida debido a la prevención o reducción de complicaciones crónicas.

· Estado emocional: aparición de la enfermedad, sentimientos de culpa, creencias sobre la diabetes, temores…

· Situación familiar: existencia de responsables de los cuidados del paciente, relaciones interfamiliares, apoyo…

· Entorno social: hábitos, costumbres, estatus social…

· Actividad: realización de deporte, quien prepara la comida al paciente, sus aficiones…

A continuación se plantean los objetivos que se quieren conseguir con la educación diabetológica. El objetivo principal será la formación del portador de la diabetes y/o cuidadores para tomar decisiones efectivas en el autocuidado, con el fin de mantener los niveles de glucemia dentro de la normalidad, evitar hipoglucemias y otras complicaciones, favorecer el desarrollo físico y psicológico del paciente, la integración en su entorno y participación activa. Los objetivos específicos serán los que de forma realista pueda conseguir el paciente y la familia, según las necesidades y los factores que influyen, citados anteriormente.

Para la consecución de los objetivos, se realizará un programa formado por los temas básicos en la educación diabetológica, comenzando por una introducción centrada en la explicación de concepto y fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 1 y continuando con todos los aspectos que contempla esta enfermedad; siendo todos ellos los pilares básicos de los programas de educación para la salud y puntos clave en el tratamiento de la diabetes, ya que los cambios en alguno de ellos producen modificaciones en los demás:

3.1. Tratamiento con Insulina

El tratamiento principal de esta enfermedad se basa especialmente en la administración de insulina, siendo imprescindible una educación diabetológica debido a la dificultad que supone la administración del tratamiento, el control de la glucosa en sangre, la alimentación, la prevención de complicaciones, la actuación ante ellas y sobre todo, la adaptación a una nueva situación que modifica de forma permanente el estilo y calidad de vida del paciente y los familiares. A todo esto se debe sumar la edad de los pacientes y los cambios físicos, psicológicos y sociales que acompañan a su desarrollo, modificando las capacidades y necesidades del enfermo.
La administración se realiza mediante inyecciones subcutáneas, por lo que deberá ser controlada la glucemia capilar varias veces al día y a media noche, controlando la cantidad de hidratos de carbono que se consuman, e incluir el ejercicio en la rutina diaria, anticipándolo a la administración de insulina. Se necesita una continuidad de controles glucémicos para el ajuste de la dosis siendo este ajuste más complicado en niños por el crecimiento y cambios hormonales. También es en este momento cuando aparece la conocida fase de "Luna de miel" en la que el páncreas se recupera temporalmente y disminuye la cantidad de insulina a administrar durante unos meses.

Otra opción para su administración es la infusión continua subcutánea de insulina (ICSI) mediante una bomba conectada al paciente a través de un catéter

subcutáneo. Su uso es cada vez más frecuente ya que consigue nivelesplasmáticos normales de insulina simulando un páncreas sano.

En este punto, algunos de los objetivos de la educación son:

· Conocer el concepto de insulina, los tipos, el modo de actuación y el tiempo de duración.

· Saber cuáles son las zonas de punción (cambiando diariamente la zona para evitar atrofia de la grasa, explicando que la absorción es diferente en unas zonas y otras).

· Aprender a realizar la técnica de administración en los diferentes sistemas que se pueden encontrar (bolígrafos, jeringas y bombas de infusión continua).

· Relacionar las pautas del tratamiento con el control glucémico, la alimentación y la actividad física.

· Describir los factores que modifican la acción de la insulina adelantándola o atrasándola como el calor o frio en la zona de punción, la profundidad de la punción, etc.

3.2. Autocontrol

Se considera una herramienta educativa imprescindible para el ajuste del plan terapéutico.

Los controles de glucosa en sangre son la forma más utilizada y exacta de que el paciente controle su enfermedad. En base al resultado medido en mg/dl el paciente actuará administrando insulina, realizando ejercicio físico o modificando su alimentación, siempre con el fin de evitar las complicaciones, siendo la más frecuente la hipoglucemia.

La educación se centra en enseñar al paciente y cuidadores a:

· Realización de la técnica de punción y uso e interpretación del glucómetro; al ser prácticamente sencillo puede ser realizada desde edades tempranas, además es aconsejable para promocionar la autonomía del paciente diabético. El fin de este autocontrol es saber actuar en consecuencia a los valores de glucemia capilar.

· Cuándo realizar el control glucémico: en ayunas, antes y después de las comidas, al acostarse, entre la noche…el número de controles varía según la estabilidad glucémica de cada paciente. Para conocer la evolución de la misma es aconse-

jable, sobre todo en el debut, realizar un perfil glucémico basado en un diario que completa el paciente con los valores de glucemia de todos los días.

· Control de cuerpos cetónicos: es determinante para la prevención de cetoacidosis, sobre todo en niños. Se pueden medir en orina (cetonuria) mediante tiras reactivas o en sangre capilar (cetonemia) de la misma forma que se realiza la medición de glucemia.

3.3. Alimentación

La alimentación es un factor controlable que influye directamente en la cantidad de glucosa en la sangre. El equipo de enfermería tiene una gran labor educativa dentro de este punto, ya que supone un desafío por la dificultad de los pacientes en el cumplimiento del plan nutricional, de ahí la necesidad de la enseñanza basada en una alimentación saludable y controlada, implementando nuevas estrategias y métodos participativos con el fin de estimular la adquisición de conocimientos, insistiendo en:

· Tipos de alimentos y cantidad de nutrientes que poseen, lectura de etiquetas para conocer la composición de los mismos, prestando especial atención a los carbohidratos simples y complejos, y su índice glucémico.

· Calcular y repartir las calorías de hidratos de carbono (50-60%), proteínas (10-15%) y grasas (30-35%), incluyendo además el aporte de fibra, vitaminas y minerales.

· Transformación a raciones de los alimentos con más del 5% de carbohidratos, 1 ración equivale a 10 gramos de hidratos de carbono.

· Controlar la ratio de insulina/ración de hidratos de carbono: unidades de insulina que se necesitan para metabolizar cada ración de hidratos de carbono.

Los objetivos que debe conseguir el educador sobre el paciente en cuanto a este tema son:

- Conseguir un equilibrio nutricional correcto

- Evitar hipoglucemia e hiperglucemia

- Mantener la dimensión sociocultural, educativa y placentera de la comida

- Corregir los errores dietéticos

3.4. Ejercicio físico

La realización de forma regular de ejercicio físico mejora el control glucémico y las necesidades de insulina, al producirse un aumento del consumo glucosa por parte del músculo y disminuir ésta en sangre.

Algunas de las recomendaciones sobre el ejercicio físico son:

· Realización de actividades aeróbicas, de intensidad moderada o baja en periodos de tiempo prolongados para que la glucemia disminuya (al menos 30 minutos de ejercicios como correr, nadar, patinar, montar en bicicleta, fútbol, tenis…).

· Controlar siempre el azúcar en sangre antes de realizar actividades físicas por el hecho de que aumenta el riesgo de hipoglucemia, siendo posible evitarlo con la administración de una comida extra y teniendo siempre al alcance un alimento con hidratos de carbono de absorción rápida.

· El ejercicio está contraindicado cuando las glucemias superan los 250 mg/dl. Se debe controlar la intensidad y el tiempo para poder hacer modificaciones ajustándose a la variación de los niveles de azúcar en sangre.

Después de la aplicación de un programa de educación diabetológica, se debe realizar una evaluación del mismo, para comprobar su eficacia y poder mejorar en aquello que sea necesario. Los ítems que propone la AADE (American Association of Diabetes Education) para la evaluación de la eficacia de un programa de educación una vez impartido a los pacientes son:

· Práctica de actividad física regular

· Cambios en los hábitos alimentarios

· Buena adaptación psicosocial

· Adherencia al tratamiento

· Reducción de las complicaciones crónicas (mejora del control glucémico)

· Capacidad del individuo para autocorregir correctamente las hipo e hiperglucemias

A la hora de plantear los programas de educación para la salud surgen conflictos para determinar si el momento de impartirlo sería al inicio de la enfermedad cuando el paciente debuta y permanece hospitalizado, o a partir del alta médica

fuera del entorno hospitalario, ya que se considera que los pacientes hospitalizados no retienen bien la información ni habilidades debido al impacto de la noticia o a que el personal de enfermería del hospital no siempre está capacitado para educar, entre otras razones.

Sin embargo, la American Diabetes Association propone iniciar la educación diabetológica en pacientes recién diagnosticados, siendo necesaria posteriormente de forma ambulatoria, pero garantizando que el paciente y/o familiares a su alta se vayan con unos conocimientos e instrucciones mínimas para el control de su enfermedad, evitando así episodios de hospitalización posteriores. Esta terapia educativa intrahospitalaria es denominada "Educación a la supervivencia".

Todos los estudios mencionan la necesidad de una educación continuada, por lo que tras el diagnóstico de la enfermedad y esta educación de supervivencia hay que seguir formando al paciente con un programa educativo estructurado, realizado por un equipo multidisciplinar (a ser posible formado por médicos endocrinológicos, enfermeras educadoras, nutricionistas, logos y asistentes sociales).

Los estudios sobre educación para la salud en diabéticos tipo1 poseen como objetivo general evaluar la efectividad de las terapias educativas que se imparten y como objetivos específicos la adquisición de conocimientos para el autocontrol y autocuidado, la disminución de las complicaciones agudas y crónicas, la reducción del número de visitas a urgencias y estancia hospitalaria relacionada con la enfermedad, además del mantenimiento ideal de los niveles de hemoglobina glicosilada.

De hecho, diferentes estudios científicos realizados correlacionan la efectividad de los programas educativos con los niveles de HbA1c. Está demostrado que este parámetro es un buen índice para el control metabólico a lo largo del tiempo, ya que su valor refleja el correcto funcionamiento del plan terapéutico seguido por el paciente. Un ejemplo de ello es un estudio cuasiexperimental realizado sobre pacientes y familias en la consulta de enfermería de Atención Primaria por Moreno Ortega y col. En él se evaluaron los conocimientos con la realización de un test previo y posterior a las sesiones de educación diabetológica. También se realizaron análisis sanguíneos antes y después para obtener el valor de hemoglobina glicosilada. Los resultados fueron un aumento de los conocimientos sobre su enfermedad y una disminución de los valores de HbA1c en el 78% de los pacientes

.

La evidencia científica revela como la enseñanza sobre los temas esenciales que conforman la educación diabetológica suscita a que lo aprendido se lleve a cabo de forma correcta dando lugar a una buena evolución de la enfermedad manifestada por unos niveles ideales de hemoglobina glicosilada y por una disminución de las complicaciones.

No sólo se evalúa la eficacia de una intervención educativa por los niveles de HbA1c, sino que también se pueden utilizar otros métodos y asociar los resultados. Muestra de ello son las encuestas para valorar el control de la diabetes mediante la alimentación como la Nutrition Knowledge Survey (NKS) que se basa en asociar las puntuaciones con los niveles de HbA1c y la calidad de la dieta, y el cuestionario PedCarbQuiz (PCQ) diseñado para evaluar el ajuste de dosis de insulina según la ingesta de hidratos de carbono y el nivel de glucosa en sangre. En ambos, las puntuaciones más altas indican un mayor grado de conocimientos acerca de los carbohidratos y la dosificación de insulina.

A su vez, esta relación entre hidratos de carbono y dosis de insulina también forma parte de un programa estructurado de aprendizaje denominado DAFNE (Dosis Adjustment for Normal Eating), que se centra en una educación grupal cuyos temas principales son el ajuste y conteo de hidratos de carbono, el manejo de la hipoglucemia y la enfermedad. Fue llevado a cabo en varios lugares, uno de ellos en Irlanda, donde fue aplicado de forma ambulatoria por enfermeras especialistas en diabetes junto a otros profesionales de la salud, indicando los resultados a largo plazo un cambio positivo de los niveles de HbA1c y una disminución del riesgo de hipoglucemia severa, además de una mejora de la calidad de vida del paciente.

Por otra parte, el ejercicio físico, principalmente el de tipo aeróbico, es otro pilar básico de la educación diabetológica. La diferencia entre el ejercicio aeróbico y anaeróbico sobre los niveles de glucosa radica en la posibilidad de que este último, pueda provocar un aumento de glucosa por la liberación de noradrenalina y adrenalina en sangre que genera, induciendo al hígado a liberar glucosa más rápido de lo normal, seguido de una posible hipoglucemia al finalizar el ejercicio, en cambio la actividad aeróbica disminuye la glucemia tras realizar el ejercicio y durante el mismo.

Como referencia, un estudio de revisión bibliográfica de artículos de 9 países diferentes en los que se sometió a los pacientes a la realización de ejercicios

aeróbicos, anaeróbicos y combinados durante 12 meses, demostró un mejora significativa en los niveles de HbA1c en aquellos que realizaron ejercicio aeróbico, al contrario de los que realizaron ejercicio anaeróbico, pues aumentaban a las 12 semanas, y no siendo muy claros los resultados de los que realizaron ejercicios combinados pues en varios mejoraban estos niveles pero no hubo cambios en otros tantos pacientes. Estos resultados son reafirmados por un análisis transversal realizado en Alemania y Austria, aunque en este caso también se determinó el riesgo de hipoglucemia que conlleva la realización de ejercicio aeróbico, desencadenado por una mala relación del mismo con el autocontrol de la glucemia, dosificación de insulina e ingesta de hidratos de carbono, considerando necesario educar al paciente con estrategias de manejo de estos aspectos.

Cabe destacar que para lograr una buena adherencia al plan terapéutico, es también fundamental la colaboración entre el paciente, la familia y el equipo multidisciplinar, sobre todo si hablamos de niños o jóvenes. La participación de los padres en el manejo de la enfermedad está asociada con un buen control glucémico, debido a la efectividad de las intervenciones que incluyen a la familia.

En un ensayo aleatorizado se evaluó la diferencia entre los programas educativos que incorporaron a la familia y en los que no, siendo medida la participación de los padres en la gestión de la diabetes mediante el cuestionario DFRQ (Diabetes Family Responsability Questionnaire), demostrando ser un factor de protección y promoción en la adhesión al tratamiento y al control glucémico.

A pesar de estos buenos resultados, no siempre los padres o responsables están capacitados para hacer frente a esta enfermedad, cuyo tratamiento es complejo por la influencia y correlación de los diferentes factores previamente explicados. Por este motivo, también hay estudios que analizan la alfabetización de los padres respecto a las habilidades en lectura y aritmética junto al control de la glucemia. De hecho, hay dos buenos estudios transversales donde se determina la relación entre las habilidades descritas. Como instrumento de medida se utiliza la escala TOFHLA (Test of Functional Health Literacy Assessment, Alfabetización Funcional en Adultos) para evaluar el nivel de conocimiento en comprensión lectora y aritmética relacionándolo con la salud del paciente. De los resultados de estos estudios se dedujo la relación que tiene la capacidad intelectual de los padres en campos como la aritmética (cálculo, habilidades numéricas…) con una buena gestión de la enfermedad, obteniendo así mejoras en el control glucémico y en los niveles de HbA1c.

5. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La eficacia comprobada que posee la educación para la salud hace de ésta una de las partes más relevantes en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 debiéndose promocionar y promover su realización ya que hoy en día se dispone de gran cantidad de estudios sobre la educación diabetológica destinada a personas con diabetes mellitus tipo 2, pero no tantos sobre la dirigida a los pacientes infantojuveniles con la tipo 1 considerándose necesario profundizar en este aspecto para garantizar a estos enfermos una educación de calidad en la que se aborden unos temas estandarizados aunque modificándose según las necesidades de cada paciente.

Después de la adquisición de una base educativa establecida, un programa de educación debe ser mantenido de forma longitudinal, proporcionado por un equipo de profesionales de salud, entre los que la enfermería desempeña una gran labor educativa ya sea desde Atención Primaria o desde una consulta de enfermería especializada en diabetes. De esta forma se asegura el cumplimiento de los planes de nutrición, ejercicio, construcción de un perfil glucémico, etc. A pesar de esto, son pocos los estudios que demuestran la continuidad en el tiempo y el refuerzo de los conocimientos adquiridos en programas de educación para la salud, por lo que un aspecto a mejorar sería garantizar esta continuidad actuando desde Atención Primaria.

Iniciándose la búsqueda bibliográfica con el objetivo de encontrar estudios sobre la educación en el debut diabético pediátrico se comprobó que la mayoría de éstos se realizan en un periodo de tiempo una vez establecidala enfermedad, aplicar los programas de educación en el momento del debut y comprobar su eficacia es algo que se puede realizar en un futuro y así asegurar el momento ideal para iniciar la educación.

Puesto que la mayoría de los estudios sobre la efectividad de la educación diabetológica están realizados fuera de España, sería conveniente promover y realizar investigación en esta línea para conocer la realidad en nuestro país y poder comparar los resultados con los obtenidos en otros.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad de elevada prevalencia sobre la que los profesionales de enfermería pueden actuar a partir de la educación sanitaria para el mejor control de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

· Está demostrado por diferentes estudios que la hemoglobina glicosilada, valor de referencia para conocer el mantenimiento y control de la enfermedad, disminuye tras las intervenciones de una correcta educación diabetológica y con ello las complicaciones de la enfermedad.

· Los pilares básicos del tratamiento de la diabetes sobre los que se debe incidir con la educación diabetológica son: administración de insulina, autocontrol glucémico, alimentación y ejercicio físico.

· Los programas de educación deben ser individualizados, estructurados, continuados, evaluados y modificados en el tiempo, además de poseer unos objetivos realistas adaptados a las necesidades de los pacientes.

· La implicación del paciente y los familiares o responsables en la terapia educativa es necesaria para conseguir un cambio en la obtención de conocimientos, el aprendizaje de técnicas y los cambios en los hábitos de vida.

· Este trabajo puede servir como base inicial para la creación de un proyecto de educación para la salud en pacientes diabéticos tipo 1, ya que además de proporcionar información sobre esta enfermedad, da las pautas básicas para la creación de un programa educativo basándose en la eficacia comprobada de los mismos.

6 Bibliografía

- Lange K, Swift P, Pankowska E, Danne T. Diabetes education in children and adolescents. 2014.
- ISPAD Clinical Consensus Guidelines 2014 Compendium.
- Chillarón JJ, Sales MP, Segarra E, Castells I, Benaiges D, Flores Le- Roux JA, et al. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus tipo 1.
- Análisis de una cohorte de 291 pacientes con un tiempo medio de evolución de 15 años. Revista Clínica Española. 2012 Julio.
- Moreno Ortega JA, Chanca Franco MdC, Martín Rendon MdC.
- Educación para la salud en diabéticos juveniles. Paraninfo digital.
-Monográficos de investigación en salud. 2014.
- S. Lotstein D, Seid M, Klingensmith G, Case D, M. Lawrence J, Pihoker C, et al. Transition From Pediatric to Adult Care for Youth Diagnosed With Type 1 Diabetes in Adolescence. Pediatrics. 2013 Marzo; 131(4).

Capítulo 212

DIETA EN LA TERCERA EDAD

LETICIA RODRIGUEZ CORDERO

VICTORIA BLANCO FERNANDEZ

SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO

1 Introducción

Los factores de mayor incidencia letal en las personas de edad media y avanzada son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades del aparato respiratorio, los suicidios y los accidentes, secundarios en muchas ocasiones a procesos como la osteoporosis y la depresión. Otras enfermedades, como la artritis, la enfermedad de Parkinson o la enfermedad de Alzheimer, si bien no constituyen causas frecuentes de defunción, sí repercuten notablemente en la calidad de vida y son motivo de incapacidad grave en quienes la padecen.

Los procesos fisiológicos vinculados al envejecimiento se inician teóricamente desde el momento de la concepción. Se puede considerar que la vejez comienza cuando se han producido el 60% de las modificaciones fisiológicas atribuibles a la edad.

Entre estas modificaciones se incluyen:
- La disminución de la masa celular activa.
- La tasa de metabolismo basal (TMB).
- El agua corporal total.
- El consumo de oxígeno.
- La disminución de la función renal.

- La diminución de la masa ósea.
- Una menor actividad enzimática y hormonal.
- Una menor funcionalidad de la respuesta inmune.

2 Objetivos

- Describir las características que debe cumplir la dieta de una persona de edad avanzada para cubrir sus requerimientos nutricionales.
- Enumerar una serie de pautas destinadas a conseguir unos hábitos de vida saludables en las personas de la tercera edad.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos: Elsevier, Dialnet y Cuiden utilizando como descriptores las palabras clave: dieta, tercera edad, anciano, alimentación equilibrada, cuidados nutricionales. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 20 años tanto en castellano como en inglés. De los 65 estudios encontrados, finalmente se seleccionaron 4 para la realización de la presente revisión bibliográfica puesto que eran los únicos que cumplían los criterios de inclusión prefijados (artículos publicados en los últimos 20 años, en idioma castellano o inglés, disponibles en texto completo, directamente relacionados con la temática en estudio).

4 Resultados

CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA

Se propone una dieta básica universal para ancianos a partir de una alimentación prudente y saludable. Esta orientación debe servir como marco alimentario normal para todas las personas de edad avanzada que no requieran modificación estricta en su dieta.

Las dietas terapéuticas se estructurarán a partir de la dieta básica, siguiendo el mismo perfil que las prescripciones señaladas para la población adulta.

APORTE ENERGÉTICO

La ración calórica debe estar en consonancia con el grado de actividad física y, en todo caso, debe tender al mantenimiento del peso deseable. Como pauta general,

se aconsejan dietas de 2.100 Kcal/día para hombres ancianos, y de 1.750 Kcal/día para mujeres, tomando como referencia tipo una persona de 70 años con un peso medio de 60 Kg y una actividad física moderada.

APORTE DE PROTEÍNAS

La ración proteica deberá cubrir suficientemente los aportes recomendados; la cantidad estará en armonía con la función renal, motivo por el cual en todo momento debe mantenerse un equilibrio en el balance nitrogenado.

Las necesidades proteicas estarán cubiertas aproximadamente según el siguiente esquema:

- Un 60% por proteínas de origen animal, preferentemente carnes magras a la plancha, pescados cocidos o al vapor y una cantidad máxima de tres o cuatro huevos a la semana, casi siempre cocidos o pasados por agua.

- Un 40% lo aportarán proteínas de origen vegetal, combinando legumbres y verduras, soja o legumbres y cereales, para de este modo completar el aporte tasa de aminoácidos esenciales.

APORTE LIPÍDICO

La ración lipídica debe reducirse considerablemente, resultado de un 30 a un 35% de la ración energética total. Se procurará aportar un 8% en forma de ácidos grasos saturados (origen animal), un 14% monoinsaturados (aceite de oliva) y un 8% de poliinsaturados (pescados, aceite de semillas y nueces). Se evitará en lo posible el uso excesivo de frituras y salsas con aporte graso.

APORTE DE HIDRATOS DE CARBONO

Representarán del 55 al 60% del aporte calórico diario, con predominio de los hidratos de carbono complejos de bajo índice glucémico. Es aconsejable disminuir el consumo de azúcar refinado hasta un máximo de un 5% de la ración energética. Es recomendable el consumo de pan, preferiblemente pan tostado, alterando con la utilización de panes integrales ricos en fibra.

APORTE DE VITAMINAS Y MINERALES

Con objeto de cubrir los requerimientos en vitaminas y minerales para este grupo de edad, se aconseja aportar diariamente diversas raciones de los siguientes grupos de alimentos:Derivados lácteos: Es conveniente consumir entre dos y cuatro

raciones diarias de alimentos de este grupo para asegurar la cobertura de los requerimientos de calcio. Parece más idóneo el consumo de yogures naturales solos o acompañados de fruta natural troceada o triturada. La leche se consumirá semidescremada de buena calidad y, preferentemente, enriquecida en vitaminas liposolubles. En casos especiales podrá recomendarse la leche descremada o sucedáneos a base de almendra, arroz, avena, soja o una mezcla de varias.

- Verduras y Hortalizas: Este grupo de alimentos debe estar presente en una cantidad mínima de dos o tres raciones al día. Las ensaladas se prepararán troceando sus componentes en tiras finas. En caso de que no sea posible, pueden suministrarse ensaladas crudas en zumo fresco colado. Las verduras se cocinarán preferentemente al vapor y se suministrarán en purés o cremas como platos únicos o acompañando a otro tipo de alimentos.

- Frutas: Las frutas se consumirán maduras, bien lavadas y preferentemente peladas. De este grupo es necesario aportar tres o más raciones al día en papillas, zumos, macedonia o como fruta entera troceada.

DISTRIBUCIÓN DE LA RACIÓN ENERGÉTICA

Es conveniente fraccionar la ingesta diaria en pequeñas tomas frecuentes, de tal manera que su distribución se ajuste al siguiente esquema:

- Desayuno: fruta + lácteos + cereales (20-25%)

- Comida: plato energético + proteico + regulador (30-35%)

- Merienda: lácteos + fruta + cereales (15-20%)

- Cena: estructura similar a la comida principal + lácteos (25%)

- Colación: algunos casos precisan una mayor distribución de la ingesta diaria, con un fraccionamiento más amplio (5-6 raciones) con menor cantidad física cada una de ellas (diabéticos, cuadros digestivos, anorexia, etc).

REALIZACIÓN DE LA DIETA

Teniendo en cuenta las características de este grupo poblacional y las consideraciones ya mencionadas, las orientaciones dietéticas podrían formularse de la siguiente manera:

- Carnes: Es preferible el consumo de carnes magras tres o cuatro veces por semana, en preparaciones culinarias que faciliten su consumo y masticación: albóndi-

gas, filete ruso, tiras de pechuga de pollo, croquetas de carne, etc.

- Pescados: Los pescados deben alternarse con las carnes tres o cuatro veces por semana. Son preferibles las preparaciones al vapor, cocidos o a la plancha. En este colectivo hay que ser cuidadosos en el aporte de pescados sin espinas.

- Huevos: Parece apropiado limitar el consumo excesivo de yema de huevo. En general, el consumo de huevos completos deberá limitarse a tres por semana, aunque la utilización de claras de huevo puede ser más permisiva. Las preparaciones culinarias de elección serán los huevos cocidos, al plato o en tortilla.

- Lácteos: Se recomiendan dos o tres raciones de lácteos al día, a base de yogur descremado, queso fresco, leche semidescremada o bien preparaciones lácteas a partir de estos elementos. Existen preparados varios enriquecidos en calcio y vitaminas liposolubles que pueden reemplazar a los preparados lácteos en caso de necesidad.

- Legumbres: Deben consumirse dos o tres veces por semana, siempre en purés y mejor con un 25% de verduras añadidas en la preparación. En algunos casos será necesario tamizar las legumbres por un pasapurés, con el fin de retirar parte de la fibra.

- Cereales y patatas: Las papillas de cereales, el pan, el arroz, la pasta, las patatas y preparaciones complementarias deben constituir la base de la alimentación del anciano. Siempre deberá adaptarse la textura y la presentación de los platos, fomentando la variación y las cualidades organolépticas positivas.

- Verduras y Hortalizas: Es recomendable el consumo diario de un plato de verduras cocidas en puré y al menos una ración diaria adicional en crudo, como ensalada. La ensalada deberá estar bien troceada, cuidando la variedad en sus ingredientes y su presentación. Es recomendable inclusión de zanahoria rallada y de tomate maduro pelado, acompañando a otros ingredientes clásicos. En caso de existir dificultad en la masticación o deglución, puede ofrecerse como zumo vegetal colado.

- Frutas: Diariamente pueden consumirse tres o más raciones de fruta, bien en compota, zumo, asada, cocida, como macedonia de frutas bien troceadas o fruta fresca troceada. Es mejor la fruta de temporada a gusto del consumidor.

- Aceites: Procurar utilizar aceite de oliva. Evitar las frituras en lo posible y las preparaciones en salsa que requieran la adición de mayores cantidades de aceite.

Los alimentos fritos deben reposar en papel absorbente para eliminar parte del aceite.

- Dulces y Bollería: Procurar que su consumo sea ocasional, preferentemente a partir de repostería de elaboración casera y preparación tradicional, como parte de la dieta del domingo y otros días señalados.

- Bebidas alcohólicas: en todos los casos se moderará la ingesta de bebidas alcohólicas. En los consumidores, siempre que no exista contraindicación médica, se permitirá el aporte de uno o dos vasitos de vino al día. Debe evitarse el consumo de mezclas y licores de alta graduación.

5 Discusión-Conclusión

La amplia variabilidad interpersonal en cuanto a los requerimientos nutricionales en las personas mayores hace necesaria la prescripción de pautas individualizadas, teniendo en cuenta el estado de salud, la enfermedad subyacente, el consumo de medicamentos, el consumo de alcohol, las características socioculturales, el grado de autonomía, la actividad física y los hábitos de consumo alimentario.

Cuando el contenido calórico de la dieta es bajo, con frecuencia es difícil de conseguir una densidad nutricional óptima, por lo que deberán buscarse las fuentes más adecuadas de los nutrientes, de manera que se configure una dieta variada, saludable y apetitosa. En ocasiones será necesario complementarlo con preparados comerciales o fórmulas artesanales.

6 Bibliografía

- Suominen MH, Sandelin E, Sioni H, Pitkala KH, How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?. Eur J Clin Nutr. En prensa 2007.
- Department of Health and Human Services and U.S Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans, 2005. 6ª ed. Washington, DC: U.S. Government printing Office; 2005.
- Aranceta Bartrina j. Nutrición y vejez. En: Serra Majem LL, Aranceta Bartrina J, editores. Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2ª Ed. Barcelona: Masson; 2006. P 316-26.
- Moreiras Tuní O, Beltrán B, Cuadrado C. Guías dietéticas en la vejez. En: SENC, editor. Guías alimentarias para la población española. Recomendaciones para una alimentación saludable. Madrid: SENC, 2001. P. 379-90.

Capítulo 213

LA ENFERMEDAD CELIACA.

GRACIELA PÉREZ GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad celiaca, también conocida como celiaquía o enteropatía sensible al gluten se define como, trastorno sistémico de base inmunológica, causado por la ingesta de gluten y otras proteínas afines, que afecta a individuos predispuestos genéticamente.

Esta enfermedad causa una atrofia severa de la mucosa del intestino delgado superior.
Como consecuencia, se establece un defecto de utilización de nutrientes (principios inmediatos, sales y vitaminas) a nivel del tracto digestivo, cuya repercusión clínica y funcional va a estar en dependencia de la edad y la situación fisiopatológica del paciente.

Esta intolerancia es de carácter permanente, se mantiene a lo largo de toda la vida y se presenta en sujetos genéticamente predispuestos a padecerla.

Puede aparecer a cualquier edad de la vida, tanto durante la infancia como en la adolescencia y es muy frecuente también su aparición en edades adultas.

El agente causal es el gluten, que es un conjunto de proteínas presentes exclusivamente en un grupo de cereales, principalmente en el trigo, cebada y centeno. También puede encontrarse en vitaminas, suplementos, productos para el cabello y la piel, pasta de dientes y bálsamos labiales.

Afecta a individuos susceptibles cuya base genética codifica los antígenos leucocitarios tipo HLA de clase II y cuyos marcadores más habituales son el HLA-DQ2

(90%) y con mucha menor frecuencia el HLA-DQ8 (5-10%). Sin embargo, estos marcadores genéticos constituyen una condición necesaria, pero no suficiente, ya que una pequeña proporción de pacientes (5-10%) son negativos para el DQ2 y DQ8.

SINTOMAS:
La sintomatología clásica, aunque esta enfermedad puede tener síntomas muy diferentes incluye diarrea, vómitos, falta de apetito, distensión abdominal, pérdida de peso y retraso del crecimiento, pérdida de masa muscular, anemia y alteraciones del estado de ánimo.

La evolución de los síntomas está supeditada a un factor, la edad.

Los síntomas pueden ser atípicos o estar ausentes, dificultando el diagnóstico.

El diagnóstico de la enfermedad celiaca es complicado ya que muchos de sus síntomas son comunes a otras enfermedades relacionadas con el aparato digestivo.

Los principales criterios diagnósticos de la celiaquía se basan en la sintomatología clínica, los datos genéticos, las determinaciones serológicas, los hallazgos de las biopsias duodenales, que junto con la respuesta a la dieta sin gluten, constituyen la base fundamental para su confirmación.

2 Objetivos

- Favorecer un mejor y más temprano diagnóstico de la patología.
- Optimizar el abordaje de la enfermedad.
- Contribuir a la mejora de la calidad de vida de los afectados.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo correctamente este trabajo, he realizado una búsqueda de los aspectos más relevantes, que me han servido de guía para realizar el trabajo final.

Se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica acerca de la enfermedad celiaca en bases de datos como, MedlinePlus para la búsqueda y contrastación de referencias, donde las palabras clave más usadas han sido: enfermedad celiaca, celiaquía, enteropatía sensible al gluten, gluten.

Se ha utilizado información y procedimientos específicos y concisos de la manera más respetuosa posible, siéndome útiles documentos publicados Pdf sobre el tema tratado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
De esta manera, se ha realizado el trabajo definitivo.

4 Resultados

Se considera como resultados de la celiaquía, el tratamiento seguido frente a la enfermedad.

El único tratamiento eficaz actualmente disponible, es el seguimiento de una dieta estricta sin gluten, mantenida de forma continuada, durante toda la vida del paciente, consistente en suprimir del consumo habitual, todos los alimentos elaborados o que contengan harina de trigo fundamentalmente, pero también de centeno, cebada y avena.

Todos estos alimentos se pueden sustituir por otros similares que están elaborados con harina de maíz o arroz, ya que son los dos únicos cereales que constitucionalmente están desprovistos de gluten.

5 Discusión-Conclusión

El celiaco valora su calidad de vida de acuerdo a la existencia de síntomas. Tras el diagnóstico y el seguimiento de la dieta sin gluten, estos desaparecerán, lo que conlleva una mejor percepción y valoración de la calidad de vida, similar a la de una persona normal.

El seguimiento de la dieta afectará principalmente a la dimensión social y familiar de la persona afectada, y muy especialmente a comer fuera de casa, repercutiendo en sus relaciones sociales y de ocio.

6 Bibliografía

- MedlinePlus: https://medlineplus.gov/spanish/celiacdisease.html.
- Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y renales.
- https://www.niddk.nih.gov
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: https://www.mscbs.gob.es

- CuidatePlus: Portal especializado en enfermedades y salud. https://cuidateplus.marca.com¡

Capítulo 214

TRABAJO A TURNOS Y LOS EFECTOS EN EL ORGANISMO.

MARÍA NOEMI RODRÍGUEZ ESPINA

ELSA ARGÜELLES IGLESIAS

ZARA REGINA GONZÁLEZ LÓPEZ-FDEZ

JESSICA SUÁREZ JIMÉNEZ

MARIA LUISA FERNANDEZ DEL CERRO

1 Introducción

Los horarios laborales que incluyen trabajo por la mañana, por la tarde y por la noche, además de ser horario rotativo en tres turnos, implica que los empleados que trabajan a estos turnos sufren una serie de consecuencias que afectan a la salud y a la conciliación familiar sin olvidar el aumento de los accidentes laborales.

El ser humano está sometido a ritmos biológicos que influyen en el funcionamiento de su organismo. Por la noche se produce una disminución de las capacidades físicas y mentales. La memoria a largo plazo que disminuye durante la noche, aumenta progresivamente a lo largo del día y en general podemos decir que nuestro organismo esta biológicamente programado para la actividad diurna y el descanso nocturno, por lo que el trabajo nocturno y por tanto a turnos debe ser considerado perjudicial para nuestra salud.

De manera general el trabajo por turnos afecta directamente la salud física y mental, las relaciones familiares y sociales y el desarrollo de las actividades cotidianas de las personas que trabajan bajo este sistema y repercute de manera negativa en el bienestar del individuo.

2 Objetivos

- Recoger información acerca de los efectos negativos del trabajo a turnos para los trabajadores en general. - Recoger información para ver si el trabajo a turnos genera mayores niveles de estrés entre estos trabajadores. - Recoger información para ver si los trabajadores que trabajan a turnos generan menores rendimientos laborales. - Valorar la importancia de la organización temporal del trabajo, sobre todo para los trabajadores.
- Medidas de prevención e intervención.

3 Metodología

Para la realización del presente documento se han consultado distintas fuentes, aunque principalmente se han consultado fuentes actuales, también se ha tenido en cuenta publicaciones con más antigüedad:
- Revistas anuales relacionadas con la psicología.
- Bases de datos relacionadas con el insomnio y el estrés.
- Diversas publicaciones en Internet.
- Notas técnicas de prevención.
- Documentos publicados por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.
- Documentos que amplían la visión del trabajo a turnos así como los conceptos de estrés y el rendimiento laboral de los trabajadores.

4 Resultados

En los últimos años se ha producido un notable incremento en el número de trabajadores que se ven sometidos a un sistema de trabajo a turnos. Este tipo de trabajo se está convirtiendo en algo habitual y considerado normal para los trabajadores. Pero lo cierto es que se trata de un sistema de organización contrario a los ritmos naturales del organismo de los trabajadores y que conlleva una serie de aspectos negativos que afectan al trabajador.

El trabajo a turnos en Sanidad, Transporte, Industria, Hostelería, etc., está lleno de consecuencias que afectan a la salud y a la conciliación familiar y es algo que le ocurre al cinco por ciento de los españoles según la Encuesta Nacional de Condiciones de trabajo de 2015.

4.1.- LA ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y LOS TURNOS DE TRABAJO

La forma de gestionar es muy importante ya que el tiempo dedicado a la actividad laboral puede influir negativamente en la calidad de vida de la persona en función de como se distribuya. Es decir, en función de cómo se gestione el tiempo laboral la persona gestionara de una manera o de otra su vida extra-laboral, su tiempo de ocio etc.

La jornada de trabajo considerada normal y más adecuada para la gestión del tiempo de ocio de los trabajadores sería la realizada en horario diurno, cinco días a la semana (de Lunes a Viernes), aunque existen otro tipo de formas de distribuir el tiempo de trabajo. Se hablara a continuación sobre las consecuencias de la turnicidad a un nivel general.

4.2.- CONSECUENCIAS DE LA TURNICIDAD

1) Uno de los problemas del trabajo a turnos es el aislamiento social y la interferencia en la vida familiar, ya que a veces el tiempo libre no se puede compartir con familia y amigos.

2) Los trabajadores a turnos tienen mayor nivel de fatiga laboral que los trabajadores que realizan su trabajo en horarios considerados normales.

3)Los problemas en la salud que suponen para estos trabajadores van desde alteraciones de tipo nervioso, enfermedades digestivas, enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio además de las mencionadas relacionadas con la falta de coincidencia horaria con familia y amigos.

4) A tener en cuenta los cambios en los hábitos alimentarios que según varios estudios realizados por los doctores Mitlery y Daus revelan que aproximadamente un veinte por ciento de los trabajadores a turnos acaban teniendo problemas gastrointestinales.

En definitiva el trabajo a turnos no solo genera problemas de estrés y psicosociales, sino también problemas graves en el organismo.

Aunque no se conocen estudios al respecto, debemos destacar que no todos los trabajadores sufren en el mismo grado estos problemas en el organismo ya que ello depende de una serie de factores y condiciones individuales de cada trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Puede decirse que con relación al objetivo a lo largo de los apartados correspondientes hemos visto que trabajar a turnos no es solo un horario laboral sino que implica consecuencias negativas que deben ser tenidas en cuenta para garantizar la salud de los trabajadores además de su seguridad.

Se altera la calidad de vida, es decir, se ve alterada la salud en su ámbito físico y psicosocial y por todo ello también se verá afectada la organización, ya que si sus trabajadores padecen los problemas descritos no van a estar en condiciones adecuadas para desempeñar de manera óptima su trabajo. Cabe destacar la asociación entre trabajo por turnos y accidentes y lesiones laborales, menor rendimiento en el trabajo, obesidad y aumento de peso, diabetes, enfermedades coronarias, ACV y cáncer de mama, de próstata y colorrectal.

El trabajo a turnos no supone ningún beneficio para nadie en comparación al trabajo diurno, considerado normal, además y aunque los trabajadores quisieran, en cierta medida, adaptarse a este tipo de turno y trabajo, puede suceder que su organismo no pueda hacerlo, ya que se invierten los ciclos biológicos naturales del organismo.

Es importante destacar que estas consecuencias negativas no son irremediables y se puede intervenir para prevenir reducir o eliminar estos efectos, sobre todo para favorecer al trabajador y garantizar su seguridad y su rendimiento laboral.

Existen técnicas cognitivas que ayudan al trabajador a alejar los pensamientos negativos y que pueda evocar sentimientos placenteros. También las técnicas conductuales ayudan con la respiración y la relajación muscular, sobretodo efectivas en la conciliación del sueño. Una alimentación sana y equilibrada, sobre todo en las horas previas al sueño, proporciona una nutrición correcta de estos trabajadores frente a los efectos negativos de unos malos hábitos alimenticios.

Potenciar el descanso y el tiempo libre aprovechando al máximo los momentos placenteros con familia y amigos, procurando hacer una buena planificación de los mismos. Ya hemos hablado del control del estrés con las técnicas cognitiva y conductuales. Hacer ejercicio regularmente y evitar tomar cafeína estimulantes o alcohol. En otro orden también se podría valorar la importancia de la disminución del número de años en los que el individuo realiza turnos, limitación de edad etc. La OIT recomienda que a partir de los 40 años el trabajo a turnos continuado sea voluntario. Aumentar el número de periodos en los que se puede dormir de

noche intentando acumular días de descanso para prolongar el tiempo de ocio, teniendo en cuenta que el organismo debe trabajar de dia y descansar de noche, por lo que cambiar la pauta puede resultar, como ya hemos visto, peligroso.

Realizar controles médicos y psicológicos periódicos es muy importante para poder prevenir tanto las enfermedades físicas como psicológicas. Las instalaciones deben tener en cuenta las características especiales de estos trabajadores, debiendo tener salas de descanso, comedores luminosos, etc.

Y por último destacar que pese a todas las propuestas de prevención e intervención, sigue habiendo problemas que genera el trabajo a turnos, por lo que todavía queda mucho trabajo de investigación, trabajo en el que deben estar implicados además de los citados investigadores, los propios trabajadores junto con la organización, para poder generar los acuerdos adecuados para cuidar de la salud de estos trabajadores.

6 Bibliografía

- Dña. Ana María Castaño Perez. Master Universitario en prevención Riesgos laborales
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.

Capítulo 215

CONTENCIÓN MECÁNICA.

ANGELES MARIA MUÑIZ CORRALES

1 Introducción

La contención mecánica es un procedimiento utilizado en el ámbito hospitalario por los profesionales de la enfermería. En muchas unidades de salud mental o unidades de psicogeriatria. Se podria definir como una terapia consistente en la supresión de toda posibilidad de movimiento del organismo o de su totalidad para favorecer la cura utilizada en la agitación psicomotriz o la falta de control de impulso.

2 Objetivos

- Determinar en qué situación se recurre a la contención mecánica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se utiliza cuando el paciente tiene un comportamiento que puede interferir con el tratamiento o un dispositivo terapéutico (arrancarse una víaintravenosa, un respirador un aposito) situaciones en la que los cambios de comportamiento son causadas por una enfermedad o sintomas tales como la confusión y agitaciones. Principalmente para evitar la autolesión.
Disponemos de tres medidas de intervención o contención:
- Psiquica o verbal.
- Fisica o mecanica.
- Quimica o farmacologica.

5 Discusión-Conclusión

La contención mecanica es una terapia realizada por enfermeria y pautada por el médico que implica la inmovilización de una parte o de todo el cuerpo del paciente en contra de su voluntad.La aplicación de la contención ha de ser evaluada en cada caso de forma particular. Utilizada como ultima opción después de una correcta contención verbal y farmacologica es muy importante para la buena praxis.

6 Bibliografía

- http://www.um.es/eglobal/2/02c06.html
-CASTA .Procedimiento general contención mecanica .Centro asistencial Santa Teresa ,Arévalo , 2003.
- https://www.nuestra enfermeria.es/contencion-mecanica-que-es-y- como-la utilizamos

Capítulo 216

LAS DOS CARAS DE LOS ANTIBIÓTICOS

EVA BLANCO RODRÍGUEZ

NIEVES ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ

DOLORES MEGIDO BOZA

VIOLETA REY FERNANDEZ

NOELIA SANTIAGO BERDASCO

1 Introducción

Los antibióticos son medicamentos potentes que combaten las infecciones bacterianas. Actúan matando las bacterias o impidiendo que se reproduzcan.

Cada vez que tomamos antibióticos las bacterias sensibles mueren pero gérmenes resistentes pueden crecer y multiplicarse causando infecciones difíciles de curar.

El abuso y el mal uso de estos medicamentos han provocado el desarrollo de inmunidad en algunas bacterias que han pasado a llamarse Superbacterias por su resistencia a la mayoría de antibióticos conocidos.
Esto ha generado una gran preocupación a nivel mundial ya que puede convertirse en un grave problema para la vida. Nos queda ahora un gran reto por delante para conseguir descubrir medicamentos capaces de acabar con estas superbacterias,y mientras continuan las investigaciones prevenir el contagio y la propagación de éstas.

2 Objetivos

Los objetivos como TCAEs son ayudar a difundir las campañas sobre el buen uso de los antibióticos para que la información llegue a la mayor cantidad de personas posible.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como profesionales sanitarios debemos tener los conocimientos necesarios para informar y concienciar a pacientes y familiares sobre las normas a tener en cuenta al tomar antibióticos. Como son por ejemplo: no tomarlos si no los receta un médico ; no suspender el tratamiento aunque nos encontremos mejor o no tirar los que hayan sobrado a la basura, existen puntos SIGRE para su reciclaje en las farmacias.

A parte de conocer esta información, como TCAEs las buenas prácticas en nuestro ámbito laboral serán fundamentales a la hora de combatir el problema.

Se dotará a los TCAEs de la información necesaria para enfrentarse al problema de las Superbacterias con información, bien a través de cursos programados como de charlas en los diferentes centros de trabajo.

Por la cantidad de información que hay al respecto se puede hablar de emergencia mundial, y aunque es un tema de sobra tratado no dejan de ser necesarios continuos recordatorios a la población y a los profesionales sanitarios.
En nuestro día a día los TCAEs podemos informar a los pacientes y familiares sobre buenos hábitos a la hora de tomar antibióticos así como colaborar en el mantenimiento de un entorno aséptico, con la correcta limpieza de las superficies y el material, con un estricto control en los aislamientos y por supuesto el siempre necesario correcto lavado de manos.

En España un estudio de 2018 refleja que las infecciones hospitalarias han alcanzado un 7,5% de los pacientes ingresados. Las Superbacterias provocan en España 1830 muertes al año y 26000 en toda Europa.
Según el eurobarómetro el 47% de los españoles ha consumido antibióticos en el último año, un porcentaje superior al de la media europea.
La ONU ya debate la resistencia a los antibióticos que se cree matarán a más de 10 millones de personas en 2050.

5 Discusión-Conclusión

Las alarmas están encendidas y se están tomando medidas contra este gravísimo problema. Desde el inicio del proyecto europeo ESAC se han desarrollado innumerables campañas para concienciar médicos, farmacéuticas y usuarios. Incluso se ha fijado un día para el uso prudente de los antibióticos que es el 18 de Noviembre .
No tomar en serio estas recomendaciones y advertencias puede costarnos a todos muy caro. Hay que ser concientes del peligro de desoír estos consejos ya que nos encontramos ante un mal que podría llegar a provocar más muertes que el cáncer.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. www.antibioticos.mscbs.gob.es/home.html
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. semFYC.es
- Organización Mundial de la Salud
- Https://www.who.int/campaigns
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- Https://www.oecd.org

Capítulo 217

EL MALTRATO AL ANCIANO EN NUESTRA SOCIEDAD

MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO

NURIA ALVAREZ ALVAREZ

ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA

ELVIRA SEÑORANS DIZ

MARIA DEL ROSARIO PONTÓN

1 Introducción

El envejecimiento de la población debido al incremento de la esperanza de vida y el maltrato a las personas mayores es el gran problema social de las últimas décadas que ha surgido en los países desarrollados desde mediados del siglo pasado.

La población de los mayores de 80 años se ha duplicado en sólo veinte años, a esto es lo que se ha llamado «envejecimiento del envejecimiento». Podemos comprobar que cada vez existen más personas con enfermedades crónicas y degenerativas asociadas a la edad avanzada, existen diversos estudios donde se pone de manifiesto la clara correlación existente entre vejez y situaciones de dependencia. Es este estado de dependencia lo que les lleva a ser un grupo vulnerable física, psíquica e, incluso económicamente y en riesgo potencial de sufrir situaciones de maltrato, abuso o negligencia al carecer de la capacidad para atender sus necesidades por la familia, personal sanitario y la sociedad ya que es precisamente esa situación de dependencia la más relacionada con los malos tratos.

El maltrato al anciano puede ocurrir en cualquier clase social y/o nivel socioeconómico y se observa también en algunas instituciones por parte de los profesionales asistenciales o sanitarios, pero también, en el seno de la familia.

La familia continúa siendo el primer pilar de apoyo para el cuidado de las personas mayores y las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de uno o varios de sus miembros, además de ser responsables de numerosas tareas. Estas obligaciones pueden conducir a un estado de estrés, cansancio físico y agotamiento emocional, que puede influir en el desarrollo de conductas no deseadas hacia las personas mayores dependientes. Por eso el abordar este problema es complicado dado que la persona que ejerce el maltrato es un familiar o del entorno próximo, al que le une una relación de afecto con la persona anciana y que además suele depender de ésta para sus cuidados, y por eso tanto maltratado como persona que cuida suelen minimizar el problema por vergüenza, sentimiento de culpa o temor a represalias y, en la mayoría de las ocasiones, los hechos no se denuncian.

La OMS define el maltrato de personas mayores como la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.

El maltrato a las personas mayores es una situación en la que los profesionales de enfermería tienen la posibilidad de intervención no solo mediante un diagnóstico precoz y un abordaje eficaz, sino también en la prevención, sobre todo en aquellos casos en los que el agresor es el cuidador familiar y también en la detección precoz de indicios de sospecha de maltrato de personas mayores o de situaciones de riesgo de maltrato. La formación y sensibilización de los profesionales sanitarios en este campo es una demanda a la que es imprescindible responder.

2 Objetivos

- Conocer el estado actual de los malos tratos a las personas mayores desde el punto de vista sanitario sobre todo de la prevalencia, origen, causas, tratamiento y prevención del maltrato en el anciano, así como las posibilidades de la intervención del personal de enfermería de atención primaria, a través de la revisión bibliográfica en publicaciones científicas.

- Contribuir a la sensibilización del personal de enfermería con la mejora del

conocimiento del problema, así como poner a su disposición un documento que incluya los elementos para identificar y actuar con éxito las posibles situaciones de sospecha de riesgo de maltrato contra un anciano.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda documental se utilizaron las bases de datos PubMED, Cochrane y SCIELO España, utilizando como palabras clave "maltrato", "abuso" "anciano", "personas mayores".

Tras la búsqueda bibliográfica se procede a ordenar, agrupar, y priorizar la información obtenida en función de los siguientes criterios: su grado de interés en función del enfoque que pretendía dar al trabajo, su nivel de influencia académica (trabajos más citados y con mayor índice de impacto) y aquellos con fecha de publicación más reciente.

4 Resultados

Existen distintos tipos de maltrato a las personas mayores: físico, psíquico (emocional o verbal), por negligencia, (con o sin intencionalidad), abuso sexual y económico.

No es fácil conocer porqué se produce el maltrato en el anciano. En nuestra sociedad han sucedido una serie de cambios en los valores referidos al envejecimiento. Hasta hace relativamente poco tiempo el anciano era considerado como el nexo de unión en la familia, cargado de vivencias, ejemplo de sabiduría y experiencia.

Hoy, con las nuevas tecnologías, la industrialización, la exaltación de la juventud y los cambios culturales, se han perdido los valores tradicionales (familia, religión…) y el anciano ha pasado a estar en un segundo plano.

Existen procedimientos o estrategias para prevenir los malos tratos, entre los que caben destacar:

1. Poner en conocimiento de la sociedad la existencia del maltrato a las personas mayores. Las víctimas también deben ser conscientes del problema, de sus derechos y de los recursos de los que disponen.

2. Educar a la sociedad para que reconozca a los mayores como parte positiva

de la misma, y mejorar la relación entre generaciones para evitar el aislamiento social.

3. Establecer pautas para intentar modificar la falta de respeto y actitudes negativas, sobre todo en los jóvenes, hacia las personas mayores.

4. Mejorar la planificación de la atención sanitaria así como la formación de los profesionales sanitarios para saber hacer una intervención precoz ante el maltrato.

5. Potenciar la autonomía y los derechos de las personas mayores.

6. Intervenir para que los medios de comunicación sean fuente de imagen positiva de las personas mayores.

7. Aumentar el número de centros de ocio, para evitar el aislamiento y la soledad.

8. Más firmeza en las leyes de protección.

9. Investigar más para conocer a fondo todo lo relacionado con el maltrato al mayor.

10. Apoyar al cuidador principal con programas específicos, para que su capacidad de cuidado no se vea desbordada por el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El maltrato a las personas mayores es un problema que, está saliendo a la luz debido a la preocupación que han demostrado organismos internacionales como la OMS y la INPEA. Es imprescindible que se lleve a cabo una labor de sensibilización y una formación específica de los profesionales sanitarios que deben de conocer los factores de riesgo que se presentan asociados al maltrato, reconocer las situaciones de riesgo inminente, tomar decisiones rápidas y seguras, dominar los protocolos de actuación y establecer programas de atención a la persona mayor y al cuidador. Es importante que la sociedad tome conciencia del problema, que se intente mejorar el marco legal adecuado a la protección de las víctimas y que se mejor también las políticas sociales adecuándolas a las necesidades de los cuidadores existentes en cada momento.

Con frecuencia la familia asume toda la responsabilidad del cuidado del mayor dependiente sin tener en cuenta las dificultades que esta situación puede suponer

para la persona que toma dicha responsabilidad, por eso debe ser una tarea compartida con el personal asistencial y sanitario, que ofrecerán soluciones al cuidador y le darán su apoyo en las necesidades que se presenten evitando así situaciones de estrés y de fatiga emocional que son las que aumentan la vulnerabilidad y las que producen un desequilibrio en la familia que puede derivar en conductas violentas hacia la persona mayor.

La enfermera tiene una gran labor en la atención domiciliaria que es donde se produce el maltrato más probable, donde se da con más frecuencia y en el que es más difícil de prevenir y detectar debido a la cercanía con la que se puede tratar al anciano, y le ofrece la posibilidad de conocer el problema en profundidad.

Garantizar una mejora en la calidad de vida del anciano y su cuidador y mostrar una actitud eficiente y comprensiva ante la problemática existente, da a la enfermera una responsabilidad profesional de gran relevancia.

Contribuir a la prevención y solución del problema del maltrato en el anciano es una responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

- Fernández Alonso MC.(2006) Grupo de Salud del PAPPS. Malos tratos a los ancianos.
- United Nations Organization (UNO). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002.
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Bover Bover A, Moreno Sancho ML, Mota Magaña S, Taltavull Aparicio JM. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. Atención Primaria 2003.
- Barbero Gutiérrez J, Barrio Cantalejo IM, Gutiérrez González B, Izal Fernández de Trocóniz M, Martínez Maroto A, Moya Bernal A. Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación 2006. Madrid: IMSERSO.
- Fernández Gutiérrez M, Bas Sarmiento P, Díaz Rodríguez M. Maltrato en situaciones de dependencia. En: Mayan Santos JM. Enfermería en cuidados sociosanitarios. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
- World Health Organizations (WHO). Declaración de Toronto para la prevención del maltrato de las personas mayores. OMS (2002).

- Escuredo Rodríguez, B. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares.
- De Miguel, A. (2011). Maltrato de los ancianos en el ámbito familiar.
- Iborra Marmolejo, I. Maltrato de personas mayores en la familia en España.

Capítulo 218

EL PERSONAL SANITARIO ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

ALBERTO VILLAR RODRÍGUEZ

1 Introducción

El siguiente trabajo se engloba dentro de los trabajos teóricos y conceptuales, definiendo conceptos y consideraciones sobre el maltrato y la relación profesional/paciente.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia de la intervención del personal sanitario para prevenir, detectar y tratar la violencia de género. Destacar la necesidad de una formación más específica y estudiar más a fondo cuales son las claves para el abordaje y la eficacia de los protocolos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes libros, protocolos de actuación, guías prácticas, guías clínicas así como diferentes bases de datos: Pubmed, Medline, Dialnet y Google Académico. Los artículos y guías consultados se recogen en el apartado de bibliografía.

Se han empleado como descriptores: Maltrato, TCAE, paciente, relación paciente profesional, violencia de género. Se han empleado como criterios de inclusión

textos en castellano e inglés, y se han excluido aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

DEFINICIÓN: La violencia de género es definida como cualquier acto que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas de dichos actos, la coacción o privación de la libertad, ya sea en la vida pública o privada.

CAUSAS: Los principales factores determinantes de la violencia de género son la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de la " cultura de la violencia" como medio para resolver conflictos. La violencia contra las mujeres es un fenómeno multifactorial y multidimensional, por lo que no existe una causa o factor que precipite la misma, se atribuye, en general, al hecho de vivir en el marco de una sociedad patriarcal.

El resultado es que cualquier mujer puede ser víctima de violencia de género. No existe un perfil típico de mujer maltratada; es un fenómeno que se da en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos. La violencia de género, en cualquiera de sus formas, constituye un factor de riesgo para la salud de la mujer. Es importante tener en cuenta que estas mujeres tienen riesgo de sufrir estrés postraumático, depresión, baja autoestima y sentimiento de culpa.
Además, las víctimas ven afectada su vida social, sufren aislamiento, pérdida del trabajo, ausencia laboral, siendo más vulnerables ya que las hace dependientes del agresor y no cuentan con una red social de apoyo, que es un factor fundamental para que las mujeres salgan adelante.

La Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud incluye entre sus servicios la detección y la atención a la violencia de género. La acogida de las mujeres que sufren violencia de género, por parte de los servicios sanitarios ha de basarse en la escucha activa, tratando de ser abiertas y acogedoras y mostrar hacia ellas empatía, comprensión, confianza y apoyo en la atención de sus problemas. Las y los profesionales deben tener siempre presentes los principios éticos de actuación y los derechos que las mujeres tienen como pacientes reconocidos en la Ley 41/ 2002 de Autonomía Del Paciente y en todos los códigos deontológicos profesionales.

La finalidad última de la intervención desde el sistema sanitario con las mujeres

que viven en situaciones de violencia de género es la restitución de la salud, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia. En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y potenciar la autonomía de la mujer. Para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y ser protagonistas de su propio proceso de recuperación, han de ser informadas de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, de las consecuencias probables de actuar o no actuar, de los beneficios y riesgos esperados, y también y además, como medida para garantizar su seguridad.

Existen una serie de signos y síntomas que pueden hacer pensar que la mujer sufre violencia de género. Es importante que el personal sanitario los conozca y mantenga una actitud de alerta en la consulta para identificar los casos. Para ello será necesario realizar una entrevista clínica específica. Es transcendental hablar con la víctima a solas para ganar su confianza y potenciar su autonomía.

Una vez que la mujer reconoce estar en situación de maltrato y/o presentar indicadores de sospecha, se debe proceder a realizar:
1. Una valoración integral que incluye: exploración minuciosa de las lesiones, de su estado emocional y de su situación social, informándole de las exploraciones que se realizan y de su finalidad.
2. Se evaluará si se encuentra en una situación de peligro extremo.
3. Se explorarán las expectativas de la mujer y la situación en la que se encuentra en relación con la toma de decisiones de cambios en su vida, aspectos importantes de cara a adoptar la intervención en la situación de la mujer.

La comunicación del maltrato a las autoridades judiciales debe realizarse mediante el parte de lesiones e informe médico, que permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y además se consigue evitar que el delito pueda quedar impune. Por el contrario, sino se emite el parte de lesiones en los casos necesarios, no estaremos atendiendo al principio de beneficencia.

Evitar los perjuicios en las intervenciones, minimizando los daños del principio de no maleficencia. La coordinación entre las y los profesionales de atención primaria con los hospitales, los servicios sociales y los cuerpos de seguridad y de justicia, es totalmente necesaria en el abordaje de cualquier caso de violencia de género, sobre todo en el caso de mujeres en situación de extrema vulnerabilidad.

5 Discusión-Conclusión

La violencia de género es un problema de alta prevalencia y graves consecuencias para la salud, de carácter repetitivo y con un alto coste sanitario y social. Para su abordaje se considera prioritaria la detección precoz desde los servicios sanitarios, es decir, adelantar el diagnóstico y realizar una intervención temprana. Asimismo, este protocolo plantea que el personal sanitario debe tener una actitud de alerta constante y de búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha.

Los centros de salud, los servicios de planificación familiar, salud mental y las urgencias pueden funcionar como servicios para la prevención y la detección precoz de la violencia de género además de la atención a las mujeres que puedan sufrir maltrato.

6 Bibliografía

1. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Disponible en: www.violenciagenero.msssi.gob.es/.../sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf
2. Intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres victimas de violencia de género en las consultas de Atención Primaria de Salud. Disponible en: http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num2.5
3. Intervención psicosocial especializada en violencia de género. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1011
4. Atención psicológica a víctimas de violencia de género. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/index.php/2013-08-08-10-31-21/servicios-especializados-en-violencia-de-genero/atencion-psicologica-a-victimas-de-violencia-de-genero
5. La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. Disponible en:https://culturacuidados.ua.es/article/view/2014-n40-la-practica-clinica-enfermera-en-el-abordaje-de-la-violencia-de-genero

Capítulo 219

PLAN PERSONAL DE ACTUACIÓN EN PACIENTES .

NATALIA IGLESIAS HEREDIA

1 Introducción

Este capítulo tratará sobre el plan personal de actuación en pacientes que ingresan en una institución ya sea centros de día o residencias.

Para llevar a cabo el PPA (plan personal de atención) se realizan unas entrevistas previas al ingreso con el usuario y su familia (siendo favorable que el familiar que le acompañe sea el que habitualmente lo acompañe en su dia a dia) La primera entrevista se realiza con el director/a del centro y aquí los datos que se recopilan son del tipo: si vive solo, ingresos, enfermedades , direcciones de contacto... podríamos decir que esta reunión es más burocrática para saber en qué situación se encuentra antes del ingreso. En la reunión posterior se tratarán temas más íntimos para conocer mejor al usuario , como gusto en la comida, si tiene algún tipo de dieta , actividades que realiza para entretenerse, si quiere ser tratado de usted o de tu, si le gusta pasear o hacer manualidades,etc. todos estos datos y más nos ayudarán mejor a conocerlo/a .

2 Objetivos

Realizar un estudio previo al ingreso en el centro de la persona, para conocer mejor al usuario y hacer que su ingreso sea lo más agradable posible a la vez de adaptar las actividades que vaya a realizar diariamente a sus gustos y costumbres.

3 Metodología

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

4 Resultados

Gracias a esta recopilacion de informacion conseguimos que todo el personal de atención directa del centro tenga un conocimiento previo del usuario/a, facilitando y haciendo más cómodo el ingreso, que habitualmente suele ser un paso complicado para el usuario y la familia.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión resolvemos decir que el PPA es un documento que recoge toda la información de carácter importante para conocer al usuario , y seria recomendable se llevara acabo en todas las instituciones públicas como privadas en las que la persona vaya a pasar gran parte del día, o incluso se conviertan en su residencia habitual.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 220

LA IMPORTANCIA DEL HIERRO PARA EL ORGANISMO

INES PEREZ MOYA

SUSANA CORUJO DÍAZ

1 Introducción

El hierro es un mineral necesario para el crecimiento y el desarrollo del cuerpo, es un macronutriente esencial (los macronutrientes son un tipo de nutrientes que dan un aporte de energía, de calorías, que se necesitan en grandes cantidades), el hierro está presente en una inmensa variedad de sistemas moleculares, es una importante parte de la hemoglobina y también de la mioglobina. Dentro del organismo, gracias a una unión con proteínas, desempeña una función vital que es el transporte de oxígeno a través de la sangre, en la respiración celular, etc.

El hierro a pesar de ser tan importante para nuestro organismo se encuentra en pequeñas cantidades en su interior. Participa en muchos procesos biológicos totalmente indispensables para la vida.

La anemia es una de las patologías más comunes que presentan las personas con déficit de hierro y a su vez también una de las patologías con mayor grado de incidencia tanto en países subdesarrollados como en países desarrollados.

Dentro de todos los alimentos que contienen hierro los principales son:

-Carnes rojas como ternera y buey.

-Mariscos de concha como almejas, berberechos, mejillones, etc.

-Frutos secos.

-Morcilla, vísceras, hígado, etc.

-Verduras de hoja verde, legumbres, etc.

A pesar de la importancia que se le da al hierro, de la gran cantidad de información que hay sobre ello la prevalencia del hierro afecta a gran número de personas, en España afecta la anemia ferropénica a 1,7% de los hombres y a un 5% en mujeres.

Se han realizado diversos estudios que han mostrado que no hay una diferencia muy significativa en la presencia de hierro entre personas omnívoras y vegetarianas, y a su vez que la incidencia de anemias ferropénicas es muy similar entre estos dos grupos de personas, aunque si es cierto que las reservas de hierro en vegetarianos son menores.

Es necesario controlar la presencia de hierro en los individuos dada la importancia de sus funciones, para ello se establecen estudios de los niveles en sangre.

2 Objetivos

- Determinar la importancia que tiene este mineral dentro de nuestro organismo.
- Conocer algunos de los síntomas y signos que presenta una persona ante una anemia por deficiencia de hierro.
- Analizar tanto la importancia que tiene el déficit de hierro como el exceso.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se han realizado numerosas revisiones literarias para identificar evidencias y con ello establecer lo importante del consumo de hierro para el ser humano.

Se han utilizado diferentes buscadores como Google académico y PubMed.

En cuanto a bases de datos hemos utilizado MedLine.

Los descriptores empleados han sido: Hierro en la sangre, importancia del hierro, anemias ferropénicas, funciones del hierro en el organismo, etc.

Como criterios de inclusión se han considerado: accesos abiertos, artículos completos, trabajos que hablasen sobre la importancia del hierro, etc.

Como criterios de exclusión: textos incompletos o de pago.

4 Resultados

Hay dos tipos de hierro, el hierro hemo y el hierro no hemo. El hierro hemo se encuentra en los alimentos del tipo animal y se encuentra unido a una molécula y el hierro no hemo se encuentra tanto en los alimentos del tipo animal como en los de tipo vegetal como cereales, verduras, legumbres y frutas. Esta último, el de tipo no hemo es que se ingiere en un porcentaje mayor, el 90/95% de los casos.

El hierro no hemo tiene una absorción mucho más baja y está influenciada además por otros componentes ingeridos en la dieta, mientras que el hemo prácticamente no se siente condicionado por la ingestión de otro tipo de sustancias. Es en el duodeno donde se absorben los dos tipos de hierros. Tan solo un 10% de hierro es absorbido en el duodeno, el resto llega al intestino grueso para ser excretado por las heces.

La vitamina C juega un papel muy importante como estimulante en la absorción del hierro, es el mejor potenciador de la biodisponibilidad del hierro no hemo que se conoce. Para que la vitamina c desempeñe correctamente esta función es necesario que tanto ella como el hierro sean ingeridos en la misma comida.

El aceite de oliva también resulta favorecedor en la absorción del hierro, mientras que la grasa insaturada puede llegar a reducir la absorción si se abusa de ella.

A pesar de la importancia de este mineral una sobrecarga en el organismo puede producir problemas e células y tejidos. Los síntomas de exceso de hierro pueden ser: dolor abdominal, fatiga, falta de energía, debilidad, oscurecimiento generalizado de la piel, dolor articular, pérdida de pelo, pérdida de apetito sexual, pérdida de peso, etc.

Una falta de hierro puede desencadenar en muchos problemas graves en el organismo pues bien ya sabemos lo gran importancia de su correcto nivel dentro de nuestro organismo. Los síntomas de anemia por deficiencia de hierro pueden ser: fatiga extrema, piel muy pálida, debilidad, dolor en el pecho, latidos de corazón rápidos o dificultad para respirar, dolor de cabeza, mareos o aturdimiento, manos y pies fríos, inflamación de la lengua, uñas quebradizas, etc.

La deficiencia de este mineral para la OMS se considera de gran prioridad puesto que tiene mucha influencia en el crecimiento y desarrollo, infecciones y mortalidad de la población, se le asocia con el rendimiento físico y también con la función cognitiva. La falta de este mineral en el periodo del embarazo provoca importantes alteraciones del sistema nervioso central.

Dentro de la población en riesgo ante un bajo aporte de hierro encontramos al lactante, al niño hasta 2-3 años. Durante la adolescencia es muy importante su control porque el aumento de peso que se experimenta implica la necesidad de mayor consumo de hierro.

En las embarazadas y mujeres en edad reproductiva se debe de prestar también mucha atención al control del hierro.
El hierro juega un papel de máxima importancia en el sistema nervioso pues interviene sobre los neurotransmisores dopamina, serotonina, etc.

5 Discusión-Conclusión

Nos podemos hacer una gran idea sobre la importancia que tiene el hierro dentro de nuestro organismo, es un mineral totalmente imprescindible ya que transporta el oxígeno y sirve de almacén de almacén para otras sustancias dentro de nuestra sangre, aporta el oxígeno necesario a nuestros músculos, etc.

Es curioso saber que a pesar de ser un macronutriente está presente en muy pequeñas cantidades en nuestro organismo.

Tras examinar la prevalencia en el mundo hemos observado que la presencia de la anemia ferropénica o falta de hierro tiene una gran prevalencia, incluso en países industrializados, es el trastorno nutricional más generalizado. Lo que nos hace pensar que es de gran necesidad incidir en la importancia e invertir tiempo en informar y educar de la gran necesidad de consumir este mineral en las cantidades óptimas. En el caso de los niños y los adolescentes hacerles ver que la alimentación es muy importante para que se puedan desarrollar con plenitud, tanto en el estudio, como en el deporte, como en las relaciones sociales con sus amigos, etc.

6 Bibliografía

- Sánchez Salazar, F. R., Castanedo Valdés, R., Trelles Aguabella, E., Pedroso Hernández, P., & Lugones Botell, M. (2001). Prevalencia de la anemia ferropénica en mujeres embarazadas. Revista cubana de medicina general integral, 17(1), 5-9.
- Cardero Reyes, Y., Sarmiento González, R., & Selva Capdesuñer, A. (2009). Importancia del consumo de hierro y vitamina C para la prevención de anemia ferropénica. Medisan, 13(6), 0-0.
- Baviera, L. B. (2016). Anemia ferropénica. Pediatria Val Serrería II Val, 297-308. Olivares, M., & Walter, T. (2003). Consecuencias de la deficiencia de hierro. Revista chilena de nutrición, 30(3), 226-233.
- Martínez, C., Ros, G., Periago, M. J., & López, G. (1999). Biodisponibilidad del hierro de los alimentos. Arch Latinoam Nutr, 49(2), 106-13.
- García-Casal, M. N., & Layrisse, M. (1998). Absorción del hierro de los alimentos. Papel de la vitamina A. Arch. latinoam. nutr, 48(3), 191-6.
- Olivares, M., & Walter, T. (2004). Causas y consecuencias de la deficiencia de hierro. Revista de Nutrição, 17(1), 05-14.

Capítulo 221

COMO DETECTAR ABUSO EN LAS PERSONAS MAYORES

MARIA DEL MAR BARRO RIVERA

BEATRIZ REQUENA PARADA

DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO

1 Introducción

El concepto de abuso al anciano como problema fue descrito por primera vez en la década de 1970.
El abuso del anciano es un problema de salud público y de derechos humanos. España continúa su proceso de envejecimiento, siendo el sexo predominante en la vejez el femenino (hay un 34% más de mujeres que de hombres). El incremento en la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad están originando un crecimiento acelerado de personas mayores, que tienen como consecuencia un aumento del envejecimiento de la población.

La responsabilidad de identificar el abuso al anciano recae con frecuencia en los profesionales de salud. Aunque durante mucho tiempo ha sido un tema poco reconocido, en la actualidad está surgiendo tanto entre los profesionales sanitarios como en la sociedad en general un sentido de urgencia para identificar y reconocer el maltrato hacia las personas mayores como tema de suma importancia, especialmente por su vulnerabilidad. Debido a que los mayores visitan más a menudo a un profesional de la salud que los individuos más jóvenes, la identificación del maltrato o de una situación de riesgo puede llevarse a cabo

en muchos casos en su fase inicial. Aunque el abuso a la persona mayor puede ser identificado tanto en las consultas de los centros de salud, los servicios de urgencias, plantas de hospitalización, así como en residencias, parece ser más común en la comunidad, Aun así, a pesar de la gran población en riesgo, el abuso al anciano continúa siendo poco reconocido y denunciado, los ancianos tienen poca tendencia a notificar episodios de maltrato, más bien proviene de la observación de terceros y no de la propia persona mayor. El personal de enfermería se encuentra en una posición perfectamente situada para desempeñar un papel significativo en la detección, gestión y prevención del abuso al anciano, ya que en algunos casos, pueden ser la única persona fuera del entorno familiar que ve al anciano de una forma regular. A diferencia del abuso infantil, donde los signos de abandono y abuso físico casi siempre indican un problema, los cambios normales que se suceden con el envejecimiento y los síntomas que acompañan a ciertas enfermedades, pueden asemejarse al maltrato; ante ello, el personal de enfermería debe prestar especial atención a la hora de llevar a cabo la detección y evaluación al anciano en su práctica diaria, debiendo ser capaces de reconocer los signos del abuso (caídas accidentales dan como resultado fracturas y contusiones que no significan un maltrato).

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos de abuso al anciano.
- Conocer los indicadores de alerta que nos puedan hacer sospechar una situación de maltrato.
- Conocer los factores de riesgo, las restricciones a la hora de identificar un caso.
- Saber como actuar ante una señal de maltrato.

3 Metodología

Para realizar este estudio se llevó a cabo una revisión de la literatura para describir los diferentes tipos de abuso al anciano, los signos de sospecha del abuso, y establecer las intervenciones iniciales después de su confirmación. El diseño utilizado para llevar a cabo este trabajo ha sido una revisión bibliográfica y se ha utilizado los buscadores Google Académico y PubMed, y las bases de datos Medline y Cochrane. Los términos de la búsqueda empleados corresponden a los descriptores: “abuso”, “anciano”, “mayor”, “maltrato” y “abandono del mayor” y ”abuso físico”.

4 Resultados

El maltrato a las personas mayores es toda acción o acciones que causan daño o riesgo grave de daño a un anciano vulnerable, llevado a cabo por un cuidador o persona que se encuentra en una relación de confianza con la persona mayor. También puede definirse como el fracaso por parte del cuidador del anciano para satisfacer sus necesidades básicas o protegerle de posibles daños. El maltrato a los mayores puede adoptar muchas formas (abuso físico, abuso sexual, abuso financiero/material, abuso psicológico/emocional y negligencia/abandono), siendo el autor más común un miembro de la familia. Muchos son los factores de riesgo que dan lugar al abuso: dependencia económica de la víctima, cansancio en las tareas cuidadoras, falta de tiempo para ocio, abuso de sustancias por parte del cuidador, bajo nivel de educación, perdida de trabajo, mala situación familiar, falta de relaciones sociales, falta de experiencia puede aumentar el riesgo de maltrato por parte del cuidador, un maltrato que puede ser físico como verbal y puede darse en cualquier situación o lugar (residencias, hospitales, o el propio hogar. El stress por parte del cuidador es un importante factor de riesgo en el maltrato de personas mayores. Muchas funciones y responsabilidades que se asocian con la atención y el cuidado de personas mayores pueden resultar estresantes en el cuidador principal y pueden agotarlo y llevarlo a arremeter su ira contra el anciano.

Identificar el abuso por parte del personal sanitario es primordial, pero no siempre fácil. En ocasiones, el abuso no es reconocido por la propia víctima debido a que puede ser visto como algo "normal" dentro del contexto de un estilo de vida. En otras, el abuso es cometido por un familiar cercano, existiendo por tanto un vínculo emocional que impide su conocimiento El sentimiento de miedo del anciano dependiente a ser recluido en una residencia de ancianos o a perder la compañía de su familia, llega en algunos casos a justificar el abuso por parte del cuidador principal. Otros factores como dificultades en la comunicación, un diagnóstico de demencia, la imposibilidad para probar los hechos, pueden también dificultar la identificación de los hechos.

Es de vital importancia llevar a cabo un examen físico completo para identificar cualquier signo de abuso (contusiones, laceraciones, cicatrices, lesiones no consistentes, quemaduras, úlceras, deshidratación, falta de higiene). A la hora de informar acerca de los hechos, el personal de enfermería no necesita tener una prueba definitiva del abuso producido, siendo la sospecha, única condición necesaria para presentar una notificación e informe a las autoridades competentes. El

informe final reflejará las preocupaciones del profesional, no haciendo ninguna acusación.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento de la población a nivel mundial conlleva un mayor número de casos de abuso a la persona envejecida. Aunque el abuso a las personas mayores es menos evidente que el abuso infantil o la violencia machista, tanto el personal sanitario como el resto de la población tienen obligación de actuar cuando se detecta este tipo de maltrato. Aun así, las situaciones de abuso en los ancianos sigue siendo desconocidas y mal notificadas. Sin embargo, en la actualidad ha surgido un sentido de urgencia por identificar y elevar el maltrato de las personas mayores a tema de suma importancia. Un aumento en la educación de los profesionales de la salud y una concienciación de este problema en la sociedad, son medidas necesarias para proteger a los pacientes de edad avanzada y disminuir así la incidencia del abuso. El personal de enfermería, pilar fundamental de los servicios de atención sanitaria, pueden marcar la diferencia en la vida de la persona mayor, familiarizándose con esta clase de hechos y de los recursos disponibles para llevar a cabo su asistencia.

Ante un posible caso de maltrato al anciano, todo profesional sanitario que tenga indicios de un posible riesgo, ya sea por abuso, negligencia, descuido de sí mismo, está obligado a protegerlo.

6 Bibliografía

- elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-maltrato-los-ancianos-el-13054669
- medlineplus.gov/spanish/elderabuse.html http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300002
- efesalud.com/maltrato-anciano-detectar-problema
- efisioterapia.net/articulos/maltrato-el-anciano

Capítulo 222

LA BULIMIA NERVIOSA

MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

La bulimia es un trastorno de la alimentación muy grave que afecta principalmente a personas jóvenes con una preocupación excesiva por el físico.

2 Objetivos

Identificar los síntomas y consecuencias de este trastorno de la conducta alimenticia.

3 Metodología

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

4 Resultados

La bulimia nerviosa pertenece a las enfermedades relacionadas con la conducta alimenticia, no es fácil de detectar ya que generalmente no se observan cambios llamativos en el peso de las personas que la padecen. Se detectan más casos en

niñas adolescentes y mujeres jóvenes que en varones. Las personas que padecen esta enfermedad dejan de tener hábitos saludables respecto a su alimentación, comen de forma compulsiva grandes cantidades de comida y se sienten culpables inmediatamente después, por lo que provocan el vómito, recurren a los laxantes y al ejercicio físico para eliminar de forma rápida el exceso de calorías ingeridas. Siguen dietas sin ningún control por parte del especialista y buscan la perfección de su aspecto físico, influenciadas por una sociedad que considera la delgadez un ejemplo a seguir.

Provocar el vómito a menudo y usar diuréticos y laxantes acarrea consecuencias como: deshidratación, pérdida del cabello, desmayos, heridas en la boca, debilidad, migrañas, deterioro del esmalte de los dientes, problemas gástricos y dolor de garganta.

5 Discusión-Conclusión

Este trastorno de la alimentación, se considera grave, creando a la persona que lo padece problemas de salud importantes a nivel físico y psicológico ya que no es capaz de comer de forma adecuada. Esta pérdida del control sobre su alimentación le lleva a sufrir estados de ansiedad y depresión por lo que necesitan tratamientos con antidepresivos y la aplicación de psicoterapia. Es importante la detección del problema en fases tempranas, evitando así consecuencias más graves, como el ingreso hospitalario.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Bulimia
- https://medlineplus.gov/Spanish/ency/article/000341.htm
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/bulimia.html
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bulimia/Symptoms-causes/syc/-20353615
- https://www.apa.org/centrodeapoyo/alimentacion
- https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/bulimia-nerviosa-que-es-por-que-se-produce

Capítulo 223

LAS APLICACIONES MÓVILES UTILIZADAS COMO HERRAMIENTA PARA PROMOCIONAR LA SALUD.

ANA BELEN TRELLES RODRIGUEZ

ANDREA GARCÍA TORRE

JUANA MARÍA VILLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

La sociedad esta en un cambio constante a la hora de acceder y utilizar información con las nuevas tecnologías utilizadas. La mayoría de estos cambios suponen ventajas para la promoción de la salud. Eso si, hay que tener cuidado a la hora de fiarnos y poner nuestra vida en manos de la tecnología ya que tras un análisis de las normativas de salud más destacadas en el ámbito, se ha observado que algunas de las aplicaciones que son consideradas como seguras por parte de algunos organismos reguladores, no superan algunos de los tests de seguridad móvil, tales como Open Web Application Security Project, por lo cual se recomienda la existencia de medidas que minimicen los posibles riesgos del uso de aplicaciones móviles en salud.

2 Objetivos

- Analizar las aplicaciones móviles disponibles en los principales sistemas operativos cuyo uso sea seguro para nuestra salud ayudándonos a mejorar nuestro

salud y motivándonos en su buen uso.

3 Metodología

Análisis y revisión bibliográfica de artículos publicados en bases de datos como Sciielo, y cochrane que tratan sobre tratamiento de fibromialgia. De los resultados obtenidos se seleccionaron 5 artículos de diverso abordaje metodológico, que cumplían los critérios de inclusión; formato a texto completo, acceso libre y publicado en los últimos 5 años. Los critérios para excluir el resto de publicaciones fueron el año de publicación y la duplicidad de información.

4 Resultados

Este progreso social-tecnológico hace que cada vez haya más aplicaciones para smartphones que permiten hacer un seguimiento de la salud y favorecer hábitos de vida saludables (deporte, comida…), llevando un control diario y riguroso sobre datos médicos.

5 Discusión-Conclusión

La tecnología bien usada permite fomentar hábitos de vida saludables, mejoran la adherencia y control del tratamiento y permiten el empoderamiento del paciente en el cuidado de su salud.

6 Bibliografía

- Alonso-Arévalo Julio, Mirón-Canelo José Antonio. Aplicaciones móviles en salud: potencial, normativa de seguridad y regulación. Rev. cuba. inf. cienc. salud [Internet]. 2017 Sep [citado 2020 Ene 27] ; 28(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132017000300005&lng=es.

Capítulo 224

PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS

MARIA LUISA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Dicha precipitación puede ser repentina e involuntaria.

Las caídas forman parte de los grandes síndromes geriátricos, ya que las personas mayores son las más vulnerables en sufrirlas. Además aumenta la morbilidad y mortalidad de los mayores.

Su etiología es multifactorial, puede ser debida a factores intrínsecos o factores extrínsecos.

Los factores intrínsecos son, por ejemplo, problemas de movilidad, deterioro cognitivo, alteraciones visuales o auditivas, somnolencia, problemas con el equilibrio, vértigos, etc.

Los factores extrínsecos son, por ejemplo, mala iluminación, pavimentos deslizantes, obstáculos, hogar mal adaptado a las necesidades, etc.

2 Objetivos

- Describir las medidas preventivas que resultan eficaces para evitar la caída en el anciano.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de publicaciones y revistas de carácter científico y se han consultado diversos artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Las medidas preventivas eficaces para evitar caídas en el anciano son:
- Mantener un buen estado de forma en el individuo, haciendo ejercicios que fortalezcan el equilibrio y la coordinación.
- Cuidar la nutrición y los líquidos. Los alimentos ricos en calcio y vitamina D fortalecen los huesos y se evita la osteoporosis.
- Tener en cuenta medicamentos que pueda estar tomando y que provoquen somnolencia o mareos, tales como antihipertensivos, hipnóticos o antidepresivos.
- Tomar medidas de seguridad ambiental, creando un entorno seguro en el propio hogar.
- Eliminar barreras arquitectónicas.
- Control de la agudeza visual y auditiva, acudiendo al médico si nota disminución de las mismas. Usar gafas o audífonos si se precisa.
- Evitar costumbres peligrosas, como caminar descalzo, subirse a sillas o taburetes, etc.
- Valorar el uso de andador o bastón si tiene problemas de equilibrio.
- Si se levanta con frecuencia en la noche, limitar la ingesta de líquidos al final del día y procurar tener una buena iluminación.
- Poner barandillas en el baño, antideslizantes en escaleras y evitar felpudos y alfombras sueltos en la casa.

5 Discusión-Conclusión

Evitar caídas en el anciano no es posible al 100% pero si las medidas preventivas llevadas a cabo son efectivas se puede reducir mucho la posibilidad de que estas ocurran.

La incidencia de las caídas en la población anciana es mucho mayor que en el resto de la población. Es importante reconocer las causas que las originan y tomar medidas de prevención.

El papel del personal sanitario en la educación de medidas preventivas es primordial. Con la educación sanitaria adecuada y precoz se pueden evitar complicaciones sobrevenidas por las caídas, tales como fracturas, heridas, contusiones, traumatismos craneoencefálicos, etc., e incluso la muerte.

6 Bibliografía

- González Carmona B, López Roldan VM, Trujillo de los Santos Z. Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Rev Med IMSS. 2005.
- Guillén F, Pérez del Molino J. Síndromes y cuidados del paciente geriátrico. Barcelona: Masson. 2001.
- Carro García T, Alfaro Hacha A. Caídas en el anciano. Revisiones SEMG.2005.
- Carcio CL, Gómez F, Osorio JL, Rosso V. Caídas recurrentes en ancianos. Act Med Col. 2009.

Capítulo 225

LA COMUNICACIÓN: UNA MEDICINA MÁS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

ROSA PEREIRA PEREZ

GRACIELA CARBAJAL BARREIRO

GRACIELA COLODRON TESTA

KATIUSCA POMPA SABLON

1 Introducción

La comunicación es un elemento fundamental en la interacción entre los seres humanos y permite a las personas establecer, mantener y mejorar sus relaciones con los demás.

Por comunicación se entiende el comportamiento verbal y no verbal dentro de un contexto social que abarca el conjunto de símbolos y explicaciones que utilizan las personas para transmitir y recibir mensajes.

El proceso de la comunicación implica la existencia de: un emisor, persona que transmite el mensaje, un receptor (persona a la que se dirige el mensaje) y un canal o medio físico de transmisión a través del cual se enviará el mensaje.

Para transmitir un mensaje es necesario un código común al emisor y al receptor. El código puede ser verbal, lo que decimos o escribimos, o no verbal, mediante la expresión facial, gestos, actitudes, posturas corporales, tonos de voz y/o miradas.

La comunicación no verbal es de vital importancia en los procesos de comunicación porque puede sustituir a las palabras u orientar la manera en la que el mensaje verbal será interpretado, y, en segundo lugar, tiene la capacidad de expresar el afecto y/o sentimientos del interlocutor .

El contexto o situación en la que se produce la comunicación tiene una gran relevancia pues contribuye al significado final del mensaje.

Dentro de los estilos de comunicación, cabe destacar:

1. El estilo inhibido o pasivo:
Se caracteriza por una escasa o nula verbalización de lo que se piensa, de lo que se siente o de los comportamientos que nos molestan de los demás, evitando actuar por miedo a las consecuencias. Es el estilo habitualmente usado por personas preocupadas por satisfacer a los demás que son incapaces de pensar en la posibilidad de enfrentarse a alguien en cualquier sentido. El estilo de comunicación inhibido genera sentimientos de desamparo, depresión y tensión a la hora de mantener relaciones interpersonales y sociales, normalmente los individuos padecen una baja autoestima. Es común la utilización de estrategias poco claras e inseguras acompañadas de un lenguaje dubitativo, emitido con un volumen de voz extremadamente bajo. La postura corporal asociada es tensa, retraída y el espacio interpersonal desmesurado.

2. Estilo agresivo:
El afrontamiento de las situaciones es directo, brusco y poco respetuoso, provocando malestar emocional en los interlocutores y deteriorando la relación con ellos. El lenguaje suele ser impositivo, cargado de ordenes e interrupciones a los demás, con elevado volumen de voz, gestos amenazantes y postura corporal tendente a invadir el espacio de la otra persona. Son características generales, la agresión, el desprecio y el dominio hacia los demás. Con frecuencia están aislados, tensos y pierden con facilidad el control de las situaciones y de sus propios recursos. Practican la comunicación unidireccional, ya que no permiten la retroalimentación.

3. El estilo asertivo:
Es el usado habitualmente por las personas que son capaces de expresar sus sentimientos, ideas y opiniones, respeta de forma escrupulosa los derechos de los demás. Saben adaptarse al contexto donde se desarrolla la comunicación y consiguen comunicarse en cada ocasión. En sus relaciones se sienten relajados, confiados y sienten que llevan el control, lo cual facilita la comunicación. Se gustan a si

mismos y gustan a los demás. El estilo asertivo implica expresar lo que se quiere, lo que se desea, y lo que se espera del otro, de modo directo, claro y respetuoso.

2 Objetivos

Conocer y practicar los principios de una comunicación efectiva que nos facilite el establecimiento de un clima donde nuestras acciones nos permitan alcanzar los objetivos que deseamos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La importancia de una buena comunicación radica en la respuesta que esperamos de la persona o grupo de personas con las que queremos comunicarnos. Según sea la forma de comunicación que mantengamos será también la información o tipo de relación que obtendremos.

Esta demostrado que las personas que obtiene buenos resultados, tanto en el ámbito profesional como personal y familiar, están relacionadas con el hecho de que saben comunicarse de manera eficaz y efectiva con los otros.

En el ámbito sanitario necesitamos una buena comunicación por los siguientes motivos:
- Para recoger la información sobre los problemas del paciente de manera completa, relevante y precisa. Realizando diagnósticos validos y precisos.
- Para detectar el distress emocional en los pacientes, sobre todo los hospitalarios.
- Para que los pacientes estén conformes y sigan las recomendaciones terapéuticas y de salud.
- Para que los pacientes estén conformes y sigan las recomendaciones terapéuticas y de salud.

Además, existen evidencias de que una buena comunicación puede tener efectos positivos sobre la condición física del paciente. Mejora la tasa de recuperación, disminuyendo: el dolor informado, el uso de medicamentos, las complicaciones posquirúrgicas y la duración de la estancia hospitalaria.

La enfermería es proceso de interacción social mediante el cual el personal de enfermería induce una mejora en el estado de salud de los pacientes como resultado del diálogo terapéutico. La destreza para la comunicación es parte integral de todo el proceso de enfermería.
Entre las funciones de la comunicación en el trabajo diario de la enfermería se encuentra:
1. Información: La recogida de la información del diagnostico y la toma de decisiones. Se debe dar información al paciente de la medicación, los procedimientos que se la va a realizar, etc.
2. Influencia: Es la utilización de las técnicas de comunicación al ayudar a los pacientes a modificar sus actitudes.
3. Aportes de comodidad: Consiste en la interaccion con los pacientes para proporcionar seguridad, apoyo y comodidad, reduciendo la incertidumbre de los pacientes en momentos estresantes para aliviar y mitigar su sufrimiento.
4. De relación: Interaccion para definir, controlar y modificar la relación entre el profesional de enfermería y el paciente. Establecimiento de una relación de colaboración entre proveedor y el paciente.
5. Identidad: Configuración de identidades propias para presentarse a uno mismo de manera que introduzcan credibilidad y que generen amistad, respeto y sensación de amparo.

Las intervenciones de enfermería que requieren el uso de la comunicación son diferentes según cada fase del proceso.
1. Valoración: entrevista y elaboración de la historia; realización de exploración física; observación del comportamiento no verbal; y revisión de la historia clínica.
2.Diagnóstico de enfermería: análisis de los hallazgos en la valoración; análisis de las necesidades de asistencia sanitaria y establecimiento de prioridades con el paciente y su familia.
3. Planificación: redacción planes de cuidados; solicitud de actuaciones de otros profesionales sanitarios; inicio de las sesiones de planificación del equipo sanitario; y, análisis de los sistemas de ejecución con el paciente y sus familiares.
4. Ejecución: comentarios sobre la asistencia con otros profesionales sanitarios; educación del paciente con respecto a los tratamientos; previsión de apoyo terapéutico; utilización de otras fuentes de recursos sanitarios; y, registro del curso

del paciente.
5. Evaluación: obtención de retroalimentación verbal y no verbal; redacción de las conclusiones con respecto a los resultados esperados; actuación del plan escrito de asistencia; y, explicación de las revisiones del plan a los pacientes.

La entrevista es un instrumento de trabajo esencial para la enfermería. Consiste básicamente en la comunicación que se establece entre dos o mas personas con un objetivo preestablecido, diferente por tanto de la conversación habitual y espontánea. En la entrevista conviven el aspecto interpersonal y el aspecto técnico, al establecerse la relación de ayuda entre el personal de enfermería con los destinatarios de los cuidados. Es una habilidad de la comunicación que precisa de un aprendizaje que combina los conocimientos y las destrezas técnicas de los profesionales con el interés por las personas. Ofrece gran margen de maniobrabilidad en la recogida de datos para la Valoración, Diagnóstico e Intervención de Enfermería. Merece la pena, por tanto, emplear los recursos iniciales necesarios para desarrollar habilidades en su utilización que mas tarde repercutirán en la calidad y facilitaran nuestro trabajo diario.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es un componente básico en el ámbito sanitario. Se podrían decir, que el saber comunicarse con el paciente, la familia y el equipo es un arte, mas que una mera técnica y que si se realiza correctamente puede llevarnos a conseguir el efecto terapéutico deseado.

Los profesionales sanitarios deben saber escuchar y entender al paciente y la familia, deben favorecer el establecimiento de un clima de confianza y respeto mutuo.

Una adecuada comunicación conlleva numerosos beneficios entre los que podemos destacar los siguientes:
1. Permite aumentar la participación y satisfacción del paciente. No debemos olvidar que la causa mas frecuente de insatisfacción de los pacientes es la falta de comunicación con los profesionales sanitarios, con aumento del stress por la hospitalización y del tiempo de recuperación de la propia salud.
2. Facilita el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y reduce los errores de medicación. Entre un 30% y un 50% del incumplimiento del tratamiento es debido a una inadecuada comunicación.

3. Reduce los sentimientos de aislamiento del enfermo en el medio hospitalario y favorece una dinámica familiar mas adaptativa en el proceso de la enfermedad.
4. Entre los profesionales sanitarios, facilita la toma de decisiones difíciles, aumenta la seguridad y reduce el número de errores clínicos. Favorece el dialogo, el respeto y la importancia de todos los miembros del equipo sanitario para aportar información y soluciones.

Una comunicación asertiva entre el personal sanitario y el paciente y sus familiares mejora la calidad del proceso; debido a que la información sobre la situación es fluida.

Además, el paciente se siente más seguro con un trato amable por parte de los profesionales de enfermería, mejorando su comprensión del tratamiento a seguir, obteniendo mejores resultados.

6 Bibliografía

- Tratado de la comunicación aula magna.
- Publicaciones del sistema de salud madrileño.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 226

TRASTORNOS DEL HUMOR O AFECTIVOS, TRASTORNO BIPOLAR

LOURDES RUBIO SOTO

1 Introducción

El trastorno bipolar, también conocido como trastorno afectivo bipolar y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva, es el diagnóstico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormales elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más extrema que las personas que no padecen esta patología.

Clasificación:
- Tipo 1: individuos que han experimentado un episodio maníaco añadido a un episodio depresivo.
- Tipo 2: episodios de depresión mayor así como al menos un episodio hipomaníaco.
- Tipo 3: es la aparición de la enfermedad en pacientes de edad avanzada de más de 50 años donde los mecanismos de regulación del estado de ánimo se encuentran alterados, se denomina bipolaridad geriátrica.

Desinhibición sexual, agitación y conducta impulsiva son algunas de las características.

El trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales más comunes, severos y persistentes . La prevalencia conjunta de todos los trastornos bipolares ha sido

valorada en un estudio de 12 meses, con una muestra de 9282 individuos mayores de 18 años en el que reportaba el trastorno en 2,6% de la población.

La prevalencia del TIPO 1 se sitúa en el 0,4 y el 1,6% de la población en general, siendo igual en ambos sexos y grupos étnicos. La prevalencia del TIPO 2 está en torno al 0,5% de la población, el cual es más prevalente en mujeres.

2 Objetivos

- Reconocer y analizar los factores desencadenantes del trastorno bipolar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de distintos artículos científicos en distintas bases de datos (Scielo, Pubmed, Google académico, Elsevier) con los operadores boléanos, "and" y como descriptores palabras clave como: bipolar, maniaco, depresivo. Se ha buscado en textos en castellano y en fechas posteriores al 2010.

4 Resultados

Se ha relacionado anormalidades en la función cerebral a los sentimientos de ansiedad y una menor tolerancia al estrés. Ejemplos de sucesos vitales interpersonales serían el enamoramiento o por el contrario la muerte.

Un nacimiento también puede desencadenar una psicosis postparto en las mujeres bipolares. del trastorno bipolar e ha planteado que exista un desequilibrio entre aminoácidos excitadores, fundamentalmente glutamatos y los inhibidores y la defunción de las bombas de sodio y calcio que explica la patogenia del trastorno bipolar. Puede presentar:
Periodo depresivo:
- Pérdida de autoestima.
- Desánimos continuos.
- Desesperanza o minusvalía.
- Fatiga durante semanas meses.
- Insomnio.
- Pensamientos sobre el suicidio.

Periodo maniaco:
- Exaltación.
- Autoestima alta.
- Agitación.
- Hostilidad.
- Delirios místicos.
- Inquietud excesiva.

El pilar del tratamiento son los estabilizadores del estado de ánimo (litio, carbamazepina, oxcarbazepina):
- Anticonvulsivantes.
- Antisicóticos.
- Antidepresivos.

El ritmo cardíaco, en estudios recientes, está comenzando a relacionarlo con el trastorno bipolar y desordenes en el Ritmo circadiano(conocido como el reloj biológico). Exponiendo al paciente a ciclos regulares de luz-oscuridad puede detener un episodio maniaco. Se cree que la persona mejora debido a que su ritmo circadiano es vuelto a un ritmo normal.

Se recomienda una buena higiene del sueño y reducir la exposición a la luz artificial durante la noche.

5 Discusión-Conclusión

Se debe buscar la plena integración en el entorno ya que el aspecto sociales de vital importancia. Para ello es condición prioritaria la normalizacion de este y otros trastornos mentales. La erradicación de estigmación , de los estereotipos, prejucios y rechazos con que se carga a las personas que padecen problemas de salud mental.

6 Bibliografía

- https://www.fesemi.org
› conozca-mejor-su-enfermedad › trastorno-afectivo…
- Nemours KidsHeal. Trastorno bipolar | CuídatePlusth.
- Robert E. Teyer, El origen de los estados de ánimo cotidianos.

Capítulo 227

SUELO PÉLVICO E INCONTINENCIA URINARIA

ANA BELEN TRELLES RODRIGUEZ

ANDREA GARCÍA TORRE

JUANA MARÍA VILLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

La incontinencia urinaria(IU) se define «como la perdida involuntaria de orina, que condiciona un problema social e higiénico y que será condición indispensable para que se produzca el escape, que la presión vesical supere a la uretral» y está considerada enfermedad por la OMS desde 1998, por su repercusión en la calidad de vida , por su frecuencia y por su afectación psico-social. En general, se observa que afecta más a la mujer que al hombre y que aumenta con la edad.

Atendiendo a los criterios sintomáticos y por orden de prevalencia tenemos:
- IU de Esfuerzo (IUE): se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico.
- IU Mixta (IUM): es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como al esfuerzo.

Frecuente en mujeres premenopáusicas.
- IU de Urgencia (IUU): es la incapacidad para contener la orina el tiempo suficiente para ir al baño.
- IU por rebosamiento: frecuente en varones por obstrucción prostática.

- IU inconsciente: es la pérdida involuntaria de orina sin deseo miccional e independientemente de cualquier aumento de la presión abdominal (esfuerzo físico).

Factores de riesgo que pudieran incrementar el riesgo individual de desarrollar IU:
- Género (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto).
-Edad.
-Menopausia.
- Hipoestrogenismo (atrofia genital , Paridad (parto vaginal).
-Raza.
-Peso.

2 Objetivos

- Conocer por medio de los estudios más recientes, la efectividad clínica de los diversos métodos utilizados para el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, como tratamiento de la incontinencia urinaria femenina de esfuerzo o mixta.
- Contribuir a la mejora de la calidad de vida de estos pacientes, contribuyendo de esta manera a la difusión de esta patología y abriendo puertas a tratamientos no invasivos de la misma.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diferentes artículos publicados en bases de datos como Scielo, y Cochrane que tratan sobre incontinencia urinaria y suelo pélvico.

De los resultados obtenidos se seleccionan 8 artículos de diverso abordaje metodológico, que cumplían los criterios de inclusión; formato a texto completo, acceso libre y publicado en los últimos 8 años. Los criterios para excluir el resto de publicaciones fueron el año de publicación y la duplicidad de información.

4 Resultados

Existen una gran variedad de tratamientos para tratar la incontinencia urinaria y éstas deberán ajustarse más al tipo de paciente que al tipo de incontinencia que padezca.

Entre las diferentes técnicas de tratamiento existe el tratamiento conservador, farmacológico o quirúrgico. El tratamiento conservador es considerado en la actualidad como un elemento esencial en el abordaje terapéutico. Generalmente, su aplicación es previa y/o simultánea a otras medidas farmacológicas o quirúrgicas e incluye las siguientes medidas generales: ingesta moderada de líquidos (1-1,5 l/día), evitar cafeína y alcohol y fortalecer la musculatura pélvica incluyendo técnicas de BF (bio-feedback, tecnología de los sensores aplicada a la psicoterapia, es decir, una técnica basada en un sistema de sensores gracias a los cuales el paciente es consciente en tiempo real de varios parámetros fisiológicos que describen el funcionamiento de su cuerpo).

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar y revisar estudios publicados, el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo o mixta mediante ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico contribuye de manera positiva a mejorar los síntomas, produciendo mejoras significativas en la fuerza de la musculatura del suelo pélvico, calidad de vida de las pacientes afectas y reducción del número de episodios de incontinencia. Por lo tanto el tratamiento para la incontinencia urinaria incluye aplicación de medios físicos y también modificación de hábitos de vida.

Sería necesario un mayor número de estudios para determinar de forma concreta el tipo de ejercicio y duración del mismo más adecuado a cada tipo de incontinencia.

6 Bibliografía

- Robles J. E.. La incontinencia urinaria. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 Ago [citado 2020 Ene 28] ; 29(2): 219-231. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006&lng=es.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 228

MALTRATO ANTE UN DISCAPACITADO. CÓMO DETECTARLO Y ABORDARLO

ALBERTO VILLAR RODRÍGUEZ

1 Introducción

El siguiente trabajo se engloba dentro de los trabajos teóricos y conceptuales, definiendo conceptos y consideraciones sobre el maltrato a discapacitados y la relación profesional/paciente.

2 Objetivos

- Concienciar a la sociedad que las personas con discapacidad intelectual, son una parte de la población con menor independencia, esto los hace más vulnerables ante el maltrato.
- Implicar a los profesionales y a la sociedad en la búsqueda de protocolos de intervención ante el posible maltrato.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes libros, protocolos de actuación, guías prácticas, guías clínicas así como diferentes bases de datos: Pubmed, Medline, Dialnet y Google Académico. Los artículos y guías consultados se recogen en el apartado de bibliografía.

Se han empleado como descriptores: maltrato discapacitados, minusvalía, TCAE, paciente, relación paciente profesional. Se han empleado como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y se han excluido aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) estamos viviendo durante los últimos años una continua transformación motivada por el incremento constante de la carga asistencial y la progresiva especialización de los profesionales de la salud.

Una de las mayores problemáticas que nos encontramos para combatir el maltrato es la falta de información fiable en cuanto al número de personas con discapacidad que han sufrido abuso, además del grado y del tipo de dicho abuso; junto con el desconocimiento del grado y del tipo de minusvalía que padecen estas personas.

Es habitual que a las personas con discapacidad, se les maltrate de forma física o emocional, simplemente por no cumplir con los parámetros normales de interacción social. Esto aunque sea común no debe tener una consideración como algo natural.

En los servicios de salud, en muchas ocasiones se actúa con un rechazo que puede ir desde el hecho más sutil e inconsciente hasta las actuaciones más agresivas. Como ejemplo, los profesionales no se dirigen a las personas con discapacidad cuando hablan, sino al familiar, acompañante o tutor. Anular a la persona también es maltrato y discriminación.

Por todo lo comentado, se hace necesario definir la discapacidad y lo que se entiende como maltrato hacia las personas con discapacidad.

¿Qué es la discapacidad? es una falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de de la actividad de una persona.

¿Cómo definir el maltrato hacia las personas con discapacidad? cualquier acción u omisión realizada por individuos, instituciones o la sociedad en su conjunto, junto con todos los estados derivados de dichos actos o de su ausencia, que priven a las personas con discapacidad de su libertad o de sus derechos correspondientes

y que dificulten su optimo desarrollo.

El maltrato no sólo se realiza por acción sino por omisión, la diferencia hacia la persona con discapacidad es una forma de maltrato muy frecuente.

Muchas personas con discapacidad intelectual que están siendo víctimas de un abuso no lo identifican como tal y por tanto de existir un maltrato o un abuso dependerá de un tercero su detección, que en muchos casos será el profesional que cada día trabaja a su lado.

5 Discusión-Conclusión

Debemos:
- Conocer la etiología, diagnóstico y tratamiento.
- Reconocer la importancia de realizar un tratamiento de calidad, mejorando la atención al paciente.
- Planificar un plan de cuidados adecuado.

¿Cómo tratar a una persona con discapacidad? Las personas con discapacidad son personas como cualquier otra, nuestra primera reacción al observar que una persona presenta discapacidad es prestarle nuestra ayuda. Asociamos discapacidad a la necesidad de dependencia de otros, cuando lo que se desea es que la persona con discapacidad logre la mayor independencia posible; la regla básica es actuar con naturalidad.

Nuestra función como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), para la detección de un maltrato a un paciente debe realizarse mediante la observación tanto física como psicológica a través del contacto directo y de los cuidados que le proporcionamos como TCAE.

Claves en la detección del maltrato al paciente con discapacidad:
- Considerar la posibilidad de que la persona sea víctima de un maltrato.
- Estar atentos a cambios en la persona con discapacidad que se puedan derivar de una situación de maltrato.
- Estar atentos a las verbalizaciones espontáneas de este tipo de pacientes.
- Planificar una entrevista de valoración con nuestro equipo.
- Registrar cualquier tipo de información que nos pueda ser útil.
- Recoger todas nuestras observaciones.
- Evitar juzgar.

- Transmitir nuestras sospechas al resto del equipo para que den especial atención a determinados aspectos que pueden confirmar o no, nuestras sospechas.

6 Bibliografía

- https://www.ofizios.com/actuacion-del-tecnico-en-cuidados-auxiliares-en-enfermeria-ante-un-nino-critico-online-216237_q08.html-1
http://bancadis.ibv.org/mapa-del-sitio/79.html
- https://labandanodiscrimina.wordpress.com/2013/08/26/el-maltrato-fisico-y-emocional-hacia-personas-con-discapacidad/
- http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/maygua_sonia.pdf
https://definicion.de/discapacidad/
- http://www.ladiscapacidad.com/violenciaydiscapacidad/maltratoydiscapacidad/index.html
- http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/102976.pdf
- http://www.abc.es/20121016/sociedad/abci-webadaptada-discapacidad-maltrato-abusos-201210161828.html
- http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/36051/34571

Capítulo 229

LA PROTECCIÓN SOCIAL DEL ANCIANO CON DEMENCIA.

MARIA DEL ROSARIO PONTÓN

NURIA SOLIS DEVESA

MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO

NURIA ALVAREZ ALVAREZ

ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA

1 Introducción

Una de las características demográficas de las sociedades avanzadas es el envejecimiento poblacional, al que España no es ajena, situación que se manifiesta no sólo en el incremento del porcentaje de personas mayores respecto de la población total, sino también en el aumento de la esperanza de vida, llegando a hablarse actualmente del fenómeno del "envejecimiento del envejecimiento".

El envejecimiento, hoy por hoy, lleva inevitablemente aparejado el declive generalizado del funcionamiento físico e intelectual de la persona, pero "cuando el grado de deterioro intelectual supera la media propia de la edad hasta el punto de hacer difícil o imposible el curso de las actividades normales, la situación se considera como patológica, y recibe el nombre de demencia" (González (et al.) 1991: 281)1.

Son habitualmente los familiares más allegados del anciano con demencia quienes detectan los primeros signos de deterioro cognitivo, aunque cada vez es más frecuente encontrarnos con ancianos que viven solos. Son precisamente éstos, y dentro de este grupo los que no tienen familiares cercanos o no se relacionan con ellos, los sujetos que presentan mayor vulnerabilidad ante la aparición de un proceso de demencia. Los Trabajadores Sociales de los Centros Municipales de Servicios Sociales, son los profesionales que suelen detectar o recibir la notificación de la existencia de un anciano en situación de riesgo, incluso de desamparo, que necesita ayuda por presentar signos de demencia.

La población española sufre un progresivo envejecimiento: mientras que la población total se ha multiplicado por 2,5 desde el año 1900 hasta la actualidad, el grupo formado por personas de 65 años y más se ha multiplicado por ocho. De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística obtenidos del Censo de Población y Vivienda del 2011, España cuenta con 46.815.916 de habitantes, de los cuales, las personas mayores de 65 años representaban el 17,3 % (8.116.350), ascendiendo al 5,2 % (2.456.908) las que tenían más de 80 años.

La defunción del cónyuge es el principal motivo por el cual conforme asciende la edad va creciendo el porcentaje de personas mayores que viven sin la pareja. Así por ejemplo en el grupo de edad de 65 a 69 años viven solas el 14,45 %, porcentaje que se duplica entre los mayores de 80 años. Este modo de vida, que afecta más a las mujeres que a los hombres, tiende a expandirse conforme avanza la edad, hasta alcanzar su frecuencia máxima hacia los 85 años para luego disminuir, debido fundamentalmente a los problemas de salud que impiden la vida autónoma (Iglesias y López, 2014: 167).

La Organización Mundial de la Salud define la demencia como "un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación" (OMS 2015: en línea).

Dicho deterioro conlleva una pérdida de la autonomía del enfermo, que se va haciendo cada vez más dependiente - 15 - de los demás, así como un detrimento de

la actividad social, laboral y de ocio del paciente y sus cuidadores" (Prieto (et al.) 2011: 3). La demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla. Tradicionalmente se han diferenciado tres etapas en la evolución de la enfermedad, Estadios I, II y III, que gradúan la sintomatología de la demencia de menor a mayor deterioro intelectual y físico; así lo recogen la propia OMS y la psiquiatría tradicional (OMS, 2015: en línea y Bulbena, 1992: 543-544) Sin embargo hoy en día se han impuesto otras escalas más exhaustivas, como la de Reisberg, que ha sido objeto de numerosas adaptaciones, y que clasifica los estados demenciales en siete grados que van desde el Grado I: no deterioro cognitivo , pasando por el Grado IV: el deterioro es evidente en una exploración medianamente competente, hasta el Grado VII: necesidad de asistencia total.

En resumen, la demencia en sus distintas variantes afecta fundamentalmente a las personas mayores, aumentando su incidencia en las edades más avanzadas, provocando en quienes la padecen un progresivo deterioro intelectual y físico que les hace cada vez más dependientes.

2 Objetivos

- Poner de relieve la importancia en la coordinación del sistema sanitario para estar alerta en los casos más gravosos y de exclusión social, así como de la importancia del papel del cuidador.

3 Metodología

Se lleva a cabo en las siguientes fases :
1.- Búsqueda en bases de datos.
2.- Selección de los artículos.
3.- Análisis de la información.
4.- Exposición de esa información analizada.

Para realizar la búsqueda bibliográfica en las bases de datos, en primer lugar, se han seleccionado las palabras clave relacionadas con el trabajo: "Demencia", "Incapacidad ", "Capacidad Jurídica", "Cuidadores".

Los criterios de inclusión de las diferentes fuentes de información han sido: artículos redactados en español, trabajos de investigación, informes y datos estadísticos a nivel nacional y de las CCAA, asi como datos de la Dirección General

del IMSERSO y Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud datos.

En la búsqueda bibliográfica se incluyen documentos publicados en español, que trataban sobre la demencia en ancianos y, sus consecuencias y su tratamiento y coordinación en el sistema nacional de salud.

4 Resultados

La persona afectada por un proceso demencial pronto comienza a depender de los cuidados de otra persona, en el 85 % de los casos un pariente cercano (Prieto (et al.) 2011: 18), al que se suele denominar "cuidador principal".

Conforme la enfermedad va avanzando, la funcionalidad del paciente se va deteriorando, incrementándose la presión sobre el cuidador principal y apareciendo la "sobrecarga". Se calcula que el paciente con enfermedad de Alzheimer, por poner un ejemplo, llega a precisar unas 70 horas de cuidados a la semana, donde se incluyen la atención a sus necesidades básicas de alimentación, higiene, etc., el control de la medicación, los cuidados sanitarios y el manejo de síntomas, y eventuales situaciones de conflicto.

Debido a esta sobrecarga los cuidadores muestran una incidencia considerable de la frecuencia de enfermedades psicológicas y físicas, con mayores niveles de estrés, "ansiedad y depresión, síntomas somáticos, sensación de aislamiento social, peores niveles de salud auto-percibida, y precisan de atención psicológica y consumo de fármacos psicotrópicos en mayor medida que la población general, además de disponer de menos tiempo para llevar a cabo sus propias actividades". (Prieto (et al.) 2011: 35). Como consecuencia de todo esto suele producirse una importante merma en la calidad de vida del cuidador, que tiene consecuencias directas en la calidad de vida del enfermo. De hecho éste es uno de los factores de riesgo para la institucionalización del paciente con demencia, siendo la principal variable predictora del ingreso. En España la tasa anual de institucionalización de los enfermos con demencia es del 10,5 %. (Prieto (et al.) 2011: 18).

No obstante, las quejas fundamentales de los cuidadores se centran, más que en la sobrecarga en sí, en la falta de información sobre la enfermedad que reciben de los médicos y en la escasez de apoyos proporcionados por las instituciones. La atención del paciente con demencia es compleja, y como mínimo tridimensional,

ya que se basa al menos en tres pilares fundamentales: la familia, el Sistema Sanitario y los Servicios Sociales.

Estos últimos ofrecen al enfermo y sus cuidadores una red de recursos básicos y especializados, independientes de la red sanitaria, con sus propias limitaciones en cuanto a alcance de las prestaciones, listas de espera, lentitud en la tramitación, etc.

El aumento de este tipo de patologías, así como otras enfermedades crónicas generadoras de dependencia, obligan a reorientar el modelo de atención sanitaria tradicionalmente centrado en la curación de procesos agudos hacia otro modelo que conceda importancia al "cuidar", y en el que será imprescindible la coordinación con el sistema de Bienestar Social.

Teniendo en cuenta el patrón demográfico actual, caracterizado por el envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida, el síndrome demencial se convierte en un problema socio-sanitario de primer orden
La persona anciana en España, como no podría ser de otro modo, es sujeto de todos los derechos y libertades que le concede la legislación española, la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España.

El ordenamiento jurídico español recoge la posibilidad de limitar la capacidad de obrar de la persona mediante la "incapacitación", figura definida en el artículo 200 del Código Civil: "Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma".
Al tratarse de un asunto tan grave y con consecuencias tan trascendentes para la libertad de la persona, el ordenamiento jurídico impone que la incapacitación sólo puede ser declarada por un juez mediante sentencia, "la cual además de fijar el alcance y los límites de la incapacitación, tiene que estar motivada y razonada" (Martínez 2003: 11).

La incapacitación implica siempre el nombramiento de la persona o entidad que va a representar o, en su caso, asistir al incapaz en todos los ámbitos de la vida o en aquellos establecidos expresamente en la sentencia de incapacidad. El Código Civil contempla dos instituciones distintas para ejercer la guarda una persona mayor de edad declarada incapaz: la tutela y la curatela. El tutor es el representante legal de la persona tutelada, por lo que los actos que efectúe el incapaz sometido a tutela sin la asistencia de su tutor carecerán de validez legal. El cu-

rador sin embargo no es el representante legal del incapaz, sino que su misión es asistirle y complementar su capacidad en los actos que éste no pueda realizar por sí mismo (Cabezas (et al.) 2006: 47-51).

Como señala Santos Urbaneja, el colectivo de Trabajadores Sociales, por su profesión y cercanía, suelen ser los primeros que detectan o reciben la noticia de la existencia de una persona mayor en situación de desamparo y aquejada por problemas mentales que necesita ayuda (Santos, 2004: 3). En base al artículo 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil cuando el Trabajador Social se encuentra ante una situación de este tipo tiene el deber de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

En ocasiones, la gravedad de la situación de desamparo en la que se encuentra la persona mayor aconseja tomar medidas inmediatas sin esperar la sentencia de incapacidad.

Existe por tanto una figura intermedia entre la persona capaz y la incapaz, que sería el "presunto incapaz". Santos Urbaneja explica este estadio afirmando que "cuando media un informe médico que pone de manifiesto la existencia de una patología mental que afecta de modo notable a la capacidad de decisión, la presunción de capacidad se torna en presunción de incapacidad" por lo que "nadie puede escudarse para no actuar en el hecho de que la persona no se encuentra judicialmente incapacitada, pues la situación de "incapacidad presunta" obliga a ello" (Santos, 2004: 3 y 4).

De acuerdo con el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (D.G. del IMSERSO y D.G. de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2011: 254) la coordinación debe garantizar: 1. Una atención integral e interdisciplinar: biológica, psicológica y social. 2. Una atención global: prevención, asistencia curativa, cuidados y rehabilitación. 3. La complementariedad intersectorial: medidas sanitarias y sociales coordinadas. 4. Calidad relacional: atención humanizada y cuidado del control del entorno.

El Trabajo Social tiene como seña de identidad la intervención ante realidades pluridimensionales, en las que el profesional es sólo una parte dentro de la multiplicidad de actores y recursos que deben articularse para afrontar la complejidad de las situaciones con las que trabaja, y cuyas claves fundamentales son: el sujeto, su entorno, la organización de servicios y la colectividad (Escartín y Suárez 1994: 111) El Trabajo Social se configura por tanto como la profesión idónea para liderar procesos de cambio complejos, como es el avance hacia un modelo de atención

sociosanitaria integral.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el Equipo Sociosanitario detecte la presencia de conductas de riesgo en el anciano, para sí mismo o para terceros, orientará a los familiares encargados de su cuidado hacia la interposición de demanda de incapacitación en el Juzgado de Primera Instancia correspondiente o, en su defecto, hacia la comunicación de las circunstancias - 32 - del anciano al Ministerio Fiscal, con vistas a que éste promueva la declaración de incapacidad, de acuerdo con el artículo 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. En el caso de que la familia no desee iniciar acciones judiciales, el Trabajador Social de zona y el Médico de atención primaria conjuntamente pondrán los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, atendiendo al deber exigido a las autoridades y funcionarios públicos en el mismo artículo de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Naturalmente, cuando el anciano viva solo y carezca de familiares cercanos, se dará directamente el paso de comunicación de la situación al Ministerio Fiscal. En algunas ocasiones, el anciano que vive solo o incluso acompañado de familiares con algún tipo de patología mental grave, vive una situación de desamparo tal que pone en peligro su propia vida y la de otras personas.

En estos casos el Equipo Sociosanitario, además de poner la situación en conocimiento del Ministerio Fiscal, actuará conforme al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, solicitando al Juzgado de primera instancia de la zona la adopción de medidas cautelares para la protección del anciano, que normalmente consistirán en el internamiento en centro residencial adecuado.

6 Bibliografía

- Bulbena, A. (1992):. Cabezas Moyano, Antonio (et. al.) (2006): “La incapacitación de las personas mayores”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº8. [Fecha de publicación 30/05/2003]. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/caminoincapacitación-01.pdf,
acceso 29 de diciembre de 2014.
- Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid (2004) Dirección General del IMSERSO y Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Dirección del Proyecto) (2011): Escartín Caparrós, María José

y Suárez Soto, Esperanza (1994): González de Rivera, J.L. (et al.) (1991):
- Iglesias de Ussell, Julio y López Doblas, Las personas Mayores en España. Informe 2012. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas, Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Marín, J.M. (2003): Martínez Maroto, Antonio (2003): http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinezincapacitación-01.pdf,
acceso 29 de diciembre de 2014.;
- Prieto Jurczynska, Cristina (et al.) (2011): .Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Santos Urbaneja, Fernando 2004-; http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/santos-pautas-01.pdf;
- Las personas Mayores en España. Informe 2012. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas, Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Capítulo 230

CURSO DE AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO PARA EMIGRANTES.

AINHOA MARIA PEREZ OVIN

NOELIA SUÁREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Este curso va a estar destinado sobre todo a mujeres emigrantes que se han dedicado al ejercicio de la prostitución, ya que al realizar una encuesta dentro de nuestros usuarios hemos comprobado que la mayor parte de ellos nos pedían ayuda para poder salir de ese mundo y poderse dedicar a una labor diferente y sobre todo enriquecedora y sin sufrir ningún tipo de humillaciones ni vejaciones.

Es un curso intenso, que va a promocionar la Asociación Médicos del Mundo, y como promotor Somos Ciudadanos del Mundo; con la intención de que su alumnado pueda ejercer como auxiliares de ayuda a domicilio lo antes posible y así poner a su situación nada óptima un punto y final.

Como ya comentamos en otros capítulos esta formación forma parte de un Proyecto que lleva a cabo esta Asociación, dedicada a la prevención de VIH y demás ETS en trabajadores del sexo emigrantes.

Como datos generales del curso, la duración será de 150 horas donde se dividirán entre teoría y práctica, la duración diaria será de 4 horas diarias y podrán acceder todos los usuarios que lo deseen.

2 Objetivos

- Minimizar los daños producidos por el trabajo ilegal que realizan muchos de los emigrantes a nuestro país y que se encuentran totalmente vacíos tanto a nivel de formación como de desarrollo personal.

3 Metodología

Se realizará en la Sede de Médicos del Mundo.
Las 150 horas de que consta el curso se distribuirán de la siguiente forma:
- 72 horas teóricas
- 78 horas prácticas

Los contenidos van distribuidos en módulos. El curso de modalidad presencial requiere una metodología activa y centrada en el alumno. Los contenidos técnicos deben ser concretos, cercanos a la realidad del sujeto, fomentando de esta manera el aprendizaje significativo; los alumnos elaborarán enlaces entre los nuevos contenidos y los que ya poseen, estructurando la información mas eficazmente.

Para facilitar el aprendizaje, utilizaremos dos mecanismos de actuación, el primero serán las clases del profesor, donde se presentarán los contenidos teóricos básicos del curso. En todo momento el alumno será el referente esencial, siguiendo el ritmo que marque y cubriendo las necesidades educativas del presente. El último momento consistirá en actividades grupales, donde toda la clase realizará dinámicas de grupo (lluvia de ideas, rolle playing, simulación de casos, análisis de situaciones…) ésta es la parte más práctica, donde la forma motivadora y atractiva se asentarán los conocimientos asimilados, fomentando el espíritu crítico y la capacidad investigadora de los alumnos. Siguiendo este proceso conseguiremos un aprendizaje por descubrimiento cooperativo.

La metodología llevada a cabo en los módulos es eminentemente práctica con actividades donde se demuestre la adquisición de los contenidos. En ellos se promoverán actividades que emularán situaciones frecuentes que se presentarán en el trabajo a desarrollar.

Se impartirán estas clases en tres semanas y media, a razón de cuatro horas al día. La parte práctica se realizara en centros asistenciales de Tercera Edad del Municipio de Avilés. Estas prácticas se encontrarán tutorizadas por personal del Centro y del curso. La duración será de cuatro semanas a cuatro horas diarias de lunes a viernes.

Formación teórico-práctica de personas emigrantes para el posterior trabajo como Auxiliares del Ayuda a Domicilio:
- Sentirse más positivos frente a su situación laboral actual.
- Obtener un ingreso por un trabajo digno, cotizar a la seguridad social, y poder acceder sin ningún problema a los diferentes servicios de salud; además de -poder tener una saludable y óptima vida.
- Cubrir unas necesidades educativas para el futuro próximo.
- Tener una formación completa y gratuita con el conocimiento de varias entidades donde aprenderemos:
Gestión, aprovisionamiento y cocina en la unidad familiar de personas dependientes.
Mantenimiento, limpieza y organización del domicilio de personas dependientes.
Formación teórica en primeros auxilios.

Contenidos del curso:
Módulo I: Recursos sociales e integración social psicológica.
1. El asistido en los programas de ayuda a domicilio. Psicología del anciano. Psicología del envejecimiento.
2. Psicopatología del anciano. Abordaje de las patologías más frecuentes desde la SAD.
3. Manejo psicológico del moribundo y la familia. Procesos de comunicación. Humanización de la atención al anciano.
4. Entrenamiento en habilidades sociales.

Módulo II: Dietética, nutrición y alimentación.
1. Dieta y salud. Principios de nutrición y alimentación.
2. Dieta equilibrada. Dieta del anciano.
3. Manipulación y conservación de alimentos. Elaboración y preparación de menús.

Módulo III: Servicios sociales.
1. Tareas del Auxiliar del SAD. Equipo interdisciplinar. Funciones. Relación con el usuario.

Módulo IV: Cuidados básicos asistenciales de enfermería.
1. La habitación del paciente: condiciones. La cama: características y arreglo. Higiene y aseo personal.
2. Posturas del paciente y fijación de éstas. Prevención de escaras por cúbito.
3. Principios de mecánica corporal. Movilización y traslado de pacientes. Técnica de deambulación.

4. Conceptos básicos de farmacología: utilización y recomendaciones de uso. Signos vitales. Cuidados básicos asistenciales: aplicación de frío, calor. Cuidados del paciente sondado, diabético, obtención de muestras de orina.
5. Primeros auxilios.

Módulo V: Limpieza y cuidados básicos del hogar.
1. La vivienda: tipos, mobiliario y complementos.
2. Técnicas de limpieza y desinfección.
3. Prevención de accidentes domésticos.

4 Resultados

La temporización por contenidos se realizó de la siguiente manera:
- Recursos Sociales e integración Social 12 horas semanales (3 días de teoría).
- Dietética 20 horas semanales (5 días de teoría).
- Servicios Sociales 4 horas semanales (1 día de teoría).
- Cuidados básicos 20 horas semanales (3 días teoría).
- Hogar 12 horas semanales (3 días teoría).
- En total 72 horas divididas en 18 días.

Las prácticas se realizaron en varias entidades con un total de 78 horas divididas de lunes a viernes en 4 horas en horarios tanto de mañana como de tarde y siempre pensando en las necesidades de los alumnos.

5 Discusión-Conclusión

Al finalizar el curso de Auxiliar de Ayuda a domicilio, lo llegaron a superar íntegramente con prácticas completas 7 de los 16 alumnos emigrantes que lo iniciaron. Para ser exactos, 6 mujeres y un hombre.

3 de las mujeres que lo realizaron encontraron trabajo al finalizar sus prácticas. Curso impartido en los meses de noviembre y diciembre del 2003.

Valoración final: es que este tipo de programas que ayudan y muestran como se puede superar uno mismo y cambiar su vida si se quiere, funcionan.

6 Bibliografía

- Memoria Médicos del Mundo 2003

- Memoria prácticas Técnico en Integración Social (Ainhoa Maria Pérez Ovin)2004

Capítulo 231

BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA/TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: COMPETENCIA EMOCIONAL Y COMPARATIVA ENTRE SERVICIOS POR FACTORES E INFLUENCIA DE VARIABLE DE GÉNERO.

LAURA GARCÍA RODRIGUEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

En los últimos años el estudio científico de las emociones en el entorno laboral ha experimentado un enorme desarrollo, especialmente por la influencia que sobre la competencia profesional y la salud laboral pueden llegar a ejercer; repercutiendo además, directamente sobre la calidad del servicio ofrecido. Es ahí donde el estudio comparativo del burnout cobra todo su sentido.

2 Objetivos

La presente revisión bibliográfica pretende establecer una comparativa de datos sobre poblaciones laborales destinadas en el servicio de urgencias y otros servi-

cios especializados, así como desarrollar posibles descripciones diferenciales que partan de sus sub-factores o explicaciones vinculadas al factor de género y su repercusión sobre el burnout laboral.

3 Metodología

Se realiza una revisión sobre publicaciones científicas que sobre el estudio de las competencias actitudinales y el burnout se han desarrollado en el personal de enfermería y en el TCAE durante la última década.

Se consultaron diferentes bases de datos: Dialnet, Medline, PsycINFO, PubMed así como el directorio de revistas con acceso abierto (DOAJ). En todos los casos se limitó la búsqueda al intervalo 2007-2017. Se utilizaron descriptores en español (auxiliar de enfermería, burnout, género, urgencias). Los criterios establecidos fueron:
- Estudios que analicen aspectos concretos de burnout en servicios de urgencias y especializados en personal de enfermería/TCAE.
- Que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión.
- Con acceso al texto completo.
- Producidos en español
- De un total de 266 publicaciones fueron seleccionadas 8.

El instrumento aplicado en dichas investigaciones fue el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (1981), adaptado por Seisdedos (1997). Dicho instrumento subdivide a su vez el fenómeno de estar quemado en tres sub-factores de análisis: Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal.

4 Resultados

- Según Fernández y col (2012) el personal de enfermería y TCAE tienen niveles similares en cansancio emocional, mientras que Ríos y col (2012) concluyen que el personal de enfermería es el que puntúa más alto. Los profesionales TCAE despersonalizan más, Según Fernández y col (2012) y los profesionales de enfermería serían más vulnerables según Ríos y col (2012).
- Serán De los Ríos y colaboradores quienes informen que los profesionales de los servicios de Urgencias y Emergencias tienen niveles significativamente superiores de Burnout que los destinados en los servicios de Cirugía, Diálisis, UCIs o Medicina interna.

- El nivel de realización personal sería mayor para profesionales de enfermería según Fernández y col (2012). Por otro lado, según Browning y colaboradores (2007) serán los niveles de cansancio emocional y despersonalización los que más destaquen en los profesionales destinados en urgencias y quienes se sientan menos realizados. Contrastando estos datos con los planteados por Ahmadi y colaboradores (2014) sobre que el personal de enfermería en urgencias y cuidados intensivos presentan puntuaciones similares en todas las dimensiones del Burnout. Ibañez y colaboradores (2004) tampoco encontraron diferencias significativas con otros servicios como Medicina interna o los servicios destinados a pacientes semicríticos. Por su parte, Yao y colaboradores (2013), no encuentran más diferencia que la de mayores niveles de realización personal en el personal de urgencias. Finalmente, tanto Almadi y colaboradores (2014) como Casa y colaboradores (2012) encuentran mayor nivel de Burnout en urgencias que en servicios tales como Diálisis, Ortopedia o Residencias geriátricas.
- Dentro de este sector Naveiras (2015) encontrará un nivel de Burnout más elevado en el género femenino, asociado al sub-factor de cansancio emocional, siendo por su parte en el masculino, mayor la realización personal.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo expuesto a lo largo del presente trabajo podemos concluir con la evidente necesidad de trabajar en habilidad preventiva con el objetivo de desembocar en la consecución de unos profesionales de la salud con la capacitación necesaria para enfrentarse a sus estresores diarios con un menor riesgo de desarrollar un Síndrome de Bournout, una mejor atención a los usuarios de sus servicios y un mejor funcionamiento de la organización sanitaria.

6 Bibliografía

- Quinceno, J. M. y Alpi, V. S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. Acta colombiana de psicología 10, 117-125.
- Korczak, D. , Huber, B. & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome, GMS Health Technology Assesment, 6.
- Danhof M.B, Van Veen, T & Zitman, F.G (2011). Biomarkers in Burnout: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research, 70, 505-524.

Capítulo 232

LAS CONTENCIONES MECÁNICAS EN PSIQUIATRÍA. ASPECTOS ÉTICOS Y SOCIALES.

JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA

VERÓNICA DURRUTI BERROS

MONICA ORRASCO ALFONSO

MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ

SILVIA DE LA CALLE VALLINA

1 Introducción

Las contenciones físicas como las químicas,han sido la herramienta de sujección más impactante de los últimos tiempos, provocando un factor social que deja mucho que desear en el campo sanitario donde aún a día de hoy se siguen utilizando como primera instancia para contener a un sector de la población con problemas psicosociales que presenta con asiduidad cuadros de agresividad y demencias que debutan con el tiempo según avanzan en edad, formando todo ello un conjunto de inestabilidad personal que les lleva a ser ingresados en unidades psiquiátricas.

Hay circunstancias en las que recurrir a este tipo de sujeción es necesario dado la escasa o nula implantación de protocolos para actuar de forma inmediata y eficaz sin tener que recurrir a ello, por el riesgo que conlleva al personal de sufrir agresiones en la realización de sus tareas con estos pacientes.

España aboga por la aplicación de protocolos unificados para todas sus CCAA, pretendiendo respetar los derechos del usuario y a la vez la invulnerabilidad del personal sanitario, sin que unos ni los otros se sientan ética y moralmente agredidos en sus derechos constitucionales por este tipo de praxis obsoleta que, por necesidad inexorable aplicamos,pero dentro de unos márgenes que no son lo deontológicamente correctos que deben ser.

Por lo general este tipo de contenciones se utiliza sobre todo ante agresiones en los centros psiquiátricos y hospitalarios y de forma más preventiva por el bien del propio paciente en el medio geriátrico, ya que aquí es donde más se dan los casos de demencia dado la edad avanzada mezclado si cabe con los aspectos psíquicos. Hay riesgos de caídas fortuitas, deterioro cognitivo, retirada de sondajes o tubos endotraqueales por agitación, etc.

En España no existe una regulación ni en su uso ni en sus limitaciones y es empleada en su mayor parte sobre todo en instituciones geriátricas donde muchos de los residentes permanecen atados por largos períodos de tiempo, llegando esto a desembocar en accidentes, incidentes, escaras, inmovilidad, depresiones por aislamiento social y soledad, laceraciones, falta de oxígeno por asfixia y por último y más importante, muertes.

Los usuarios de los sistemas de salud deben gozar de unos sistemas de invulnerabilidad que el personal sanitario y facultativo deben respetar y meditar hasta que punto es necesaria la contención mecánica y que otras terapias de abordaje se pueden implementar en estos casos.

2 Objetivos

- Determinar la praxis y el momento necesario y preciso de contención de los pacientes con respecto al trabajo del personal sanitario dentro de un marco legal.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través del buscador Google con las palabras clave contención, agitación, agresión física y moral y medicación psicótica, con descriptor boléano AND y NOT y criterios de inclusión:textos en español, como criterios de exclusión: pacientes con lesiones traumatológicas y textos en inglés.

4 Resultados

Implementación por protocolo de las dos pautas de sujeción:química y en segundo lugar física.
Medios físicos utilizados: manoplas, pijamas fantasma, sábanas fantasma,cinturones, tobilleras, muñequeras, barandillas, arneses.Y como contención química ansiolíticos, antipsicóticos, opiáceos y neurolépticos.

Usuarios abordados con brotes psicóticos y demenciados con escaso grado de cognición y estados depresivo-maníacos.

Desde el año 1950 se abre debate del uso de este tipo de sujeciones en Europa en el entorno sanitario.En España un 39% de los residentes psiquiátricos permanecen inmovilizados físicamente por largos períodos de tiempo, mientras que en otros países europeos baja a más de la mitad con un registro de un 15%.

Esta medida terapeútica agrede al enfermo de forma directa y a su esfera psicosocial completa, se aísla e incapacita más aún de lo que su propia enfermedad determina.

Navarra es la única comunidad con decreto ley que delimita el uso de estos medios en las instituciones geriátricas 28 de Septiembre de 2011.

El 4 de Abril de 1997 los estados firmantes del convenio de la protección de los derechos humanos firmado en Oviedo se comprometieron a proteger y salvaguardar la dignidad.integridad y derechos y libertades del ser humano como individuo único haciendo sobre todo hincapié en aquellos que sufren problemas de salud mental, abogando únicamente a la contención en favor de la salud y supervivencia de aquellos pacientes que por su estado mental tienen tendencias autolíticas al suicidio.

En Cataluña en el año 2000 decreto de no sujeciones sin prescripción facultativa recomendada y en caso de realizarlas, que sean documentadas en expediente disciplinar.

Abril de 2002 las Naciones Unidas en Madrid celebran la cumbre mundial del envejecimiento incidiendo en que el abandono y maltrato contra los mayores adopta forma física, emocional y psicológica desestabilizando todas las esferas sociales, exhortando a la comunidad sanitaria a prevenir en todo lo posible este tipo de maltrato instado por estas contenciones.

Unesco 2005, País Vasco 2008,Cantabria 2007, Baleares 2009, Aragón 2009,La Rioja 2009. Con el decreto foral 28 de Septiembre de 2011 fue la primera vez que se establecieron las limitaciones en el uso de las contenciones y el cumplimiento de la normativa.

Queda expresado que estas medidas pueden ser terapeúticas según el comité de bioética español en situaciones concretas de medidas de prevención junto con tratamiento farmacológico en pacientes monitorizados, asistidos mecánicamnete y con cierto grado de consciencia y cuadros confusionales agudos, susceptibles de arrancarse vías de suero, catéteres, etc.

Implementación del motivo de la sujeción datado,programas y alternativas fallidas aplicadas con anterioridad y registradas formalmente, que desató o pudo provocar el brote y parte de incidencias, modificaciones ambientales que hayan podido generar la agitación, qué planes no se han implementado y quizás habrían sido más efectivos, estudio.tipo de sujeción pautada, consentimiento familiar, momento fecha hora de la sujeción, facultativo que la recomienda, planes de cuidados tras la contención (aseo, alimentación, hidratación, estado general, valoración diaria de la necesidad de contención).

5 Discusión-Conclusión

Fomentar en los equipos sanitarios la praxis adecuada a seguir en el modo y tiempo precisos de contener a un paciente es primordial en la práctica psicosocial segura.

Es el conjunto entero del equipo multidisciplinar, desde el facultativo, pasando por farmacia, enfermería, auxiliares y celadores quien debe aunar en favor de una técnica correcta en este tipo de abordajes terapeúticos, que en muchas ocasiones es necesario pero siempre de los marcos de legalidad en pos de una calidad de atención al paciente que se centre en ayudarle y confortarle y no en provocarle un daño físico y moral irreparable que se puede evitar con la colaboración y el énfasis humano de todos.

6 Bibliografía

- Comité de Bioética de España.https://www.comitedebioetica.es/files/documentación/informe%20contenciones_CBE.pdf.

- Tellez JM,Villena A, Morenas S, Pascual P, López C.El paciente agitado.Guías clínicas.
- Contreras MJ, López E,Vidal M.Uso racional de las contenciones físicas.Departamento de bienestar social y familia.2011.
- Plan de accion integral de Madrid sobre el envejecimiento de Abril de 2002.
- Comité interdisciplinar de sujecciones.Documento de consenso sobre sujecciones mecánicas y farmacológicas.Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología 2014.

Capítulo 233

EL TCAE Y EL ESTRÉS LABORAL

Mª JESÚS CEPEDA FERNÁNDEZ

ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ

MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA

1 Introducción

El grado de estrés laboral a que se encuentra sometido el profesional sanitario es elevado debido a la implicación emocional y psicológica que representa la atención a personas enfermas así como el trabajo con tareas relacionadas con la organización de la misma. En principio el estrés es positivo para el personal, ayudándolo a adaptarse a las nuevas situaciones y a afrontar con éxito los retos que se presenten. Se vuelve negativo cuando los requerimientos superan los recursos propios de la persona con incapacidad para resolver.

Denominamos afrontamiento como el conjunto de estrategias conductuales y cognitivas que el individuo utiliza par gestionar situaciones internas o externas que son percibidas como excesivas para los recursos del individuo.

2 Objetivos

- Afrontar que el profesional debe conocer y poner en práctica evitando aquellas situaciones estresantes que puedan desestabilizar las capacidades del trabajador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos clasificar las estrategias de afrontamiento como de tres tipos:
- Estrategia centrada en el problema, se utilizan cuando el estrés puede ser controlado, modificando las tareas lo que producen intentando relajarlas.
- Estrategia centrada en la evitación, son utilizadas cuando el individuo aplaza el confrontamiento activo, asentadas en la distracción, la evitación, en tomar distancia o dedicarse a otras actividades con el fin de olvidar el elemento estresor.

5 Discusión-Conclusión

El entorno laboral adverso y ser testigo del sufrimiento humano al que ha de hacer frente ponen al personal en un grupo de alto riesgo de sufrir la enfermedad silenciosa o síndrome de burnout. Por todo ello, finalizaremos afirmando la necesidad de que las propias instituciones promocionen programas específicos de desarrollo y estrategias en afrontamiento, adaptativas a situaciones de alto estrés laboral, con la finalidad de mejorar la calidad asistencial.

6 Bibliografía

- Arrogante, O. Metas de Enfermería Metas de
- Enfermería DICIEMBRE 2016 N ° 10 Volumen 19
- Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en enfermería. [En línea]. Disponible en: https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/artic
ulo/81011/estrategias-de– afrontamiento-al-estrés- laboral-en-enfermeria/
- Martínez, A. Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés. [En línea]. Disponible en:
Http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/articl e6.pdf [Accedido el 30 de noviembre de 2019].

Capítulo 234

TIPOS DE CORONAVIRUS

TEODORA GARCÍA SANJULIAN

CAROLINA MARTÍNEZ ARIAS

NATIVIDAD DEL CARMEN PEREZ MORALES

VANESA SUÁREZ RODRÍGUEZ

MARTA ELENA PANDO CARBAJAL

1 Introducción

El Coronavirus es un conjunto de virus de ARN con envoltura viral comunes, son llamados así debido a las espículas o proyecciones causadas por las glucoproteínas de la envoltura, que le proporcionan un aspecto semejante a una corona en las imágenes al microscopio electrónico. Como la mayoría de los virus con genoma RNA, se replican en el citoplasma de la célula hospedadora y pueden causar enfermedades respiratorias tanto en humanos como en animales.

Existen registradas muchas especies de coronavirus, incluidas nuevas cepas descubiertas recientemente en humanos, y dependiendo de cada tipo, pueden causar afecciones que van desde el resfriado común, hasta enfermedades más importantes como la bronquitis, neumonía, síndrome respiratorio de oriente medio (MERS-CoV) o síndrome agudo grave (SARS). Éstas más graves, pueden desencadenar la muerte.

Se sabe que la mayoría de las personas se infectan con estos virus en algún momento de su vida.

Sólo se han descubierto seis coronavirus que puedan provocar enfermedad en humanos. El coronavirus de Wuhan (2019-nCoV) sería el séptimo:
• HCoV-229E. Se descubrió en los años 60 del siglo 20, provoca enfermedad respiratoria en humanos similar a una gripe.
• HCoV-0C43. Se descubrió en los años 60 del siglo 20, provoca enfermedad respiratoria en humanos similar a una gripe.
• HCoV-NL63. Se identificó en 2003 en un niño con bronquiolitis en Holanda.
• HCoV-HKU1. Se descubrió en el año 2005 en dos pacientes de la ciudad china de Hong-Kong.
• SARS-CoV. Originó la epidemia del Síndrome respiratorio agudo grave. Se descubrió en noviembre de 2002 en la provincia de Cantón, China.
• MERS-CoV. Provoca el Síndrome respiratorio de Oriente Medio, enfermedad infecciosa que fue identificado por primera vez en el 2012 en Arabia Saudita.

Los síntomas más comunes de la enfermedad incluyen, entre otros:
- Secreción nasal.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de garganta.
- Fiebre, que puede ser bastante alta, si se tiene neumonía.
- Dificultades respiratorias.
- Tos.
- Mialgias o fatiga.
- Malestar general.
- Dolor u opresión en el pecho al respirar o toser.

Otros síntomas menos comunes pueden ser:
-Producción de esputo.
-Cefalea.
-Hemoptisis
-Diarrea.

Las infecciones severas se dan más frecuentemente en personas con el sistema inmune deprimido, bebes, adultos mayores y personas con enfermedades cardíacas o pulmonares.

El contagio entre personas se da por contacto estrecho con un individuo infectado y debido a la facilidad de contagio de este tipo de virus entre humanos, debemos de extremar las precauciones para prevenir la propagación de los mismos.

No existen vacunas preventivas, ni tratamientos específicos para infecciones por coronavirus, la mayoría de las personas mejoran por si solas. Las opciones terapéuticas dependen del estado y síntomas clínicos de cada paciente, y se centran en el tratamiento sintomático de los infectados, lo cual resulta muy útil.

Se puede reducir el riesgo de contraer o propagar una infección siguiendo las recomendaciones dictadas por la Organización Mundial de la salud (OMS). Las medidas de prevención recomendadas por la OMS, son las mismas que en cualquier infección respiratoria:
• Lavarse las manos frecuentemente, con agua y jabón durante un tiempo mínimo de 20 segundos.
• Evitar tocarse la cara, nariz o boca con las manos sucias.
• Evitar, en la medida de lo posible, el contacto cercano con personas enfermas.
• Cubrirse la tos y los estornudos con un pañuelo de papel, que se desechará y se lavará las manos. O usar mascarilla.
• Limpiar y desinfectar las superficies.
• Quedarse en casa cuando esté enfermo.

En el caso del Personal Sanitario, la OMS recomienda respetar en todo momento las medidas de prevención y control de las infecciones.

2 Objetivos

Identificar las infecciones por coronavirus, reducir su contagio y su propagación, así como qué medidas tomar cuando han sido diagnosticadas

3 Metodología

Para la realización de éste artículo, se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diversa bases de datos, así como en páginas médicas y científicas acreditadas, revisando y consultando artículos e informes con el objetivo de obtener y reflejar dicha información en este artículo.

4 Resultados

Las infecciones provocadas por coronavirus, normalmente pasan desapercibidas, debemos ser capaces de identificarlas, para poder aislarlas y así evitar su propagación y transmisión al resto de la población.

Debemos extremar las precauciones cuando nos encontremos con indicios de una infección por coronavirus, adoptando las medidas de prevención indicadas por la OMS.

Una vez identificadas y aisladas, debemos de tratar la sintomatología de éstas afecciones para una pronta recuperación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de identificar este tipo de infecciones lo antes posible es un factor vital para prevenir complicaciones en la salud de los afectados, el tratamiento de los síntomas, así como un rápido aislamiento son claves para que este tipo de patologías no se propague.

Hoy en día la globalización mundial, y la facilidad para viajar hace que este tipo de infecciones se propaguen muy rápido. Es por eso que no solo deben de tomar medidas los gobiernos o países, sino que todos a nivel individual; y como personal sanitario más aún, debemos de ser conscientes de la importancia que tiene tomar las debidas medidas de prevención, para que este tipo de virus causen el menor impacto posible en la población.

6 Bibliografía

- https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sras/transmision.htm
- https://www.webmd.com/news/spanish/default.htm
- https://www.efesalud.com/
- https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses
- https://medlineplus.gov/spanish/coronavirusinfections.html
- https://es.wikipedia.org/wiki/Epidemia_de_neumon%C3%ADa_por_coronavirus_de_Wuhan_de_2019-2020#Presentaci%C3%B3n_cl%C3%ADnica
- https://espanol.medscape.com/verarticulo/5904942
- https://www.healthline.com/health-news/coronavirus-can-be-deadly-but-they-also-cause-the-common-cold-what-to-know

Capítulo 235

EL TÉNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN CRUZADA.

ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ

Mª JESÚS CEPEDA FERNÁNDEZ

MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA

1 Introducción

Podemos denominar infección cruzada a la transmisión de agentes infecciosos de un paciente a otro a través de las manos del profesional sanitario; la flora transitoria que se adhiere a la piel de las manos del personal sanitario durante el contacto directo con pacientes u objetos contaminados por éste, es responsable de la mayor parte de las IAAS (Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria) .

Está demostrado que la higiene adecuada reduciría en menos de la mitad las IAAS, aún así los resultados muestran que el lavado de manos es insuficiente o deficiente . Entre las causas podemos encontrar: el exceso de trabajo y falta de tiempo, el desconocimiento ,la escasez de puntos de lavado, irritabilidad de la piel a causa de los productos de lavado..

Podemos destacar 5 momentos principales:

1º Antes de cualquier contacto con el paciente, tiene como finalidad proteger al paciente de cualquier microorganismo que se encuentre en las manos del profesional.
2º Antes de realizar cualquier maniobra aséptica, protege al paciente de cualquier microorganismo patógeno que pudiera introducirse en su organismo.
3º Después del riesgo de exposición a fluidos patógenos, para protegerse el propio trabajador y al entorno sanitario ante cualquier patógeno que el paciente tuviera.
4º Después del contacto con el paciente, para evitar patógenos del paciente.
5º Después del contacto con el entorno del paciente, para protegerse y proteger el entorno sanitario de los patógenos del paciente.
Las infecciones asociadas al proceso sanitario afectan a un gran número de pacientes , y si bien es cierto que son generadas de forma involuntaria, causan una alta mortalidad en los pacientes, secuelas importantes en sus familiares y un costo elevado para el sistema sanitario.
Por todo ello podemos concluir la importancia de la adecuada higiene de las manos, medida más simple y eficaz para evitar las infecciones asociadas con la atención sanitaria.

2 Objetivos

La finalidad buscada con el presente trabajo es estudiar los principales momentos en que el profesional ha de realizar la higiene de manos, con el fin de eliminar, controlar o disminuir la infección cruzada entre distintos pacientes.

3 Metodología

El trabajo está realizado en una búsqueda sistemática de artículos en distintas base de datos como: Dialnet, Scielo, Pubmed … así como en buscadores como Google académico. Como datos de inclusión se han utilizado: textos completos, en idioma español e inglés traducidos al español. De un gran número de artículos encontrados se excluyen la mayor parte por su escaso rigor científico, estudiando en profundidad 13 textos. Como descriptores se utilizan las palabras: infección , cruzada, prevención.

4 Bibliografía

1. Ramos, L. ¿ Qué es una infección cruzada? [En línea]. Disponible en: https://prezi.com/t3b26dvz2tcw/que-es-una-infeccion-cruzada/ [Accedido el 5 de diciembre de 2019].

2. Díaz, D. Prevención de la infección cruzada. [En línea]. Disponible en: http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3698/1/TUTENF011-2016.pdf [Consultado el 5 de diciembre de 2019].

3. Medline. Medidas para el control de infecciones. [En línea]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/infectioncontrol.html [Consultado el 5 de diciembre de 2019].

Capítulo 236

EL NIÑO CON TDAH Y SU FAMILIA

ANA MARIA PIEDRA SÁNCHEZ

SARAY MARIA SUAREZ FERNÁNDEZ

CESAR ANGEL CASTAÑON FERNANDEZ

ROSA MARÍA SAN JOSÉ BLANCO

BLANCA FLOR NAVEDA REDONDO

1 Introducción

TDAH son las siglas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Se trata de un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, y que en muchas ocasiones está asociado con otros trastornos comórbidos.

Cuando decimos que el TDAH se presenta frecuentemente con otros trastornos comórbidos, hablamos de que el TDAH en muchas ocasiones no se presenta sólo, sino que aparece junto a otros trastornos psiquiátricos. Esto es así en el 70% de los casos de TDAH.

De hecho, una persona con TDAH tiene de 6 a 7 veces más probabilidades de tener otro trastorno psiquiátrico o trastorno del aprendizaje.

Entre las comorbilidades más frecuentes destacan: trastorno negativista, desafiante, trastorno de conducta, trastorno de ansiedad, trastorno del ánimo, tics,

trastorno del aprendizaje… y pueden tener un impacto adicional en la calidad de vida.

Cuando el TDAH se asocia a otros trastornos, con frecuencia se complica el diagnóstico, empeora la evolución y la respuesta al tratamiento es menor.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad suele ser crónico, persistiendo en la adolescencia y vida adulta. Este trastorno ha despertado un gran interés social en la última década debido entre otras razones, a la alta prevalencia, a las implicaciones negativas que acarrea en el ámbito familiar, social, escolar y a la frecuente asociación que presenta con otras psicopatologías.

Los síntomas de TDAH presentan repercusiones negativas en el desarrollo cognitivo, personal y social, suponiendo una barrera para el aprendizaje escolar y la adaptación general del sujeto a su entorno.

Cuando en el colegio te ha comentado el profesor o el orientador escolar, que tu hijo muestra posibles síntomas de TDAH, y que según su recomendación debería verlo un especialista, te empiezas a hacer muchas preguntas ¿Qué es el TDAH? ¿A qué especialista he de acudir? ¿Quién diagnostica el TDAH? ¿Cuáles son los profesionales de la salud que se ocupan de los trastornos mentales en niños? ¿Puedo acudir a cualquiera de ellos?

En lo que respecta a España, los profesionales de la salud que con más frecuencia realizan el diagnóstico clínico son:
– Psiquiatra de niños y adolescentes.
– Neuropediatra.
– Pediatra.
– Psiquiatra de adultos.
– Neurólogo.

Es fundamental para el diagnóstico de TDAH evaluar el déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, se presenten:
1. Desde una edad temprana: antes de los 12 años.
2. Con una intensidad y frecuencia superior a la normal para la edad y la etapa de desarrollo del niño.
3. Que deterioren o interfieran de forma significativa en el rendimiento del niño en dos o más de los ámbitos de su vida: escolar o laboral, familiar y social.
4. No ser causados por otro problema médico, un tóxico, una droga u otro problema psiquiátrico.

La prevalencia de un trastorno hace referencia a la frecuencia de presentación de este en la población general. El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos infantiles más frecuentes, situándose por encima de otros, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar

Un estudio reciente sugiere que la prevalencia en España es de 6,8%.
Debido a la complejidad del TDAH, no puede identificarse una sola causa. Se considera que es un trastorno heterogéneo con diferentes subtipos, resultado de las distintas combinaciones de los diversos factores de riesgo que actúan conjuntamente.

Los estudios han demostrado que los familiares de personas con TDAH tienen un riesgo cinco veces mayor que las personas sin antecedentes familiares de TDAH.

El TDAH es un trastorno heterogéneo y por lo tanto difícil de diagnosticar. De ahí la importancia de que se acuda a un profesional sanitario cualificado para realizar el diagnóstico (psiquiatra de niños y adolescentes o de adultos, neuropediatra, neurólogo o pediatra) que cuente con una amplia experiencia en el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Los profesionales médicos deben realizar una historia clínica, compuesta principalmente por: anamnesis (mediante entrevistas) y exploración física. El embarazo, el parto, los primeros meses de vida… Esta información resulta importante debido a que se han asociado complicaciones como el consumo de alcohol, tabaco o drogas durante el embarazo con el TDAH.

Exploraciones físicas:
Estas exploraciones son imprescindibles para descartar la presencia de cualquier enfermedad que pueda explicar los síntomas que presenta el paciente o que pueda contribuir a su presencia.

Se debe descartar en casos de síntomas de déficit de atención, que el paciente no presente problemas de audición. Una vez realizada la historia clínica, se investiga si existen trastornos del aprendizaje y se evalúa el rendimiento académico del niño a lo largo del tiempo. Para realizar esta evaluación es fundamental la participación de los profesores o el equipo de orientación escolar.

Escalas de diagnóstico de TDAH:
Las escalas ayudarán a identificar los síntomas nucleares y también para valorar su intensidad. Se pueden usar de forma complementaria en el diagnóstico del TDAH, pero nunca deben sustituir a la historia clínica. También pueden re-

sultar especialmente útiles para medir la evolución del trastorno, a través de la percepción de padres y profesores respecto a los síntomas y/o el tratamiento.

Estas escalas por lo general funcionan a través de entrevistas estructuradas y semi-estructuradas y ayudan a la hora de realizar el diagnóstico o detectar posibles trastornos comorbilidades.

En el diagnóstico del TDAH los especialistas pueden utilizar por lo tanto varios instrumentos en función de las características, sintomatologías o afectaciones que muestre el paciente
– Escalas específicas para el TDAH.
– Escalas de psicopatología general.
– Entrevistas estructuradas y semi-estructuradas.
– Pruebas de inteligencia y neuropsicologícas.
– Evaluación psicopedagógica.
– Exploraciones complementarias.

Una vez realizada la historia clínica, se investiga si existen trastornos del aprendizaje y se evalúa el rendimiento académico del niño a lo largo del tiempo. Para realizar esta evaluación es fundamental la participación de los profesores o el equipo de orientación escolar.

La intervención dirigida a las familias produce una reducción del nivel de estrés en los padres, lo que les permite al mismo tiempo utilizar pautas educativas más efectivas que tienen un efecto beneficioso sobre el comportamiento del niño con TDAH. Así pues, se demuestra que padres e hijos se influyen mutuamente.

Es necesario que los programas de asesoramiento a padres tengan en cuenta el impacto que genera el TDAH en el sistema familiar y se les instruya en estrategias para el manejo del estrés, se trabaje de forma concreta sus emociones, la percepción o atribuciones negativas que tienen de su hijo y cómo pueden construir un estilo educativo democrático basado en una comunicación eficaz. Además, también se enseñan y ponen en práctica las técnicas de modificación de conducta, cuándo y cómo utilizarlas de forma adecuada. Este tipo de intervención genera que los padres aumenten la confianza en sí mismo, y sus hijos.

A través de la revisión realizada se puede confirmar que la familia tiene un claro efecto modulador en la evolución del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Además, diferentes investigaciones han llegado a la conclusión de que un hijo con TDAH tiene un impacto negativo en su familia, afectando principal-

mente a las relaciones entre los miembros. Estos efectos, y teniendo en cuenta que en un sistema familiar todos los miembros interaccionan y se influyen mutuamente, lleva a plantearse que la intervención del TDAH debe considerar factores psicosociales, siendo el contexto más estudiado la familia. A partir de aquí se plantean intervenciones multicomponente, en las que se incluye al niño, la familia y la escuela, con el fin de poder generalizar los comportamientos en el entorno natural y coordinarse para trabajar en la misma dirección.

Se confirma que estos tratamientos tienen un efecto positivo en la familia, disminuyendo los niveles de estrés, los sentimientos y actitud de los padres y mejorando el comportamiento de los hijos.

La sintomatología definitoria del TDAH - impulsividad, hiperactividad y desatención- dificulta la labor educativa de los padres, que suelen sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima e insatisfacción con su rol parental. Los padres de niños con TDAH se consideran menos competentes en el desempeño de su papel de padres y valoran que su calidad de vida es poco satisfactoria. A menudo, están expuestos a críticas debido al comportamiento perturbador de los hijos, lo cual provoca finalmente el aislamiento social.

2 Objetivos

- Organizar el espacio y tiempo: la organización, la estructuración, la clasificación, la ausencia de ruido y distracciones, favorece que estos niños se centren más en sus tareas.
- Dar salida a la hiperactividad alternando el trabajo que tienen que realizar sentados con otras actividades que le permitan levantarse y moverse un poco.
- Regular la impulsividad que es la causa del comportamiento inadecuado junto con la precipitación en las respuestas, hace que no reflexione y tenga problemas de conducta.
- Trabajar la comunicación verbal y no verbal de forma positiva, clara y directa. Teniendo en cuenta la situación y la persona.
- Explicar las cosas teniendo en cuenta los hechos, lo que pensamos, sentimos o esperamos de ellos. Haciendo que conozcan sus propios derechos y defenderlos respetando a los demás
- Comprender como se ven a sí mismos o como viven la situación, los fallos, malas conductas. Por eso hay que hablarles evitando que se sientan culpables e inofensivos.

- Trasmitir afecto a través de las palabras, gestos, caricias, miradas. Son niños que necesitan mucho amor.
- Hablar con firmeza, clara y directa con orden en las palabras, que todas tengan sentido, con un lenguaje sencillo que no dé a errores ni malos entendidos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un plan de tratamiento a largo plazo con determinación de resultados deseados para el comportamiento, actividades de seguimiento y control:
- Tener mejor relación con los padres, hermanos, maestros, amigos.
- Mejorar en el trabajo tanto escolar como laboral.
- Más independencia en sus tareas o en el cuidado personal.
- Mejora en la autoestima.
- Menos malos comportamientos y conflictividad.

5 Discusión-Conclusión

Los síntomas de este trastornó, también influyen negativamente en el área social del niño. Estos niños tienden a ser impacientes, más agresivos, a no respetar los objetos y el espacio de los demás, etc., por lo que los otros niños, en muchos casos les rechazan y aíslan esto les causa tristeza, frustración y enfado, aumentando así las conductas inapropiadas. Se ha visto que todos los miembros de la familia, tanto padres como hermanos, se ven afectados. Por ejemplo, la relación los padres y el niño con TDAH, suele marcarse por el conflicto, debido a que estos niños suelen ser menos dóciles, menos sumisos y requieren mayor estimulación y ayuda de sus padres que otros niños, la comunicación entre hijos y padres también se ve perturbada ya que generalmente estos niños o jóvenes tienden a enfadarse más durante las discusiones de sus conflictos y utilizar una comunicación y tácticas

de solución de problemas más agresivas. En ocasiones, esto repercute en las percepciones que tienen los padres de sus hijos, calificándolos de manera negativa en relación a los hermanos o a otros familiares.

La crianza de un hijo ofrece numerosos retos a los padres. Retos que se complican cuando los niños presentan alguna dificultad, ya sea física, psicológica o educativa.

Dentro de las complicaciones psicológicas que pueden afectar a los más pequeños de la casa, el TDAH es uno de los trastornos más estudiados tanto desde la psicología, la psiquiatría y la neurología. Durante los últimos años, se han incluido los factores psicosociales y contextuales en los estudios, prestando especial atención al impacto que tiene el trastorno en la familia.

En general, se ha encontrado que los padres de niños con TDAH, en comparación con padres de niños con otro tipo de alteraciones, manifiestan mayores niveles de frustración y estrés en sus intentos por manejar y controlar la conducta de sus hijos, y que éstos aumentan en función de la gravedad, la persistencia de los síntomas o la presencia de problemas conductuales.

Esto provoca que la comunicación con sus hijos tienda a ser más agresiva durante las situaciones conflictivas, que haya una mayor tendencia al castigo a pesar de que en la mayoría de las ocasiones no funciona o que se preste más atención a los aspectos negativos que a los positivos. Además, este ambiente de tensión y frustración también parece influir de forma negativa en la relación de pareja de los padres al no ponerse de acuerdo sobre cómo es mejor actuar con el niño.

Por otro lado, respecto a la vida social de la familia, también se ha observado que los padres con niños con TDAH se sienten más incómodos en público y suelen temer que el niño se comporte de manera inadecuada en presencia de otra personas por lo que acaban reduciendo las salidas, tendiendo al aislamiento. Es indiscutible que el apoyo de los padres es fundamental para conseguir una mejoría en sus hijos. Para ello es necesario ofrecerles información y enseñarles técnicas para aprender a manejar la conducta de su hijo, sin olvidar ofrecerles pautas para mejorar el clima familiar y el trato con ellos.

A continuación ofrecemos algunas claves para facilitar la convivencia:
- Conocer y aceptar el trastorno. La información reduce los sentimientos de culpabilidad que tienen muchos padres. Es necesario conocer qué es el TDAH para entender la conducta de nuestro hijo, sus limitaciones y ser realista sobre lo que

podemos esperar.
- Reforzar lo positivo. Es frecuente que los padres presten más atención a las conductas inadecuadas ya que son más llamativas y molestas. Es esencial que los padres presten atención y valoren las habilidades y aspectos positivos del niño, de este modo se mejora su autoestima.
- Establecer unos límites y normas claras. Deben tener claro las normas que deben cumplir. Para ello es necesario establecerlas con antelación, colocarlas en un lugar siempre visible y especificar las consecuencias en caso de no cumplirlas.
- Mejorar su autoestima. Valorar sus virtudes y buscar habilidades y actividades en las que sea bueno y reforzarlas. No debemos exigirle por encima de sus posibilidades.
- Paciencia y constancia. Es fundamental para conseguir nuestros objetivos y un buen clima familiar ya que los resultados no serán inmediatos y exigirán que le dediquemos bastante tiempo.

Por supuesto, estas pautas no suelen ser suficientes y se necesita de la intervención profesional para que un niño con TDAH sea tratado con éxito y no afecte negativamente al núcleo familiar ni a su desarrollo personal.

6 Bibliografía

- Enciclopedia wikipedía.
- TAKeda TDAH Y TU.
- Unidad de Psicología Infantil.
- Instituto Superior de Estudios Psicológicos.
- Estudios de Psicología. .
- Mis TDAH favoritas
- Banés Llort.

Capítulo 237

EDUCACIÓN SANITARIA PARA TCAE

ALBA INÉS RAMÍREZ GUILLÉN

1 Introducción

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca, no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

2 Objetivos

Dar a conocer al TCAE información importante a cerca de la educación sanitaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la

mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

5 Discusión-Conclusión

La promoción y educación para la salud deben responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades desarrolladas. Para abordarlas, tres son las áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales. Estas áreas de intervención van a condicionar los objetivos y planteamientos de la formación, ya que son necesarios conocimientos, actitudes y habilidades para comprender y abordar estas necesidades en salud y los factores con ellas relacionados.

6 Bibliografía

- https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A7EBFCE1-89F0-4406-81A7-7786919A25F7/260756/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf
https://www.redalyc.org/pdf/2750/275041389009.pdf
- https://www.redalyc.org/pdf/2750/275041389009.pdf
-https://www.researchgate.net

Capítulo 238

HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL SANITARIO

SANDRA BEIRO MONTES

SUSANA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La higiene de manos consiste en la eliminación de los microorganismos que las contaminan. Es imprescindible realizarla de manera escrupulosa para proteger al paciente, protegerse uno mismo y proteger al entorno sanitario, de los microorganismos patógenos que se transmiten a través del contacto.

2 Objetivos

-Eliminar los microorganismos patógenos de las manos.
-Prevenir la transmisión cruzada de un enfermo a otro.
-Evitar la transmisión de microorganismos de los enfermos a los profesionales sanitarios.
-Mantener el entorno sanitario lo más aséptico posible.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores: higiene de manos, higiene personal sanitario, prevención contagios en el ámbito hospitalario, lavado de manos y antisepsia de manos.

4 Resultados

La higiene de manos se puede realizar con jabón, loción hidroalcohólica o jabón antiséptico. La OMS considera la higiene de manos como una herramienta esencial para la prevención de infecciones nosocomiales en el entorno hospitalario. Describe cinco momentos en los que es imprescindible:

- Antes del contacto directo con el paciente, para protegerlo de los posibles gérmenes que el profesional sanitario pueda portar en sus manos.
- Antes de realizar cualquier tarea aséptica, para proteger al paciente de posibles gérmenes que puedan entrar en su cuerpo, incluso los propios del paciente.
- Después de la exposición a fluidos corporales, para protegerse y proteger al entorno de gérmenes del paciente y evitar de esta forma contaminaciones que puedan desencadenar posibles infecciones nosocomiales.
- Después del contacto con el paciente, para protegerse y proteger al entorno.
- Después del contacto con el entorno del paciente, también para protegerse y proteger al entorno.

El uso de guantes no debe sustituir nunca las medidas de higiene de manos.

5 Discusión-Conclusión

La concienciación por parte del personal sanitario, de que la higiene de manos se debe realizar de forma escrupulosa y minuciosamente, se trata de un pilar fundamental para prevenir cualquier tipo de contaminación y propagación de microorganismos, que puedan ser desencadenantes de infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

- Enfermeria21.com
- Seguridaddelpaciente.es
- Amepreventiva.es
- Scielo.es
- Mscbs.gob.es

Capítulo 239

LA TERAPIA OCUPACIONAL Y FÍSICA EN PEDIATRÍA.UN PROBLEMA DE ABORDAJE SOCIAL.

SILVIA DE LA CALLE VALLINA

MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ

JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA

VERÓNICA DURRUTI BERROS

MONICA ORRASCO ALFONSO

1 Introducción

Estas terapias son áreas únicas en donde los terapeutas asisten con sus conocimientos a niños de distintas edades con distintos diagnósticos en unidades de hospitalización y ambulatorias.Muchos de estos casos atendidos a este nivel de salud son gestionados a través de la trabajadora social del área al que pertenece la familia del paciente por la escasez de recursos de que algunos disponen, ya que esta técnicas son por lo general constantes y de una situación prolongada en el tiempo y no todas son gestionadas a través de los servicios de salud.

Los fisioterapeutas pediátricos poseen conocimientos cínicos y habilidades de vanguardia muy avanzadas en el campo de la investigación con cedrtificación en evaluación personalizada del desarrollo de las terapias.Refuerzan los retos de

cada individuo como único ser,con el fin de optimizar la participación de éstos en su rehabilitación diaria la cual fluctúa constantemente según el ritmo del infante.

Las terapias ocupacionales tienen un gran impacto positivo en el conjunto en concreto y ayudan a los niños a desarrollar habilidades para ser partícipes directos en juegos,ocupaciones,autocuidados.

Las terapias ocupacionales tratan los siguientes diagnósticos: Parálisis cerebral,síndrome de Down,retrasos madurativos, TEA,disfunción e integración sensorial, y trastorno de coordinación del desarrollo y benefician a niños con problemas para:habilidades de autocuidados,desarrollo de habilidades sociales,habilidades cognitivas (leer,jugar,escribir) percepción visual,motricidad y coordinación del movimiento.

En cuanto a las terapias físicas los profesionales trabajan desde con bebés hasta con niños más mayores para mejorar su deambulación, equilibrio y sedestación. Los diagnósticos que precisan de este tipo de terapia son: tortícolis, retraso del desarrollo, marcha en puntillas idiopática, espina bífida, parálisis cerebral, distrofia muscular, trastorno de coordinación del desarrollo, pies planos, escoliosis y otras enfermedades raros y tics.La terapia física ayuda a los niños con problemas de movilidad limitada, retraso motor, disminución funcional, postura asimétrica, tensión muscular, ELA, desequilibrio y descoordinación.

Durante la estancia hospitalaria estos servicios se indican para bebés, niños y adolescentes en cambios en su desarrollo y para pacientes con una estancia programada larga y con riesgo de sufrir consecuencia negativas asociadas al período de ingreso.

La asistencia del auxiliar de enfermería en los distintos servicios de este tipo de terapias es fundamental para llevar a cabo las técnicas en equipo para lograr avances significativos en la calidad de vida de estos niños afectados por diversas patologías de índole severa.

2 Objetivos

- Determinar los cuidados y colaboración del TCAE con los distintos tipos de terapias aplicadas en unidades de hospitalización.

3 Metodología

Se realiza revisión sistemática a través de las bases de datos Dialnet, Scielo, Lilacs y motor de búsqueda Pubmed con palabras clave: morfología y deambulación, medios mecánicos en terapias de movimiento, y asistencia humana en rehabilitación física, con operador boléano AND.

4 Resultados

Pruebas estandarizadas del desarrollo e intervención para promover la adquisición de habilidades físicas y sensoriales.
Evaluación de la movilidad funcional y entrenamiento (marcha, trasferencias).
Evaluación y entrenamiento de las ABVD.
Participación en juegos y sensibilidad social.
Evaluación en alimentación.
Educación al alta para pacientes y cuidadores con asistencia de planes desde los servicios domiciliarios si es preciso.

El auxiliar actúa sobre las condiciones sanitarias del entorno de los pacientes bajo la dependencia del terapeuta como miembro del equipo de asistencia sanitaria. Posee habilidades y capacitación suficiente para auxiliar al terapeuta en las sesiones rehabilitadoras de los pacientes.
Recibe a los pacientes en la consulta o acompaña al terapeuta al domicilio.
Limpia los equipos de rehabilitación, hace gestiones administrativas, controla stocks y pauta proveedores, mantiene la sala de trabajo en condiciones saludables ambientalmente, maneja sillas de ruedas, muletas, traslada historias clínicas, aplica cremas y masajes, asiste en las clases de gimnasia, hidroterapia, calor, frío. Escucha activa y empática con los pacientes.Registra incidencias y observaciones, cambios significativos y avances importantes y ayuda a la higiene y cuidado general del paciente.

En cuanto a los resultados numéricos entre un 6 y un 8% de los menores de 6 años presentan trastornos importantes en nuestro país que influyen en su desarrollo normal.

En la actualidad la tasa de prevalencia es de 20 por cada 10.000 de niños con TEA, alrededor del 30% presentan un desarrollo cognitivo situado dentro de la normalidad y un 70% con distintos niveles de discapacidad.

5 Discusión-Conclusión

La asistencia del equipo sanitario en conjunto facilita el proceso de recuperación en este tipo de pacientes con multitud de trastornos.

Estas terapias giran en torno a tres modelos: integración Sensorial, Modelo De Ocupación Humana, Intervención Contextual, recuperando la funcionalidad con un grado satisfactorio de las prácticas implementadas haciendo relevancia cada vez más el uso en los centros sanitarios como parte importante del tratamiento rehabilitador y curativo.

6 Bibliografía

- https://www.autismomadrid.es.
- https://dialnet.unirioja.es.
- Hervas A. Maristan y M, Salgado M, Sanchez Santos L.los trastornos del espectro autista. Pediatria integral.2012.
- Psicología infantil y juvenil.Inventario espectro autista de Angel Riviere. Tarragona, España.2012.

Capítulo 240

LIMITACIÓN DE LA EXPOSICIÓN A LOS DISRUPTORES ENDOCRINOS

ANGELA ROMERO RODRIGUEZ

ANDREA DE ÁVILA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los disruptores endocrinos son sustancias químicas que pueden producir una alteración en el sistema hormonal, ocasionando su disfunción y pudiendo llegar a producir diferentes enfermedades. Normalmente generan efectos acumulativos e irreversibles, limitando o alternado el efecto de las hormonas.

2 Objetivos

- Identificar formas de evitar la exposición a los disruptores endocrinos en nuestro día a día.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos y revistas científicas utilizando las palabras clave disruptor, hormonas, medidas preventivas y sustancia química como descriptores, así como en la unidad de endocrinología pediátrica del Hospital Universitario de Avilés.

4 Resultados

Se ha demostrado que tomando una serie de medidas como evitar artículos hechos de policarbonato o cloruro de polivinilo, reducir el consumo de alimentos enlatados y comidas procesadas, compra de envases libres de ftalatos o bisfenol - A, no calentando alimentos y bebidas en envases de plástico, realizando un lavado de manos frecuente, evitar antiadherentes e insecticidas, no usar juguetes de plástico, pelar y lavar frutas y verduras, consumir productos de temporada y uso de productos de higiene libres de parabenos, se puede reducir la exposición a dichos disruptores.

5 Discusión-Conclusión

El contacto con los disruptores endocrinos es prácticamente continuo en nuestra sociedad. Tomando una serie de medidas preventivas, podemos reducir dicha exposición y, por lo tanto, reducir enfermedades relacionadas con la reproducción masculina y femenina, diabetes, obesidad, enfermedades neurológicas, cáncer de tiroides, trastornos cardiovasculares y el desarrollo precoz en los niños.

6 Bibliografía

- www.sanitas.es.
- www.vivosano.org.
- www.eldiario.es.
- Tríptico infomativo de la unida de Endocrinología del Hospital de Cabueñes - Gijón.

Capítulo 241

LA PÉRDIDA DE MEMORIA DURANTE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

INES PEREZ MOYA

SUSANA CORUJO DÍAZ

1 Introducción

En estos momentos por motivo del aumento de la esperanza de vida el porcentaje de población envejecida es mucho mayor que hace décadas atrás.

Cuando hablamos de envejecimiento podemos diferenciar dos tipos de envejecimiento, el envejecimiento natural o sano y el envejecimiento patológico. El envejecimiento sano permite llegar a edades mucho más avanzadas a las personas que lo sufren y también envejecer sin perder muchas facultades por lo contrario del envejecimiento patológico.

El paso de los años, el propio envejecimiento provoca merma en muchas de las funciones cognitivas y la memoria es una de las primeras afectadas, sobre todo la memoria a corto plazo, por el contrario que la memoria a largo plazo que normalmente no se ve afectada. Es común que exista una dificultad para recordar momentos vividos recientemente.

Podemos definir memoria como facultad mental que permite reconocer, almacenar y evocar ideas, sentimientos, imágenes, entre otras experiencias y además que nos permite reconocerlas como propias.
A medida que cada persona envejece es común que se preocupe cada vez más por la pérdida de su memoria, ya sea del tipo que sea: pérdida de memoria de nombres, de detalles puntuales, etc.

Cuando una persona experimenta este tipo de pérdida de memoria nos podemos referir a un proceso de envejecimiento sano, está asociado a la edad. Por otro parte si aparecen trastornos del tipo lenguaje y no solo se altera el nombre de una persona sino también el contexto es probable que podamos estar frente a una demencia.

Podemos definir demencia como un síndrome adquirido, una pérdida de funciones cerebrales que ocurren a causas de otra u otras enfermedades, multicausal, y que afecta tanto a la memoria como al pensamiento, el juicio, el lenguaje y el comportamiento de la persona. Provoca en la persona muchas limitaciones que intervienen tanto en el funcionamiento laboral como en el social.

La pérdida de memoria durante el proceso del envejecimiento suele ser progresiva, sin que esta empeore de una manera muy brusca. Son pérdidas que se manifiestan en el día a día, no recordar nombres, colocar cosas en lugares que no corresponden, dificultad para recordar la lista de la compra o un teléfono, etc.

El TMAE es un término empleado para diagnosticar la pérdida de la memoria asociada al propio envejecimiento, es el más utilizado en la actualidad. Hay que tener claro que la pérdida de memoria por motivo del envejecimiento es un trastorno, pero se considera relativamente común y benigno.

El estrés, el tabaco, la hipertensión, las drogas, etc. Son factores de riesgo a la hora de la aparición de la pérdida de memoria, pero la depresión se considera como uno de los factores más de riesgo.

La aparición del TMAE es más común en el género femenino que en el género masculino.

Hay algunas investigaciones que apuntan que la aparición de la pérdida de la memoria en el envejecimiento podría de alguna manera ser en algunos casos antecedente de una posible demencia o trastorno psiquiátrico, en estos casos será necesario observar muy de cerca los síndromes demenciales, en caso de aparecer.

2 Objetivos

- Identificar y dar a conocer el TMAE, diagnóstico de pérdida de la memoria durante el proceso del envejecimiento y diferenciarlo de una patología tipo demencia.
- Recalcar la importancia que tiene diagnosticar trastornos de la memoria, como

signos posibles o potenciales de lo que podría ser un síndrome de demencia.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en un periodo temporal entre los últimos 10 años. La búsqueda se realizó únicamente en textos castellanos o traducidos al castellano.

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a partir de diferentes bases de datos y buscadores como: Google Académico, Medplus, etc.

Los descriptores empleados en la búsqueda han sido: memoria, pérdida de la memoria, envejecimiento, demencia, etc.

4 Resultados

TMAE es un término empleado para describir un fenómeno relacionado con el envejecimiento que se caracteriza por la pérdida de memoria progresiva, se utiliza en personas que pasan de los 50 años, la pérdida de la memoria provocada por el envejecimiento tiene que ser comparada con la memoria que la persona tenia durante sus años jóvenes.

La TMAE es un proceso natural, no hay ninguna causa que lo provoque, solo la propia edad, el envejecimiento.

El TMAE no tiene que ver con una demencia y aunque en algunas ocasiones se pueda decir que puede ser un antecesor no es lo más común.

Cuando hablamos de demencia nos referimos a un proceso patológico con su consiguiente deterioro tanto en la capacidad mental de la persona que lo sufre como en el día a día. Entonces podemos decir que el TMAE permite al individuo que lo sufre envejecer con una buena calidad de vida y la demencia no pues con ella pierde capacidades funcionales.

Es necesario un diagnóstico lo más precoz posible de los trastornos de la memoria, para detectar con ello posibles síntomas iniciales de un síndrome de demencia. Para esta detección se realizan anamnesis, exámenes físicos, etc. Las pruebas de memoria y fluidez verbal son muy buenas para determinar una posible demencia.

5 Discusión-Conclusión

Las personas afectadas por TMAE son personas sanas mientras que las personas diagnosticadas con demencias son personas con una patología, personas enfermas.

La pérdida de memoria tanto por el proceso normal del envejecimiento como la producida por una demencia es problemática en el día a día de las personas que la sufren. Claro está que afecta mucho más la perdida relacionada con una patología que una TMAE. Por lo anterior nombrado será de máxima importancia detectar y diagnosticar cualquiera de ellas lo más precoz posible.

A la hora de evaluar la memoria será también importante tener en cuenta los niveles educacionales, culturales y sociales de las personas durante el desarrollo de la tarea utilizada en la exploración.

6 Bibliografía

- Casanova-Carrillo, P., Carrillo, C. C., & Sotolongo, P. C. (2004). Trastornos de la memoria asociados con la edad en la atención médica básica: aspectos conceptuales y epidemiológicos. Revista de neurología, 38(1), 57-61.
- Segura, R. V., & Díaz, R. S. Trastorno de la memoria asociado al envejecimiento. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud Volumen II, 277.
Meléndez-Moral, J. C., Tomás-Miguel, J. M., Navarro-Pardo, E., & Blasco-Bataller, S. (2009). Memoria cotidiana y edad: comparación entre jóvenes y ancianos.
- Micheli, F. E., & Pardal, M. M. F. (1996). Neurología en el anciano. Ed. Médica Panamericana.
- Rodríguez Álvarez, M., & Sánchez Rodríguez, J. L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. Anales de psicología.
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos, 25(2), 57-62.
- Lorenzo Otero, J., & Fontán Scheitler, L. (2003). Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer.: El concepto de deterioro cognitivo leve. Revista médica del Uruguay, 19(1), 4-13.

Capítulo 242

ERGONOMÍA DEL PERSONAL SANITARIO FRENTE A LOS ORDENADORES.

ESTEFANÍA FERNÁNDEZ RUIZ

PAULA RODRÍGUEZ CABALLÍN

VICENTA DE LOS MILAGROS SÁNCHEZ-MAROTO SÁNCHEZ-ÁVILA

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

1 Introducción

Los trabajadores del ámbito sanitario están expuestos a una cantidad considerable de riesgos ergonómicos debido a la falta de información en este campo lo que repercute en el desempeño de sus funciones y por tanto en la atención al paciente.

El principal problema es la falta de prevención en medidas ergonómicas del personal sanitario que trabaja frente a los ordenadores, ya que se buscan soluciones cuando los daños ya están causados.

2 Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo conocer los factores de riesgo ergonómicos en el ámbito sanitario y, consecuentemente, intentar prevenirlos aplicando las teorías

de la ergonomía en el trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los riesgos a los que se enfrenta el sanitario cuando utiliza un ordenador habitualmente son: fatiga visual, trastornos musculoesqueléticos y otros riesgos derivados de la organización del trabajo.

Las medidas que debemos adoptar para reducir o eliminar dichos riesgos son :
- Destinar un área de trabajo con luz natural y con espacio suficiente para los muebles y para la movilidad del personal.
- Mantener limpieza y orden en el trabajo.
- Cables fuera de la zona de paso.
- La superficie de la mesa debe ser poco reflecta te con las dimensiones necesarias para que entre el material de forma holgada.
- La altura de la mesa entre 68 y 70 cm y con espacio suficiente debajo para mover las piernas y evitar problemas circulatorios.
- Sillas ergonómicas regulables en altura y con ruedas, para que los codos estén a la altura de la mesa y respaldo reclinable con leve prominencia en zona lumbar para que el trabajador apoye bien la espalda. De forma opcional se puede usar rebosantes.
- Pantalla a 40 cm de los ojos y limpia.
- Debemos sentarnos frente a la pantalla evitando giros de cabeza, intentando que la parte superior de aquella esté a la altura de los ojos.
- Espacio suficiente para apoyar antebrazos y muñecas.
- En cuanto a la pantalla, ajustar luminosidad y contraste, orientar para evitar reflejos, posición perpendicular frente a fuentes de luz.
- Ventanas regulables ante la intensidad de la luz.
- Hacer pausas breves y frecuentes.

- Evitar la sobrecarga planificando horarios.

5 Discusión-Conclusión

Siguiendo estas pautas podemos prevenir las enfermedades derivadas de la mala utilización de la ergonomía en el trabajo frente a un ordenador.

6 Bibliografía

1. Mondelo, P. R., & Torada, E. G. (2010). Ergonomía 1. Fundamentos. Univ. Politèc. de Catalunya.
2. Ledo, M. V. (2016). Síndrome del Ordenador. Revista de Información científica para la Dirección en Salud. INFODIR, (6).
3. Cabrero, C. H. (2010). Trabajadores de oficina: el reto de la ergonomía. Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención, (69), 42-45.
4. Segui Crespo, M., Ronda Pérez, E., López Navarro, A., Pérez, J., Vicente, P., Tascón Bernabéu, E., & Martínez Verdú, F. M. (2008). Protocolo de vigilancia sanitaria de trabajadores con pantallas de visualización de datos: una valoración desde la perspectiva de la salud visual. Revista española de salud pública, 82(6), 691-701.
5. Jouvencel, M. R. (1994). Ergonomía básica aplicada a la medicina del trabajo. Ediciones Díaz de Santos.

Capítulo 243

ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO Y ESTRATEGIAS PARA AFRONTARLO.

ESTEFANÍA FERNÁNDEZ RUIZ

PAULA RODRÍGUEZ CABALLÍN

VICENTA DE LOS MILAGROS SÁNCHEZ-MAROTO SÁNCHEZ-ÁVILA

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

1 Introducción

El estrés laboral es el estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal, suele provocar varios trastornos físicos y mentales.

No siempre tiene consecuencias negativas. Cuando aparece puede representar una excelente oportunidad para poner en marcha nuevos recursos personales, fortaleciendo así la autoestima e incrementando las posibilidades de éxito a nivel laboral.

2 Objetivos

- Establecer unas líneas de actuación para paliar de forma preventiva el estrés causado por el ámbito laboral.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica actualizada sobre el tema del estrés laboral en el ámbito sanitario y sobre estrategias para afrontar el estrés laboral en diferentes bases de datos.

4 Resultados

El estrés laboral, es un conjunto de reacciones nocivas, físicas y emocionales, que se producen cuando las exigencias en el ámbito laboral superan los recursos, las capacidades y las necesidades del trabajador.

El estrés es un proceso natural del cuerpo humano, que genera una respuesta automática ante condiciones externas que resultan amenazadoras o desafiantes, que requieren una movilización de recursos físicos, mentales y conductuales para hacerles frente, y que a veces perturban el equilibrio emocional de la persona.

El entorno, que está en constante cambio, obliga a los individuos a adaptarse; por tanto, cierta cantidad de estrés es necesaria para que el organismo responda adecuadamente a los retos y los cambios de la vida diaria. Es lo que se conoce como estrés o estrés positivo.

Se trata de una respuesta fisiológica y psicológica de una persona que intenta adaptarse a las presiones a las que se ve sometida, originada por el instinto de supervivencia del ser humano, en la que se ven involucrados muchos órganos y funciones del cuerpo, como el cerebro y el corazón, los músculos, el flujo sanguíneo, la digestión.

Si bien en un primer momento la respuesta de estrés es necesaria y adaptativa, cuando ésta se prolonga o intensifica en el tiempo, la salud, el desempeño académico o profesional e, incluso, las relaciones personales o de pareja del individuo se pueden ver afectadas.

Las señales más características del estrés son:
- Emociones: ansiedad, miedo, irritabilidad, confusión.
- Pensamientos: dificultad para concentrarse, pensamientos repetitivos, excesiva autocrítica, olvidos, preocupación por el futuro.
- Conductas: dificultades en el habla, risa nerviosa, trato brusco en las relaciones sociales, llanto, apretar las mandíbulas, aumento del consumo de tabaco, alcohol.

- Cambios físicos: músculos contraídos, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, malestar estomacal, fatiga, infecciones, palpitaciones y respiración agitada.

Las enfermedades que provoca el estrés pasan muy a menudo inadvertidas. El hecho de no gestionar de forma adecuada las presiones cotidianas y las preocupaciones nos puede conducir a estados de indefensión donde nuestra salud se ve afectada.

Es necesario saber que no todos respondemos de igual modo a la presión del estrés. Así, factores como la predisposición genética, el apoyo social e incluso nuestra personalidad, nos puede hacer más o menos vulnerables a estos estados.

No obstante, hay un aspecto esencial: cada uno de nosotros tenemos la oportunidad de reaccionar. Cambiar nuestros hábitos de vida, buscar apoyo profesional y sobre todo, atender a los indicadores, nos ayudará sin duda a crear una realidad más saludable y satisfactoria.

El estrés crónico tiene un efecto significativo en nuestro sistema inmunitario: nuestras defensas se debilitan.
Estos estados provocan y aumentan la producción de catecolaminas (neurotransmisores como la adrenalina, la noradrenalina y la dopamina).

Estos elementos favorecen a su vez la liberación de histamina, la cual nos conduce a estados inflamatorios donde pueden aparecer una serie de trastornos y enfermedades de distinta gravedad.

Un aspecto que no podemos dejar de lado es el siguiente: el estrés puntual y limitado en el tiempo no tiene efecto en nuestra salud. El que termina generando alteraciones, problemas a corto y largo plazo es el estrés crónico. El que arrastramos durante meses o años.

Existen terapias muy efectivas para ayudarnos a manejar estas situaciones. Asimismo, el Mindfulness, las terapias creativas, el deporte y el poder disfrutar de tiempo libre y de calidad, también nos permitirán encontrar el bienestar.

5 Discusión-Conclusión

El estrés en la vida es normal y necesario hasta cierto punto, pero si es repetitivo y continuo la persona se agota, produciendo que sufran enfermedades.

Los primeros síntomas del estrés son inespecíficos y no siempre aparecen, en este último caso es cuando nos conduce a una enfermedad real.

Los síntomas serían indecisión, pérdida de peso, de apetito, dolor de espalda, de cabeza, insomnio, nervios y falta de memoria e inestabilidad.

6 Bibliografía

1. Silla, J. M. P. (2001). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. Prevención, trabajo y salud: Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo,(13), 18, 38.
2. Elena, H. M., Sandra, C. R., & Guadalupe, L. S. M. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 15(3), 161-166.
3. Naranjo, D. L. D. (2011). Estrés laboral y sus factores de riesgo psicosocial. Revista CES Salud Pública, 2(1), 80-84.
4. Fernández-López, J. A., Siegrist, J., Rödel, A., & Hernández-Mejía, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo.¿ Qué sabemos y qué podemos hacer?. Atención primaria, 31(8), 1-10.
5. Perez, E. J. P. (2011). La relación trabajo-estrés laboral en los colombianos. Revista CES salud pública, 2(1), 66-73.
6. Sieglin, V., & Ramos Tovar, M. E. (2007). Estrés laboral y depresión entre maestros del área metropolitana de Monterrey. Revista mexicana de sociología, 69(3), 517-551.

Capítulo 244

COMPONENTE GENÉTICO, ANSIEDAD, HIPERACTIVIDAD Y TERAPIAS EN HIPERACTIVIDAD.

GRACIELA COLODRON TESTA

KATIUSCA POMPA SABLON

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

ROSA PEREIRA PEREZ

1 Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad o TDHA, como su propio nombre indica es un trastorno que viene definido principalmente por tres síntomas principalmente: disminución de la atención, impulsividad e hiperactividad. (Pascual-Castroviejo I, 2007) En ocasiones estos estados puntuales de tensión física y emocional se agravan y se cronifican provocando un deterioro de la funcionalidad del individuo y empeorando aún los síntomas de inatención, distractibilidad, agitación e hiperactividad. (Wang J, Jiang T, Cao Q, Wang Y, 2007)

Los prediagnósticos pueden venir de distintas fuentes, desde padres, profesores, conocidos o familiares. En estos casos, en lugar de encontrar un TDHA, se puede encontrar una serie de alteraciones comportamientos inadaptados, bajas tolerancias a la frustración parenteral, niños muy solos por las interminables jornadas de trabajo de sus padres y éstos ven en el conflicto escolar la única manera de lla-

mar la atención de sus progenitores. Se pueden encontrar casos de mala crianza y mala educación. (Hidalgo I, 2013)

Los niños con TDHA, suelen dormir mal, están con los ojos muy abiertos y algunos comienzan a andar excesivamente pronto. Necesitan dormir con la luz encendida y muchos de ellos con sus padres. Durante los seis primeros años de vida, la característica que define a estos niños es su concepto vital, se muestran torpes para psicomotricidad fina, inquietos, caprichosos, entrometidos, acaparadores, egoístas y con poca capacidad de frustración. (Ferbandez-Jaen A, 2005).

Los niños con TDHA, son descritos por sus profesores como niños descuidados con el material escolar, no se preocupan por los trabajos académicos y son desordenados. Extravían cosas que no les son útiles para su día a día con facilidad, incluso pueden llegar a perder sus libros de texto y prendas personales. (Clements SD, 1996) Estas situaciones si persisten en la adolescencia, se convierten en un factor de confusión. La autoestima se ve afectada y no facilita el afrontamiento de las contradicciones, dando lugar a a un comportamiento desafiante.

El indice de fracaso escolar en ellos es elevado, son expulsados de las aulas e incluso del propio centro. Toda esta situación personal y académica, afecta al entorno familiar provocando una situación de frustración y una elevada carga de angustia. En el proceso de evaluación de este trastorno, se utlizan distintas escalas de valoración, destacamos la "escala de Conners" que fue diseñada por C.Keith Conners en 1969. (Campor A et al., 2002)Esta escala, en un principio fue utilizada para valorar los niños con con hiperactividad y tratamiento farmacológico. Es una escala que nos permite evaluar la información recogida de los padres y profesores.(Montañés F y De Lucas M, 2006) Cada apartado de la escala se correlaciona con los criterios diagnósticos, ya que estos son sensibles a los síntomas.

La escala de Conner tiene 93 preguntas relacionadas con 8 factores: Alteraciones de la conducta, miedo, ansiedad, inquietud-impulsividad, inmadurez-problemas de aprendizaje, problemas psicosomáticos, obsesión y conductas antisociales e hiperactividad. (Gaub M y Carlson CL, 1997) La escala de Conners para profesores es más breve y está formada por 39 preguntas.(Conners C.K, 1995) Los factores a abordar son: Hiperactividad, problemas de conducta, labilidad emocional, ansiedad-pasividad, conducta antisocial, dificultades del sueño. (Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mudy E y Faraone SV, 2000) Para valorar los datos hay que sumar los puntos obtenidos en la escala.

Para los niños el valor se encuentra en 15 o más y para las niñas en 13 o más. Gracias a los resultados obtenidos con la escala nos permite realizar un diagnostico clínico, un control del tratamiento y seguir profundizando y estudiando dicho trastorno. Todos estos problemas van emparejados al TDHA. El profesional es quien debe de poner los límites entre el TDHA y otras alteraciones. El diagnóstico es largo y laborioso y su objetivo principal es identificar la existencia de un núcleo patológico.

A finales de los años 80, el TDHA era tratado solo de forma farmacológica y en muy poca medida se atendían los rasgos conductuales. Se apoyaba mayoritariamente en el uso de medicamentos que afectaban los neurotransmisores implicados en loas psicopatologías del TDHA. El más utilizado es el metilfenidato y se encuentra en menor medida la atomexina y pemolina de magnesio.

En la actualidad, se utilizan algunos antidepresivos y o neuroleptidos, especialmente cuando el paciente a tratar es adulto. El objetivo del uso de estos fármacos no es curar en si el TDHA, es ayudar al paciente para poder trabajar en otros campos de integración y habilidades instrumentales. El objetivo del estudio, es determinar los factores ambientales y genéticos en el desarrollo del TDHA. Identificar patologías añadidas al trastorno y determinar si dichas patologías, aparecen en la edad temprana y determinar, si continúan en la edad adulta.

2 Objetivos

- Buscar la mejor terapia para el tratamiento del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de artículos de MEDLINE, COCHRANE, CINAHL, DIALNET, CUIDEN, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002), etc. Se han contrastado publicaciones de revistas científicas, Revista de Neurología, Manual diagnóstico y Estadístico.

Las palabras clave utilizadas fueron: TDHA y tratamiento, ansiedad, hiperactividad y componente genético. Como criterios de inclusión:
1. Artículos publicados en los últimos 10 años.
2. Artículos de estudio y tratamiento del TDHA.
3. Escritos en inglés y español.

4. Acceso gratuito.
5. Estudios con humanos.

4 Resultados

El TDHA tiene un elevado grado de agregación familiar. Los gemelos en general tienen valores del 50% de concordancia, los gemelos monocigóticos del 80% y en gemelos dicigóticos del 30%. Los datos obtenidos en el estudio nos permiten tener valores de heredabilidad alrededor del 60-70%. La combinación de factores ambientales y la contribución genética, hacen que sea un trastorno de etiología compleja. Este trastorno esta asociado al sistema dopaminérgico. El gen más asociado es el gen dopaminérgicoD4 que es un gen transportador presimpático de la dopamina.

Desde un punto de vista molecular, el sistema serotoninérgico se ve implicado, a través de los genes del transportador presimpático de serotonina(5HTT) y de la proteína neuronal SNAP-25.(Pascual-Castroviejo I, 2008). En los últimos años se esta observando un aumento de este grupo, debido al elevado número de niños prematuros, de muy bajo peso y en algunas ocasiones, provenientes de partos múltiples. En los niños adoptados la etiología puede ser combinada (constitucional o genética-adquirida) y pueden heredar mucha patología comorvida (violencia, agresividad, consumo de alcohol y drogas…), un 70% de los drogadictos pueden venir de personas con este síndrome. Es factor a tener en cuenta, las madres que abusan del tabaco, drogas y alcohol durante el embarazo (Castellanos FX, 1997).

El estudio realizado a niños y adolescentes, demuestran que hay un alto grado de superposición entre ansiedad y TDHA. En ocasiones, esta tensión física y emocional, desencadena en un deterioro de la funcionalidad del individuo, aumentando los síntomas de intención, distractibilidad, agitación e hiperactividad.(Ferbandez-Jaen AE, 2005). La prevalencia del TDHA es similar en ambos sexos, cabe destacar que en los varones predomina la hiperactividad y en las mujeres el déficit de atención. Los niños con TDHA y ansiedad, pueden manifestar trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, estrés escolar, trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y fobia social, siendo más frecuente en niñas. No es solo un trastorno de la infancia y adolescencia, la patología persiste en la edad adulta, donde se manifiestan con mas gravedad los síntomas (Biederman J et al., 1996).

Los estudios dieron como resultado una prevalencia de ansiedad del 34% en niños y y de un 40% en la población adulta con TDHA. Estos porcentajes fueron obtenidos, a partir de los síntomas más comunes de ansiedad de la población a estudio. Los síntomas más comunes en adolescentes son miedo-pánico a enfrentarse a situaciones difíciles solos, miedo al rechazo. (Mas Pérez C, 2009) Se ha estudiado que para poder abordar este problema y evitar un aumento del riesgo de presentar un trastorno ansioso-depresivo en la edad adulta, se necesita un tratamiento con farmacotertapia y psicoterapia combinado con técnicas de relajación, el paciente tiene una mejoría en su rendimiento y relaciones personales.

Otras terapias menos estudiadas, son las terapias cognoscitiva-comportamiento, las cuales están enfocadas a reestructurar los pensamientos de una forma positiva, para que puedan ser mas asertivos y a su vez, poder detectar y afrontar la ansiedad cuando aparece. (Mas Pérez C, 2009) Las terapias en las cuales se combinan los tratamientos sin medicación y las terapias de comportamiento, se encuentran entre las más efectivas. Un niño puede puede aprender a identificar sentimientos y pensamientos de ansiedad y buscar las herramientas adecuadas para poder frenar a tiempo estos síntomas (De Quirós B, 1987).

5 Discusión-Conclusión

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad viene marcado en gran parte por un fuerte componente genético y por los hábitos de la madre en el embarazo. Madres fumadoras y las cuales han consumido alcohol en el embarazo, tiene más probabilidades de tener un hijo con TDHA. Los hijos de padres con TDHA tienen más probabilidades de desarrollar dicho trastorno. Los niños con dicho trastorno, hay que tratarles en la justa medida, hay que intentar comprender sus preferencias profesionales.

De los artículos estudiados vemos que las personas con este trastorno tienen unos síntomas comunes y estos pueden mejorar con medicación y/o terapias alternativas. Los efectos favorables de estas últimas terapias son más tardíos en aparecer pero una vez enlazadas las pautas de conducta se percibe una mejoría notable, bien sea en el ámbito escolar, social, familiar o en el entorno de trabajo (las pautas se tienen que llevar a cabo para mantener el equilibrio en la conducta). Se debe resaltar, que la persona con dicho trastorno, mejora su calidad de vida ,teniendo unos factores favorables. Comprensión por parte de sus padres, profesores y amigos, vivir en un barrio de clase media, proceder de una familia bien estructurada, evitar compañías poco recomendables y una buena elección de pareja. Se observa

gran mejoría si se mantienen tanto las pautas de conducta como la medicación y las terapias alternativas, llegando incluso a llevar una vida normal. No se les puede exigir más de lo razonable y deben de aprender a escuchar, tiene que saber donde están sus límites. En momentos de estrés y de confusión, será donde las habilidades aprendidas, en las terapias alternativas, les hagan salir exitosos de la situación.

- Zona Congreso
Actualmente ha participado viendo 59 posters, ha escrito 5 comentarios y visto 3 conferencias.
- Fechas de Interés
20/08/2019
- Fecha límite para el envío de resúmenes de póster / comunicaciones orales Ampliado
09/09/2019
- Fecha límite para el envío de la presentación en PDF del póster / comunicación oral
- Fecha límite para la matrícula de autores
16/09/2019
- Disponibles los certificados para su descarga online (siempre y cuando esté correctamente matriculado y haya realizado las actividades).
25/09/2019
- Disponibles los certificados con firma digital y las actas del congreso.
27/09/2019
- Disponibles los certificados de capítulo de libro.

6 Bibliografía

- Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Norman, D., y Lapey, K.A. (1993). Patterns of psychiatryc comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention déficit-hyperactivity disorder. American Journal of Psychiatry, 150(12), 1792-1798.
- Castellanos, F.X. (1997). Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Pediatric, 36, 381-393.
- Conners, C.K. (1995). Rating Scales for use in drug studies with children. Child Psychofarmacological Bulletin, 9, 24-84.
- Fernández-Jaén, A.E. (2005). Genetic influences on attention-deficit/hyperactivity disorder. Biology Psychiartry, (57), 1313-1323.

- Gaub, M y Carlson, C.L. (1997). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a schoolbased population. Journal of abnormal Child Psychology, 25(2), 103-111.
- Hidalgo, I., Soutullo, C., Artigas-Pallarés, J., Gabau-Villa, E.(2013). Bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo. Revista de neurología, 56(1).
- Pascual-Castroviejo I. (2007). Hiperactividad. Existe frontera entre personalidad y patología. Madrid: Díaz de Santos.
- Pascual-Castroviejo I. (2008). Síndrome de déficit de atención con hiperactividad. Barcelona: Viguera Editores.
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M.H., Mundy, E., y Faraone, S.V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescent with ADHD.J. Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 39, 1432-1437.
- Wang J, Jiang T, Cao Q, y Wang Y. (2007). Characterizing anatomic differences in boys with atten- tiondeficit/hyperactivity disorder with the use of deformation-based morphometry. Am J Neuroradiol, 28, 543-547.

Capítulo 245

EL RECICLAJE EN NUESTRO ENTORNO DOMÉSTICO.

ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO

RICARDO ELORRIAGA CLARACO

ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ

JULIETA ALONSO SOTO

ZAIDA GARCÍA BURON

1 Introducción

La regla de las ¨R¨ consiste en reducir, reutilizar y reciclar. En esto consiste el tratamiento de los distintos materiales que ya están usados o desgastados para su posterior utilización. Estos materiales pueden se: papel, cartón, vidrio, plásticos, telas, maderas, componentes electrónicos, aceites, etc.

2 Objetivos

- Animar a todas las personas para conseguir que sea una acción automática.
- Aclarar también algunos errores cometidos en el momento de separar el material.
- Ahorrar energía y luchamos contra el cambio climático.
- Usar menos materias primas.
- Fabricar nuevos productos.

- Crear puestos de trabajo.
- Preservar el medio ambiente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Lecturas de varios artículos en prensa digital y escrita durante dos años. Asistencia a cursos.

4 Resultados

Lo primero que hay que tener en cuenta es que para poder reciclar es necesario separar, por eso nos llegan dudas sobre en qué opción de basura podemos tirar los material. Empezaremos con disponer de varios contenedores pequeños en nuestra propia casa.

La cadena de reciclado consta de varias etapas:
- Recuperación o recogida.
- Plantas de transferencia.
- Plantas de clasificación.
- Reciclador final (o planta de valoración).

Los distintos contenedores:
- Contenedor residuos orgánicos: en él se podrán tirar los restos de comida, pañales, cuchillas de afeitar, compresas, bastoncillos y todo lo que no se pueda reciclar. Algunos de estos desechos pueden destinarse a la fabricación de "compost", que sirve para abonar la tierra y también para recuperar el suelo en erosión.
- Contenedor amarillo: botellas de plástico, bote de detergente, champú, gel, bolas de plástico excepto de basura, tarrinas y tapas de yogurt, brik de leche o zumo, latas, bolsas de patatas, etc.
- Contenedor azul: periódicos viejos, revistas, cajas de cereales, cuadernos, cajas de zapatos, papel de envolver, etc.
- Contenedor verde: botellas de vidrio cava, vino, cerveza,etc.), frascos de perfume o colonias, tarros de alimentos como mermeladas , verduras, conservas, etc.

- Puntos limpios: son espacios que disponen de varios contenedores, donde hay que trasladar los residuos domésticos que por sus características no pueden mezclarse con el resto. Los diferentes contenedores; mandos de televisión, ratón de ordenador, pilas, baterías , electrodomésticos, bombillas, aceites usados, muebles, etc.

5 Discusión-Conclusión

- En caso de duda es mejor tirar algo al contenedor de orgánicos para no estropear la labor de reciclaje.
- No depositar en el contenedor amarillo: juguetes de plástico, biberones y chupetes, utensilios de cocina, cubos de playa.
- No depositar en el contenedor verde: las bombillas, espejos, ceniceros, vasos o vajillas.

El reciclaje de envases es una opción positiva para el medio ambiente reduciendo el consumo de materias primas y también es una oportunidad económica y social.

6 Bibliografía

- https://www. ecoembes.com.
- https://www.ecoinventos.com.
- https://www.rinconeducativo.org.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 246

COMUNICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE.

ROCÍO PINTOS ALVAREZ

MARÍA ADELAIDA REDRUELLO GANCEDO

CASILDA MARIA FERNÁNDEZ CUESTA

NATALIA RODRÍGUEZ BOLAÑO

VANESA PARÍS GARCÍA

1 Introducción

Para un paciente que está ingresado en una planta hospitalaria es indispensable que la información que recibe por parte del personal sanitario sea clara y comprensible. El paciente no solo está enfermo, si no que puede mostrar sus preocupaciones, miedo o tristezas al personal y éste debe ser capaz de responder a ello. La capacidad de respuesta por parte del profesional debe tener en cuenta a cada paciente ya que deben prestar atención al paciente y mostrarse receptivos a la información que ofrece, además de brindar una información inteligible al paciente (Rubio et al, 1998).

Escuchar al paciente es parte fundamental del trabajo y se le debe tratar como un interlocutor completamente válido. Se necesitarán, para ello, técnicas comunicativas adecuadas a cada paciente y situación.

2 Objetivos

- Analizar cómo un paciente se comunica con el personal sanitario en el que incluimos al TCAE.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, sin restricción de fecha combinando los siguientes descriptores: comunicación, relación, paciente, sanidad, TCAE, auxiliar. Se encontraron 60 documentos, se filtraron teniendo en cuenta el tema de interés. De este modo, se eliminaron 35 salidas de la web. Se seleccionaron de primeras 25 artículos que recogían tema de la investigación. Otros 17 trabajos se excluyeron en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio. El número total de documentos tenidos en cuenta ha sido de 8.

4 Resultados

Tras el exhaustivo estudio de la documentación se determina que las técnicas comunicativas son importantes en todos los ámbitos de la vida.
La escucha activa: hoy en día los problemas de comunicación que existen son en gran medida por no saber escuchar, se pone toda la energía en emitir el mensaje y se pierde, por tanto, uno de los elementos fundamentales de la comunicación. La escucha activa es escuchar y entender la comunicación, entendiendo como escuchar la acción de entender lo que se oye. Elementos que ayudan a la escucha activa son la disposición interior para escuchar y dar a entender al otro que se le está escuchando.

Se deben evitar:
- Las distracciones
- Interrumpir
- Rechazar o menospreciar lo que el otro está transmitiendo
- Juzgar
- Contraargumentar
- Ofrecer ayuda antes de que acabe el emisor
- Evitar exponer una respuesta antes de que termine

Habilidades importantes:
- Empatía

- Parafrasear
- Emitir cumplidos
- Ser cuidadoso con el lenguaje no verbal
- Discutir uno por uno los temas
- Evitar generalizaciones
- Ser breve e intentar resumir

Todas estas reglas y conocimiento básicos de comunicación se aplican en la relación entre el personal sanitario y el paciente, siendo muy distinta la relación que tiene, dicho paciente, con el médico, enfermero o con el TCAE. La confianza mostrada hacia cada uno por parte del paciente es distinta, se prueba que es una cuestión en la comunicación entre ambos.
El médico es la figura en la que el paciente confía ya que es quien tiene el conocimiento para tratarlo y quien ordena su tratamiento. Es la persona que posee las aptitudes necesarias para llevar a cabo su seguimiento. Se demuestra que el sentimiento del paciente hacia el médico es de confianza por su conocimiento pero no destaca por su trato personal.

Se encuentra que los médicos hablan poco con los pacientes y lo que hablan no lo expresan de forma adecuada para que el paciente lo entienda. El médico pregunta y obtiene respuestas que no siempre son verdad o no contienen toda la verdad, por falta de conocimiento o por vergüenza del paciente, se omiten detalles. Se determina que la comunicación médico paciente es la menos efectiva porque no hablan con el mismo código a pesar de hablar el mismo idioma.
El enfermero es quien se encarga del cuidado del paciente, de sus curas, administrar la medicación, pero tiene un papel indirecto con el paciente ya que no es quien acude a su llamada, realiza lo pautado por el médico.
El TCAE es el que tiene una relación más íntima y directa con el paciente, es quien lo baña, asea, procura que tome la medicación, en definitiva, es quien está atento a sus necesidades.

En los cuidados al paciente surge inevitablemente el diálogo, sobre la estancia en el hospital, sus inquietudes, las visitas, el dolor que sufre. Estos cuidados tampoco se podrían hacer si no existiera un dialogo entre ambos, el TCAE le pregunta si necesita ayuda para bañarse, peinarse, ir al servicio. Además hay que tener en cuenta que los pacientes pueden ser pudorosos y el hecho de que les cambien un pañal o los bañen les resulta incómodo, función del TCAE es hacer de esto una rutina normal para ellos inspirando confianza.
La comunicación con el médico ya vimos que era más escueta y es por eso que

algunos pacientes no se sienten con confianza para expresarle todo lo que siente, sin embargo se demuestra que sí lo hace saber al TCAE que está acompañándolo en sus tares más cotidianas.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye por tanto que las habilidades comunicativas en todo lo mundo son herramientas que es preciso controlar y saber usar.
Las técnicas comunicativas usadas con el paciente son distintas dependiendo de qué personal médico estemos hablando, sin embargo, siempre hay excepciones. Por norma general se concluye que el TCAE es quien muestra un comportamiento mas empático e íntimo con el paciente.

Debido a la diversidad de pacientes, hay que tener en cuenta que los recursos comunicativos son amplios y hay que saber usarlos en el momento adecuado. Tanto el personal del hospital como los pacientes deben hacer por tener una buena comunicación ya que es primordial para la comodidad del paciente.

6 Bibliografía

- Knapp, M. (1999). Comunicación no verbal. Paidós.
- Kaplún, M. (2010). Una pedagogía de la comunicación (Vol. 10). Ediciones de la Torre.
- Marure, E. L., & León, R. V. (2002). La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Revista de Enfermería del Instituto - Mexicano del Seguro Social, 10(2), 93-102.
- Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M. A., Irigoyen-Coria, A., & Hernández-Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Archivos en medicina familiar, 8(2), 137-144.
- Cortés, M. (2011). Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. Rev Esp Com Sal, 2(1), 55-61.
- Diez, X. P. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación.
- Diez, X. P. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación.
- Diez, X. P. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación.

- Araújo, M. M. T. D., & Silva, M. J. P. D. (2012). Estrategias de comunicación utilizadas por profesionales de salud en la atención a pacientes bajo cuidados paliativos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46(3), 626-632.

Capítulo 247

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MARÍA VICTORIA REIMÚNDEZ ORDÁS

NOELIA RODRÍGUEZ BARNA

NATALIA TAMARGO LÓPEZ

MARÍA BELÉN GONZÁLEZ HUERTA

JESSICA RODRÍGUEZ PÉREZ

1 Introducción

El trabajo entendido en su concepción más amplia tiene reconocida la presencia de riesgos importantes para la seguridad y salud de los trabajadores.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la salud comporta aspectos físicos, psíquicos y sociales; "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de daño y enfermedad." Esta definición da como resultado una triple dimensión tendente a lograr un equilibrio entre los aspectos físico, mental y social. La OMS.jpg

Desde la creación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 1919, su mandato comprende la adopción de normas internacionales del trabajo, la

promoción y la posterior ratificación de aplicación de esas normas en sus Estados Miembros, como medios fundamentales para el logro de sus objetivos.
Posiblemente la promoción de la seguridad y salud en el trabajo por medio de la prevención de los riesgos ha sido el eje central de la OIT, siendo su pieza fundamental y de partida el Convenio núm. 155 de 22 de junio de 1981, sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente del trabajo.

La Constitución Española en su art. 40.2 encomienda: "Los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales; velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y…". Bajo este mandato constitucional y como transposición de la Directiva Europea 89/391/CEE se hace necesario el desarrollo de una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo. Aparece la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), modificada y actualizada por la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales.

Se encuadra así dentro del art. 53.3 CE de cuyo reconocimiento, respeto y protección informará la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos.
En materia de prevención los lugares de trabajo pueden ser factores de riesgo para la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores. De ahí que tengan que tengan que reunir una serie de requisitos que vienen regulados por el Real Decreto 486/1997 de 14 de abril.

2 Objetivos

- Exponer la relevancia de la prevención de riesgos laborales y sus consecuencias.
- Analizar la normativa laboral vigente en el territorio español y discriminar los riesgos específicos de los TCAE para posteriormente sintetizar los más frecuentes en el ámbito hospitalario y así poder abordar la prevención de forma eficaz a través de la identificación, análisis y evaluación temprana de los factores de riesgo y así facilitar la intervención para evitar que los riesgos se materialicen.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este capítulo se han obtenido con una búsqueda bibliográfica de forma sistemática de artículos relacionados en difer-

entes bases de datos como BVS, PubMed, SciELO, Ingentaconnec, Dialnet, en el buscador Google Académico, en la página oficial del INSST, y la legislación vigente. También se han consultado ediciones de manuales y revistas, tanto en papel como digitales, así como carteles, folletos y trípticos informativos.

Los términos de búsqueda introducidos fueron combinados con los filtros y palabras claves. Los descriptores utilizados han sido relacionados con el tema a tratar; riesgos TCAE, prevención, sanidad, riesgos específicos, etc. y se han establecidos criterios de inclusión y exclusión para obtener los mejores resultados posibles.

4 Resultados

Tras la búsqueda sistemática llevada a cabo en las fuentes indicadas en la metodología, se localizan numerosos artículos de los que se excluyen los no escritos en lengua hispana y los anteriores a la instauración de la LPRL 31/1995 en España. Se hace una lectura exhaustiva eliminando los duplicados y se seleccionan los artículos, folletos, trípticos y textos más significativos.

5 Discusión-Conclusión

En aplicación de la legislación vigente y de aplicación en el territorio nacional vemos como se da relevancia a la actuación preventiva permanente que ha de llevar a cabo el empresario para cumplir con su obligación de proteger a sus trabajadores frente a riesgos relacionados con el trabajo. Así, el empresario deberá desarrollar un seguimiento de la actividad preventiva con el fin de perfeccionar las actividades de identificación, evaluación y control de los riesgos.

En el trabajo se dan elementos que pueden influir en el desarrollo del mismo y en la salud del trabajador. Estos elementos son las “condiciones de trabajo”.
La Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su art. 4.7 define como condición de trabajo: “… cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador”.
Forman parte de las condiciones de trabajo los ambientes físico (temperatura, radiaciones, iluminación, etc.) químico (gases, aerosoles, contaminantes, polvo, etc.) biológico (virus, bacterias, parásitos, hongos, etc.) psicosocial y ergonómico

(estabilidad en el puesto de trabajo, jornada laboral, esfuerzo físico, salario, formación e información de los trabajadores, etc.)

En el ambiente laboral y englobados en las condiciones de trabajo, se produce lo que se llaman factores de riesgo y son aquellas condiciones de trabajo que puede o no provocar un riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores, es decir, son susceptibles de perjudicar la salud de las personas, rompiendo el equilibrio físico, mental y social del trabajador, trabajadores o a terceros.
Estos factores de riesgo se agrupan en cuatro sectores dependiendo de su procedencia u origen sin que haya una prioridad en el orden; factores de seguridad, ergonomía, higiene y de la psicosociología del trabajo.
A partir de estos factores de riesgo se dan los riesgos laborales como la probabilidad de que el trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Se valora conjuntamente la gravedad y severidad del mismo.

A continuación se ofrece un listado de algunos riesgos reconocidos por el INSST (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo) y que se pueden dar en cualquier sector de actividad:

• Caída de personas a distinto o mismo nivel
• Exposición a radiaciones
• Caída de objetos por desplome, en manipulación o desprendidos
• Sobreesfuerzos
• Explosiones
• Pisadas sobre objetos
• Incendios
• Contactos con sustancias cáusticas o corrosivas
• Choques contra objetos móviles e inmóviles
• Golpes, cortes o pinchazos con objetos o herramientas
• Accidentes de circulación
• Proyección de fragmentos o partículas
• Inhalación de sustancias
• nocivas o tóxicas
• Violencia en el trabajo, estrés y acoso laboral

Como consecuencia de la materialización de estos riesgos tenemos de resultado los accidentes laborales y las enfermedades profesionales.
Para evitar estos riesgos se reconocen cuatro disciplinas que actúan directamente sobre los mismos y son:
1. Medicina del trabajo.

2. Seguridad en el trabajo.
3. Higiene Industrial.
4. Ergonomía y psicosociología aplicada.
La medicina del trabajo tiene dos vertientes:
1. Preventiva: tiene por objeto mantener al trabajador en un óptimo estado de salud a través de la epidemiología. Observa clínicamente a los individuos mediante la vigilancia de la salud y la educación o promoción sanitaria.
2. Curativa: consiste en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los daños ocasionados por el trabajo.

Para identificar los riesgos laborales que pueden constituirse en el sector sanitario, es necesario relacionarlos continuamente con las técnicas preventivas (seguridad en el trabajo, higiene industrial, ergonomía y psicosociología).
Riesgos laborales principales riesgos laborales que afectan al sector sanitario y causas que los provocan medidas preventivas asociadas

Relacionados con la seguridad en el trabajo
A. Caída de personas al mismo nivel.
• Eliminar la suciedad, papeles, embalajes y desperdicios contra los que se pueda tropezar o resbalar.
• Bajar las escaleras utilizando todos los peldaños y el pasamanos.
• Dejar despejadas de obstáculos las zonas de paso.
• Desechar material cortopunzante en recipientes adecuados.
• No sobrecargar estanterías.
• Conservar en perfecto estado bases de enchufes y clavijas de conexión.
• Prohibido fumar en todo el recinto.
• Almacenaje de material inflamable en armarios específicos y zonas establecidas para ello.
B. Caída de personas a distinto nivel.
C. Riesgos de golpes, choques y atrapamientos.
D. Riesgos de cortes y pinchazos.
E. Riesgos de caída de objetos.
F. Riesgo eléctrico.
G. Riesgo de incendio y explosión. Causas eléctricas / térmicas

Relacionados con la higiene en el trabajo agentes físicos

A.radiaciones

B. ionizantes

• Se puede actuar sobre la fuente, el medio o el individuo.
• Señalizar zonas expuestas
• Reducción de los trabajadores a la exposición.
C. no ionizantes agentes químicos exposición por inhalación

• Atender a las fichas de datos de seguridad de los agentes químicos.
• Uso de EPI.
• Sistemas de extracción y ventilación.
Cutánea

Agentes biológicos exposición a agentes patógenos que pueden penetrar en nuestro organismo por distintas vias:

Respiratoria
• Establecimiento de barreras que no excluyan otras medidas de prevención.
• Vacunación.
• Implementar las normas de higiene personal.
• Comprobar que el material desechable se elimina utilizando los procedimientos adecuados.
Digestiva
Dérmica
Parenteral

Relacionados con la ergonomía en el trabajo
Movilización de pacientes
• Perfección y mejora de la organización del trabajo.
• Uso adecuado de higiene corporal.
• Utilización de dispositivos mecánicos si es posible.
• Descansar la vista de manera periódica.
Manipulación de cargas
Uso de pantallas de visualización de datos
Riesgos de carácter piscosocia: Estos riesgos pueden dar lugar a trastornos físicos, psíquicos y sociales;

Estrés laboral, Burnout o síndrome del quemado
Violencia en el lugar de trabajo
Horario laboral, trabajo a turnos y nocturnicidad
• Fomentar colaboración, comuniciación, participación y trabajo en equipo.

• Formación del personal.
• Posibilidad de promoción.
• Reducir trabajo nocturno.
• Conciliación laboral familiar.

Se adjunta tabla de ”Principales Riesgos Laborales que afectan al Sector Sanitario, las Causas que los provocan y las Medidas Preventivas asociadas”. A cada riesgo se le aplican unas medidas preventivas concretas. Aquí tan solo reseñamos alguna como referencia y a modo de ejemplo.

6 Bibliografía

- www.boe.es/biblioteca_juridica/
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) (http://www.insht.es)
o NTP_275 Carga mental o-NTP_310 Turnicidad o NTP_938 Guantes de protección contra microorganismos o NTP_907 Manipulación manual de pacientes.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (http://osha.europa.eu/es).
- AYALA MARTINEZ, Eduardo. Prevención de riesgos laborales en la movilización de pacientes. 2016.
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm
- Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones mínimas para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario.

Capítulo 248

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE TERMINAL .

CASILDA MARIA FERNÁNDEZ CUESTA

NATALIA RODRÍGUEZ BOLAÑO

VANESA PARÍS GARCÍA

ROCÍO PINTOS ALVAREZ

MARÍA ADELAIDA REDRUELLO GANCEDO

1 Introducción

Cicely Saunders, enfermera y posterior médico británica, defendía que en la fase terminal de una enfermedad, cuando el deterioro que va a sufrir el paciente va a ser muy impactante tanto para el propio paciente, como para la familia y el equipo médico que lo tratan, el objetivo hacia este paciente debe ser el del cuidado, proporcionando confort tanto al enfermo como a su familia. Cicely Saunders fue la principal promotora de los “hospices”, lugares en los que se cuidaba a personas próximas a la muerte, siendo este movimiento el precursor de los cuidados paliativos que hoy conocemos.

El Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos definió a estos como "La asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. Si es necesario debe incluir el proceso de duelo" (Saunders, 1957). El equipo médico cambia su rol con respecto a pacientes no terminales, ya que su labor con estos últimos será la de cuidar y procurar que su día a día pase de la mejor manera posible. Los cuidados paliativos ayudan al paciente a no sufrir en sus últimos momentos, alivian parte de los malestares, sin que ello conlleve una disminución de la autonomía del paciente.

2 Objetivos

Tenemos como objetivo en este trabajo:
- Dar a conocer las características principales que un enfermo terminal presenta y los cuidados que precisa por parte del TCAE.

3 Metodología

Para responder a esto se ha llevado a cabo una revisión teórica en Scielo y PubMed, sin restricción de fecha, combinando los siguientes descriptores: cuidados, paliativos, terminal, TCAE. A través de estos tópicos, se encontraron 80 documentos, se descartaron 30 por no tratar el tema de interés como punto central, quedándonos con 50 artículos que recogían los criterios de la investigación. Una vez analizados se descartaron otros 23 por no contener como tema principal el tema a tratar.

De estos, una vez leídos, se excluyeron 8, quedando así 19 que sí se correspondían con los tópicos buscados. Otros 3 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. El total de artículos a estudiar finalmente fue de 16.

4 Resultados

Se encuentra que la Sociedad Española de Cuidados Paliativos define una enfermedad terminal con los siguientes elementos:
- La enfermedad se encuentra muy avanzada.

- La respuesta al tratamiento no se encuentra dentro de las posibilidades razonables.
- La presencia de múltiples problemas de síntomas intensos, numerosos, multifactoriales y cambiantes.
- El impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo sanitario que está muy relacionado con la presencia de la muerte.
- Una esperanza de supervivencia no superior a los seis meses.

Dependiendo de la patología el deterioro y la rapidez conque evolucione es diferente, pero la fase final es muy parecida es todos los pacientes. La fase agónica en todos ellos se caracteriza por:
- Disminución de las sensaciones, que puede producir visión borrosa, alteración del sentido del gusto y el olfato, somnolencia, manos y pies fríos, palidez en la piel.
- Pérdida del tono muscular, que tendrá como consecuencia la dificultad para tragar, incontinencia fecal y urinaria.
- Cambio en los signos vitales: aumento de frecuencia en el pulso que es débil e irregular. Disminución de la tensión arterial. Respiración rápida y superficial.
- Sequedad sobre todo en la boca.
- La piel se va volviendo azulada en las partes más distales (cianosis).
- Sudoración fría, pegajosa e intensa.

Cuando el momento de la muerte está más próximo el TCAE tiene que propiciar la mayor comodidad para el paciente, prestarle toda la ayuda posible. Este momento se detectará por la desaparición de reflejos, midriasis, cianosis intensa, disminución tensión arterial, estertores pre-mortem, piel fría y pegajosa.
El TCAE tiene que ser consciente que el sentido del oído es de lo último que se pierde, por eso deben ser prudentes con los comentarios, incluso si está inconsciente. Se hablará con el enfermo en un tono normal.
El TCAE tendrá como funciones con estos pacientes:
- Cambio frecuente de postura, el paciente ha perdido tono muscular y no se puede mover por sí mismo, es importante que se le cambie de postura por su comodidad y para prevenir la aparición de úlceras.
- Junto con la sensación que sienten de frío es recomendable que se le tape bien y se le cambie la ropa de cama tantas veces como hiciera falta, ya que la sudoración moja la cama.
- Se debe cuidar la higiene individual, hay que procurar mantener húmeda la boca, la respiración que presentan estos pacientes les hace mantener la boca abierta de

continuo. Las fosas nasales también se resecarán y se precisará su limpieza con una torunda de algodón húmedo. La incontinencia no solo provoca un cambio de sábanas, si no que la limpieza de esa zona debe ser más frecuente.
- Se debe ser paciente al darles de comer ya que la dificultad que tienen al tragar es grande.
- Se deberá permanecer con el paciente el tiempo que lo requiera.
- No dar falsas esperanzas.
- Mantener una actitud serena y comprensiva.
- No será labor del TCAE informar sobre el estado del paciente, eso será labor del médico.
- Preguntar constantemente si le duele algo, si está cómodo o si necesita algo.

Se debe tener en cuenta que el aseo del paciente se realiza siempre en la intimidad, la pérdida del control de los esfínteres ocasiona vergüenza y pudor en los pacientes, por ello el TCAE debe tener cuidado y tratar al paciente de forma que no se sienta más incómodo de lo que ya es la situación de por sí. No molestar ni dañar al paciente en estas prácticas. La confianza en estas ocasiones es esencial, por ello la relación del TCAE con el paciente debe ser empática y procurar tener una relación de proximidad con ellos, de tal forma que se sientan cómodos cuando se les tenga que cambiar un pañal o asear.

El TCAE debe hacerse responsable y por tanto asumir su responsabilidad, entendiendo por responsabilidad, (Ingarde 1980), cuando alguien es consciente de una conducta y/o de una acción, que asume como propia, así como de las consecuencias que de ella se derivan. Esta responsabilidad se manifiesta de forma moral en las decisiones y actividades que realiza. El TCAE adquiere un compromiso con el paciente, un compromiso en el que el bienestar del mismo, debe ser pilar fundamental.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con todo esto que la actitud del TCAE hacia el enfermo terminal debe ser lo más cuidadosa posible. Con esto no queremos dar a entender que con los demás pacientes no deba ser cuidadoso, si no que, por las condiciones en las que se encuentran este tipo de pacientes, tanto física como psicológicamente, el cuidado debe de ser mayor.
Se mencionó que el oído es de los últimos sentidos que se pierden por tanto emitir

comentarios sobre su estado de salud, o tener conversaciones, entre el personal que atiende al paciente, personales o de juicio propio, no se considera apropiado. Se puede herir la sensibilidad del paciente, que está convaleciente en la cama.

La labor del TCAE en este tipo de pacientes no es más que procurar su mayor confort, que no es tarea fácil, ya que en su gran mayoría no se pueden mover ni hacer nada por sí mismos, se van haciendo a la idea poco a poco de lo que les está pasando y serán ellos mismo los que marquen la relación que quieren tener con el auxiliar. Los habrá que necesiten más compañía, lo que no se atrevan a pedir algo por miedo o por vergüenza, estos últimos deben ser de especial atención, su falta de comunicación el TCAE puede provocar la posterior incomodidad.

Es importante el trabajo del TCAE, más es pacientes terminales, cuyo diagnóstico médico no es otro que el de esperar la hora de la muerte. El médico solo le podrá recetar medicación, no le va a dar una solución a su dolencia, pero el TCAE puede hacerle sus últimos momentos, dentro de lo que están sufriendo, más agradables.

6 Bibliografía

- F. Javier Elizari: bioética, teología moral y sociedad
- Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., & Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Revista cuidarte, 7(2), 1297-1309.
- Araújo, M. M. T. D., & Silva, M. J. P. D. (2012). Estrategias de comunicación utilizadas por profesionales de salud en la atención a pacientes bajo cuidados paliativos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46(3), 626-632. de Cuidados Paliativos, S. E. (2014). Guía de cuidados paliativos.
- Bayés, R. (2005). Psicología y cuidados paliativos. Medicina paliativa, 12(3), 137-138.
- Codorniu, N., Bleda, M., Alburquerque, E., Guanter, L., Adell, J., García, F., & Barquero, A. (2011). Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Index de Enfermería, 20(1-2), 71-75.
- Mialdea, M. J., Sanz, J., & Rubiales, A. S. (2009). Situaciones difíciles para el profesional de atención primaria en el cuidado al enfermo terminal. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, 6(1), 53-63.
- Burgos, A. M., & Simarro, D. M. (2009). Enfermería y el paciente en situación terminal. Enfermería global, 8(2).

- Sastre Guerra, M. (2017). Estudio sobre la formación de las enfermeras para aplicar cuidados psicológicos de calidad al paciente terminal.
- Frías, A. Y., & Martínez, G. (2009). Actitudes de los Profesionales de Enfermería ante los Pacientes Terminales.
- Correa, F. J. L. (2003). Bioética de la atención de enfermería al enfermo terminal. Nova, 1(1).

Capítulo 249

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE PACIENTES INTOXICADOS.

MARIA DEL CARMEN FLORES FERNANDEZ

MARIA ANTONIA SANCHEZ MARCOS

ANA MARÍA RODRÍGUEZ IZQUIERDO

MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

BARBARA GARCIA ESPIN

1 Introducción

El 80% de intoxicaciones reciben atención médica directamente en un servicio de urgencias hospitalario y al menos una cuarta parte acuden a urgencias dentro de la primera hora post-exposición tóxica. Los fármacos continúan siendo la primera causa de intoxicación aguda, en especial, en los adultos. Le siguen la intoxicación etílica, los productos de uso doméstico, las drogas de abuso ilegales y una miscelánea compuesta por productos de uso agrícola, industrial, ingesta de setas, plantas. Esta variable se ha calculado en base a considerar en cada caso a un único tóxico responsable principal de la intoxicación, aunque hubiera más de un tóxico implicado. En el supuesto de contabilizar todos los agentes tóxicos presentes en

cada intoxicación, el alcohol etílico ocuparía el primer lugar. La distribución de frecuencias entre los fármacos causantes de intoxicación medicamentosa aguda (IMA) sigue los hábitos de prescripción y la accesibilidad del paciente frente al tóxico. Las benzodiacepinas (40%) constituyen el agente más usual en la IMA; le siguen los antidepresivos y el paracetamol.

Debido al gran número de tóxicos potenciales, el tratamiento debería estar protocolizado para evitar retrasos o dudas en la elección de la terapéutica adecuada. En general, las medidas de extracción digestiva, la administración de antídotos y la práctica de depuración renal y extra renal se indican en exceso. Al menos en una cuarta parte de casos tratados, la técnica de la descontaminación digestiva fue inadecuada y su indicación incorrecta por obedecer más a una rutina que a un razonamiento. Por un motivo similar, algunos antídotos, en especial el flumazenil, se administraron en un alto porcentaje de casos sin justificación clínica. Por último, la práctica de algunas depuraciones renales o extra renales fue innecesaria por basarse en criterios toxico cinéticos inadecuados. El pronóstico de una intoxicación es, en general, favorable. Así lo indica el destino del paciente intoxicado. Entre un 70 y un 80 % de casos son dados de alta desde el propio servicio de urgencias a su domicilio tras una observación inferior a 24 horas. Sólo un 2% precisa tratamiento en UCI y el 20-25% restante es trasladado o ingresa en hospitalización convencional.

2 Objetivos

- Conocer la aproximación y valoración inicial de las víctimas de intoxicación.
- Conocer las medidas de control y tratamiento iniciales de los pacientes intoxicados.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados del manejo de los pacientes intoxicados, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente, intoxicación, coma etílico, hospital, funciones del tcae con los pacientes intoxicados.

4 Resultados

La anamnesis es muy probable que sea suficiente para establecer una presunción diagnóstica, debe hacerse siempre una exploración física como instrumento de diagnóstico y de valoración del intoxicado.

La exploración física de un paciente intoxicado agudo podemos hallarnos ante cuatro presentaciones clínicas posibles, según cual sea el signo clínico inicial predominante (signo guía). Estas cuatro presentaciones o cuadros clínicos son:
1. Intoxicado con disminución del nivel de conciencia. Puede cursar desde un estado de somnolencia a una obnubilación o coma.
2. Intoxicado con alteraciones de la conducta. Agitación, delirio, ansiedad, alucinaciones.
3. Intoxicado que presenta convulsiones generalizadas.
4. Intoxicado consciente que a su vez se subdivide en varias formas de presentación según sea la predominancia de una u otras manifestaciones clínicas: neurológica (consciencia normal), cardiovascular, respiratoria, digestiva, cutáneo-muscular, uro- nefrológica.

Por supuesto esta clasificación obedece a fines didácticos, ya que un mismo paciente puede presentar signos comunes a más de una de las cuatro presentaciones clínicas antedichas. El alcohólico agudo, por ejemplo, puede estar agitado y progresivamente entrar en coma. Otro ejemplo: el paciente que ha convulsionado presentará posteriormente un coma post- crítico.
Un Intoxicado con disminución del nivel de conciencia es un paciente obnubilado o en coma, con sospecha de que su etiología sea tóxica exógena, podemos hallarnos frente a dos situaciones: la anamnesis nos ha indicado el tóxico probable o la anamnesis no ha sido en absoluto orientativa, tratándose, en este caso, de un coma probablemente tóxico, pero sin agente causal conocido.

Una persona Intoxicado con alteraciones de la conducta es una alteración de la conducta clínicamente se presenta en forma de agitación psicomotriz (en diversos grados), cursando, a veces, con delirio, alucinaciones, ansiedad.

Un Intoxicado con cuadro de convulsiones generalizadas son en general, la convulsión generalizada es un síntoma acompañante dentro de un conjunto sindrómico, siendo inusual que la convulsión sea el signo inicial, aunque puede serlo (intoxicación por isoniazida, ac. mefenámico, estricnina). La hipoglicemia, la hipoxia (provocada por una gran variedad de tóxicos) y los estimulantes del SNC son las causas más comunes de convulsiones por mecanismo directo o in-

directo. Los tóxicos con capacidad convulsivante son: insulina, antidiabéticos orales (ADO), anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos (ADT), antihistamínicos, antiparkinsonianos, etc.) simpaticomiméticos (cocaína, anfetamínicos, teofilina, etc.), IMAO, opiáceos, ácido mefenámico, estricnina, CO, y con menor frecuencia, salicílicos, organoclorados (lindane), cicloserina, alcanfor, isoniazida, metanol, litio, etc. Paradójicamente, algunos antiepilépticos pueden ser causa de convulsiones.
Una persona que se ha Intoxicado y está consciente facilitará a través de su relato el diagnóstico y la identificación del tóxico. Menos fiable será la dosis afirmada por el propio paciente. Es preciso, no obstante, valorar la gravedad de la intoxicación analizando las principales manifestaciones.

El análisis toxicológico aparte de confirmar un diagnóstico clínico previo, será de utilidad básicamente en dos circunstancias. En primer lugar, para dilucidar el agente causal de un coma tóxico en que ni la anamnesis ni la exploración física han sido orientativas. En segundo lugar, para indicar un tratamiento antitóxico específico; algunas técnicas muy simples pueden ser de interés al poder ser realizadas junto a la cama del enfermo.

Son las siguientes:
– Inspección de la orina. Ocasionalmente la orina se tiñe del color de algunas grageas causantes de una intoxicación medicamentosa. El fenol y el cresol tiñen la orina de gris oscuro.
– Sangre venosa muy oscura, achocolatada, característica de la metahemoglobinemia.
– Dextrostix para comprobar una hipoglicemia.
– Tiras reactivas para orina con positividad para hemoglobina. Puede ser indicativa de mioglobinuria.
– Alcohómetro de aire espirado para evaluar concentración sérica de alcohol.

– Cambios colorimétricos al pasar aire espirado a través de tubos Drägger. Muy fiables para carbo y sulfohemoglobinemia.
– Inmunoanálisis rápido (placas triage, Ontrak o similares).
– Test del cloruro férrico. Color violáceo en presencia de salicílicos en orina.
– Test de Wieland. Útil para confirmar presencia de amatoxinas en orina.

Otras exploraciones complementarias también pueden ayudar al diagnóstico, aunque en general, su función, es establecer el nivel de gravedad.

La radiología toxicológica se centrará en la radiografía simple de tórax y de abdomen.

En el tórax se podrán confirmar imágenes no siempre precoces de neumonitis tóxica (inhalación de gases o volátiles, ingesta de disolventes o productos lipoideos), edema pulmonar no cardiogénico (opiáceos, AAS), o neumonías broncoaspirativas en pacientes comatosos.

Cualquier intoxicación, al igual que otra patología urgente, precisa una evaluación inicial de las funciones vitales para conocer si son necesarias medidas de reanimación y soporte. Ocasionalmente la falta de absorción completa del tóxico en el momento de la valoración clínica inicial presupone que pueden precisarse medidas reanimadoras en el curso evolutivo de la intoxicación La reanimación en toxicología no difiere básicamente de la que se aplica ante cualquier urgencia vital. No obstante, hay algunos puntos que la caracterizan y la diferencian:
– El mantenimiento de la vía aérea y de la ventilación es la medida de mayor importancia en toxicología ya que la mayor morbilidad y mortalidad se produce por broncoaspiración o fallo respiratorio agudo.
– En caso de paro cardíaco por fármaco cardiotóxico (digital, betabloqueante, etc.) el masaje cardíaco externo debe prolongarse hasta los 120 minutos en contra de los veinte minutos habituales. En esta etapa reanimadora, aparte de los fármacos habituales (adrenalina, bicarbonato, lidocaína, etc.) deben utilizarse determinados antídotos, denominados antídotos- reanimadores.

La patología toxicológica aguda presenta una escasa letalidad si se procede a una reanimación precoz continuando con el tratamiento restante. Las medidas terapéuticas que deben adoptarse en esta etapa de tratamiento inicial o soporte son las siguientes:
-Permeabilidad de las vías aéreas. La aseguraremos retirando prótesis dentales o hipotéticamente cuerpos extraños de la cavidad bucal.
- Mantenimiento de la función ventilatoria. La valoración de la función respiratoria puede hacerse a nivel clínico (volumen corriente, frecuencia respiratoria, cianosis) o mejor, a través de la gasometría arterial.
- Generalmente el coma tóxico por substancias depresoras del SNC produce diversos grados de hipoxemia (y raramente hipercapnia) indicativa de hipoventilación alveolar que puede llegar a producir paro o pre-paro respiratorio.

El periodo de observación en el tratamiento y controles de mantenimiento es Ingresar 12-24 h desde la administración del tóxico en observación cuando no presente criterios de gravedad. Y si existe riesgo potencial del tóxico en el tiempo,

precise vigilancia, exista riesgo de repetición o curse con alteraciones orgánicas o analíticas leves o moderadas debe ingresar en Planta.

5 Discusión-Conclusión

La atención de los pacientes intoxicados casi siempre recae en los servicios de emergencias. No existe un registro de intoxicaciones sistematizado que nos permita conocer la epidemiología en nuestro entorno y la ingesta voluntaria de benzodiacepinas es la causa más frecuente de intoxicaciones. El tratamiento de las intoxicaciones en general se basa en medidas de soporte y se debe evitar el uso rutinario de técnicas de descontaminación digestiva. Se debe de disponer del botiquín de antídotos adecuado a las características y en la medida de lo posible intentar actuar lo más rápido que se pueda para poder salvar la vida, En la mayoría de los casos la hemodiálisis y la hemoperfusión complementan el tratamiento en determinados casos excepcionales.

Muchas veces las intoxicaciones ocurren en forma masiva por ejemplo las intoxicaciones alimentarias, la intoxicación por monóxido de carbono, derrame de sustancias como el mercurio, etc.; entonces, en estos casos cabe estar preparados para recibir más pacientes y para identificar aquellos pacientes intoxicados que aún no consultan

6 Bibliografía

1. Munné, P. Intoxicaciones agudas en España Incidencia y gravedad. En Munné, P. (Ed.). Bases del tratamiento de las intoxicaciones agudas. Ed. Doyma, Barcelona 1998; 9-16.
2. Burillo-Putze G, Munne P, Dueñas A, Pinillos MA, Naviero JM, Cobo J et al. National multicenter study of acute intoxication in Emergency Departments of Spain. Eur J Emerg Med 2003 (en prensa).
3. Armijo JA, Valiente R. Administración repetida de carbón activado en el tratamiento de las intoxicaciones. En: Munné, P. (Ed.). Bases del tratamiento de las intoxicaciones agudas. Ed. Doyma, Barcelona 1998; 17-32.
4. Botella de Maglia J, Belenguer Tarin JE. Intoxicación por paraquat. Estudio de 29 casos y evaluación del tratamiento con la pauta caribena" . Med Clin (Barc) 2000; 115: 530- 533
5. Monteis J. Características epidemiológicas de los intoxicados, intencionalidad y tipos de tóxicos. Med Intensiva 1988; 12: 518-524.

6. Marruecos LL, Nolla J, Nogué S, Rocas A, Llopart LL, Rovira A. El intoxicado agudo en la Unidad de Cuidados Intensivos. A propósito de 202 observaciones. Med Intensiva 1983; 7:
25-32.

Capítulo 250

SÍNDROME DE TOURETTE EN LA INFANCIA.

ANA LAGO COLLAR

1 Introducción

Es un trastorno del neurodesarrollo que presenta sencillos y complejos gestos, espasmos musculares, movimientos o sonidos repentinos y repetitivos de forma involuntaria. Es una incidencia del 1.6 -1% en los niños de edad escolar. Es una gran importancia en el factor genético en su transmisión.

2 Objetivos

- Identificar las competencias del TCAE en el tratamiento del síndrome.

3 Metodología

- Palabras claves: síndrome tourette, autoestima, psicoeducación.
- Revisión bibliográfica y sistemática de artículos científicos en español e inglés.
- Lista de comprobación empleada: primsa.
- Fuentes de información: secundaria, medline, pubmed, cuiden, cuidatge, cochrane.

4 Resultados

- Puede afectar a la autoestima del niño. Tanto la enfermera como la TCAE intervienen favoreciendo la expresión de sus sentimientos y emociones acerca de la enfermedad, aprendiendo a enfrentarse a través del role-playing.
- La aceptación del síndrome es difícil. Los profesionales invitarán a referir todos los pensamientos y las emociones sobre la patología y aclarar las dudas. Durante la educación de los progenitores, se les ayuda a entender mejor los problemas de la conducta de los hijos.
- La variedad de manifestaciones en las que se puede aprender, los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería de salud mental deben de estar preparados para participar en el tratamiento .
- El tratamiento farmacológico se recurre a técnicas de cambio de hábitos, procediendo a la preparación de adquirir una nueva conducta que no puede suceder a la vez que el tic.

5 Discusión-Conclusión

El papel del personal de enfermería es esencial en la enseñanza del paciente, la familia y el entorno, a través del apoyo psicológico y del refuerzo en los progresos, siendo eficaz en la adquisición de los mecanismos para el desarrollo de una vida normal.

6 Bibliografía

1. Bloch, MH, Leckman , JF . Clinical course of Tourette Syndrome. J Psychosom Res.2009;67 (6): 497-501
2. Herdman TH ,editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.,fifth edition: DSM-5. Washington, DC; 2013.
4. Bulechek GM, Butcher HK , McCloskey - Dochterman J, editores.Clasificación de intervenciones del equipo de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid : Elsevier; 2009
5. Wallis L. Behavioral International for Tourette's Disorder. Am J Nurs Oct 2010,110 ; (10): 19-20.

Capítulo 251

ENFERMEDAD NOSOCOMIAL.

MARIA GLORIA MURIAS RICO

ANA RODRÍGUEZ DEL POZO

MARI CRUZ MENENDEZ FERNÁNDEZ

ZORAIDA GONZALEZ MENÉNDEZ

SANDRA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En el ámbito de la salud, una infección nosocomial o intrahospitalaria es la contraída por pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud (no solo hospitales).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estarían incluidas las infecciones que no se habían manifestado ni estaban en periodo de incubación, es decir, se adquieren durante su estancia y no son la causa del ingreso; también entrarían en esta categoría las que contraen los trabajadores del centro debido a su ocupación o exposición.

Otras expresiones similares son: Contagio hospitalario, Infección intrahospitalaria, infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, Infección por gérmenes resistentes debido muchas veces a la mala información del personal sobre técnicas de aislamiento y medidas de protección para ambas partes (paciente y profesional de salud), o infección oportunista.

Pseudomonas aeruginosa es un germen resistente a los antibióticos, a veces impropiamente llamado «virus de quirófano» o «virus de hospital» porque en realidad no es un virus sino una bacteria, habitual en casos de contagio hospitalario.

En sentido general, el contagio hospitalario es la adquisición o propagación de una enfermedad, por insuficiente esterilización o falta de antisepsia , poniendo en contacto de manera involuntaria, microorganismos patógenos con personas, dentro de una instalación hospitalaria, o centro de salud.

Este término ha sido sustituido por el de Infección Asociada a la Asistencia de Salud (IAAS) que recoge de manera más amplia los factores que intervienen en las infecciones sanitarias.

Las IAAS, también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso.

Adquirir una infección en el hospital es común, ya que este es un ambiente en el que están muchas personas enfermas y en tratamiento con antibióticos. Durante el período de hospitalización, algunos de los principales factores que pueden causar una infección son:
- Desequilibrio de la flora bacteriana de la piel y del organismo, generalmente debido al uso de antibióticos;
- Disminución del sistema inmune de la persona hospitalizada, tanto por la enfermedad como por uso de medicamentos;
- Realización de procedimientos invasivos como colocación de un catéter, colocación de sondas, biopsias, endoscopias o cirugías, que rompen la barrera de protección de la piel.

Generalmente, los microorganismos que causan la infección hospitalaria no causan infecciones en otras situaciones, ya que aprovechan el ambiente con pocas bacterias inofensivas y el debilitamiento del sistema inmune para instalarse. A pesar de esto, las bacterias hospitalarias suelen desarrollar infecciones graves y de difícil tratamiento, ya que son más resistentes a los antibióticos, por esto, generalmente es necesario utilizar antibióticos más potente para curar este tipo de infección.

Tipos de infecciones nosocomiales. Las infecciones nosocomiales pueden ser adquiridas en diversas regiones del cuerpo, siendo que los tipos más comunes son:

1. Neumonía.
La neumonía adquirida en el hospital suele ser graves es más común en las personas que están hospitalizadas o que tienen dificultades para deglutir, por el riesgo de aspiración de alimentos o de la saliva. Algunas bacterias más comunes en este tipo de neumonía son: Klebsiella, Enterobacter, Pseudomonas, Acinetobacter, Staphylococcus aureus, Legionella, Mycoplasma, además de algunos tipos de virus.

Principales síntomas: dolor en el tórax, tos con secreción amarillenta o sanguinolenta, fiebre, cansancio, falta de apetito y falta de aire.

2. Infección urinaria.
La infección urinaria hospitalaria ocurre por el uso de una sonda urinaria durante el período de hospitalización, a pesar de que cualquier persona la puede desarrollar. Algunas de las bacterias más envueltas en esta situación son: Escherichia coli, Proteus sp, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella sp., Enterobacter sp., Enterococcus faecalis y hongos como la Candida sp.

3. Infección de la piel.
Las infecciones de la piel son muy comunes debido a: la aplicación de inyecciones a través de las venas para medicamentos o recolección de exámenes, cicatriz de una cirugía, biopsia o la formación de escaras de decúbito. Algunos de los microorganismos que causan ese tipo de infección son: Staphylococcus aureus, Klebsiella sp, Proteus sp, Enterobacter sp, Serratia sp, Streptococcus sp, Enterococcus y Staphylococcus epidermidis.

Principales síntomas: puede haber presencia de área una área enrojecida e hinchazón en la piel, con o sin la presencia de ampollas. Generalmente, la región se encuentra dolorida y caliente, y puede haber producción de secreción purulenta y mal olorosa.

4. Infección de la sangre.
La infección del torrente sanguíneo llamada septicemia surge, generalmente, después de la infección de alguna región del cuerpo que terminar diseminándose por el torrente sanguíneo. Este tipo de infección grave, y si no es debidamente tratada puede causar un fallo multiorgánico y riesgo de muerte. Cualquiera de los microorganismos de las infecciones se puede diseminar por la sangre, y algunos de los más comunes son: Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis y Candida.
Principales síntomas: fiebre, escalofríos, caída de la presión, latidos del corazón

débil, somnolencia.

Existen otros tipos de infecciones nosocomiales pero que son menos comunes y que afectan a varias regiones del cuerpo como la cavidad oral, el tracto gastrointestinales, genitales, ojos y oídos. Cualquier infección hospitalaria debe ser identificada rápidamente y tratada con antibióticos potentes, para evitar que se haga más grave y ponga en riesgo la vida de la persona, por esto ante la presencia de cualquier señal o síntoma de esta situación debe ser comunicada al médico responsable.

2 Objetivos

Objetivo principal
- Conocer los riesgos de estas y elaborar un plan de prevención.

Objetivos secundarios
- Elaborar normas y rutinas para la limpieza y desinfección de los ambientes, estableciendo la frecuencia, tipo de desinfectante, especialmente en áreas críticas, como el retén de recién nacidos, áreas quirúrgicas o las UCI, por ejemplo.
- Determinar reglas para pacientes, visitantes y profesionales, para disminuir el riesgo de infecciones como limitar el número de visitas, establecimiento de normas y entrenamientos para higiene, recolección de exámenes, aplicación de medicamentos, realización de curativos o preparación de los alimentos.
- Estimular medidas de higiene, principalmente de las manos que son uno de los principales vehículos de transmisión de microorganismos, a través del lavado frecuente o con uso del gel de alcohol.
- Orientar para el uso correcto de antibióticos, evitando que los pacientes sean tratados con antibióticos sin necesidad o por antimicrobianos de amplio espectro, impidiendo así el desarrollo de bacterias multirresistentes.
- Orientar sobre el uso de productos químicos para eliminar microorganismos como germicidas, desinfectantes, antisépticos, agentes de limpieza.
- Vigilar los casos de infección, para entender las causas y elaborar planes de prevención.

3 Metodología

Hemos consultado varios temarios y varias paginas web de diversos hospitales españoles que tratan de prevenir estas enfermedades con protocolos de profilaxis.

Función del personal de enfermería:
- El cumplimiento con las prácticas de atención de los pacientes para el control de infecciones es una función del personal de enfermería. Éste debe conocer dichas prácticas para evitar la manifestación y propagación de infecciones y mantener prácticas apropiadas para todos los pacientes durante su estadía en el hospital.
- Participar en el Comité de Control de Infecciones.
- Promover la formulación y mejora de las técnicas de atención de enfermería y el examen permanente de las normas de atención de enfermería aséptica, con aprobación del Comité de Control de Infecciones.
- Crear programas de capacitación para los miembros del personal de enfermería.
- Supervisar la puesta en práctica de técnicas de prevención de infecciones en sitios especializados, como el quirófano, la unidad de cuidados intensivos y los pabellones de maternidad y de recién nacidos.
- Vigilar el cumplimiento de las normas por parte del personal de enfermería.

El jefe de enfermería de un pabellón tiene las siguientes responsabilidades:
- Mantener las condiciones de higiene, de conformidad con las normas del hospital y las buenas prácticas de enfermería en el pabellón.
- Vigilar las técnicas asépticas, incluso el lavado de las manos y el aislamiento.
- Informar de inmediato al médico de cabecera sobre cualquier prueba de infección de los pacientes bajo el cuidado de un miembro del personal de enfermería.
- Aislar al paciente y ordenar la toma de especímenes para cultivo a cualquier paciente con signos de una enfermedad transmisible, cuando sea imposible comunicarse con el médico de inmediato.
- Limitar la exposición del paciente a infecciones de visitantes, el personal del hospital, otros pacientes o el equipo de diagnóstico y tratamiento.
-Mantener existencias seguras y suficientes de equipo, medicamentos y suministros para el cuidado de los pacientes en cada pabellón.

El miembro del personal de enfermería encargado del control de infecciones es miembro del equipo pertinente y tiene las siguientes responsabilidades:
- Identificar las infecciones nosocomiales.
- Investigar el tipo de infección y el microorganismo infeccioso.
- Participar en la capacitación del personal.
- Vigilar las infecciones nosocomiales.
- Participar en la investigación de brotes.
- Formular una política de control de infecciones y examinar y aprobar la política pertinente de atención de los pacientes.
- Asegurarse del cumplimiento con los reglamentos locales y nacionales.

- Servir de enlace con los establecimientos de salud pública y otros, cuando proceda.
- Ofrecer asesoramiento especializado a programas de salud y otros apropiados establecidos para el personal de los hospitales en materia de transmisión de infecciones. esterilización Un departamento central de esterilización sirve a todas las divisiones del hospital, incluso al quirófano. Una persona idónea debe encargarse de la administración del programa. La responsabilidad de la administración diaria puede delegarse a un miembro del personal de enfermería o a otra persona con la debida idoneidad y experiencia y con conocimiento de los dispositivos médicos. Las responsabilidades del servicio central de esterilización son limpiar, descontaminar, probar, preparar para el uso, esterilizar y guardar asépticamente todo el equipo estéril del hospital. Trabaja en colaboración con el Comité de Control de Infecciones y otros programas del hospital para establecer y vigilar las normas de limpieza y descontaminación de lo siguiente:
- Equipo reutilizable.
- Equipo contaminado, incluso:
Procedimientos de envoltura, según el tipo de esterilización.
Métodos de esterilización, según la clase de equipo.
Condiciones de esterilización (por ejemplo, temperatura,duración, presión, humedad).

El director de este servicio debe hacer lo siguiente:
- Supervisar el uso de diferentes métodos físicos, químicos y bacteriológicos.
Para vigilar el proceso de esterilización.
- Asegurarse del mantenimiento técnico del equipo,según las normas nacionales y las recomendaciones de los fabricantes.
- Notificar cualquier defecto al personal de administración, mantenimiento y control de infecciones y a otro personal apropiado.
- Mantener registros completos de cada ciclo de uso del autoclave y asegurarse de la disponibilidad de dichos registros a largo plazo.
- Recoger o hacer recoger, a intervalos regulares, todas las unidades estériles caducadas.
- Comunicarse, según sea necesario, con el Comité de Control de Infecciones, el servicio de enfermería.

4 Resultados

Cuando el paciente está ingresado con una enfermedad de base, hay varios factores que lo hacen más proclive a sufrir una infección nosocomial.

Se consideraron como factores de riesgo intrínsecos los siguientes:
- Edad.
- Tipo de pacientes: se clasificaron en intervenidos quirúrgicamente (aquellos que ingresaron por una enfermedad con tratamiento quirúrgico) y clínicos (ingresaron por una enfermedad sin necesidad de tratamiento quirúrgico).
- Comorbilidad.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): con antecedentes de EPOC se consideraron como expuestos y sin antecedentes, no expuestos.
- Coma: los que presentaron este estado se clasificaron como expuestos y los que no, como no expuestos.
- Insuficiencia renal crónica (IRC): con antecedentes de IRC (expuestos) y sin antecedentes de IRC (no expuestos).
- Diabetes mellitus de tipos 1 y 2: antecedentes de diabetes mellitus (expuestos) y sin antecedentes (no expuestos).

Como factores extrínsecos del paciente, que hipotéticamente pudieran influir en la aparición de la infección intrahospitalaria, se consideraron:
- Sonda nasogástrica: con presencia del factor (expuesto) y la no aparición (no expuesto).
- Nutrición parenteral (NP): se consideraron expuestos, los que presentaron nutrición parenteral y no expuestos, los que no recibieron la misma.
- Catéter venoso central: se consideró expuesto a los que presentaron un catéter central y no expuestos a los que no se le colocó.
- Uso previo de bloqueadores H2: se consideraron expuestos, los que realizaron tratamiento con los mismos y no expuestos, los que no realizaron tratamiento.
- Estadía: se determinó en días y se tuvieron en cuenta 2 grupos: más de 5 días (expuestos) y menos de 5 días (no expuestos).
- Intubación orotraqueal: pacientes con colocación de dispositivo orotraqueal, se tomó a partir del primer día hasta su retirada o realización de traqueotomía.
- Ventilación mecánica artificial (VMA): pacientes acoplados a ventiladores por cualquier causa que motivó la VMA. Se tomó desde el primer día hasta el destete de la misma.

Como se puede apreciar, todas las variables se convirtieron en dicotómicas, para

lo cual los pacientes que representaban el factor de riesgo positivo siempre se consideraron expuestos y los que no, no expuestos.

Se determinó la razón de productos cruzados (OR) para cada uno de los factores de riesgo hipotéticamente influyentes en la aparición de la infección nosocomial y la estimación de sus intervalos de confianza a 95 % (IC 95 %). Para cada uno de los factores de riesgo se aprobó la hipótesis de que el OR poblacional fuese significativo si era mayor que 1, con un nivel de significación estadística de P <0,05. Para cada variable se probó la hipótesis nula de que su distribución era igual en los casos como en los testigos. También se realizó un análisis multivariante mediante la técnica de regresión logística binaria, con el objetivo de identificar los factores que tenían una influencia significativa sobre la aparición de la infección intrahospitalaria, además de controlar los restantes. También se empleó el procedimiento de introducción por pasos hacia atrás (backward stepwise) y todo el análisis se efectuó con el paquete estadístico SPSS versión 15.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier persona puede desarrollar una infección nosocomial, sin embargo tienen mayor riesgo aquellas que tienen el sistema inmune más débil como:
- Ancianos.
- Recién nacidos.
- Personas con la inmunidad comprometida, por enfermedades como SIDA, post-trasplantados o que usen medicamentos inmunosupresores.
- Diabetes Mellitus mal controlada.
- Las personas encamadas o con alteración de la conciencia, ya que presentan mayor riesgo de broncoaspiración.
- Enfermedades vasculares con el compromiso de la circulación, ya que dificulta la oxigenación y cicatrización de los tejidos.
- Pacientes con la necesidad de uso de dispositivos invasivos como sonda urinaria, inserción de catéter venoso, utilización de ventilación mecánica por aparatos.
- Realización de cirugías.

Asimismo, mientras más sea el tiempo de hospitalización mayor es el riesgo de adquirir una infección nosocomial, ya que hay mayor exposición a los microorganismos responsables. La mejor forma de abordar el problema es la prevención, promoviendo y protegiendo la salud.

6 Bibliografía

- Olaechea PM, Insausti J, Blanco A, Luque P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Med Intensiva. 2010;34(4):256-67.
- Palomar M, Rodríguez P, Nieto M, Sancho S. Prevención de la infección nosocomial en pacientes críticos. Med Intensiva. 2010;34(8):523-33.
- Álvarez Aliaga A, Árias Ortiz A, López Costa C, López Espinosa E, González Aguilera J, Rodríguez Blanco L. Infección nosocomial en la Unidad Cuidados Intensivos. Mapfre Medicina. 2006;17(2):234-35.
- González Aguilera JC, Fonseca Muñoz JC, González Pompa JA, Rosabal Rosales DD, Marin Montejo ML. Infección relacionada con los cuidados sanitarios en la unidad de cuidados intensivos. MULTIMED. 2012 [citado 26 Feb 2013];16(3).
- León Gil C, García-Castrillo Riesgo L, Moya Mir M, Artigas Raventós A, Borges Sa M, Candel González FJ, et al. Documento de Consenso (SEMES-SEMICYUC). Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los Servicios de Urgencias hospitalarios. Med Intensiva. 2007;31(7):302-7.
- Zaragoza Crespo R, Palomar Martínez M. Enfermo crítico con infección grave. Med Intensiva. 2011; 35(3):186-8.
Horan TC, Gaynes RP. Surveillance of nosocomial infections. In: Epidemiology and Infection Control. 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2004:1659-1702.
- Lisboa T, Rello J. The simple and the simpler in pneumonia diagnosis. Crit Care. 2007;11(3):140.
- Sánchez Valdivia AJ, Sánchez Padrón AJ, Somoza García ME, López Guerra C. Insuficiencia renal aguda en pacientes obstétricas en estado crítico. Salud Cien. 2011;18(6):525-9.
- Fernández Ortega FJ, Ordóñez González FJ, Blesa Malpica AL. Soporte nutricional del paciente en crítico: ¿a quién, cómo y cuándo? Nutr Hosp. 2005 [citado 26 Feb 2013];20(supl 2).

Capítulo 252

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES.

MARIA MERCEDES GAVADIAN SERANTES

MARIA MENDEZ ALONSO

1 Introducción

La contención mecánica es la limitación intencionada y en beneficio del paciente de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo, a su totalidad, o al acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo del que no puede liberarse con facilidad. Es un último recurso terapéutico utilizado en situaciones extremas para controlar a pacientes que tienen un comportamiento que supone un alto riesgo para el propio paciente, para otros pacientes y/o para los profesionales de la salud

2 Objetivos

- Proporcionar una atención con seguridad y calidad a los pacientes que reciban esta intervención. Las normas y procedimientos en la contención mecánica sirven para una actuación coherente, rápida y eficaz, pero no suplen los cuidados que requiere cada paciente.

3 Caso clínico

Es muy aconsejable identificar pacientes con riesgo de desarrollar estados confusionales y considerar el inicio de fármacos a dosis bajas, preferentemente en

toma nocturna.

Escuchar atentamente al paciente, dejando que se exprese antes de responderle y mantener una actitud firme pero utilizando un tono de voz calmado.

Sólo una persona debe interactuar con el paciente y siempre se debe utilizar un lenguaje verbal efectivo: hablar claro y repetir el mensaje tantas veces como sea necesario.

Poner límites y explicarlos.

Tipos de contención mecánica:
- Parcial: es la que únicamente se limita a la movilidad del tronco o de una extremidad. Se utiliza para evitar caídas, arrancar vías o cuando alguna postura dificulta el paso de la medicación.
- Total: es la que emplea sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente.

Criterios que debe cumplir la contención:
- Necesaria: que esté realmente indicada en beneficio del paciente.
- Breve: durante el menor tiempo posible.
- Siempre bajo prescripción facultativa.
- Excepcionalidad: cuando no exista otra posibilidad para conseguir los objetivos terapéuticos.
-Seguimiento adecuado.
- Proporcionalidad: utilizar la menos restrictiva.

Hay una serie de contraindicaciones
- Como castigo al paciente o en respuesta a una conducta molesta.
- Como respuesta al rechazo del tratamiento.
- Por comodidad del equipo sanitario.
- En caso de desconocimiento del estado de salud.
- Cuando exista una alternativa terapéutica.
- Orden expresa del facultativo de no contención mecánica.
- En casos de cuadros confusionales que puedan empeorar.

Mientras se realiza la sujección, una persona debe encargarse de sujetar la cabeza, evitando que el enfermo se golpee o pueda agredirnos.

La finalización se realizará cuando la necesidad haya cedido y siempre progresivamente y explicando al paciente el procedimiento.

4 Discusión-Conclusión

Las contenciones mecánicas deben verse limitadas a circunstancias puntuales y a pacientes concretos. Desde la labor del auxiliar de enfermería es importante mantener la dignidad y autoestima del paciente, así como preservar su intimidad para minimizar los daños que puedan surgir.

5 Bibliografía

- Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina: Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: http://www.unav.es/cdb/coeconvencion.html
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (Comité Interdisciplinar de Sujeciones).
Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Julio 2014. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: https://www.segg.es/info_prensa.asp?pag=1&cod=349
- Declaraciones del Comité de Bioética de Aragón sobre las Protocolo de contención mecánica. Junta de Extremadura. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO_DE_CONTENCI%C3%nmovilización
de pacientes y sujeción mecánica.
- Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Junio 2015. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf

Capítulo 253

LA HIGIENE DEL PACIENTE LA REALIZA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO

ROCIO CABAÑERO CLEMOT

JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL

1 Introducción

Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene, confort y seguridad, conservando el buen estado de hidratación de la piel.

El mantenimiento de la higiene se refiere a los cuidados de enfermería para asegurar que los pacientes tienen una higiene correcta. Mejora la calidad de vida de quien lo recibe, se observa y se recogen datos del estado general, también se activa la circulación sanguínea y sobre todo si el trabajo se realiza correctamente se establece una relación de confianza y seguridad en el paciente.

Este trabajo se enfoca en la relación de confianza que puede llegar a tener un paciente, el bienestar y la comodidad de sentirse valorado al ser atendido por personal cualificado, además de aportarnos muchos datos relevantes en el proceso de hospitalización puesto que una de las principales funciones que tiene el aseo es la observación.

2 Objetivos

- Resaltar la función de la higiene llevada a cabo por el TCAE.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha realizado en una búsqueda de información y revisión de documentos en relación con el artículo, tanto en bases de datos, revistas y artículos especializados, entrevistas a compañeros y experiencias propias.

4 Resultados

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, es una barrera de nuestro organismo, nos protege de las agresiones externas, elimina desechos a través de la transpiración evitando la proliferación de las posibles bacterias, las glándulas sudoríparas producen el sudor y regulan la temperatura, las mucosas de la piel constituyen un papel fundamental de protección.

¿Por qué nuestro cuerpo produce sudor?
El sudor o mejor dicho, la transpiración, es el mecanismo natural del organismo para regular la temperatura corporal, secretado por las glándulas sudoríparas. Lo más frecuente es que el sudor se produzca de manera preferente en las manos, pies y axilas, en algunas ocasiones cuando el cuerpo sube de temperatura bien por ejercicio físico, temperatura ambiental elevada o por patologías (fiebre) esta secreción puede aumentar y producirse por otras partes del cuerpo, llegando a dos litros incluso cuatro litros si el ejercicio físico se realiza en un ambiente muy caluroso. El consumo de sustancias como el alcohol o medicamentos también pueden elevar la transpiración.

El sudor suele ser inodoro, menos en las axilas y zona del pubis, en estas zonas se alojan una serie de glándulas especiales que secretan sudor, con una cantidad de ácidos grasos y proteínas que fermentan por la acción de las bacterias.

Crear un entorno agradable es un beneficio para todos.
Siempre intentaremos explicar lo que estamos haciendo en cada momento, saludar y hablar es una forma de empalizar con el paciente facilitando su confianza a la vez nos vera como profesionales, responder todas su dudas sobre el aseo, intentando siempre su colaboración en la medida de lo posible.

Material y procedimientos:
- Guantes.
- Esponjas desechables preferentemente.
- Palangana.
- Varias toallas.
- Ropa limpia de cama.
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico
- Agua templada.
- Jarro con agua templada.
- Champú o jabón líquido mejor neutro.

Después de informar al paciente, lo primero que debemos hacer es anular las posibles corrientes de aire que pudiera haber. Nos lavaremos bien las manos y nos pondremos los guantes, pondremos al paciente en decúbito supino, mantendremos su intimidad colocando y separando con cortinas, mamparas o biombos.

Cuando tengamos el agua de la palangana a una temperatura adecuada, empezaremos aseando la cara evitando en esta zona el jabón (puede resecar la piel o las mucosas) con una toalla humedecida simplemente en el agua, cuando acabemos, nuestro compañero/a empezara a secar la piel con otra toalla preparada para tal fin.

A continuación, se le quitará el camisón o la parte de arriba del pijama y asearemos el cuello, torso, axilas, brazos, manos y abdomen, (en este orden) insistiendo en las axilas y en zonas de pliegues. Secaremos muy bien y taparemos con una toalla o la propia sabana para evitar enfriamientos y seguir manteniendo su intimidad.

Seguiremos con el aseo de las extremidades inferiores, insistiendo en espacios interdigitales, tanto a la hora de lavar, como a la de secar.

Continuaremos con el lavado de los genitales:
- En mujeres, se aseará la zona con la esponja, de arriba hacia abajo, limpiando cuidadosamente labios y meato urinario.
- Después, aclararemos con agua limpia (jarra de agua templada), eliminando completamente los restos de jabón y secaremos cuidadosamente siempre sin arrastrar en pequeños golpes para proteger la mucosa que se encuentra en esa zona.
- En hombres, asearemos los genitales con esponja jabonosa, retirando el prepucio para un lavado minucioso del glande.

- Después, aclararemos (jarra de agua templada) hasta eliminar todo resto de jabón, secaremos cuidadosamente y colocaremos el prepucio, para evitar edema de glande.
- En ambos casos, tras el lavado de los genitales, se desechará la esponja usada.

A continuación, con ayuda de nuestro compañero/a, pondremos al paciente en decúbito lateral. Con una esponja nueva, también cambiaremos el agua de la palangana, asearemos la zona posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y la región anal. Secaremos bien y aprovecharemos para aplicar crema hidratante masajeando hasta su total absorción.

Pondremos al paciente de nuevo en decúbito supino y aplicaremos crema hidratante en el torso y abdomen con este masaje se activa la circulación sanguínea a la vez que nos da información del estado de la piel.

Terminaremos de hacer la cama con ropa limpia, pondremos al paciente el pijama o camisón limpio y lo peinaremos. Evitaremos colonias o productos con alcohol directamente en la piel o el cabello, si queremos y el paciente quiere, podemos poner una pequeña cantidad en la ropa de cama incluso en el camisón o pijama.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE son de suma importancia ya que sus tareas tienen que ver con brindarles el bienestar necesario para que la recuperación. Por todo ello la piel requiere de un cuidado, una protección y la observación, que un técnico en cuidados auxiliar de enfermería está preparado para poder realizar.

El reservar el derecho a la intimidad, nuca desnudar al paciente por completo, se tiene que sentir en confianza puesto que el desnudo completo les puede llegar a crear ansiedad y nuestro trabajo no ser todo lo efectivo que queremos.

6 Bibliografía

- www.educativo.net
www.enfermeriapractica.com
- Apuntes auxiliar enfermería grado medio.
- Libro fp, Higiene del medio hospitalario y limpieza de material (Editex)

Capítulo 254

DIABETES Y ENFERMEDAD OCULAR

ROCIO CABAÑERO CLEMOT

JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL

ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina; aparece porque el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, o bien la fábrica de una calidad inferior. La insulina es una hormona que tiene como misión fundamental transformar en energía los azúcares contenidos en los alimentos.

En la mayoría de los casos, la diabetes daña los ojos sin causar dolor, molestias ni cambios notables en la visión. Cuando una persona con diabetes comienza a notar cambios, es posible que ya haya sufrido daño en el ojo que puede resultar en pérdida de visión.

2 Objetivos

- Valorar la importancia de someterse a revisiones periódicas, llevar un estricto control metabólico de los factores de riesgo (glucemia, presión arterial, etc.) y adoptar hábitos de vida saludables.

- Entender la importancia de hacerse un examen de los ojos con dilatación de las pupilas por lo menos una vez al año, para detectar las complicaciones relacionadas con las enfermedades de los ojos.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. La diabetes puede dañar los ojos, aumentando el riesgo de padecer glaucoma, cataratas y otros problemas oculares.
2. La retinopatía diabética es causada por daño a raíz de la diabetes a los vasos sanguíneos de la retina. A medida que la enfermedad va avanzando, se pueden producir los siguientes síntomas:
- Visión borrosa y pérdida gradual de agudeza visual.
- Manchas o “moscas volantes”.
- Sombras o áreas de visión perdidas.
- Dificultades en la visión nocturna
3. Catarata: problema en el que se nubla el cristalino (lente) del ojo.
4. Glaucoma: aumento de la presión del líquido dentro del ojo que daña el nervio óptico
5. Edema macular: visión borrosa debida a que se filtra líquido hacia la zona de la retina que suministra la visión aguda central.
6. Desprendimiento de retina: cicatrización que puede provocar que parte de la retina se salga de la parte posterior del globo ocular.

5 Discusión-Conclusión

Ayudará a los participantes a entender cómo y por qué la diabetes daña el ojo y la importancia de hacerse un examen de los ojos con dilatación de las pupilas por lo menos una vez al año para asegurar una detección temprana y un tratamiento

oportuno. Llevar un estricto control metabólico de los factores de riesgo y adoptar hábitos de vida saludables. Todo ello resulta básico para mantener a raya la diabetes.

6 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com
- www.nei.nih.gou
- https://canaldiabetes.com
- https://medlineplus.gou
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 255

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL : TERAPIA INMUNOLÓGICA Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

ANA MARÍA GARCÍA VILLA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Enfermedad inflamatoria intestinal (EII):
Se trata de una patología crónica de etiología multifactorial y no bien conocida, en la cual se produce una respuesta exagerada tanto del sistema inmune innato como del adquirido resultando en una inflamación crónica del tubo digestivo . Los síntomas de la EII se presentan en forma de brotes , que alternan con fases de remisión, siendo ésta la completa resolución de síntomas y/o cicatrización endoscópica de la mucosa.

Signos y síntomas de la EII:
Los síntomas dependen de la localización y de la gravedad de la enfermedad.

Enfermedad de Crohn (EC): es una inflamación crónica de cualquiera de las partes del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, con carácter discontinuo (en parches). Afecta a la pared intestinal en su grosor completo , desde la mucosa hasta la serosa. Las zonas más habitualmente afectadas son el íleon y el ciego . Los síntomas más frecuentes son: dolor abdominal (normalmente postprandial

y de tipo cólico), diarrea (a veces con sangrado), pérdida de peso, retraso en el crecimiento y en el desarrollo. El comienzo suele ser en forma de anorexia, astenia, fiebre intermitente, estacionamiento Ponderoestatural y manifestaciones articulares, orales o cutáneas. La rectorragia es menos frecuente que en la CU, mientras que la pérdida de peso es más frecuente e intensa en la EC. La zona anal se puede ver afectada con la aparición de fisuras, abscesos y fístulas.

Colitis ulcerosa (CU): el trastorno inflamatorio se limita a la mucosa y submucosa colónica. Comienza en el recto y puede extenderse proximalmente y de forma continua a lo largo del colon . Los síntomas más frecuentes son: diarreas con sangre y moco, anemia. dolor abdominal, tenesmo, urgencia defecatoria y, ocasionalmente pueden producirse náuseas, vómitos, fiebre y pérdida de peso. Se consideran signos graves cuando aparece fiebre elevada, afectación del estado general, retraso del crecimiento, distensión abdominal, timpanismo y dolor a la palpación abdominal.

Colitis indeterminada (CI): se producen síntomas tanto de la EC como de la CU, y según evoluciona puede desembocar en una EC o CU pura.

Manifestaciones extraintestinales:
Alrededor de un 25-30% de los pacientes con EII presenta alguna manifestación extraintestinal a lo largo de su evolución. En algunos casos (afectación hepática o artritis) pueden preceder a los síntomas intestinales.
- Manifestaciones articulares: son las más frecuente. Artralgia, artritis o espondilitis anquilosante. Se asocian a la actividad inflamatoria en intestino.
- Manifestaciones cutáneas: eritema nodoso y estomatitis aftosa (frecuentes en fases de actividad), y pioderma gangrenoso (más frecuencia en CU).
- Manifestaciones oculares: conjuntivitis, epiescleritis y uveítis anterior (en EC).
- Manifestaciones hepáticas: esteatosis, hepatitis crónica autoinmune, pericolangitis y colangitis esclerosante (más frecuente en CU), colelitiasis (más habitual en EC de larga evolución con afectación ileal o resecciones amplias).
- Manifestaciones urológicas: nefrolitiasis por hiperoxaluria, fistulas enterovesicales, hidronefrosis por compresión y amiloidosis renal en larga evolución.
- Manifestaciones vasculares: enfermedad tromboembólica y vasculitis.
- Inusuales: pancreatitis, alveolitis fibrosante, neumonitis intersticial y pericaditis

Epidemiología:
En España la incidencia de CU es de 8/100.000 habitantes/año y la de EC 5,5/100.000 habitantes/año (5). Afecta por igual a hombres y mujeres, y puede ser diagnosticada en cualquier etapa de la vida, aunque el diagnóstico más habit-

ual es entre 20 y 40 años. La prevalencia global de EII es de 0,4%; predomina en países industrializados, latitudes nórdicas y áreas urbanas. Es más frecuente en la raza caucásica, especialmente judíos.

Etiopatogenia:
La etiología de la EII actualmente no es bien conocida, aunque se ha demostrado que la combinación de ciertos factores en un mismo paciente puede provocar el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, aún no se sabe bien cómo se produce esta interacción.

En cuanto a la predisposición genética, se ha observado que el riesgo de padecer EC cuando un progenitor está afectado es de 9,2%, mientras que en CU es 6,2%. Cuando ambos progenitores tienen EII el riesgo aumenta hasta un 30%.

Se han descubierto regiones de susceptibilidad en distintos cromosomas que afectan a la inmunidad innata, moléculas del sistema HLA, permeabilidad intestinal (integridad epitelial, adhesión celular), procesamiento intracelular de bacterias o respuesta inflamatoria. Un gen ligado a la EC, es el gen NOD2/CARD15 en el cromosoma 16, que produce una proteína de reconocimiento de péptidos bacterianos.

De los factores ambientales más relevantes, el tabaco supone un factor de riesgo en EC y un factor de protección en CU, y la apendicectomía que reduce el riesgo de CU.

La flora bacteriana endógena presenta un papel primordial en la patogenia de la enfermedad, pero aún no se conoce como interacciona con el sistema inmune.

Complicaciones:
1. Colitis Ulcerosa.
- Colitis fulminante: provoca más de 6 deposiciones al día, con sangrado masivo, anemia, Hipoalbuminemia, alteraciones hidroelectrolíticas, fiebre y taquicardia. El abdomen puede estar distendido y doloroso a la palpación. Puede evolucionar a megacolon tóxico.
- Megacolon tóxico: se produce una dilatación colónica superior a 6 cm asociada a un cuadro séptico, gran distensión y dolor abdominal. Puede producirse como complicación de una colitis fulminante, tras una colonoscopia o enema de bario, por uso de anticolinérgicos o por retirada rápida de corticoides. Tanto el megacolon tóxico como la colitis grave presentan un alto riesgo de perforación, sepsis y hemorragia masiva .

- La complicación más grave y frecuente en la CU de larga evolución es el cáncer de colon. Se recomienda cribado con colonoscopia en las CU de larga evolución. El riesgo de malignización del colon es mayor en pacientes con pancolitis (afectación completa del colon) de difícil manejo terapéutico y más de 10 años de evolución.

Enfermedad de Crohn:
- Se produce fallo del crecimiento y retraso puberal por malnutrición (5). A veces, el retraso de talla o puberal puede ser la única manifestación de la EC.
- Estenosis: que pueden conllevar obstrucciones de la luz intestinal (1).
- Si la enfermedad no está controlada se puede perforar el intestino ocasionando abscesos y fistulizaciones perianales, perirectales o enteroentéricas, que pueden requerir cirugía (1).
- Existe riesgo de malignización en íleon terminal, aumentando con los años de enfermedad (3).
- El megacolon tóxico y el cáncer de colon son menos frecuentes que en CU.

2 Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, sus dos tipos principales de presentación, los tratamientos actuales y las nuevas líneas de investigación de fármacos para su tratamiento.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica consultado las bases de datos PubMed, ScienceDirect y Google académico. A través de la página web de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) se revisaron las fichas técnicas de los medicamentos comercializados, mediante el servicio CIMA.

Dicha búsqueda bibliográfica se ha efectuado empleándose ciertas palabras clave: enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, tratamiento, terapia biológica, y diversas combinaciones de estas.

4 Resultados

Terapia biológica en el tratamiento de EII:

Los fármacos biológicos han supuesto una mejoría en el pronóstico de los pacientes, disminuyendo la necesidad de ingresos e intervenciones quirúrgicas.

Terapia anti-TNF-a:
1. Infliximab (Inflectraâ):
Es un anticuerpo monoclonal IgG1 humano-murino quimérico que se une con alta afinidad tanto a la forma soluble como a la transmembrana del TNF-a.

Está indicado en EC y CU refractarias a tratamiento convencional, cuando no se tolere o esté contraindicado. Además, está indicado en EC y CU en pediatría (6-17 años), cuando no responde al tratamiento convencional incluyendo tratamiento nutricional primario y un corticosteroide y/o inmunomodulador. Ha demostrado ser efectivo en la inducción de remisión tanto clínica como histológica, y también puede utilizarse como terapia de mantenimiento. Se administra en perfusión intravenosa.

Singh et, al comparar la eficacia del infliximab frente al adalimumab en pacientes con CU, excluyendo el brote grave de colitis, no encontraron diferencias significativas, por lo que ambos parecen opciones equiparables en el tratamiento de la CU naïve a biológicos. Sin embargo, en el brote grave de colitis, infliximab es el único que ha probado su efectividad frente a placebo.

La respuesa a los anti-TNF, en algunos pacientes no se mantiene a largo plazo, en este grupo de pacientes hay que valorar la intensificación del tratamiento. Con el infliximab se puede aumentar la dosis o acortar los intervalos entre infusiones. La medición de las concentraciones plasmáticas de anti-TNF y de los anticuerpos contra el anti-TNF es útil para predecir el fracaso de la terapia.
CT-P13 (Inflectraâ y Remsimaâ): la comercialización de fármacos biosimilares supone una reducción del precio del 80% comparado con las marcas originales.

En un estudio realizado por Gecse et al se observó que el infliximab biosimilar es eficaz y seguro en los pacientes con EII y que la eficacia es menor en los pacientes que habían estado expuestos previamente a anti-TNF (evento descrito anteriormente con anti-TNF).

Un aspecto preocupante sobre el empleo de fármacos biosimilares es su inmunogenicidad por este motivo Malickova et al compararon el infliximab biosimilar con el original valorando la proporción de anticuerpos anti-infliximab y algunos autoanticuerpos, siendo los resultados en ambos grupos de tratamiento similares.

2. Adalimumab (Humiraâ):

Es un anticuerpo monoclonal humano recombinante que se une específicamente al TNF y neutraliza su función biológica al bloquear su interacción con los receptores p55 y p75 en la superficie celular. También modula la respuesta biológica inducida o regulada por el TNF, incluyendo cambios en los niveles de las moléculas de adhesión responsables de la migración leucocitaria (ELAM-1, VAM-1 e ICAM-1).

Adalimumab está aprobado en el tratamiento de inducción y mantenimiento de la CU y EC de moderada a grave en pacientes con inadecuada respuesta a corticoides o azatioprina .También, está indicado en EC activa de moderada a grave en pacientes pediátricos, que han presentado una respuesta insuficiente al tratamiento convencional incluyendo tratamiento nutricional primario y un corticosteroide y/o inmunomodulador, o que son intolerantes o tienen contraindicados dichos tratamientos . Se presenta en jeringas precargadas para administración subcutánea.

En el estudio ACCENT 1 y 2, adalimumab demostró ser eficaz en la inducción de la remisión y en el mantenimiento de ésta en EC moderada a severa sin previa terapia con infliximab. En cuanto a los pacientes con EC moderada a severa que no toleraban infliximab o que perdieron la capacidad de respuesta a infliximab, el estudio GAIN, concluyó que adalimumab es eficaz en la induccion de remisión y respuesta en estos pacientes.

3. Golimumab (Simponiâ):
Es un anticuerpo monoclonal transgénico (IgG1) que se une tanto al TNF soluble como al TNF transmembrana. Es menos eficaz que infliximab y adalimumab en enfermedades granulomatosas, como es la EC, en la que tiene mucha relevancia el efecto por la interacción del anticuerpo con el TNF transmembrana.

Está indicado en el tratamiento de CU activa de moderada a grave en pacientes adultos, que han tenido una respuesta inadecuada al tratamiento convencional, o que presentan intolerancia o contraindicación a dichas terapias . La concentración sérica necesaria para la neutralización del TNF soluble es menor que la de otros anti-TNF, por lo que es posible administrar dosis de golimumab más separadas en el tiempo. Se presenta como jeringas precargadas de administración subcutánea.

El estudio PURSUIT-SC induction evaluó la eficacia del golimumab en la inducción de la remisión en pacientes con CU moderada-grave refractarios o con intolerancia al tratamiento con tiopurinas, esteroides o aminosalicilatos. Los objetivos

del estudio fueron: la respuesta, la remisión clínica, la cicatrización mucosa y la calidad de vida en la semana 6. Todos los objetivos del estudio se alcanzaron en los pacientes tratados con golimumab.

Posteriormente, en el estudio PURSUIT-maintenance, se estudió la eficacia del golimumab en el mantenimiento de la remisión en pacientes con CU moderada-grave durante 54 semanas. El porcentaje de pacientes en remisión en la semana 54 fue significativamente más alto en los tratados con golimumab que en los que recibieron placebo. En ambos estudios golimumab demostró un buen perfil de seguridad.

Otros tratamientos biológicos:
1. Vedolizumab (Entyvioâ):
Es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une específicamente al heterodímero a4b7, bloqueando de forma selectiva la migración de los linfocitos al intestino , sin afectar su migración a otros órganos como el SNC. Las integrinas a4b7 son glucoproteínas que se activan en la superficie de los linfocitos B y T circulantes y que interaccionan con las moléculas de adhesión MAdCAM-1 del endotelio de los vasos intestinales (solo se expresa en estos vasos), uniendo los linfocitos que circulan por el torrente sanguíneo. Los linfocitos migran de la superficie endotelial a la lámina propia y los tejidos, y la permanencia de éstos en los tejidos intestinales forma parte del proceso fisiopatogénico de la EII. En varios estudios se ha observado un aumento significativo de la expresión de a4b7 y MAdCAM-1 en el colon de pacientes con CU. Se administra en perfusión intravenosa.

Está indicado en EC o CU activa, de moderada a grave, en adultos con respuesta inadecuada, presenten pérdida de respuesta o sean intolerantes al tratamiento convencional o a un anti-TNF.

El vedolizumab ha sido evaluado en los estudios GEMINI I, II, III y LTS.

En el estudio GEMINI I, vedolizumab demostró ser eficaz en la inducción y el mantenimiento de la remisión en pacientes con CU moderada-grave. Además, se observó que el tratamiento concomitante con esteroides o con inmunosupresores no se asociaba con una mayor eficacia del fármaco y que el fracaso previo al tratamiento con anti-TNF tampoco se asociaba con una menor eficacia del vedolizumab. Se observó correlación entre los niveles de vedolizumab y la respuesta. El 3,7% de los pacientes desarrollaron anticuerpos contra vedolizumab, pero el tratamiento concomitante con inmunosupresores disminuyó la incidencia

de formación de anticuerpos contra el vedolizumab.

En el estudio GEMINI II, demostró la eficacia del vedolizumab en la inducción y el mantenimiento de la remisión en pacientes con EC moderada-grave refractarios a tratamientos convencionales o a anti-TNF.
El estudio GEMINI III evaluó la seguridad y la eficacia de vedolizumab en la inducción de la remisión en la semana 6 en pacientes con EC refractarios a otros tratamientos. En el grupo de pacientes refractarios a terapia anti-TNF no se alcanzó la remisión. Sin embargo, la respuesta clínica en la semana 6 y la remisión en la semana 10 fueron mayores en los pacientes tratados con vedolizumab.

El estudio GEMINI LTS evaluó la seguridad a largo plazo del vedolizumab. Los resultados apoyan la seguridad del vedolizumab a largo plazo en el tratamiento de la EC y la CU. Los beneficios clínicos de vedolizumab continuaron con el tratamiento a largo plazo, independientemente de la exposición previa a anti-TNF.

2. Ustekinumab (Stelaraâ):
Es un anticuerpo monoclonal IgG1 que se une a la subunidad p40 de las interleucinas proinflamatorias 12 y 23.

Está indicado para el tratamiento de la EC activa, de moderada a grave, en pacientes adultos que hayan tenido una respuesta inadecuada, presenten pérdida de respuesta o sean intolerantes al tratamiento convencional o a anti-TNF o presenten contraindicaciones médicas a esos tratamientos. Se administra en perfusión intravenosa en inducción, y en jeringa precargada en mantenimiento.

En un ensayo clínico, Sandborn et al evaluaron la eficacia de ustekinumab en la inducción y el mantenimiento de la remisión en pacientes con EC moderada-grave refractarios al tratamiento con anti-TNF. La respuesta clínica en la semana 6 fue significativamente mayor en los tratados con ustekinumab que en los que recibieron placebo, aunque no se observaron diferencias en la remisión. Los porcentajes de pacientes tratados con ustekinumab que alcanzaron respuesta o remisión en la semana 8 fueron superiores a los de la semana 6, lo que sugiere que el mecanismo de acción es más lento y que la semana 6 es demasiado pronto para valorar la respuesta. En la semana 22 el porcentaje de pacientes con respuesta clínica y remisión fue significativamente más alto en los tratados con ustekinumab que en los que recibieron placebo.

Los efectos secundarios son escasos y no difieren del grupo placebo en los en-

sayos clínicos para enfermedad de Crohn. No obstante, los datos procedentes de pacientes con psoriasis muestran un excelente perfil de seguridad, siendo los efectos secundarios leves y poco frecuentes.

En el estudio IM-UNITI se analizó la correlación entre los valores de ustekinumab y la respuesta al tratamiento, observándose que la concentración de ustekinumab es proporcional a la dosis administrada y que existe correlación dosis-respuesta, tanto durante la fase de inducción (vía intravenosa) como durante la fase de mantenimiento (vía subcutánea).

Nuevas líneas de investigación para el tratamiento de EII:
1. Tofacitinib (Xeljanzâ):
Es un inhibidor potente y selectivo de la familia de las Janus kinasas (JAK). En las células humanas, tofacitinib inhibe las señales de transducción activadas por receptores de citoquinas heterodiméricos que se unen a JAK3 y JAK1, con una selectividad funcional superior a la de los receptores de citoquinas que activan señales de transducción a través de pares de JAK2. La inhibición de JAK1 y JAK3 por tofacitinib atenúa las señales de transducción activadas por interleucinas (IL-2, 4, 6, 7, 9, 15 y 21) y los interferones de tipo I y II, lo que da lugar a la modulación de la respuesta inmune e inflamatoria. Es una molécula de pequeño tamaño por lo que se administra por vía oral.

Actualmente está aprobado en el tratamiento de artritis reumatoide moderada-grave tras el fracaso de al menos un FAME (fármaco antirreumático modificador de la enfermedad).

En un estudio presentado en la DDW 2016 (Digestive Disease Week) se evaluó la eficacia de tofacitinib para la inducción y el mantenimiento de la remisión en pacientes con EC moderada-grave. En la semana 8, el porcentaje de pacientes en remisión y las puntuaciones en los índices de calidad de vida fueron significativamente mayores en los pacientes tratados con tofacitinib frente a los que recibieron placebo.

Sandborn et al evaluaron la eficacia de tofacitinib en el tratamiento de inducción en pacientes con CU activa moderada-grave que había fracasado al tratamiento con esteroides, tiopurinas o anti-TNF. A las 8 semanas, el porcentaje de pacientes en remisión clínica, cicatrización mucosa y respuesta clínica fue superior en el grupo tratado con tofacitinib frente al placebo. No se observaron diferencias con respecto a la eficacia en función de la exposición previa a anti-TNF. Este estudio sugiere que el inicio de acción de tofacitinib es rápido, ya que a la semana 2 de

tratamiento ya se observaron diferencias frente al grupo placebo.

Tofacitinib ha demostrado buen perfil de seguridad, aunque se observa un aumento en el colesterol LDL y HDL por un mecanismo no explicado, ya que teóricamente solo actúa sobre las JAK que se expresan específicamente en las células del sistema inmune. En la actualidad se está llevando a cabo un estudio fase 3 para evaluar la eficacia y seguridad de tofacitinib en los pacientes con CU.

2. PF-00547659:
Es un anticuerpo monoclonal anti-MAdCAM-1, que es una molécula de adhesión que se expresa en los vasos sanguíneos intestinales.

En el estudio OPERA, realizado por Sandborn et al, se analizó la eficacia de este fármaco en el tratamiento de la EC. No se consiguió que la respuesta en la semana 12 fuera estadísticamente superior a la obtenida con placebo, pero al menos en los grupos con mayor inflamación basal el anticuerpo parecía mostrar eficacia.

En el estudio TURANDOT, realizado con pacientes con CU, el anticuerpo mostró eficacia tanto en la respuesta clínica como en la cicatrización mucosa, y fue más eficaz en los pacientes no tratados previamente con anti-TNF, con un cierto patrón dosis-respuesta. No mostró problemas de seguridad en ninguno de los estudios.

3. TNF-kinoide:
Es un TNF-a recombinante humano unido a una proteína KLH como transportador. cuyo fin es inducir la producción de anticuerpos policlonales neutralizantes contra el TNF por el propio paciente. En un estudio en EC moderada a grave se evaluó la eficacia de TNF-kinoide por vía intramuscular frente al placebo. Se observó respuesta clínica en el 78% y remisión clínica en el 50% de los pacientes tratados con TNF-kinoide en la semana 12 .

4. HMPL-004:
Es un componente del extracto de Andrographis paniculata. El extracto de esta planta medicinal podría poseer propiedades antiinflamatorias mediante la inhibición de la síntesis de
óxido nítrico y de la vía NF-kb, además de tener un efecto inhibidor de la activación de las células del sistema inmune. HMPL-004 ha demostrado resultados prometedores en el tratamiento de EII y que actualmente está siendo evaluada en estudios fase 3 en EC y CU.

5. Anti- IL-13 e IL-6:

Son citoquinas proinflamatorias que han sido probadas como potenciales dianas terapéuticas en la EII. Hasta la fecha, los resultados de los estudios con fármacos dirigidos contra estas moléculas han sido modestos. En la actualidad se están evaluando nuevas moléculas contra estas citoquinas para el tratamiento de la EII.

6. IL-10, IL-11 e interferón-b:
Son citoquinas antiinflamatorias que han sido evaluadas como posibles tratamientos en los pacientes con EII, pero desafortunadamente, en los estudios llevados a cabo no han demostrado ser útiles en el tratamiento de la EII.

7. MEDI-2070:
Es un anticuerpo monoclonal IgG2 selectivo de la subunidad p19 la IL-23. Se ha probado su eficacia en un estudio en pacientes refractarios a tratamiento con anti-TNF, mostrando éste mejor respuesta que el placebo en la semana 8, una tasa de remisión numéricamente superior pero sin diferencias significativas y un efecto de reducción de más del 50% de la calprotectina y la PCR en el 42,4% de los pacientes frente a un 10% del placebo, sin diferencias en efectos adversos.

5 Discusión-Conclusión

Los fármacos biológicos han demostrado ser una buena opción para el tratamiento de aquellos pacientes refractarios a terapias convencionales. A pesar de esto, se dan casos de pacientes que pierden respuesta o desarrollan anticuerpos contra estos fármacos.

Por esta razón, sería conveniente el desarrollo de nuevas terapias dirigidas a diferentes dianas terapéuticas con el fin de obtener un mecanismo de acción más específico y un efecto más local en el organo diana. Por último, los próximos estudios deberán ir dirigidos a identificar factores predictores de respuesta a los distintos fármacos biológicos, con el fin de seleccionar de forma personalizada la mejor alternativa terapéutica para cada paciente.

6 Bibliografía

1. Medina Benítez E, Fuentes Lugo D, Suárez Cortina L, Prieto Bozano G. Enfermedad inflamatoria intestinal. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. Páginas 151-160.

2. Chaparro M, Gisbert JP. Nuevas moléculas en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterol Hepatol. 2016; 39(6): 411-423.
3. Jasinski DC, Tanzi MN, Lagomarsino G, López C, Iglesias C. Enfermedad inflamatoria intestinal. Arch Pediatr Urug. 2004; 75(1): 74-77.
4. Yamamoto-Furusho JK, Bosques-Padilla F, de-Paula J, Galiano MT, Ibañez P, Juliao F, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. Revista de Gastroenterología de México. 2017; 82(1): 46-84.
5. Pérez C, Puebla A, Miján A. Tratamiento nutricional en la enfermedad inflamatoria intestinal. Nutr Hosp. 2008; 23(5): 417-427.
6. Aceituno M, Zabana Y, Esteve M. Tratamiento del brote grave de colitis ulcerosa. Gastroenterol Hepatol. 2014; 37 (8): 471-479.
7. Nos P. Nuevos tratamientos y aproximaciones diagnósticas en la colitis ulcerosa. Gastroenterol Hepatol. 2006; 29 (Supl 3): 52-56.
8. AEMPS [Internet]. CIMA. Ficha Técnica-Sulfasalazina.
9. AEMPS [Internet]. CIMA. Ficha Técnica-Mesalazina.
10. AEMPS [Internet]. CIMA. Ficha Técnica-Prednisona.
11. AEMPS [Internet]. CIMA. Ficha Técnica-Azatioprina.
12. Nos P, Aguas M. Tratamiento médico de la colitis ulcerosa. Medicine. 2012; 11(5): 272-283.
13. Chaparro M, Gisbert JP. Actualización del tratamiento médico de la enfermedad de Crohn. Medicine. 2012; 11(5): 284-292.
14. Gomollón F, Sans M. Enfermedad inflamatoria intestinal. Enfermedad de Crohn. Sección 4: intestino delgado y colon. 443-458.
15. AEMPS [Internet]. CIMA. Ficha Técnica-Infliximab.
16. Gomollón F. Tratamiento de las enfermedades inflamatorias intestinales. Gastroenterol Hepatol. 2015; 38 (Supl 1): 13-19.
17. Chaparro M. Tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: lo nuevo de la Digestive Disease Week 2016. Gastroenterol Hepatol. 2016; 39(Supl 1): 20-28.
18. AEMPS [Internet]. CIMA. Ficha Técnica-Adalimumab.
19. AEMPS [Internet]. CIMA. Ficha Técnica-Golimumab.
20. Yamamoto-Furusho JK. Tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revista de Gastroenterología de México. 2012; 77(Supl 1): 39-41.
21. AEMPS [Internet]. CIMA. Ficha Técnica-Ustekinumab.
22. AEMPS [Internet]. CIMA. Ficha Técnica-Tofacitinib.

Capítulo 256

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DEL ACOSO LABORAL.

EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO

LUCIA GARCIA GARCIA

NOELIA GARCIA LOPEZ

FLORENTINA MARÍA LLAMAZARES GONZALO

MARIA TERESA AVILES SOTO

1 Introducción

El acoso laboral sería la hostigación ejercida sobre un empleado por parte del jefe o compañeros de trabajo con una conducta persistente a infundir miedo, terror, angustia causándole perjuicio y desmotivación en el trabajo, incluso afectando de tal manera que renuncia a su puesto de trabajo.
Muchas personas no son conscientes al principio de que son víctimas y que están sufriendo acoso laboral.
El acoso laboral también llamado mobbing se ejerce sin que haya testigos, menospreciando el trabajo, amenazando o insultando, aislándola de sus compañeros con sobre carga de trabajo y difundiendo falsos rumore.

2 Objetivos

- Identificar las circunstancias que favorecen el acoso laboral y no menos importante determinar las pautas para prevenir el acoso labora

3 Metodología

La metodología ha consistido en una revisión de la pág web, materiales procedentes de las mismas y se realiza una búsqueda bibliográfica acordé a la temática.

4 Resultados

El acoso laboral tiene un impacto psicológico que va minando lentamente la fortaleza física de la víctima, pierde la autoestima con lo que aparece una depresión grave y un trastorno de ansiedad que puede llevar incluso al suicidio en los casos mas graves.
El acoso laboral tiene un impacto sobre la salud de la víctima produciendo trastornos de sueño , debilitación del sistema inmune, problemas gastrointestinales, alteraciones del sistema nervioso ect.

También se produce un impacto en la vida familiar y social la víctima cae en una dinámica de retraimiento con cambios de humor afectando a la pareja y a sus hijos. En el ámbito social deja de frecuentar a sus amigos y aislándose cada vez mas del entorno que la rodea.
Afecta también en la actividad profesional no solo por abandonar su trabajo si no por la dificultad para integrarse cuando acceden aun nuevo puesto de trabajo.

Las personas que sufren acoso laboral para poder superarlo y recuperar la normalidad en su vida necesitan apoyo psicológico, para ayudarlas a superarlo trabajan el pensamiento positivo ,el control del estrés y la asertividad.
Lo importante es que la víctima conozca todos los recursos disponibles y para ello la única opción es denunciar el acoso laboral recogiendo pruebas, documentos y testimonios ante la dirección de la empresa o incluso en los tribunales, hay diferentes vías legales para interponer la denuncia que son: Por la vía penal, vía civil , vía social y vía contencioso-administrativa.

5 Discusión-Conclusión

Se recomienda que las empresas tanto publicas como privadas para acabar con el acoso laboral desarrollen estrategias creadas por el comité de convivencia laboral que deberán :
- Divulgar el significado de acoso en el puesto de trabajo.
- Resolver los conflictos democrática mente y objetivamente.
- Establecer contactos independientes con los trabajadores.
- Investigar el alcance y naturaleza del problema.
- Implicar a los trabajadores en la prevención del acoso laboral.
- Divulgar continuamente valores, normas de organización, consecuencias y sanciones del incumplimiento de las normas.
- Indicar dónde y cómo pueden obtener ayuda las víctimas.
- Realizar cuestionarios que evalúan el ambiente laboral y las relaciones interpersonales entre compañeros.

6 Bibliografía

- https://www.finanzaspersonales.co/trabajo-y-educación/articulo/como-prevenir-el-acoso-laboral.
- https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicología/acoso-laboral-que-es.html.
- https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-99176.htm

Capítulo 257

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DEL TRABAJO A TURNOS.

EDITA MARTÍNEZ SANTIAGO

ADELINA LUENGO FERNANDEZ

MARIA PILAR GONZÁLEZ TORRE

ENCARNACIÓN SÁNCHEZ TOLEDANO

MARÍA DE LOS ÁNGELES DEL BARRIO VALDÉS

1 Introducción

Existen factores de riesgo en el trabajo a turnos derivados de la psicología del trabajo, en los que existen componentes relacionados con la organización del trabajo, los cuales pueden afectar al trabajador dentro de su aspecto físico, mental y social; como pueden ser las diferentes formas del reparto del trabajo en tareas, distribución horaria, reparto entre los diferentes profesionales, la forma en la que se dividen esas tareas, la velocidad de ejecución de cada tarea, las relaciones personales que se establecen en el centro de trabajo, la presión de tiempo en determinadas circunstancias, especialmente las urgencias .

Estos diferentes factores conllevan un importante riesgo psicosocial, que puede conllevar la perdida de salud, por los procesos de cambio permanente en los turnos de trabajo, y que ejercen una notable influencia sobre el trabajador, pudiendo dar lugar al quebranto en el equilibrio de la salud y provocar daños derivados del trabajo o patologías del trabajo.

En este sentido los daños derivados del trabajo, según establece la Ley de prevención de riesgos laborales, en su artículo 4.3. son: "Las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo".

2 Objetivos

- Tratar de definir el trabajo a turnos, como un riesgo físico, mental y social.
- Conocer cuáles son las posibles consecuencias para la salud del trabajador que está sometido a cambios de turnos continuos.
- Analizar las posibles medidas preventivas a tomar para minimizar las consecuencias sobre la salud del trabajador hospitalario, en el ámbito sanitario donde se pueden sufrir como se pueden evitar.

3 Metodología

Búsqueda de información a través de diferentes páginas de la OMS, OIT, INSHT para conocer estos trastornos. A su vez hemos empleado las siguientes palabras clave; riesgos psicosociales, estrés en trabajadores sanitarios, estrés laboral, estrés, turnicidad y riesgos laborales.

4 Resultados

Los turnos de trabajo en sanidad abarcan el trabajo durante las 24 h. del día, obligando a organizar un sistema donde los equipos, dan servicios sanitarios las 24 horas del día, con turnos, y sometiendo a los trabajadores a horarios contrarios al ritmo normal de la vida diaria.

Según el estatuto de los trabajadores (artículo 36.3) tiene consideración de trabajo a turnos: "Toda forma de organización del trabajo en equipo, según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o semanas".

Los turnos pueden ser fijos o rotativos; los turnos rotativos puede ser de forma anterógrada llamada normal, con turno mañana, seguido de tarde y luego noche. O pueden ser de forma retrograda con turno de mañana, tarde y noche. Dentro

de los turnos de rotativos, existen diferentes ritmos en la rotación: ritmo largo (cambia a la semana), rítmo corto (cambia a los 2 -3 días)

A la hora de organizar turnos, sobre todo los turnos nocturnos, (considerándose por la ley, el trabajo nocturno: aquel que va de 10h. de la noche a 6h. de la madrugada), ha de buscarse un diseño de los turnos minucioso; de forma que sean lo más ecológicos y llevaderos posible, mirando que no sean nocivos para la salud en su desempeño.

Los trabajos por turnos tienen consecuencias negativas:
- existe una alteración en los ritmos, biológicos circadianos.
- nuestro cuerpo está configurado de forma que por el día se trabaja y la noche es para el descanso.
- Elevación de la presión arterial, debido a los horarios contrarios al reloj circadiano.
- Mayor riesgo de padecer enfermedad cardiovascular.
- Probable causa de desarrollar tumor cancerígeno, según investigación de la OIT.
- Al interrumpir el reloj biológico, también se interrumpe la segregación de Antioxidantes naturales.
- Se debilita el sistema inmunológico
- La interacción con la sociedad y con la familia se ve afectada. Pérdida de ocio.

Además de estas consecuencias negativas pueden darse alteraciones tanto físicas, como de sueño, alteraciones en la nutrición, fatiga, perturbaciones nerviosas, estrés psicosocial, estrés cardiometábolico, los cuales explicamos. Dentro de las alteraciones físicas, determinadas por los ritmos biológicos están las funciones diferentes del organismo sujetas a los ritmos circadianos o biológicos, correspondientes a 24h.tendentes a mantenerse pero que con el cambio pueden dar lugar a variaciones como:
- Variación de la temperatura corporal central, es más baja a las 3 de la madrugada y más alta a las 3 del mediodía, varía 1 grado aproximadamente.
- También descienden en la noche las funciones respiratorias y cardiocirculatorias.
- La función endocrina.
- La alternancia de las 2 fases del sueño, vigilia-sueño

En el caso de no coincidir, el organismo se ve obligado a buscar constantemente un posible ajuste permanente.
En las alteraciones en el sueño, con diferentes fases, las cuales proporcionan diferencias, unas reparan la fatiga física, las de las últimas horas de sueño, son las que

recuperan la fatiga mental. Al dormir de día se acumula fatiga, pues estas fases no existen y se la fatiga se va acumulando transformándose en fatiga crónica. Lo cual va a influir negativamente sobre más aspectos: adaptación, atención, irritabilidad, riesgo de accidentes.

En las alteraciones de nutrición , atribuidas a los cambios horarios con irregularidad tanto en horarios como en calidad de la alimentación, así como en el consumo de excitantes y en la perturbación de sueño, que terminan produciendo ciertos trastornos en la digestión, falta de apetito y posibles problemas cardiovasculares si esta situación sigue prolongándose en el tiempo..
Fatiga; asociada a las dificultades de adaptación y al sueño insuficiente. Las horas en las que el riesgo de fatiga es máximo abarcan de las 2 a las 7 de la mañana, así como entre las 3 y las 5 de la tarde.

Perturbaciones nerviosas: como consecuencia de la acumulación de sueño, la irregularidad, la nutrición, dificultades sociológicas tanto en la vida familiar, como en la social.

Estrés psicosocial la desorganización de los ritmos sociales, trabajar en horarios diferentes que no encajan con compromisos familiares o sociales pueden dar lugar a conflictos, que deriven en un desequilibrio entre nuestra vida laboral y nuestra vida personal.

Estrés cardiometabólico, consecuencia de la alteración en el sueño, se ve disminuida la sensibilidad a la insulina y la tolerancia a glucosa, alterándose el equilibrio energético. Otros estudios se postulan en la relación con el aumento lipídico y la resistencia a la insulina por comer por la noche, principalmente cuando se trabaja en turno de noche.

En las revisiones que hemos hecho existen evidencias sobre las consecuencias adversas, aunque no concluyentes por los trabajos a turnos y las malas consecuencias en la salud, como son enfermedad cardiovascular, aparición de tumores, diabetes tipo dos, y accidentes, laborales. Además el más perjudicial de todos los turnos; es el trabajo nocturno, con mayores riesgos. Y con otros resultados referidos a enfermedades cardiometabólicas y accidentes, observables en un sueño deficitario y con mala calidad.

Pero también es evidente que existen diferencias individuales respecto a la residencia en el trabajo a turnos; no afecta por igual a las personas , tenemos diferente genética, y esté es el factor que indica la mayor vulnerabilidad de algunas

personas al trabajo a turnos y tener un sueño insuficiente. La evidencia indica que existen personas que no consiguen dormir por el día, ni siestas, ni adaptar sus fases circadianas a la rotación de diferentes turnos, son más sensibles y han de tener mayor cuidado con el trabajo a turnos. En cambio otras personas se adaptan mejor, son resilientes pudiendo dormir en diferentes horas del día.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores a turnos estamos expuestos a sufrir diversos trastornos, entre ellos destacan los trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial. En estos trastornos influye la edad de cada persona, su capacidad de adaptación y el tiempo que lleve haciendo turnos. La OIT recomienda trabajo nocturno que es continuado que sea voluntario a partir de los cuarenta años.

La mejor manera de no sufrir riesgos laborales es la prevención. La prevención consiste en diseñar los diferentes puestos de trabajo de forma que sean lo menos nocivos para la salud de quienes los desempeñan. Buscar la manera de controlar el organismo con medidas que nos permitan mejorar la salud, como por ejemplo técnicas de relajación, procurar seguir unos horarios manteniendo una buena alimentación, proteger los ojos de la del sol, tras finalizar el turno de noche para controlar la luz intensa (usar gafas de sol), adoptar otras medidas conductuales paliativas como pueden ser los programas de ejercicio físico, y si no conseguimos lograr una estabilidad consultar con el especialista.

6 Bibliografía

- https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/la-organizacion-del-tiempo-de-trabajo/
- https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/consecuencias-del-trabajo-turnos-sobre-la-salud/
https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=90053
https://verne.elpais.com/verne/2018/09/17/articulo/1537170236_495983.html
- https://www.eldiario.es/consumoclaro/cuidarse/afecta-salud-trabajar-noche_0_914109034.html
- https://cuidateplus.marca.com/salud-laboral/2017/03/17/sueno-trabajo-turnos--consecuencias-salud-141915.html

- https://emprendedoreslugo.com/efectos-sobre-la-salud-del-trabajo-nocturno-y-a-turnos/

Capítulo 258

LA TRIPANOSOMIASIS POR PARÁSITOS VECTORES.

ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ

ENCARNACION FERNANDEZ QUERO

SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ

ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ

PAULA MENENDEZ BARRI

1 Introducción

Tripanosomiasis;una de las 13 enfermedades más desatendidas de mundo,así reconocida por la OMS,enfermedad de la pobreza,que ha sido un azote para la humanidad desde la antigüedad, y sigue siendo un problema relevante social y económico en muchos países de América Latina.

El fenómeno mundial de la urbanización cambió el patrón epidemiológico tradicional; hoy es una enfermedad predominantemente urbana (en 2/3 de los pacientes infectados) y las vías alternativas de transmisión han adquirido, proporcionalmente, más importancia. Por otro lado, por causa del fenómeno de las migraciones, existe un continuo riesgo de exportación de la infección a otros países. Según estudios del Ministerio de Asuntos Sociales, en Enero de 2010 ya había casi 3.000.000 de americanos en territorio español.

El Mal de Chagas Mazza, también conocida como tripanosomiasis,es una enfermedad parasitaria tropical, generalmente crónica, causada por el protozoo flagelado.

El agente causal de la enfermedad, es miembro del género del agente infeccioso causante de la enfermedad del sueño africana, y del mismo orden del agente que causa la leishmaniasis. Sin embargo, sus manifestaciones clínicas, distribución geográfica, ciclo de vida y su vector son considerablemente diferentes.La miocardiopatía chagásica es un tipo de miocardiopatía o inflamación del músculo cardíaco causada como consecuencia de una infección por el parásito Trypanosoma cruzi y la causa más importante de morbilidad crónica de la enfermedad de Chagas-Mazza así como de insuficiencia cardíaca en muchas regiones rurales de América Latina. La miocardiopatía chagásica es un tipo de miocardiopatía dilatada y la causa de miocardiopatía infecciosa más frecuente del mundo.

La miocardiopatía chagásica se caracteriza por fibrosis en el intersticio o espacio entre el miocardio o músculo del corazón, un adelgazamiento y debilitamiento de la pared cardíaca, en especial a expensas del ventrículo derecho, una de las cámaras del corazón. Esta fibrosis o cicatrización afecta al sistema de conducción eléctrica del corazón principalmente la rama derecha del haz de His, por lo que el individuo con miocardiopatía chagásica presenta signos de insuficiencia cardíaca derecha y bloqueo de rama derecha visualizada en el electrocardiograma.Por razón de los trastornos sobre el sistema de conducción cardíaca, la miocardiopatía chagásica se caracteriza por una prevalencia elevada de circuitos eléctricos localizados en el epicardio—más que en el endocardio—que causan trastornos del ritmo cardíaco, especialmente extrasístoles y taquicardia ventricular, es decir, una contracción veloz de los ventrículos del corazón.

El corazón se nota aumentado de tamaño debido a la dilatación e hipertrofia de las cámaras cardíacas, pero las arterias coronarias tienden a ser de tamaño normal. Ello causa palpitaciones, dificultad respiratoria incluso a pequeños esfuerzos, desmayos e hinchazones. La principal manifestación de una miocardiopatía chagásica crónica es la insuficiencia cardíaca y la principal causa de muerte es el shock cardiogénico y la muerte súbita.

2 Objetivos

- Determinar el análisis y descripción macroscópica y microscópica del agente vector,la fuente de infección y la nosocronia.
- Reconocer signos y síntomas de las enfermedades emergentes para evitar nuevas infecciones.

3 Metodología

- Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos nacionales abiertas de Dialnet,Pubmed,y Lilacs
- Se ha empleado como operador boléano "AND" y utilizando palabras clave Chagas,nosocronia,prevalencia chagásica,factores predominantes de transmisión tripanosomiásica.

Criterios de inclusión: textos en español y bases de datos gratuitas
Criterios de exclusión: textos en inglés y reservorios preinfectados de otras enfermedades crónicas.

4 Resultados

EL Tripanosoma de cruzi es el agente causal,transmitido por varias especies de insectos hematófagos triatominos. Estos vectores se encuentran en grandes cantidades en la naturaleza, donde transmiten el parásito a otras muchas especies de mamíferos a partir del reservorio natural. Estos insectos viven en zonas endémicas, en rincones y grietas de viviendas precarias, y se infectan al succionar la sangre de los seres humanos u otros mamíferos.Dos de las tres especies que infectan a los seres humanos son patógenos, y varias otras pueden causar enfermedades graves en los mamíferos domésticos.

En el 80% de los casos en seres humanos, la enfermedad se debe a la transmisión vectorial, a través de las heces del Triatoma. El protozoo penetra a través de lesiones en la piel, conjuntivas o mucosa, usando como vehículo las heces del insecto.
- Transmisión intrauterina o placentaria: infección prenatal, por circulación materna a través de la placenta, con infección aguda o crónica.
- Hemato Transmisión: por transfusión sanguínea.
-Transmisión lactogénica: infección durante la lactancia.

- Transmisión oral por ingestión: esta forma de transmisión es muy importante en zonas amazónicas.
- Transmisión por contaminación accidental: infección accidental en laboratorios médicos por manipulación de chinches provenientes de animales infectados.

Estos patógenos provocan una reacción inflamatoria local en el sitio de entrada, y en poco tiempo empiezan a multiplicarse, ya que son capaces de escapar de sus vacuolas. El daño tisular durante la infección aguda es causado por el parásito mismo y por la respuesta aguda inmunoinflamatoria del anfitrión.

Durante la infección crónica, el equilibrio entre la contención de parásito inmune y la inflamación dañina de los tejidos del huésped determina el curso de la enfermedad. Si la respuesta inmunológica es ineficiente, o, paradójicamente conduce a daños en los tejidos, tanto la carga de parásitos como la infección aumenta. Por el contrario, una respuesta inmune bien ejecutada, baja la carga parasitaria y las consecuencias inflamatorias se mantienen al mínimo, el daño tisular es menor.

En la fase aguda se produce el parasitismo intracelular de los músculos y otros tejidos subcutáneos, edema intersticial. Los músculos incluido el miocardio, son los tejidos más fuertemente parasitados lo que puede causar miocarditis y necrosis.
En la actualidad se utilizan dos fármacos para tratar la enfermedad: Benznidazol y Nifurtimox (antibióticos antiparasitarios). Ambos producen serios efectos adversos y no funcionan en pacientes crónicos. Sin embargo, existen tratamientos para los síntomas producidos por los daños en los órganos como el corazón y sistema digestivo.

En la fase aguda de la enfermedad, la administración de estos medicamentos ayuda a controlar la enfermedad y disminuye la probabilidad de cronicidad en un 80% de los casos.

5 Discusión-Conclusión

- Las medidas de profilaxis y control son altamente efectivas.
- Mejorar la calidad de las viviendas, que no permitan refugiarse a los insectos.
- Mantener la higiene en la vivienda y enseres.
- Utilizar insecticidas que permitan matar el parásito.
- Facilitar la tarea a los rociadores de insecticida.
-Exámenes prenatales a las gestantes con posibilidad de estar infectadas.

- Muchas otras medidas terapéuticas (reposo, dieta específica,diuréticos, antiarrítmicos, dilatación del cardias, entre otros) pueden mejorarla calidad de vida de los pacientes y aumentar su supervivencia.
- Conocer la vinchuca, aprender a identificarla.
- Si ha sido picado por vinchucas, consultar inmediatamente al médico y denunciar a la autoridad competente.

6 Bibliografía

- CAPPS, Linnea; ABAD, Begoña. Miocardiopatía chagásica y pruebas serológicas de enfermedad de Chagas en un hospital rural pequeño de Chiapas, México. Rev Panam Salud Publica.2004. -<http://www.scielosp.org/scielo.php
2008.
- A de Micheli y cols. Arritmias en miocardiopatía chagásica crónica (artículo completo disponible en español). Vol. 76 Número 3/Julio-Septiembre de 2006:320-323.
- Miocardiopatía chagásica dilatada (artículo completo disponible en español). revista argentina de cardiologia, vol. 70, suplemento1 2002. Último acceso 7 de junio de 2008.

Capítulo 259

IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA VEJEZ.

MARÍA DEL MAR VILLORIA DOMÍNGUEZ

EVA MARIA BERNARDO GONZALEZ

1 Introducción

Un estilo de vida pasivo y sedentario es un alto factor de riesgo y de múltiples enfermedades. Hay evidencias de que la actividad física es determinante en la salud, desde 1995 la media de edad de la población ha crecido notablemente y es por esto que asociaciones como la OMS han decidido realizar campañas de prevención para mejorar la calidad de vida de las personas de elevada edad.

El envejecimiento en los seres humanos se asocia con una pérdida de la función neuromuscular y del rendimiento, en parte relacionadas con la reducción de la fuerza y de la potencia muscular; causada por una pérdida de la masa de los músculos esqueléticos y los cambios en la arquitectura muscular.

El concepto de ejercicio físico es una forma de actividad física que implica un movimiento corporal, planificado, con estructura definida y repetitiva. Puesto que el envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable todos tenemos la responsabilidad de realizar actividad física para mantenernos en un mejor estado de salud.

2 Objetivos

- Incrementar la longevidad y disminución de la discapacidad.

- Reducir la ansiedad y el estrés.
- Aumentar la confianza y de la autoestima.
- Mantener un peso saludable y mejoría en la capacidad física.
- Fortalecer los músculos y los huesos.
- Mejorar el estado de ánimo.
- Mejorar patrones de sueño.
- Minimizar los cambios biológicos relaciones con el envejecimiento.
- Revertir los síndromes por desuso.
- Prevenir las enfermedades crónicas.
- Retrasar la osteoartritis, osteoporosis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además artículos por internet relacionadas con búsquedas de "actividades físicas", "ejercicio y envejecimiento", "calidad de vida". Consulta en revistas físicas como Vida Sana, Sportlife, RunnersWorld, Sport-Trainning.

4 Resultados

Las ventajas de realización de una actividad física y pauta por un profesional en edades avanzadas reduce considerablemente la morbimortalidad cardiovascular. Para hacer ejercicio físico es importante realizar un examen de salud, sobre todo en personas en edad avanzada que van a comer con estas recomendaciones.

Para ello, se realiza una revisión de la persona y se evalúan qué factores deben fomentar durante la práctica de actividad física n y así mismo se revisará cuáles son los ejercicios más recomendados para dicho paciente. En cuestiones generales las recomendaciones son:
1. Ejercicios de flexibilidad que mejorarán el movimientos de las articulaciones y los rangos de movimiento.
2. Hacer uso de la técnica estática, repeticiones bajas del mismo grupo muscular.

3. Caminar, puesto que es una actividad de bajo impacto que influye directamente en la movilidad y la agilidad.
4. Natación y repeticiones dentro del agua incrementar la fortaleza muscular.
5. Psicomotricidad de cara a mejorar la coordinación de los movimientos.

Es importante considerar que los programas de ejercicio o actividad física dirigidos a personas mayores deben orientarse al mejoramiento de sus condiciones físicas pero principalmente al mejoramiento del equilibrio, el mantenimiento o favorecimiento de la independencia funcional y el mejoramiento de la calidad de vida de esta población y de sus cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

De manera indirecta, la práctica de ejercicio tiene efectos beneficiosos en la mayoría, si no en todas las funciones orgánicas, por lo que contribuye a mantener la funcionalidad e incluso a mejorarla. Dado que la pérdida de funcionalidad que se produce con la edad es, precisamente, la principal consecuencia del envejecimiento, el efecto del ejercicio puede ser considerado como una verdadera terapia que lucha contra las inevitables consecuencias del proceso de envejecimiento.

El envejecimiento debe entenderse como parte de la vida. Los beneficios de la actividad física durante esta etapa de la vida son incuestionables.

Finalmente, se debe reflexionar acerca de invertir en programas de ejercicio o actividad física de calidad dirigido a la población mayor a través de profesionales calificados con amplio dominio de estos temas, lo que puede generar un ahorro considerable para la sanidad del país, al disminuir costos por caídas, accidentes cerebrovasculares, infartos del miocardio o por el padecimiento de problemas de origen músculo esquelético y de enfermedades crónicas propias de esta etapa de la vida.

6 Bibliografía

- Importancia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor. https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?|DARTICULO=50868
- Salud y bienestar en la tercera edad: un impulso al ejercicio físico y la alimentación en el adulto mayor. https://www.uned.es
- Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. Moreno González A. 2005

- Terapia antienvejecimiento desde la Atención Primaria de Salud. R. González Rodríguez – Revista Médica Electrónica 2016 – scielo.sld.cu

Capítulo 260

EL TRASTORNO MANÍACO-DEPRESIVO. RECONOCIMIENTO SANITARIO DEL DESENCADENANTE PRINCIPAL .

ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ

ENCARNACION FERNANDEZ QUERO

SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ

ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ

PAULA MENENDEZ BARRI

1 Introducción

El trastorno bipolar, también conocido como trastorno afectivo bipolar y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva, es el diagnóstico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormales elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más extrema que las personas que no padecen esta patología.

Se clasifica en 3 tipos:

Tipo1: individuos que han experimentado un episodio maníaco añadido a un episodio depresivo.
Tipo2: episodios de depresión mayor así como al menos un episodio hipomaníaco.
Tipo3: es la aparición de la enfermedad en pacientes de edad avanzada de más de 50 años donde los mecanismos de regulación del estado de ánimo se encuentran alterados, se denomina bipolaridad geriátrica. Desinhibición sexual, agitación y conducta impulsiva son algunas de las características.

Las personas que lo sufren experimentan cambios de ánimo poco comunes.Pueden pasar de la euforia y la alegría a estar sumidos en una profunda tristeza y desesperación,y así,vueltas en el mismo ciclo.Por lo general suelen tener fases de estado normal entre un ciclo y otro.A las sensaciones de euforia y felicidad se les denomina manías y a la tristeza y desesperación,depresión.

Las causas aunque no está claramente definido,pueden ser genéticas o por funciones anormales del cerebro.
Si no es tratado a tiempo puede dañar las relaciones personales y de interacción social e incluso provocar tendencia autolítica de la persona afectada.

Más de un millón de personas en España sufren del trastorno bipolar y solo 300.000 han sido diagnosticadas correctamente.lo cual nos deja la cifra de que cada 1 de 7 desconoce que padece este tipo de enfermedad mental grave,que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo.Está constatado por la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid,que la aparición de esta enfermedad se produce entre los 18 años y la mitad de la veintena,aunque el mayor pico de prevalencia se sitúa entre los 20 y 30 años y los afectados por este trastorno tardan una media de 5 años en ser diagnosticados.

2 Objetivos

- Reconocer y analizar los factores desencadenantes del trastorno bipolar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de distintos artículos científicos en distintas bases de datos (Scielo, Pubmed, Google académico, Elsevier) con los operadores boléanos, ”and” y como descriptores palabras clave como: bipolar, mani-

aco, depresivo. Se ha buscado en textos en castellano y en fechas posteriores al 2010.

4 Resultados

El trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales más comunes, severos y persistentes . La prevalencia conjunta de todos los trastornos bipolares ha sido valorada en un estudio de 12 meses, con una muestra de 9282 individuos mayores de 18 años en el que reportaba el trastorno en 2,6% de la población.Se ha relacionado anormalidades en la función cerebral a los sentimientos de ansiedad y una menor tolerancia al estrés.

Ejemplos de sucesos vitales interpersonales serían el enamoramiento o por el contrario la muerte. Un nacimiento también puede desencadenar una psicosis postparto en las mujeres bipolares. Del trastorno bipolar se ha planteado que exista un desequilibrio entre aminoácidos excitadores, fundamentalmente glutamatos y los inhibidores y la defunción de las bombas de sodio y calcio que explica la patogenia del trastorno bipolar. Puede presentar:

Periodo depresivo:
- Pérdida de autoestima.
- Desánimos continuos.
- Desesperanza o minusvalía.
- Fatiga durante semanas meses.
- Insomnio.
- Pensamientos sobre el suicidio.

Periodo maniaco:
- Exaltación.
- Autoestima alta.
- Agitación.
- Hostilidad.
- Delirios místicos..
- Inquietud excesiva.

El pilar del tratamiento son los estabilizadores del estado de ánimo (litio, carbamazepina, oxcarbazepina):
- Anticonvulsivantes.
- Antisicóticos.

- Antidepresivos.

El ritmo cardíaco, en estudios recientes, está comenzando a relacionarlo con el trastorno bipolar y desordenes en el Ritmo circadiano(conocido como el reloj biológico). Exponiendo al paciente a ciclos regulares de luz-oscuridad puede detener un episodio maniaco. Se cree que la persona mejora debido a que su ritmo circadiano es vuelto a un ritmo normal. Se recomienda una buena higiene del sueño y reducir la exposición a la luz artificial durante la noche. La prevalencia del tipo 1 se sitúa en el 0,4 y el 1,6% de la población en general, siendo igual en ambos sexos y grupos étnicos. La prevalencia del tipo 2 está en torno al 0,5% de la población, el cual es más prevalente en mujeres.

5 Discusión-Conclusión

Se debe buscar la plena integración en el entorno ya que el aspecto sociales de vital importancia. Para ello es condición prioritaria la normalizacion de este y otros trastornos mentales. La erradicación de estigmación , de los estereotipos, prejucios y rechazos con que se carga a las personas que padecen problemas de salud mental.

6 Bibliografía

- https://www.fesemi.org
› conozca-mejor-su-enfermedad › trastorno-afectivo.
- Nemours KidsHeal. Trastorno bipolar | CuídatePlusth.
- Robert E. Teyer, El origen de los estados de ánimo cotidianos.

Capítulo 261

COMUNICACIÓN ENTRE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y PACIENTE.

EVA MARIA BERNARDO GONZALEZ

MARÍA DEL MAR VILLORIA DOMÍNGUEZ

1 Introducción

Durante la comunicación se establece un proceso de relación de transmisión de información entre un interlocutor y un locutor.

Durante el trato con los pacientes, este proceso tiene mucha importancia, ya que permite la transferencia al paciente de sus cuidados y su tratamiento.

Además durante la comunicación como tal, cobra una gran importancia la comunicación no verbal. Esta es la que hace que se le transmita al paciente tranquilidad, estabilidad y seguridad durante su tratamiento, ya que los estímulos sensoriales causan un mayor impacto ante una situación de estrés.

2 Objetivos

El objetivo es lograr una comunicación recíproca entre el TCAE y el paciente para conseguir un mejorar resultado durante el tratamiento y seguimiento, así pudiendo el paciente tener menos secuelas físicas y psicológicas.

3 Caso clínico

1. Se ha usado bibliografía basada en:
• En el trato con el paciente, con especial atención al apoyo psicológico
• Herramienta de comunicación
2. Además conferencias de Tedtalks basadas en una comunicación efectiva y eficiente
3. A su vez, la experiencia en el trato con el cliente en otras disciplinas, que no son las sanitarias, ha dado argumentos al artículo a la hora de diferenciar los puntos relevantes de la comunicación los pacientes.

4 Discusión-Conclusión

Toda comunicación entre el TCAE y el paciente debe de contener un mensaje claro, con frases cortas, fáciles de entender y recordar y poner especial hincapié en el volumen y en el tono que se emite.

Si existe una buena comunicación y la práctica por parte del TCAE y el práctica llega a ser satisfactoria influye altamente en la salud y recuperación del mismo.

Si esto no diera un buen resultado, podría llegar a provocar un rechazo. Es por esto, que no solamente el tratamiento médico tiene un alto impacto en la recuperación del paciente, sino que las relaciones establecidas con el mismo a través de todos los canales influye altamente en el fin del tratamiento.

5 Bibliografía

- Molina Romero, María; Márquez Lozano, Mª del Carmen; Granados Cano, Mª del Rosario: "Relación y comunicación paciente y celador". Ed. Círculo Rojo
- Davis, Flora: "La comunicación no verbal". Alianza editorial ISBN: 978-84-206-6424-8
- Benirto Lahuerata, Mº Pilar; Simón Saiz, Mº Jose; Sanchez Moreno, Antonio ; Matachana Falagán, Mar. "Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente". McGraw Hill Education. ISBN 978-84-486-1204.7
- Valverde Gafaell, Clara. "Comunicación terapéutica en enfermería" DAE 2007

Capítulo 262

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: EL EJERCICIO FÍSICO.

JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL

ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO

ROCIO CABAÑERO CLEMOT

1 Introducción

Cada vez son más las personas que practican ejercicio físico con la intención de mejorar su salud física y mental, consiguiendo así un gran equilibrio y bienestar. No obstante, uno de los motivos por el que la gente acude a la práctica de este es el de perder peso, ya que los nutricionistas aconsejan una combinación de dieta equilibrada y ejercicio físico. En muchas ocasiones, el término de ejercicio físico se confunde con el de deporte, pero es importante discernirnos, puesto que este último implica competitividad.

2 Objetivos

El principal objetivo que se quiere conseguir es concienciar de la repercusión positiva que tiene la práctica de ejercicio físico para la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente referida al ejercicio físico. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. referida al ejercicio físico.

4 Resultados

Realizar ejercicio físico aporta innumerables beneficios, por lo que es necesario que sea practicado con asiduidad y constancia. Todas las personas pueden hacerlo porque hay una amplia variedad y distinta intensidad. Para ello es necesario que un médico recomiende aquel más adecuado dependiendo de la situación de cada uno. Así pues, atrás quedaron las excusas, tales como "no tener tiempo" (con media hora es suficiente), "ni dinero" (no hace falta ir al gimnasio, al aire libre es gratuito), "ni edad" (hay gran diversidad donde elegir)

Por un lado, existen diferentes tipos de ejercicio físico que tienen diversas finalidades: por un lado, el aeróbico, como el ciclismo que ayuda a perder peso y a facilitar la oxigenación del cerebro; el anaeróbico, como es hacer pesas, que reduce la osteoporosis, tonifica los músculos y mejora la coordinación; y de flexibilidad, es decir, los estiramientos, que disminuyen la tensión.

Por otro, también son muchos los beneficios psicológicos. Como indica la célebre cita de "Mens sana in corpore sano" de Décimo Junio Juvenal. Entre estos, hay que destacar:

- Aumenta la autoestima.
- Disminuye la depresión.
- Libera endorfinas por lo que reduce la ansiedad.
- Favorece las relaciones sociales.
- Reduce el estrés.
- Mejora el insomnio.

5 Discusión-Conclusión

De acuerdo con las recomendaciones de la actualidad de la Unión Europea, una persona que esté sana ha de hacer ejercicio físico con una intensidad media du-

rante un mínimo de hora y media a la semana, aumentado así la esperanza de vida.

Así pues, para tener un estado de salud óptimo no solo hay que revisar las comidas que se ingieren sino complementarlas con un adecuado ejercicio físico de, al menos, cinco veces a la semana durante media hora.
Son numerosos los beneficios que aporta para el bienestar de las personas, por lo que, actualmente, es una práctica cada vez más habitual, ya sea en los gimnasios, el hogar o los parques.

6 Bibliografía

- https://www.elconfidencial.com/
- https://okdiario.com/
- https://blogs.20minutos.es/
- https://psicologiaencancer.com/
- Jiménez, Manuel G.; Martínez, Pilar; Miró, Elena; Sánchez, Ana I. (2008) Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 8, pp. 185-202. Granada. Asociación Española de Psicología Conductual. Recuperado de https://www.redalyc.org/

Capítulo 263

LAS CONTENCIONES MECÁNICAS. PRAXIS DE SU USO Y PRESCRIPCIÓN.

ENCARNACION FERNANDEZ QUERO

SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ

ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ

PAULA MENENDEZ BARRI

ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ

1 Introducción

Hay circunstancias en las que recurrir a este tipo de sujeción es necesario dado la escasa o nula implantación de protocolos para actuar de forma inmediata y eficaz sin tener que recurrir a ello, por el riesgo que conlleva al personal de sufrir agresiones en la realización de sus tareas con estos pacientes.

Las contenciones físicas como las químicas, han sido la herramienta de sujeción más impactante de los últimos tiempos, provocando un factor social que deja mucho que desear en el campo sanitario donde aún a día de hoy se siguen utilizando como primera instancia para contener a un sector de la población con problemas psicosociales que presenta con asiduidad cuadros de agresividad y demencias que debutan con el tiempo según avanzan en edad, formando todo ello un conjunto de inestabilidad personal que les lleva a ser ingresados en unidades psiquiátricas.

Por lo general este tipo de contenciones se utiliza sobre todo ante agresiones en los centros psiquiátricos y hospitalarios y de forma más preventiva por el bien del propio paciente en el medio geriátrico, ya que aquí es donde más se dan los casos de demencia dado la edad avanzada mezclado si cabe con los aspectos psíquicos. Hay riesgos de caídas fortuitas, deterioro cognitivo,retirada de sondas, o tubos endotraqueales por agitación etc.

España aboga por la aplicación de protocolos unificados para todas sus CCAA, pretendiendo respetar los derechos del usuario y a la vez la invulnerabilidad del personal sanitario, sin que unos ni los otros se sientan ética y moralmente agredidos en sus derechos constitucionales por este tipo de praxis obsoleta, que, por necesidad inexorable aplicamos,pero dentro de unos márgenes que no son lo deontológicamente correctos que deben ser. En nuestro país no existe una regulación ni en su uso ni en sus limitaciones y es empleada en su mayor parte sobre todo en instituciones geriátricas donde muchos de los residentes permanecen atados por largos períodos de tiempo, llegando esto a desembocar en accidentes, incidentes, escaras, inmovilidad, depresiones por aislamiento social y soledad, laceraciones, falta de oxígeno por asfixia y por último y más importante muertes.

Los usuarios de los sistemas de salud deben gozar de unos sistemas de invulnerabilidad que el personal sanitario y facultativo deben respetar y meditar hasta qué punto es necesaria la contención mecánica y que otras terapias de abordaje se pueden implementar en estos casos.

2 Objetivos

- Analizar la praxis y el momento necesario y preciso de contención de los pacientes con respecto al trabajo del personal sanitario dentro de un marco legal.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través del buscador Opera con las palabras clave contención, agitación, agresión física y moral, y medicación psicótica, con descriptor booleano AND y criterios de inclusión: textos en español, como criterios de exclusión: pacientes con lesiones traumatológicas y textos en inglés.

4 Resultados

Usuarios abordados con brotes psicóticos y demenciados con escaso grado de cognición y estados depresivo-maníacos. Desde el año 1950 se abre debate del uso de este tipo de sujeciones en europa en el entorno sanitario. En España un 39% de los residentes psiquiátricos permanecen inmovilizados físicamente por largos períodos de tiempo, mientras que en otros países europeos baja a más de la mitad con un registro de un 15%. Esta medida terapéutica agrede al enfermo de forma directa y a su esfera psicosocial completa, se aisla e incapacita más aún de lo que su propia enfermedad determina.
Navarra es la única comunidad con decreto ley que delimita el uso de estos medios en las instituciones geriátricas 28 de Septiembre de 2011. Implementación por protocolo de las dos pautas de sujeción: química y en segundo lugar física.
Medios físicos utilizados: manoplas, pijamas fantasma, sábanas fantasma, cinturones, tobilleras, muñequeras, barandillas, arneses. Como contención química ansiolíticos, antipsicóticos, opiáceos y neurolépticos.

El 4 de Abril de 1997 los estados firmantes del convenio de la protección de los derechos humanos firmado en Oviedo se comprometieron a proteger y salvaguardar la dignidad.integridad y derechos y libertades del ser humano como individuo único haciendo sobre todo hincapié en aquellos que sufren problemas de salud mental,abogando únicamente a la contención en favor de la salud y supervivencia de aquellos pacientes que por su estado mental tienen tendencias autolíticas al suicidio.
En Cataluña en el año 2000 decreto de Nno sujeciones sin prescripción facultativa recomendada y, en caso de realizarlas que sean documentadas en expediente disciplinario.

Abril de 2002 las Naciones Unidas en Madrid celebran la cumbre mundial del envejecimiento incidiendo en que el abandono y maltrato contra los mayores adopta forma física, emocional y psicológica desestabilizando todas las esferas sociales, exhortando a la comunidad sanitaria a prevenir en todo lo posible este tipo de maltrato instado por estas contenciones.

Con el decreto foral 28 de Septiembre de 2011 fué la primera vez que se establecieron las limitaciones en el uso de las contenciones y el cumplimiento de la normativa.

Queda expresado que estas medidas pueden ser terapéuticas según el comité de bioética español en situaciones concretas de medidas de prevención junto con

tratamiento farmacológico en pacientes monitorizados,asistidos mecánicamente y con cierto grado de consciencia y cuadros confusionales agudos,susceptibles de arrancarse vías de suero, catéteres, etc.

Implementación del motivo de la sujeción datado, programas y alternativas fallidas aplicadas con anterioridad y registradas formalmente, que desató o pudo provocar el brote y parte de incidencias,modificaciones ambientales que hayan podido generar la agitación, qué planes no se han implementado y quizás habrían sido más efectivos,estudio.tipo de sujeción pautada,consentimiento familiar,momento fecha hora de la sujeción, facultativo que la recomienda,planes de cuidados tras la contención (aseo, alimentación, hidratación, estado general, valoración diaria de la necesidad de contención.

5 Discusión-Conclusión

Es el conjunto entero del equipo multidisciplinar,desde el facultativo,pasando por farmacia, enfermería, auxiliares y celadores quien debe aunar en favor de una técnica correcta en este tipo de abordajes terapeúticos, que en muchas ocasiones es necesario pero siempre de los marcos de legalidad en pos de una calidad de atención al paciente que se centre en ayudar y confortar y no en provocarle un daño físico y moral irreparable que se puede evitar con la colaboración y el énfasis humano de todos. Fomentar en los equipos sanitarios la praxis adecuada a seguir en el modo y tiempo precisos de contener a un paciente es primordial en la práctica psicosocial segura.

6 Bibliografía

- Contreras MJ, López E,Vidal M.Uso racional de las contenciones físicas.Departamento de bienestar social y familia.2011.
- Plan de accion integral de Madrid sobre el envejecimiento de Abril de 2002.
- Comité interdisciplinar de sujecciones.Documento de consenso sobre sujecciones mecánicas y farmacológicas.Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología 2014.
- https://www.comitedebioetica.es/files/documentación/informe%20contenciones_CBE.pdf.
- Tellez JM,Villena A, Morenas S, Pascual P, López C.El paciente agitado.Guías clínicas.

Capítulo 264

ACTUACIÓN ANTE LAS CATASTROFES.

JUAN CARLOS MARTÍN MARTÍN-MAESTRO

MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ

CRISTINA PEREZ ALONSO

MANUELA RENDAL PRADO

MARIA BEGOÑA GARCÍA FEITO

1 Introducción

Los fenómenos naturales más habituales en España son los terremotos y las inundaciones. Las zonas con mayor probabilidad de seísmos son el Sur y Sureste de la Península Ibérica y el Pirineo. Por otro lado, las inundaciones son el desastre natural con más impacto en vidas y bienes de la Península Ibérica. Otro fenómeno habitual en la Península Ibérica es la gota fría, chubascos y tormentas de extraordinaria violencia aunque de corta duración, que afectan normalmente a una zona poco extensa. Son frecuentes en las zonas costeras del Mediterráneo en los meses de septiembre y octubre.

Este fenómeno puede llegar a causar severas inundaciones, erosión, numerosas víctimas y destrucciones localizadas o en áreas bastante extensas. En términos generales, es natural que ante una situación de riesgo o emergencia pueda tener una sensación de miedo o inseguridad. La serenidad y la reflexión son los mejores

aliados para afrontar una situación que entrañe algún tipo de amenaza o peligro. Además, la tranquilidad de su comportamiento favorecerá la seguridad de las personas que estén a su alrededor. La utilización simultánea y de forma masiva del teléfono produce el bloqueo de las líneas.

Recordar que propagar rumores e informaciones exageradas, incompletas o deformadas, no sólo no ayuda, sino que puede confundir y alarmar a otros posibles afectados y perjudicar la eficaz solución de la emergencia.

2 Objetivos

- Saber realizar las técnicas de reanimación cardiopulmonar y actuar ante una situación de una persona inconsciente.
- Motivar, fundamentar y conformar el grupo de prevención y atención de emergencias, con participación de todo el personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados catástrofes se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: emergencia, situaciones de catástrofe, actuación, victimas, planificación.

4 Resultados

Si el desastre llegara a suceder, lo más importante es: dominar el pánico, mantener la calma, estar informado. Use el teléfono sólo en caso de extrema necesidad. Mantenerse informado de la situación a través de la radio u otros medios de comunicación.

La actuación ante tormentas en el campo:
Evitar permanecer en lo alto de las colinas y no se refugie debajo de árboles, sobre todo, si están solitarios. Alejarse de alambradas, verjas y otros objetos metálicos. Si va conduciendo y se ve sorprendido por una tormenta, recuerde que un vehículo cerrado puede ser un buen refugio. En todo caso, disminuya la velocidad, extreme las precauciones y no se detenga en zonas donde pueda discurrir gran cantidad de agua.

Tormentas en la ciudad
En la calle, el abrigo de los edificios le protege del riesgo de una descarga eléctrica. Cierre puertas y ventanas para que no se produzcan corrientes de aire, ya que estas atraen los rayos. Proteja sus electrodomésticos, ordenadores, etc… No es suficiente con apagarlos. Desenchúfalos para evitar que sean dañados por una subida de tensión o que ocasionen descargas eléctricas.

Cuando hay una inundación pueden puedan ser arrastrados por el agua. Revise, cada cierto tiempo, el estado del tejado, el de las bajadas de agua de edificios y de los desagües próximos, y mantenerlos libres de obstáculos para que el agua pueda circular libremente. Coloque los documentos importantes y, sobre todo, los productos peligrosos, en aquellos lugares de la casa en los que el riesgo de que se deterioren por la humedad o se derramen, sea menor. No estacionar vehículos ni acampar en cauces secos, ni a la orilla de ríos, para evitar ser sorprendido por una súbita crecida de agua o por una riada. Aunque no esté lloviendo donde usted está, puede haber llovido torrencialmente en algún lugar más arriba del cauce del río.

Incendios forestales
Los incendios forestales no sólo arrasan cada año grandes extensiones de bosque, sino también casas, animales, fuentes de trabajo y, algunas veces, vidas humanas. Son extremadamente peligrosos por la velocidad con que se propagan sin control desde su origen, por su potencial para cambiar de dirección súbitamente, dependiendo del viento, y por su capacidad para superar obstáculos como carreteras, ríos o cortafuegos.

Prevención. No arroje al suelo, ni desde el vehículo en marcha, cerillas, colillas, cigarros o cualquier objeto encendido. No deje residuos en el bosque, papeles, plásticos, latas o cualquier material combustible o susceptible de originar un incendio. Especialmente los vidrios pueden actuar de lupa y originar un incendio. Respete las prohibiciones. No encienda fuego en el campo o bosque. Si se ve un incendio, comuníquelo lo antes posible al 112, teléfono de emergencias totalmente gratuito, o al 062, teléfono de la Guardia Civil.
La evacuación en un incendio hay que mantener la calma y siga las instrucciones de los efectivos coordinadores de la emergencia. Moje las paredes o arbustos que rodean el lugar. Si recibe instrucciones de evacuar, hágalo tan pronto se lo indiquen los bomberos o cuerpos de seguridad. No intente escapar ladera arriba ni hacia hondonadas ni barrancos. Trate de bordear el fuego por las zonas laterales del incendio y más desprovistas de vegetación. Diríjase hacia un descampado o,

incluso hacia una zona ya quemada.

5 Discusión-Conclusión

La gestión del riesgo, como esfuerzo anticipado para reducir las pérdidas en el futuro, se define como el proceso de identificación, análisis y cuantificación de las vías adecuadas para emprender acciones preventivas, correctivas y reductivas. Una vez que se ha producido un desastre y el país decide destinar recursos a la gestión del riesgo, pueden surgir problemas porque las prioridades cambian sin que las medidas de reconstrucción hayan sido totalmente completadas. Puede ocurrir que los recursos comprometidos sean insuficientes para reponer las pérdidas o realizar las inversiones preventivas y evitar la reconstrucción de la vulnerabilidad.

Con el objeto de preparar adecuadamente las actividades de atención a los desastres, también es imprescindible estructurar previamente la respuesta a las emergencias. La provisión de mecanismos efectivos de protección financiera ex-ante facilitará la disponibilidad de fondos para atender las emergencias, reduciendo así la carga financiera de la rehabilitación y la reconstrucción que deben soportar los aparatos gubernamentales y las poblaciones afectadas.

6 Bibliografía

1. Cesarman, Fernando. Ecocidio. Estudio psicoanalítico de la destrucción del medio ambiente. Ed. Joaquín Mortiz, México, 1990.
2. Chancos Pillaga, Jorge. Hacia una perspectiva de la educación ambiental en la ciudad de Chosica. Trabajo de Investigación UNE, 1998.
3. Hidalgo Penadillo, Nemesia. Educación ambiental y calidad de vida del poblador de Chosica. Trabajo de Investigación UNE,1997.
4. Instituto Nacional de Protección del Medio Ambiente para la Salud, Boletín informativo, año 4, N° 2 abril-junio. Lima, Perú, 1994.
5. Luy Vásquez, Larissa. Estudio del impacto ambiental en la cuenca de río Rímac. Lima, 1995.
6. Maskrey, Andrew. Manejo popular de los desastres naturales. Ed. ITDG. Lima, 1989.
7. Michel, Guillermo. Ecología de la organización. Ed. Trillas, México, 1975.

Capítulo 265

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SALUD AMBIENTAL Y SOCIAL

ANGELES MORALES REYES

NATALIA VALLINA GONZÁLEZ

EVA GONZALEZ FERNANDEZ

JOSEFINA MARTINEZ GARCIA

MARÍA ENCARNACIÓN RECIO CONDE

1 Introducción

El concepto ampliado de salud abandonó la idea de que salud sería la simple ausencia de enfermedad, pasando, así, a comprender que constituye un concepto que abarca un estado dinámico de completo bienestar físico, mental y social.
Para conservar la salud son necesarios cuidados que abarquen desde el autocuidado hasta las condiciones del ambiente, como vivienda, transporte, entre otros, de forma que la salud es un resultante del equilibrio existente entre el autocuidado y las acciones intersectoriales presentes en la sociedad.

Hace unos años nos alarmábamos con las noticias que nos llegaban sobre el efecto invernadero, el deshielo de los glaciares, la contaminación; hoy todo eso nos sigue preocupando cada vez más debido al cambio climático.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una per-

sona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad informa en su web de los principales efectos en la salud atribuibles a factores ambientales. Así, las enfermedades respiratorias, el asma y las alergias podrían ser causadas por la contaminación del aire, en ambientes cerrados o al aire libre.

Hemos de recordar que el medio en el que vivimos y todo lo que nos rodea influye de manera considerable en nuestra salud. Un entorno saludable redundará de manera favorable en nuestro bienestar.

Para minimizar el impacto medioambiental, la Unión Europea ha adoptado en los últimos años una serie de medidas destinadas a hacer frente a los problemas medioambientales que se plantean a escala regional e incluso mundial. Esta política comunitaria está basada en los principios de cautela y acción preventiva, en el de corrección de los atentados al medio ambiente y en el principio de "quien contamina paga".

Una de las acciones más importantes y más sencillas que podemos hacer para cuidar nuestro medio ambiente es reciclar. Numerosos estudios han confirmado que el reciclaje supone un gran ahorro de energía y reduce la contaminación.

Gracias a las políticas de medio ambiente y a la conciencia de todos los españoles, este país avanza en el cuidado de nuestro entorno. Los centros sanitarios son conscientes de su obligación de reciclar y, por tanto, lo hacen meticulosamente.

El personal de Enfermería está muy concienciado y podemos decir que el 100% de vidrio va a reciclar tanto a nivel hospitalario como en áreas básicas de salud.

2 Objetivos

– Concienciar en la labor diaria al personal de enfermería de reciclar el material usado.
– Informar de los tipos de contenedores específicos de cada tipo de residuo a reciclar.
– Aplicar la normativa actual en materia de residuos en trabajo enfermería.
– Actualizar conceptos en materia ambiental.
– Educar y formar al personal enfermería.

– Evaluar el papel de enfermería en salud ambiental.

3 Metodología

El estudio se realizó como un análisis sobre el papel de la enfermería en salud ambiental tanto a nivel hospitalario con en áreas básicas de salud.

Como ámbito de estudio se seleccionaron las siguientes bases de datos: Medline Express, Cinahl, CSIC (IME e ICYT), Scielo, Serline, Dissertation Abstracts, Rueca y Teseo.

La evaluación de la revisión bibliográfica se realizó conforme a los siguientes criterios: concienciación, información, evaluación. La discusión sobre enfermería en salud ambiental, se guió a través de los conceptos de competencia técnica y competencia social.

4 Resultados

Con el análisis de la información obtenida hemos realizado una aproximación al rol de enfermería en salud ambiental. Finalmente, se proponen 4 estrategias clave para lograr el desarrollo de este campo de competencias.
1.La necesidad de analizar el papel de la enfermera en salud ambiental.
2. La conceptualización del papel de enfermería, la aplicación práctica supone el reto en la actualidad.
3. Es necesario operatividad en las estrategias de desarrollo del papel enfermería, a través de programas y protocolos de actuación.
4. Es importante establecer estrategias de formación, para que las enfermeras se sensibilicen sobre aspectos medioambientales.

5 Discusión-Conclusión

Nuestros hospitales y centros sanitarios están muy concienciados con el tema del reciclaje, además de que deben hacerlo por Ley.

Son conocedores de que en ellos se generan diversos residuos tóxicos como los biosanitarios, que son los potencialmente contaminados con substancias biológicas al haber estado en contacto con pacientes o líquidos biológicos; y los citotóxicos que son aquellos residuos compuestos por restos de medicamentos citotóx-

icos y todo el material que haya estado en contacto con ellos; y que presentan riesgos carcinogénicos, mutagénicos y teratogénicos.

La gestión de estos residuos requiere de un tratamiento específico, por lo que algunos hospitales han creado un servicio de gestión ambiental. Por lo que hay que resaltar la labor tan importante que realiza personal de enfermería en la recogida y gestión de los residuos.

Hay contenedores por el hospital para reciclar los distintos materiales. Hay contenedores para cartón; para envases, plásticos y bricks; y también en todos los box de Enfermería para envases de vidrio de sueros vacíos. Todo el personal de Enfermería está muy concienciado.

Todos estos esfuerzos porque se gestionen de manera correcta los deshechos pone de manifiesto la relevancia del reciclaje. Es importante, primero, porque disminuyes el impacto ambiental. Los residuos peligrosos como los químicos o los citotóxicos tienen sustancias contaminantes tanto para la salud como para el medio ambiente.

A pesar de la mejora, el objetivo impuesto por la Unión Europea es el de reciclar el 50% de los residuos domésticos y similares para el año 2020, por lo que nuestro país aún debe hacer un gran esfuerzo para alcanzarlo. En los hospitales es obligatoria la segregación de residuos, en nuestras casas sólo necesitamos algo más de concienciación.

6 Bibliografía

• Organización Mundial de la Salud. Nuestro Planeta, nuestra salud: informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS.
• Web del Ministerio de Salud y Servicios Sociales e Igualdad.
• Naciones Unidas. Cumbre para la tierra: Programa 21.
• Bases de datos: Medline, Cinahl, Scielo y CSIC.

Capítulo 266

SINDROME DE BURNOUT, UN RIESGO PSICOSOCIAL EN AUGE

ALEJANDRO VIEJO PEDROSA

ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

DAVINIA MECA LOPEZ

SERGIO CASADO GONZALEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES DEL BARRIO VALDÉS

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud. Reconoce oficialmente el burnout o síndrome de estar quemado como enfermedad de los trabajadores tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11) (1), cuya entrada en vigor se ha fijado para el 1 de enero de 2022.

En Europa la Directiva Marco en materia de Salud y Seguridad (89/391) (2) y en España la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/95) (3) promueven la seguridad y salud de los trabajadores con la aplicación de medidas y actividades para prevenir los riesgos que surgen en el ámbito laboral. Contempla los riesgos psicosociales como las condiciones en el ámbito laboral que afectan al bienestar, al desarrollo profesional e incluso a la salud de los trabajadores.

La sensibilidad hacia los problemas psicosociales del entorno laboral y las patologías asociadas , burnout o síndrome de estar quemado hace posible que haya sido considerado, en España, accidente de trabajo, reconocido en el auto dictado por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000 (Recurso Num.: 4378/1999) (4).

En el ámbito científico y académico en término burnout fue acuñado por Freudenberger en 1974 referido a un síndrome de agotamiento profesional de los trabajadores de las organizaciones de servicios. El modelo de diagnóstico multidimensional y la definición del síndrome adquiere relevancia con los estudios llevados a cabo por Maslach y Jackson entre 1981 y 1996 (5).

En España se han realizado innumerables estudios e investigaciones (6) sobre el síndrome de burnout en el ámbito sanitario, que abarcan la dimensión multifactorial del síndrome, identificando factores psicosociales, ambientales, sociodemográficos, variables de género, construyendo y validando instrumentos de medida, analizando organizaciones, etc.

A medida que se investiga, se conoce, se difunde el síndrome de burnout es posible programar estrategias para prevenir y tratar esta patología aminorando el impacto en las personas (trabajadores y usuarios) y en las organizaciones.

2 Objetivos

- Definir el burnout, mediante una revisión bibliográfica, como un riesgo laboral de índole psicosocial.
- Explicar las consecuencias para la salud del trabajador en el sector sanitario.
- Exponer las medidas preventivas para minimizar el impacto tanto en la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental, así como su repercusión en las organizaciones.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de distintas bases de datos: Wok, SciELO, Medline, Cuiden, PudMed y Dialnet. Hemos utilizado los buscadores Jurn y Google Académico. El periodo temporal para la búsqueda es desde 2005 a la actualidad.

Las palabras clave utilizadas para la estrategia de búsqueda, en castellano, han

sido: riesgo laboral, riesgo psicosocial en sanidad, síndrome del trabajador quemado, Burnout síndrome, hospital Burnout, y en inglés: hospital worker, Burnout work , Burnout syndrome.

Tras obtener más de doscientas publicaciones hemos excluido aquellas que no poseían rigor académico, las que no se referían al ámbito sanitario y aquellas que exponían opiniones sin refrendar con datos científicos. Hemos revisado un total de catorce publicaciones.

4 Resultados

El síndrome de burnout (v.g. síndrome del quemado) surge en el entorno laboral de los profesionales vinculados a labores asistenciales o de servicios, tales como cuidadores de pacientes geriátricos, auxiliares de enfermería, profesionales de salud mental, psicólogos, médicos de atención primaria o especializada, cirujanos, profesionales con pacientes oncológicos, de UCI, urgencias, enfermería, cuidados paliativos, trabajo con toxicómanos, profesionales que constantemente se enfrentan al sufrimiento, a la muerte, y al dolor.

Está documentado en las publicaciones que manejamos que este síndrome afecta en mayor medida a individuos con rasgos de personalidad altruistas, vocacionales y de entrega al servicio de los demás. Cabe resaltar que los voluntarios de instituciones socio-sanitarias pueden padecer burnout. Según diversos autores también es relevante la variable de género. Son las mujeres sanitarias las más afectadas por la doble carga de trabajo familiar y profesional.

El síndrome de quemarse por el trabajo surge cuando fallan las estrategias de afrontamiento que normalmente utilizan estos profesionales para manejar los estresores laborales (afrontamiento activo, altruismo, evitación, etc.).

El burnout se caracteriza por:
- Agotamiento, malestar, cansancio emocional, que puede manifestarse física y/o psíquicamente, es la sensación de fatiga, de no poder dar más de sí mismo a los demás.
- Despersonalización, desarrollo de actitudes, sentimientos, respuestas negativas distantes y frías hacia los beneficiarios del propio trabajo (pacientes y familiares) y/o de compañeros, alteraciones de conducta.
- Falta de realización personal en el trabajo que se manifiesta en la tendencia a evaluarse negativamente, desilusión, sentimientos de fracaso y baja autoestima.

Si este estado de agotamiento físico, mental y emocional permanece a lo largo del tiempo se cronifica y deteriora la calidad de vida dando lugar al síndrome clínico-laboral que estamos definiendo, el burnout.

Las consecuencias para el trabajador pueden ser de tres tipos:
- Alteraciones en la salud física: cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, pérdida de peso, alteraciones del sueño, dolores musculares o articulatorios.
- Alteraciones en la salud psicológica: alteraciones emocionales, distanciamiento social, irritabilidad, depresión, dificultades de concentración, baja autoestima, frustración personal y profesional, alteraciones conductuales y conductas de riesgo (abuso de sustancias, absentismo laboral).
- Consecuencias laborales: aumento de conductas violentas, deterioro de las relaciones personales, falta de competencia, disminución de la productividad, abandono del trabajo, mayor accidentabilidad, temeridad y deterioro del servicio.

La prevención de estas consecuencias hace necesaria la implantación de medidas que ayuden a los trabajadores a enfrentar y minimizar sus efectos, tanto estrategias a nivel individual como de nivel organizacional. Este tipo de estrategias se clasifican en:
- Estrategias individuales: técnicas de entrenamiento en asertividad, habilidades de afrontamiento, técnicas de autocontrol, técnicas de relajación, preparación al estrés, etc.
- Estrategias a nivel organizacional: participación de los trabajadores en la planificación, definición de roles, asignación de tareas clara, autonomía, evitar sobrecarga en cuanto al número de pacientes y horas de trabajo, estabilidad laboral, etc.

El interés del estudio del síndrome de burnout va en aumento porque afecta al bienestar de los profesionales sanitarios y a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Según los artículos y estudios que hemos manejado podemos concluir que la prevención del síndrome de burnout (riesgo laboral psicosocial) mejora las expectativas de salud tanto del personal como de los usuarios. La calidad y eficacia de los servicios de un sistema de salud se relaciona directamente con el nivel de

bienestar profesional de los trabajadores.

En la atención sanitaria la satisfacción laboral tiene la misma importancia que la formación científico-técnica de los profesionales y que la tecnología más innovadora.

6 Bibliografía

- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11) https://www.who.int/classifications/icd/en/.
- Directiva Marco de La Unión Europea en materia de Salud y Seguridad (89/391/CEE https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:c11113&from=ES.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-24292.
- Auto de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo https://www.iberley.es/jurisprudencia/auto-social-ts-sala-social-sec-1-rec-4379-1999-26-10-2000-3725821.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981) Maslach Burnout Inventory (1986. 20 ed.) Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S.E. y Leiter, M.P. (1996). Maslach Burnout Inventory Manual . (30 ed). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997) Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid.
- Gil-Monte, P. R. (2002) Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería. Psicología em Estudo, 7 (1). 3-10.

Capítulo 267

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ANA BELÉN CORTINA MARTÍNEZ

ELISA MUÑIZ DELGADO

1 Introducción

Las enfermedades trasmisibles son aquellas que se tramiten de un ser humano a otro, o de un animal a un ser humano. Se pueden trasmitir de forma directa (al estornudar, toser o también se pueden trasmitir por contacto), a través de un vector (organismos vivos que trasmiten la enfermedad, como los insectos) o por exposición directa a material infectado (como usar una jeringuilla). A pesar de los avances obtenidos por las investigaciones en este campo a lo largo de los años, las enfermedades transmisibles siguen siendo un gran problema para la salud pública.

A finales de los sesenta, personalidades muy importantes en materia de salud pública en esa época, declararon que las enfermedades transmisibles habían sido conquistadas y estas ya no suponían ningún problema. Nada mas lejos de la realidad. En una sociedad actual, en la que la globalización no sólo afecta a la política y la economía, sino que también afectada directamente a la salud.

El aumento del movimiento migratorio y las transacciones comerciales (con países con los que antes apenas teníamos relación) y en las que se transportan huevos e insectos hace que ahora tengamos que enfrentarnos a enfermedades de

las que hasta hace pocas décadas apenas teníamos conocimiento, y para las que apenas tenemos medios. En estos casos la opción mas segura es el aislamiento del paciente para evitar que contagie la enfermedad. El aislamiento puede ser:
- Respiratorio, cuando existen gotas de origen respiratorio con rango de difusión de hasta un metro.
- De contacto, cuando la enfermedad se transmite por contacto directo con el paciente con elementos del ambiente.
- Protector o inverso, para proteger a pacientes inmunodeprimidos, con el fin de que no adquieran infecciones.
- Entérico, por contacto directo o indirecto con heces.

2 Objetivos

- Interrumpir la cadena de trasmisión de la enfermedad infecciosa y proteger a todas las personas implicadas en la vida del hospital y garantizar el menor impacto posible en la calidad de vida del paciente.
- Controlar la alarma social que genera la desinformación ante estos casos.
- Recalcar la importancia de las medidas estándar de prevención de las enfermedades de trasmisión e intentar disminuir la incidencia de estas enfermedades en el hospital.

3 Metodología

Se han realizado búsquedas bibliográficas referidas al tema de las enfermedades transmisibles, tanto en la forma en que se trasmiten como en materia de prevención de dichas enfermedades, diversas paginas web, como el Google académico y revistas científicas durante el último trimestre del año 2019.

4 Resultados

El aislamiento hospitalario es una de las medidas mas consistentes e importantes en la contención de brotes de enfermedades contagiosas. Para que tanto la prevención como el control de las enfermedades sea efectivo, estos deben tratarse de forma integral, utilizando diversas estrategias como son las precauciones estándar utilizadas en cualquier paciente lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente, uso de guantes y cambiarlos cada vez que cambiamos de paciente), como el aislamiento del sujeto infectado. Cada hospital debe

tener su propio protocolo de medidas de aislamiento adecuándose este, a las infraestructuras de las que disponga, medios y materiales.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar la propagación de las infecciones todo el personal del ámbito hospitalario (tanto sanitario como no sanitario) deben tomar conciencia de los problemas que puede acarrear no cumplir correctamente los protocolos establecidos para cada caso en materia de contención de enfermedades. Estas medidas en ningún caso supondrán una disminución en la atención personalizada que reciba el paciente por parte de los trabajadores.

Con ellas se busca cortar la cadena de trasmisión de la enfermedad y disminuir el número de infecciones e impedir que estas traspasen las barreras del ámbito hospitalario.

Es muy importante informar a la familia de los diferentes procesos asociados a la enfermedad y darles las herramientas necesarias para el cuidado de este, incluso para más allá del ámbito hospitalario ya que serán ellos los que se encarguen del paciente una vez este sea dado de alta.

Si se realiza bien el protocolo también se disminuyen muchos casos el tiempo de hospitalización, lo que conlleva una disminución de los gastos y de recursos empleados.

6 Bibliografía

- Juan Mejica García, Universidad de Oviedo.
- David Alonso, Instituto Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social.
- Alejandro Llanos Cuentas, Facultad de Salud Pública y Administración Universidad Cayetano Heredia, Lima.
- Medidas de aislamiento y otras precauciones para pacientes con enfermedades trasmisibles.
- Universidad de Donostia.
- Transmision de enfermedades, IntraMed medicina integral.
- Katherine Serrano Rojas, Revista médica Serediana.

Capítulo 268

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PIE DIABÉTICO

SANTIAGO PIEDRA VELASCO

ANA BELÉN DELGADO SIERRA

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica, crónica que constituye un problema sanitario por su repercusión social y gasto económico a los servicios sanitarios. Según la Organización Mundial de la Salud la define ”como la infección ,ulceración y destrucción de los tejidos profundos.

La diabetes mellitus es la primera causa de amputación no traumática en miembros inferiores. Es una enfermedad del siglo XXI y la complicación más frecuente es el pie diabético. En España afecta a más del 13% de la población mayor de 18 años. Según la Organización Mundial de Salud existe alrededor 140 millones de personas con diabetes mellitus en todo el mundo y esa cifra puede elevarse a 300 millones en los próximos 25 años. Según la Organización Mundial de la Salud los criterios que definen una persona diabética son:
- Cifras de glucosa en sangre mayor o igual 126 mgr/dl.
-Hemoglobina Glicosilada superior 6.5%.
-Test de sobrecarga oral de glucosa superior o igual a 200 mgr/dl.

Etiología
El origen del pie diabético podemos encontrar una triada:
- Neuropática (afectación nerviosa), por perdida de sensibilidad, no sintiendo dolor, favorece a deformidades, heridas y úlceras .

- Vascular (falta de riesgo sanguíneo), el aumento de glucosa en sangre favorece que el aporte de oxigeno y nutrientes sea menor en los vasos sanguíneos que irrigan al pie. Este hecho hace que las lesiones tarden más en curar y un mayor riesgo de complicaciones.
- Infecciosa, el pie diabético es más susceptible a la infección ya que la mayoría de los diabéticos están inmunologiacamente deprimidos.

Factores favorecedores de pie diabético:
1. Factores predisponentes: son los que ocasionaran una lesión
2.Factores desencadenantes: son los que debutan con una lesión se puede clasificar a su vez:
- Extrínsecos: de origen mecánico, andar descalzo, zapatos mal ajustados, exposición a una fuente de calor como estufas y braseros.
- Intrínsecos: son alteraciones biomecánicas del propio pie como ”dedos en garra”, Hallus valgus, pérdida de la almohadilla plantar o disminución de la movilidad plantar que provoca incremento de la presión a su vez provoca callosidades.
3. Factores perpetuantes, es aquel que provoca complicaciones en el pie diabético como infección o isquemia.
4. Factores predisponentes , cuando en el pie diabético se combina atrofia de la musculatura asociado a la isquemia el resultado será una úlcera.

Sintomatología
Los signos y síntomas en el pie diabético varían en función de las complicaciones:
-Edemas y distensión vascular.
- Sequedad de los pies dejando la piel frágil y con tendencia a agrietarse.
- Pérdida de sensibilidad.
-Sensación de hormigueo.
- Acorchamiento, frialdad desde los dedos de los pies hasta tobillos y piernas.
- Dolor intenso en las piernas sobre todo en reposo.

La clasificación de las úlceras diabéticas -Wagner (1981) constituye una base importante para el plan del tratamiento, según el grado en que se encuentre nos dará información sobre la gravedad, profundidad, infección y gangrena .

Cuidados del pie diabético:
- Inspeccionar diariamente los pies en busca de lesiones, heridas, úlceras, ampollas se utilizará un espejo como ayuda.
- Lavar diariamente los pie, secar cuidadosamente haciendo hincapié en la zona interdigital.
- Usar jabón y gel neutro.

- Usar agua templada entre 35-37º .
- Aplicar crema hidratante después del baño evitar la zona interdigital para no provocar maceración .
- Utilizar esponjas suaves para lavar el pie.
- Usar calcetines de algodón sin costuras ni remiendos .
- Comprar calzado a la última hora del día (donde los pies están más hinchados).

El calzado idóneo es aquel que cumple 4 principios:
- Amortiguación de la carga mediante plantillas.
- Superficie amplia.
- Modificación delas zonas de apoyo conflictivas.
- Evitar calzado puntiagudo y sandalias .

Evitar:
- Calentar los pies en fuentes de calor directo :braseros, estufas bolsas de agua.
- Caminar descalzos.
- Utilizar tijeras ni cortauñas.
- No trate usted solo las callosidades, ir al podólogo .
- No utilizar soluciones antisépticas por riesgo de quemar o lesionar la piel.
- Ante cualquier lesión o herida consulte con su enfermera o médico.

2 Objetivos

- Proporcionar y actualizar conocimientos por parte del personal de enfermería acerca del pie diabético.
- Instruir a pacientes, cuidadores y familia sobre los cuidados, signos y síntomas de alerta.
- Identificar factores de riesgos.
- Describir diagnósticos Nanda que puedan derivar del pie diabético.

3 Metodología

Para la realización de dicho artículo se realizó revisión bibliográfica con evidencia científica en base de datos de Scielo, Medline plus y buscadores como Google Académico .
Se utilizaron conceptos clave como: pie diabético, diabetes mellitus, neuropatía vascular, escala Wagner.

4 Resultados

Los diagnósticos de enfermería NANDA que pueden surgir en el pie diabético:
0046-Deterioro de la integridad cutánea.
00108-Deficit del auto-cuidado baño e higiene.
00004-Riesgo de la infección .
00133-Dolor crónico.
00132- Dolor agudo.
00078-Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus constituye un problema de salud pública. Es la primera causa de amputación no traumática en miembros inferiores en países desarrollados. En España afecta a más 13% de la población mayor de 18 años. El pie diabético debe considerarse pie de riesgo al ser más susceptible de padecer lesiones (intrínsecas o extrínsecas).

6 Bibliografía

- www.geriatricarea.com.
- www.elsevier.es.
- scielo.isciii.es.
- www.aee.net>pie-diabetico.
- www.irflasalle.es>pie-diabetico-anales-síntomas.
- www.aeev.net.
- www.úlceras.net.
- www.nanda.es.

Capítulo 269

DIABETES GESTACIONAL, LA ENFERMEDAD Y SU PREVENCIÓN.

EVA FERRER GONZALEZ

SHEILA PEREZ BARRANCO

1 Introducción

La diabetes es un trastorno del funcionamiento de nuestro organismo, se da principalmente por dos razones:
- El páncreas no genera insulina.
- La insulina que produce no logra ejercer bien su efecto.

En los dos casos al no existir la insulina,las células del cuerpo no dejan penetrar la glucosa de tal forma que esta se acumula poco a poco y progresivamente en la sangre.

Existen dos tipos de diabetes, diabetes tipo I: Este tipo aparece normalmente en personas jóvenes, se produce cuando las células beta del páncreas, las encargadas de producir insulina, son destruidas por el propio organismo.El tratamiento consiste en la inyección de insulina, la dosis necesaria según que caso.

Por otro lado la Diabetes mellitus tipo II: en este caso el páncreas si es capaz de producir insulina, a veces más de la necesaria,lo que en este caso falla son las cerraduras, por así decirlo, de las puertas de las células, lo que produce que la llave encargada de abrirlas, la insulina, tenga dificultades para abrirlas. El tratamiento en estos casos muchas veces pasa por la práctica de ejercicio físico y dieta, ya

que muchas veces este tipo de diabetes va relacionada con la obesidad, en caso de no ser efectivo puede precisarse antidiabéticos orales.

Dos términos importantes de conocer a la hora de hablar de esta enfermedad:
- Hipoglucemia: se da cuando hay un descenso de glucosa en sangre,inferior a 70 mg/dl.
- Hiperglucemia:se da cuando hay un incremento de glucosa en sangre, mantener los niveles de azúcar adecuadamente es importante ya que cifras elevadas de esta en sangre pueden dañar seriamente partes de nuestro organismo.

Dicho esto, cabe destacar un tipo de diabetes que se puede dar en la mujer, durante el embarazo, la diabetes gestacional, este tipo aparece por primera vez durante el embarazo en mujeres que hasta el momento no la habían padecido. En algunas mujeres esta enfermedad puede darse en más de un embarazo. Por lo general aparece en el ecuador de la gestación, y los estudios suelen realizarse entre las semanas 24 y 28 del embarazo.

La diabetes gestacional puede a menudo controlarse con una buena alimentación y un aumento de la actividad o ejercicio físico, pero en algunos casos la madre puede precisar de la toma de insulina. Un azúcar en sangre mal controlado puede traer problemas tanto a la madre como a su bebé. A veces un bebé demasiado grande puede ser la causa de una diabetes gestacional mal controladas, el bebé es sobrealimentado por el exceso de azúcar por lo cual aumenta de tamaño por encima de lo adecuado, pudiendo traer desagradables consecuencias,desde un embarazo más incómodo a causa del peso, como problemas en el parto debido al tamaño.

2 Objetivos

-Dar a conocer una patología con una alta incidencia, su repercusión, y como prevenirla o minimizar sus efectos en caso de padecerla.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión teórica, basada en libros especializados,artículos, guías educativas sobre salud y bibliografías por medio de distintas bases de datos como Google académico,Wikipedia y Medline Plus. Dando uso a diferentes descriptores: diabetes, gestación, páncreas, hiperglucemia, hipoglucemia, hábitos saludables.

Se han dado uso a informes de carácter libre y gratuito, y a otros por el contrario que su entrada no era libre y requería algún pago, identificando minuciosamente la información encontrada, clasificando y seleccionando la que mejor se ajustaba al tema de investigación.

4 Resultados

Como resultado de esta revisión teórica y datos obtenidos, observamos que el páncreas es el órgano con mayor relevancia a la hora de regular la glucosa en sangre. Está formado por diferentes clases de células, principalmente son dos las que más nos suscitan interés: las células beta que se agrupan formando islotes,encargadas de producir insulina, y las células alfa que generan glucagón,una hormona que hace el efecto contrario a la insulina.

Estas dos hormonas son las que se encargan de regular los niveles de azúcar en la sangre, cuando falla el buen funcionamiento de éstas es cuando aparece la diabetes, sea por el motivo hereditario o por una consecuencia de unos malos hábitos de vida.

Se pueden discernir dos tipo de diabetes mellitus, la I y la II, cuando ésta hace su primera aparición en el embarazo de la mujer la llamaremos diabetes gestacional.

Aunque escasos, hay estudios que demuestran de manera clara la relación de esta enfermedad con un estilo de vida de baja calidad, con una mala alimentación, y un ejercicio físico escaso o nulo.

El número personas que padecen esta enfermedad aumenta año a año, multiplicándose de forma alarmante, las cifras dejan ver como en el mundo occidental se está asentando un estilo de vida nada recomendable, poco saludable, que hace que la diabetes tipo I, II y gestacional multipliquen sus casos y sin vistas a que esta situación mejore.

El factor genético y de herencia juega un papel fundamental pero no determinante en ésta patología, prevaleciendo que los nuevos debuts de ésta enfermedad sean derivados de una mala alimentación y falta de ejercicio físico.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones a las que nos acerca este estudio, es que si bien la diabetes gestacional, es una enfermedad con factor genético, no es el único, y que una mala alimentación y la no realización de ejercicio físico, son factores predisponentes y mucho más determinantes en la aparición de la patología.

Sería ideal una población bien formada desde su primera infancia, desde la escuela informando y asesorando tanto a padres como a niños de lo que son unos buenos hábitos alimenticios, fomentando la práctica de ejercicio físico desde los primeros años de vida, dando un espacio mucho más importante y de más peso a esta asignatura en las aulas.

La educación desde los primeros años de vida cobra una especial importancia, ya que niños con más educación a estos niveles serán probablemente adultos más coherentes con sus actos y que tengan las herramientas para luchar contra la enfermedad y prevenirla. Generando una población capaz de tomar mejores decisiones.

Las hormonas durante la gestación, pueden bloquear el trabajo que realiza la insulina,aumentando los niveles de azúcar, además factores como tener mas de 25 años en el momento del embarazo, provenir de algunos determinados grupos étnicos, padecer el síndrome de ovario poliquístico, antecedentes familiares de diabetes, pueden ayudar a la aparición de la diabetes gestacional, pero los estudios apuntan a que una alimentación saludable, encontrarse en un peso adecuado para nuestra estatura antes y durante el embarazo y la realización de ejercicio físico son factores positivos que nos alejaría de la aparición de esta patología, siendo cofactores preventivos, pudiendo casi afirmar que en la diabetes gestacional el mejor tratamiento es la prevención.

6 Bibliografía

- Comellas, J. (2005). Hábitos inteligentes para tu salud. Barcelona: Amat S.L (Ed.)
- Madrid, J. (2000). Libro práctico de la diabetes. Madrid: Espasa Calpe S.A (Ed.)
- Asprea, B., Capano, G. y Saló, S. (2013). Contra la diabetes. Barcelona:Terapias Verdes S.L (Ed.)

Capítulo 270

ALZHEIMER. EL PACIENTE Y SU ENTORNO.

SUSANA BOUSO YÁÑEZ

1 Introducción

El Alzheimer es una enfermedad degenerativa progresiva que provoca atrofia del cerebro llevando a la demencia, preferentemente, a pacientes mayores con edad superior a 65 años. Es una enfermedad de evolución lenta y progresiva que destruye las funciones mentales importantes, lo que hace que el paciente pierda sus habilidades de razonamiento, juicio y memoria haciéndolo dependiente de apoyo en sus actividades diarias. En esta enfermedad, las neuronas y sus conexiones se degeneran y mueren causando atrofia cerebral y deterioro global en la función mental.

La causa exacta de esta enfermedad es actualmente un misterio. Se cree que la acumulación de una proteína en las neuronas, la llamada beta-amiloide, y otra llamada Tau, es uno de los factores responsables de desencadenar la enfermedad, pero no se sabe cuál es el motivo de que se desencadene en una personas sí y en otras no.

No existe cura pero el diagnóstico precoz es importante para preservar al máximo las capacidades intelectuales y aumentar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. El mayor factor de riesgo es la edad avanzada. Una vez cumplidos los 65 años, la posibilidad de desarrollar alzheimer se dobla cada 5 años, haciendo que un 40% de las personas con más de 85 años tengan la enfermedad.

Otro factor importante es la historia familiar. Los familiares de primer grado con alzheimer tienen mayor riesgo de desarrollarlo también, siendo más común

en mujeres que en hombres. Otros factores que pueden desarrollarlos son por ejemplo, la vida sedentaria, el tabaquismo, la hipertensión arterial y el colesterol alto, la diabetes o la depresión.

El alzheimer es de instalación lenta y gradual y a menudo pasa desapercibido en las primeras etapas Los olvidos son comunes y ocurren a todas las personas, sin embargo, cuando los olvidos a corto plazo empiezan a ocurrir con frecuencia y son importantes, como por ejemplo olvidar su propia dirección, debemos encender una señal de advertencia. El olvido en la demencia es diferente del olvido común, del olvido diario. En las primeras etapas siempre se utilizan excusas. Cuando el paciente no se da cuenta de la enfermedad, frecuentemente los familiares también tardan en valorar los cambios.Conforme avanza la demencia, la familia comienza a notar los signos y síntomas. Con el tiempo el enfermo se hace incapaz de realizar tareas básicas y puede presentar una pérdida de las inhibiciones.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Ofrecer ayuda y apoyo a los familiares y afectados de Alzheimer.

Objetivos secundarios:
- Sensibilizar de los problemas que esta enfermedad plantea al enfermo, su familia y la sociedad en general.
- Promover una investigación especializada y diversificada sobre las causas, tratamiento y evolución de la enfermedad.
- Potenciar la labor socio-sanitaria que la sociedad necesita.
- Representar los intereses de los enfermos y sus familiares ante las instituciones.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000400021
- http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/6682
- https://medes.com/publication/84243

Capítulo 271

SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL.

SANDRA CARBAJAL FERNÁNDEZ

MARTA VEGA GUTIÉRREZ

1 Introducción

Los Trastornos del espectro alcohólico fetal son un grupo de patologías infantiles graves causadas por el consumo de alcohol por parte de mujeres embarazadas por eso debemos informar sobre los riesgos de beber durante el embarazo:
• Ningún momento del embarazo es seguro para beber alcohol. No hay ningún periodo sin riesgo y puede afectar negativamente provocando secuelas desde los primeros días, antes de saber que estás embarazada, hasta los últimos momentos.
• El periodo de mayor riesgo es el inicial, cuando el embarazo aún se están iniciando y asocia importante riesgo de aborto así como de malformaciones.
• No existe ninguna cantidad mínima de alcohol segura para consumir en el embarazo. Piensa que el tamaño del embrión en casi microscópico y la más mínima cantidad puede ser muy peligrosa.
• La placenta no filtra el alcohol de ninguna forma.

La gravedad de los síntomas del síndrome alcohólico fetal varía, ya que algunos niños los padecen en un grado mucho mayor que otros. Los signos y síntomas del síndrome alcohólico fetal pueden comprender cualquier mezcla de defectos físicos, discapacidades intelectuales o cognitivas y problemas para desempeñarse y afrontar la vida diaria.

Defectos físicos
Los defectos físicos pueden consistir en:

• Rasgos faciales característicos, entre ellos, ojos pequeños, el labio superior excepcionalmente delgado, nariz corta y hacia arriba, y superficie de la piel lisa entre la nariz y el labio superior.
• Deformidades de las articulaciones, extremidades y dedos.
• Crecimiento físico lento, antes y después del nacimiento.
• Dificultades de la visión o problemas de audición.
• Perímetro de la cabeza y tamaño del cerebro pequeño.
• Defectos cardíacos y problemas con los riñones y los huesos.
Problemas cerebrales y del sistema nervioso central.
Los problemas con el cerebro y el sistema nervioso central pueden comprender:
• Coordinación o equilibrio deficientes.
• Discapacidad intelectual, trastornos del aprendizaje y retraso en el desarrollo.
• Mala memoria.
• Problema de atención y para procesar la información.
• Dificultad para razonar y resolver problemas.
• Dificultad para identificar las consecuencias de las decisiones.
• Habilidades de razonamiento deficientes.
• Nerviosismo o hiperactividad.
• Cambios repentinos de humor.

Problemas sociales y de comportamiento.
Algunos problemas para desempeñarse, hacer frente e interactuar con otras personas son:
• Dificultad en la escuela.
• Problemas para relacionarse con los demás.
• Habilidades sociales deficientes.
• Problemas para adaptarse al cambio o para cambiar de una tarea a otra.
• Problemas de comportamiento y de control de los impulsos.
• Concepto de tiempo deficiente.
• Problemas para concentrarse en una tarea.
• Dificultad para planificar o trabajar hacia un objetivo.

La clave es la prevención, no beber ni una gota de alcohol durante la gestación. Si el alcohol lo comparamos con el tabaco, con cocaína o heroína, etc. afecta mucho más el alcohol al desarrollo del sistema nervioso central del niño que cualquier otra sustancia tóxica. Y la triste realidad es que la ingesta de alcohol en el embarazo es un hábito común. A nivel mundial es algo que va a más, nuestra cultura de ocio está relacionada con el consumo de alcohol, la juventud no ve

lo peligroso que es consumir una copa estando embarazada. Esta información la debemos transmitir siempre y constantemente.

El alcohol atraviesa fácilmente la placenta y daña al feto. Causa malformaciones de la cabeza y la cara, retraso del crecimiento y alteraciones del neurodesarrollo con dificultades para aprender, trastornos de la conducta y epilepsia. No tiene tratamiento y las secuelas son permanentes.

Por eso:
• No bebas alcohol si estás intentando quedar embarazada. Si aún no has dejado de beber, abandona el alcohol apenas sepas que estás embarazada o si crees que puedes estarlo. Nunca es demasiado tarde para abandonar la bebida durante el embarazo, pero cuanto antes abandones, mejor será para tu bebé.
• Continúa evitando el alcohol a lo largo de todo tu embarazo. El síndrome alcohólico fetal es completamente evitable si las mujeres no beben alcohol durante el embarazo.
• Considera abandonar el alcohol durante tu edad fértil si eres sexualmente activa y tienes sexo sin protección. La mayoría de los embarazos no son planificados y se pueden producir daños durante las primeras semanas de embarazo.
• Si tienes un problema con el alcohol, busca ayuda antes de quedar embarazada. Recibe ayuda profesional para determinar tu nivel de dependencia del alcohol y para desarrollar un plan de tratamiento.

2 Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica sobre el síndrome alcohólico fetal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, utilizando para ello los siguientes descriptores: síndrome alcohólico fetal, alcohol en mujeres embarazadas, consumo de bebidas alcohólicas en gestantes, embarazos de riesgo, dependencia alcohólica, mujeres

jóvenes y alcohol. Nos centramos sobre todo en estudios realizados en los últimos diez años.

4 Resultados

Es difícil diagnosticar los trastornos del espectro alcohólico fetal porque no existe una simple prueba que pueda cubrir la gama de todos sus síntomas. Ciertas manifestaciones físicas, problemas de desarrollo, problemas del comportamiento o bajo rendimiento escolar pueden indicarle a los padres o al médico pediátrico un diagnóstico del trastorno del espectro alcohólico fetal. Un antecedente conocido de consumo de alcohol durante el embarazo ayuda al diagnóstico, pero no es requerido para el diagnosticar el trastorno del espectro alcohólico.

Los niños con el trastorno del espectro alcohólico fetal pueden tener anomalías cerebrales que pueden conllevar a problemas en el desempeño de las actividades de la vida diaria pesar de tener un coeficiente intelectual normal que lo indique una evaluación exhaustiva. Todos los niños que forman parte del proceso de familias sustitutas, adopción, especialmente adopciones internacionales, deben siempre ser evaluados para determinar la posibilidad de tener un trastorno del espectro alcohólico fetal.

Cuando por fin se obtiene un diagnóstico, para bien o para mal, al menos saben que es lo que tienen sus hijos.
No hay cura ni tratamiento específico para el síndrome alcohólico fetal. Por lo general, los defectos físicos y las deficiencias mentales persisten durante toda la vida.

Sin embargo, los servicios de intervención temprana pueden ayudar a reducir algunos de los efectos del síndrome alcohólico fetal y a prevenir algunas discapacidades secundarias. Los servicios de intervención pueden comprender lo siguiente:
• Un equipo que incluye un maestro de educación especial, un logopeda, terapeutas físicos y ocupacionales, y un psicólogo.
• Intervención temprana para ayudar al niño a caminar, a hablar y a interactuar socialmente.
• Servicios especiales en la escuela para ayudar con los problemas de aprendizaje y de comportamiento
• Medicamentos para ayudar con algunos síntomas.

• Atención médica para los problemas de salud, como problemas de visión o anomalías cardíacas.
• Tratar problemas de consumo de alcohol y otras sustancias, si es necesario.
• Entrenamiento vocacional y para las habilidades de la vida.
• Apoyo psicológico que ayude a los padres y a la familia a manejar los problemas de conducta del niño.

Tenemos que recordar que los niños con síndrome alcohólico fetal tienen una dificultad añadida y es que no conocen la empatía, no saben medir las consecuencias de sus actos, es difícil castigarlos porque no están actuando mal sino que no saben cómo hacerlo. Por eso tienen mayor riesgo de caer en problemas de drogas, delincuencia y legales.

La medicación trata patologías como el trastorno por déficit de atención, la impulsividad, la hiperactividad y la falta de concentración. Pero también necesitan una terapia psicológica para ayudarles a trabajar la empatía, la ironía, etc.

5 Discusión-Conclusión

Estos niños son los grandes perjudicados en los recortes de recursos de ayuda a la dependencia y a la educación, sabemos que los recursos son limitados. Pero tienen muchas necesidades y hay que ayudarles también por el bien de la sociedad. Necesitan apoyos escolares, psicológicos y psiquiátricos, debemos formar a nuestros médicos para un diagnóstico precoz de esta enfermedad crónica y para que puedan asesorar a esos padres en las dificultades que van a tener en día a día.

Los niños mayores y adultos con SAF también pueden enfrentar desafíos. Según el Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo, las personas con SAF pueden encontrar dificultades para:
• Aprender y recordar.
• Prestar atención.
• Comprender y seguir instrucciones.
• Controlar emociones e impulsos.
• Comunicar y socializar.
• Realizar actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer o decir la hora.
También son más propensos a tener trastornos de salud mental, que incluyen:
• TDAH.
• Depresión y ansiedad.

• Hiperactividad y control de impulsos.
• Trastornos por abuso de sustancias.

Por eso también a nivel judicial se debería reconocer el síndrome alcohólico fetal como una enfermedad, ya que tienen un grado de adicciones muy superior a la media y estos pacientes no son capaces de controlar sus emociones y son propensos a la agresividad.

Deberían existir centros de terapia para estos pacientes y sus familias, porque cada vez son más. Antes tenían una esperanza de vida de unos treinta años pero ahora poco a poco es mayor. Ya no son casos aislados, debido al aumento de adopciones de países de Europa del Este.

Nuestro consejo es que una vez tenga el diagnóstico, debe solicitar al doctor que les remita a un especialista (un experto en trastornos del espectro alcohólico fetal), como un pediatra especializado en el desarrollo, un psicólogo infantil o un genetista clínico. En algunas ciudades, hay centros médicos en los que el personal tiene una capacitación especial en el diagnóstico y el tratamiento de niños con trastornos del espectro alcohólico fetal. Para buscar los médicos y los centros médicos de su área, visite el Directorio de recursos nacionales y estatales de la Organización Nacional del Síndrome Alcohólico Fetal (NOFAS, por sus siglas en inglés).

Al mismo tiempo que le pidan al médico la remisión a un especialista, deberán llamar al sistema público de intervención infantil temprana de su estado para solicitar una evaluación gratuita que tenga como fin averiguar si su niño cumple los requisitos para recibir servicios de intervención.

6 Bibliografía

- Streissguth, A.P., Bookstein, F.L., Barr, H.M., Sampson, P.D., O'Malley, K., & Young, J.K. (2004).
- Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. Developmental and Behavioral Pediatrics, 5(4), 228-238.
- https://www.fundacionmencia.org
- https://www.cinfasalud.com
- https://www.psiquiatria.com
- https://www.medineplus.gov
- https://www.healthychildren.org

- https://www.safgroup.org
- https://www.mayoclinic.org
- https://www.lascebrassalen.com

Capítulo 272

ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD CLÍNICA.

NOELIA BLANCO CAÑIZARES

LEYLA SOFIA LOPEZ RODRÍGUEZ

NURIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARÍA LUISA ALONSO CASTAÑON

ALBA CEÑERA MENENDEZ

1 Introducción

La seguridad clínica en el ámbito sanitario es esencial hoy en día, y funcionará como base de la calidad asistencial que se le dispensa al paciente y usuario de la sanidad pública española (Saturno et al., 2008).

En la última década, diferentes estudios establecen el impacto de la mortalidad relacionada con los errores médicos. En los mismos, se parte de la idea de que los errores son una consecuencia, y no una causa, estableciendo como solución (y, por tanto, proporcionando una mayor seguridad clínica) un modelo de prevención, tratando así de minimizar la exposición al riesgo de los usuarios (Agra y Terol, 2006; Aranaz y Moya, 2011).

La seguridad clínica supone un conjunto de actividades que se pueden llevar a cabo a distintos niveles, especialmente en cuanto a la información y la formación de los profesionales, pacientes o usuarios, y población en general. Otra línea importante a tener en cuanta, es la de favorecer la investigación en esta materia, estableciendo medidas preventivas que garanticen la seguridad clínica de la población (Aranaz-Andrés, 2008).

Por lo tanto, se podría decir que la seguridad clínica tiene su fundamento en la prevención de errores dentro de todos los procesos asistenciales, así como en la intervención por parte de los diferentes profesionales que trabajan en los sistemas sanitarios (Muñoz y Marín, 2013). Entre estos profesionales encontramos al TCAE como una figura relacionada directamente con el paciente.

En el sentido de lo expuesto previamente, la OMS (2012) establece que la seguridad clínica es un principio fundamental de la atención sanitaria, ya que en cada intervención o proceso siempre existe la posibilidad de riesgo. Por tanto, el objetivo fundamental es minimizar los errores en todas las áreas sanitarias, así como en todos los procesos asistenciales (Toffoletto, 2013).

La literatura científica avala que la implantación de modelos preventivos, y de valoración continua de los procesos asistenciales, minimiza los errores humanos y garantiza una atención de mayor calidad. Asimismo, detectará las causas reales de los errores más habitualmente cometidos, pudiendo implantar medidas al respecto y actualizar los procedimientos de atención al paciente (Teixeira y Cassiani, 2010).

2 Objetivos

- Analizar qué tipo de protocolos de evaluación de incidentes se están aplicando en la actualidad, así como su funcionamiento.
- Describir la participación del TCAE en la prevención de los errores clínicos y en la seguridad del paciente ingresado.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: seguridad clínica, sanidad, enfermería, funciones, TCAE, paciente, prevención. A través de estos tópicos,

se encontraron 15 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 5 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 10 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 2 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 8.

4 Resultados

A. Protocolos de valoración de seguridad clínica
Se encuentra, tras analizar los artículos seleccionados, que uno de los protocolos más frecuentemente utilizados para identificar errores o accidentes sanitarios es el Protocolo de Londres, que incluye en su análisis todos los niveles, desde la dirección o gerencia, hasta los diferentes puestos de trabajo, entre los que encontramos al TCAE. El procedimiento que sigue este protocolo, es el que sigue:
1.Investigación de incidentes:
• Revisión de la historia clínica.
• Entrevistas a los trabajadores, a la familia pacientes etc.
• Comprobar que los recursos tecnológicos tengan un funcionamiento adecuado, incluso a través del servicio técnico.
• Personal: estudio y comprobación del personal que allí se encontraba.
2. Análisis en el comité de seguridad: participación en dicho comité, lectura de la investigación y análisis de lo acontecido. Puesta en marcha de medidas actualizadas si fuera preciso.

B. Participación del TCAE en la seguridad clínica
Se encuentran varios factores que contribuyen a la seguridad clínica, siendo estos los que siguen:
• Paciente.
• Tarea y tecnología.
• Individuo.
• Equipo de trabajo.
• Ambiente laboral.
• Organización.
• Contexto institucional.

Atendiendo a diversos factores e historia de seguridad sanitaria, así como a diferentes informes valorativos previos, se pueden resumir las funciones del TCAE en su contribución a la seguridad clínica de la siguiente manera:
• Aprender de sus propios errores para así poder evitar cometerlos en un futuro.
• Intentar mejorar el sistema en la medida de sus posibilidades, verbalizando propuestas de mejora.
• Establecer una cultura y formación centrada en el aprendizaje y actualización continua.

Por otro lado, no se contribuirá a la seguridad clínica en los siguientes casos:
• Al utilizar métodos negativos, como puede ser un castigo o una sanción dirigida al sanitario. En dichos casos se confirma que no van disminuir los errores, especialmente aquellos cometidos sin intencionalidad.
• Tratar de comprender y educar, a la población en general, en que los profesionales sanitarios, como en cualquier otro ámbito, también pueden cometer errores humanos.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que es importante, para evitar la mayor parte de los errores humanos que merman la seguridad clínica, que exista confianza y comunicación entre el sanitario y el paciente. En esto juega una labor muy importante el TCAE, ya que se encuentra -sobre todo en el ámbito hospitalario- en continua comunicación con el paciente, y parte de esta información debe ser trasladada tanto al personal de enfermería como al médico. Por lo tanto, aquellas acciones que se deben potenciar son especialmente las dirigidas tanto a los profesionales, como o los pacientes y sus familiares o entorno cercano.

Las líneas de investigación deben estar dirigidas al fomento de la formación de los profesionales y hacia la mejora del sistema sanitario, así como a la aplicación de medidas preventivas en relación a los cuidados y autocuidados asumidos por el paciente o familia.

Finalmente, se deben tener en cuenta una serie de recomendaciones para garantizar la seguridad del paciente. Sus funciones serán tratar de minimizar los riesgos y fijar medidas de mejora, bien de forma inmediata o a largo plazo. Como medidas a destacar, cabe señalar las siguientes: reducir las infecciones a través de una adecuada higiene de manos; motivar a los pacientes en el compromiso de la

aplicación de estas medidas; mejorar el sistema de enseñanza y aprendizaje.

Por otro lado, las posibles soluciones para garantizar la seguridad del paciente pueden ser, entre otras: la identificación de forma clara del paciente; cuidado en la aplicación de los medicamentos (mirar bien la fecha de caducidad, forma de aplicación, etc.); comunicación entre el personal en el caso de traslado de pacientes; realizar todos los procedimientos en los lugares habilitados para ello, y en la forma indicada; especial cuidado en la conexión de los catéter y tubos, para así prevenir errores; utilización de dispositivos de inyección de un solo uso.

6 Bibliografía

- Agra, Y., & Terol, E. (2006, December). La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. In Anales del sistema sanitario de Navarra (Vol. 29, No. 3, pp. 319-323). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Aranaz, J. M., & Moya, C. (2011). Seguridad del paciente y calidad asistencial. Rev Calid Asist, 26(6), 331-2.
- Aranaz-Andrés, J. M., Limón-Ramírez, R., Aibar-Remón, C., Miralles-Bueno, J. J., Vitaller-Burillo, J., Terol-García, E., ... & de Trabajo ENEAS, G. (2008). Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria, 22, 198-204.
- Estepa del Árbol, M., Espadero, M., ª Carmen, M., Pérez Blancas, C., & Crespo Montero, R. (2016). Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enfermería Nefrológica, 19(1), 63-75.
- Muñoz, F. P., & Marín, V. P. (2013). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. Revista de Calidad Asistencial, 28(6), 329-336.
- Organización Mundial de la Salud. (2012).
- Saturno, P. J., Gama, Z. D. S., De Oliveira-Sousa, S. L., Fonseca, Y. A., De Souza-Oliveira, A. C., & ISEP, G. P. (2008). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Medicina Clínica, 131, 18-25.
- Teixeira, T. C. A., & Cassiani, S. H. D. B. (2010). Root cause analysis: evaluation of medication errors at a university hospital. Rev Esc Enferm USP, 44(1), 139-46.
- Terol, E., Agra, Y., Fernández-Maíllo, M. M., Casal, J., Sierra, E., Bandrés, B., ... & del Peso, P. (2008). Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. Medicina Clínica, 131, 4-11.

- Toffoletto, M. C., & Ruiz, X. R. (2013). Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(5), 1098-1105.

Capítulo 273

VIRUS, INFORMACIÓN BÁSICA Y PROTOCOLOS. INFORMACIÓN SOBRE CORONAVIRUS 2019 NCOV

ANGELA RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

EL 30 de Enero de 2020, la OMS declara la emergencia de salud pública con respecto al brote de un nuevo coronavirus surgido en China en Diciembre del 2019. Esta declaración de emergencia emitida por la OMS está creando cierta alarma social, ya que, lo nuevo y desconocido genera incertidumbre y miedo.

Además, en una sociedad tan globalizada como la actual, epidemias como la que hacemos referencia pueden expandirse a zonas diversas y distantes poniendo en riesgo a más población. Por otro lado, tenemos más, mejor y más rápida información, que utilizada de manera correcta, nos puede ayudar a gestionar no sólo las consecuencias de una enfermedad, si no también a evitar el pánico y a enfrentarnos de la forma segura y acertada. Para todo esto, en este trabajo, vamos a dar información sobre el tipo de virus al que nos enfrentamos y las medidas higiénico sanitarias que debemos poner en práctica, además, de la educación sanitaria que debemos ofrecer a los usuarios.

Antes de nada, debemos investigar y conocer a fondo el nuevo virus, tener controlar toda la información disponible hasta el momento para después elegir los métodos de prevención más adecuados.

2 Objetivos

- Conocer de forma básica como atacan los virus al organismo, cómo se reproducen, las vías de entrada en las células que utilizan, qué riesgos suponen, qué tipos hay y cómo pueden mutar (información sobre el nuevo virus coronavirus 2019 nCov.).
- Analizar y proponer las mejores actuaciones y protocolos para minimizar el contagio de enfermedades producidos por virus, con especial mención a las formas de actuar ante el nuevo virus coronavirus 2019nCov.

3 Metodología

- Se trata de un estudio explicativo e investigación descriptiva y predictiva.
- Análisis de la bibliografía en relación a la biología viral.
- Análisis de los métodos de colonización de los virus, así como sus formas de replicarse y los métodos de expansión y mutación de estos.
- Análisis de bibliografía sobre el nuevo virus coronavirus, su forma de transmisión, los riesgos que puede representar, las actuaciones que podemos tomar para evitar una epidemia, la prevalencia y virulencia de este nuevo virus.

4 Resultados

Antes de nada, debemos investigar y conocer a fondo el nuevo virus, tener controlar toda la información disponible hasta el momento para después elegir los métodos de prevención más adecuados.

¿Qué es un virus? Etimológicamente la palabra virus proviene del latín, significa "veneno". Las características generales más importantes de estos organismos son, primero, partículas infecciosas con un tamaño tan pequeño que no se pueden estudiar a microscopio óptico si no que se deben de utilizar otras técnicas para su estudio y que son capaces de atravesar filtros que otros organismos no pueden. Tienen a su vez la capacidad de afectar a todo tipo de organismos desde animales hasta bacterias , incluso pueden infectar a otros virus, los capaces de hacer esto, son denominados como virófagos. Otra característica digna de mención de estos organismos es que son parásitos intracelulares, es decir, necesitan una célula huésped para alimentarse y sobrevivir.

Según su estructura química están compuestos por ADN (ácido desoxirribonucleico) o ARN (ácido ribonucleico) y proteínas. Este dato lo tendremos muy

presente cuando hagamos mención a la mutación de los virus.

En resumen , los virus, son agentes infecciosos de tamaño muy reducido lo que hace que se complique un poco su estudio y su transmisión , que se alimentan del huésped, debilitándolo, y sobre todo y muy importante con la capacidad de mutar y generar nuevas cepas.

¿Cómo se transmiten los virus? Para poder conocer mejor la forma de actuar de estos organismos no sólo tendremos en cuenta los mecanismos de transmisión sino también las formas de penetración de estos en las células.

Mecanismos de transmisión
¿Qué es una enfermedad transmisible ? Las enfermedades son aquellas causadas por un agente biológico, como puede ser un virus , una bacteria u otro. Para que se haga efectiva esta transmisión estos agentes biológicos deben ser transmitidos de un individuo a otro. En la transmisión intervienen diferentes elementos y esta puede producirse de diferentes maneras.
Para conseguir la transmisión de cualquier organismo y que se este genere la enfermedad se deben de cumplir ciertas condiciones y el agente infeccioso recorre una serie de etapas y eslabones cuyo conjunto denominamos cadena epidemiológica. Estos eslabones son los siguientes:
- En primer lugar, debemos tener un agente casual o patógeno que es el elemento necesario para que una enfermedad se desarrolle. Según su naturaleza puede de ser de tres tipos, biológico, físico o químico. Los virus son de naturaleza biológica.
- Huésped portador, donde el agente casual se desarrolla, también se puede denominar fuente de infección porque es quien puede diseminar el agente y donde puede crecer y multiplicarse. Según el origen del huésped se puede clasificar en reservorio humano y animal. También otra fuente puede ser el ambiente pero a esta no la denominaremos como reservorio porque en este medio el agente no puede reproducirse.
- Puerta de salida, su propio nombre lo indica, en este eslabón el agente infeccioso sale del huésped portador. La manera en que se produzca esta salida clasificará la puerta de salida, aparato respiratorio, digestivo , vía placentaria o tracto genitourinario
- Huésped susceptible, es quien puede recibir el agente.
- Puerta de entrada, por donde el agente entra al huésped susceptible, como en el caso de puerta de salida tenemos diferentes vías , coincidiendo normalmente la vía de salida y de entrada.

En relación con los virus clasificaremos de forma más exhaustiva la puerta de

entrada del agente casual. Diferenciaremos las siguientes:
- Respiratoria o inhalatoria ,virus como la gripe o coronavirus.
- Digestiva o vía fecal – oral por ejemplo la hepatitis A y E o rotavirus.
- Transcutánea ,picaduras de insectos como el dengue .
- A través de la piel, molusco contagioso.
- Transplacentaria , citomegalovirus.
- Parenteral , así ingresa el VIH o la hepatitis B;C Y D.
- Genital , el virus del papiloma, herpes simple entre otros.

Y por último tenemos los mecanismos de transmisión que es la forma que utiliza el agente para entrar y salir del portador o del huésped susceptible. Los mecanismos de transmisión se clasifican de dos formas: transmisión directa o indirecta. En la transmisión directa debe producirse contacto entre huésped portador y el susceptible, si es por contacto estrecho y directo la clasificaremos como transmisión directa inmediata y si es por el aire como clasificación directa mediata. La transmisión indirecta se produce sin que sea necesario cercanía entre los huéspedes, se puede producir por ejemplo, a través de un límite o de un vector.

Este es el recorrido que un agente infeccioso realiza para generar cualquier enfermedad, como hemos mencionado si el agente casual de carácter biológico puede ser un virus, estos tienen una forma de reproducción dentro del huésped propia. Conocer la forma en que las enfermedades se desarrollan es básico para poder realizar protocolos y actuaciones no sólo que las eviten sino que minimicen las consecuencias una vez producidas.

Como nos estamos centrando en los virus, debemos conocer como estos entran en la célula algo primordial ya que sin esta colonización los virus no pueden reproducirse, como decíamos al principio son parásitos celulares necesitan de la célula irremediablemente. características es por lo que no es, totalmente correcto ,clasificarlo como ser vivo. Los virus se componen de dos o tres partes, una cubierta protectora proteica o cápside , material genético quien aporta la información hereditaria, este puede ser, ADN o ARN, y en algunos casos, todos los virus no la poseen, una membrana lipídica llamada envoltura.

Replicarse es característica, la partícula viral entra en la célula y si está activa se hará con el mando para producir la replicación. Entra en la célula y esta en vez de sintetizar sus proteínas como normalmente hace se ve obligada a sintetizar las copias de los virus. Para ello el virus sigue el siguiente proceso:
- La infección viral entra en huésped portador.

- Una vez dentro del huésped el virus comienza su etapa de fijación , en esta etapa el virus reconoce la célula.
- Después de reconocer la célula , el virus penetra en ella, etapa de penetración , produciendo una rotura de la membrana celular.
- Etapa de replicación del genoma o expresión, el virus hace sus copias, realizan la replicación de su material genético.
- Ensamblaje, proceso de unión de las copias del virus para construir nuevos virones.
- Por último las partículas virales ya terminadas salen de las células, ya listas para infectar a otras.

Los virus siendo básicamente paquetes de ácido nucleico y proteínas pero según sus actividad y forma de comportarse se pueden diferenciar así:
- Provirus es cuando el virus tiene la capacidad de integrar el ADN viral a un cromosoma de la célula hospedadora , protegiéndose así con el sistema inmunitario de la célula hospedadora.
- Priones o agentes infecciosos no convencionales, estos son hebras de proteínas autorreplicantes, no se les relaciona ningún ácido nucleico específico , producen cambios en otras proteínas , produciendo infecciones lentas del sistema nervioso central . Son , además ,muy resistentes a la desinfección y a la esterilización , un ejemplo de priones sería la “enfermedad de las vacas locas”.
-m Bacteriófago, son virus que infectan a las bacterias.
- Virus defectivo, este virus no puede realizar su réplica sin la ayuda de otros virus.
- Virón, una partícula viral completa que posee capacidad infectante.

Los virus se clasifican teniendo en cuenta sus diferentes características por:
- Orden.
- Familia.
- Subfamilia.
Género.
- Especie- cepa/ tipo.

Tenemos en total 5 órdenes , 82 familias , 11 subfamilias, 307 géneros, 2083 especies, pero hay unos 3000 tipos sin clasificar.
Por otro lado , además de la capacidad de diferentes formas de replica que tienen los virus tienen la capacidad de mutar, es decir ,en ocasiones el sistema inmunitario del hospedador reacciona antes el virus y no le deja penetrar en la célula , algunos virus tienen la capacidad de mutar cambiando sus proteínas para así

poder penetrar en la célula. Normalmente estas mutaciones no son significativas pero en otras benefician al virus dándole por ejemplo la capacidad de resistir a los medicamentos antivirales . Uno de los grandes peligros de las mutaciones virales es cuando realizan un cambio muy significativo en el genoma del virus ya que de este proceso se pueden derivar pandemias.

¿Qué es una pandemia? Según la OMS se llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad . La OMS hace referencia a que la mayoría de las pandemias se produjeron por nuevos virus gripales de los cuales la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra ellos.

Como mencionábamos al principio en diciembre del 2019 aparece en China un nuevo virus ,más concretamente en la Wuham provincia de Hubei. Las autoridades chinas informan de la aparición de un nuevo virus, de la familia de coronavirus, al que se le denomina coronavirus 2019-nCoV.

Los coronavirus es un extenso grupo de virus de ARN que pueden generar múltiples enfermedades, desde un resfriado hasta patologías más severas y difíciles de tratar.

La forma de mutar de los virus y crear cepas nuevas es un reto para los científicos y personal sanitario porque aparecen súbitamente y no se tiene conocimiento de su virulencia ni tratamiento.

¿Qué sabemos hasta ahora del nuevo virus? Aparece en la ciudad China Wuham todo apunta que en un mercado y la hipótesis que más fuerza tiene por ahora que ha transmitido a través de murciélagos que pudieron infectar a otros animales y así pasar al hombre. Según científicos que han analizado el virus tiene un 80% de similitud con el SARS , es decir que sería una cepa de este.
SARS (síndrome agudo respiratorio) perteneciente a la familia de coronavirus, surgió de los países del sudoeste asiático en 2002 , infectando a unas 9000 personas y causando 916 muertes.

El coronavirus 2019 nCov es un virus muy reciente del que tenemos mucho desconocimiento pero hay algunos datos sobre él que pueden ayudarnos para mejorar la prevención y agravar las consecuencias.

¿Qué sabemos hasta ahora del nuevo coronavirus?
- Tiene una mortalidad del 3% frente al 9,8 % del SARS.
- Tardó 3 semanas en dar 3.000 casos.
- Hay 305 muertes en China y 1 en filipinas hasta el momento.

- China tiene en cuarentena a 40 millones de personas , es decir a 13 ciudades.
- Diferentes países han confirmado casos. Tabla de países que han confirmado algún caso a fecha 30 de Enero

País Nº de casos
China 9.658
Tailandia 14
Hong Kong 12
Japón 11
Singapur 10
Taiwán 9
Australia 9
Malasia 8
Macao 7
EE.UU 6
Francia 5
Alemania 4
Emiratos Árabes Unidos 4
Canadá 3
Vietnam 2
Italia 2
Nepal 1
Camboya 1
Finlandia 1
Sri Lanka 1
Filipinas 1
Según la revista médica Lancet , los primeros 99 casos presentaban estos síntomas:
- 82 tuvieron fiebre.
- 81 tos.
- 31 dificultades para respirar.
- 11 dolor muscular.
- 9 confusión.
- 8 dolor de cabeza.
- 5 dolor de garganta.

Con respecto a la forma de propagación del nuevo virus, sabemos que se transmite por vía aérea pero también a través de objetos o sustancias y por contacto.

En relación al poder de virulencia del virus, todavía no tenemos datos definitivos ya que es un virus de muy reciente aparición , al que hay que estudiar y analizar más, pero las hipótesis de los científicos es que se propagará más ,ya que se contagia antes de presentar síntomas, mientras se está incubando la enfermedad lo que supone que los contagioso serán más números. Robin Thompson de la universidad de Oxford estima que cada persona con el virus pueda transmitirlo a entre 3 y 5 personas pero esta estimación se hizo antes de saber que se podía transmitir antes de presentar síntomas, esto explicaría porque se propaga más rápido que el SARS aunque como hacemos mención tiene una tasa de mortalidad menor que la del SARS.

5 Discusión-Conclusión

Analizando todos los datos de los que disponemos en relación al coronavirus 2019 nCov explicaremos las medidas que podemos tomar con respecto a él, sabemos que la forma de transmisión más poderosas de enfermedades son las manos, por ello en cualquier protocolo ante una infección, enfermedad o buena praxis sanitaria la base de la prevención es un exhaustivo lavado de manos.

La higiene de manos es la medida más eficaz para prevenir infecciones con ella además de prevenir contagios se puede salvar vidas.

Los profesionales sanitarios sabemos las consecuencias y beneficios de un buen lavado de manos, debemos saber como hacerlo correctamente y en que momentos es obligatorio pero también tenemos la tarea intrínseca a nuestro trabajo de educar a los usuarios y ciudadanía de la importancia de hacerlo, no sólo en el ámbito sanitario sino también en el día a día.

Desde las instituciones sanitarias si que hay un movimiento para fomentar, educar y enseñar la importancia del lavado de manos, como hacerlo correctamente, los beneficios que podemos conseguir, desde instituciones como la organización mundial de la salud hay campañas con respecto a esto.

La primero y más básica medida de prevención contra el coronavirus 2019nCov es el lavado de manos pero teniendo en cuenta que la vía de transmisión no sólo es por aire , si no también por gotas y contacto, debemos extremar las medidas.

Para evitar el contacto, trataremos de tener precaución con las personas que muestren algún síntoma, evitar el contacto, el uso de guantes y educar a la persona que estornude o se limpie con papel desechable son técnicas que pueden

evitar el contagio.

Sabemos que el uso de mascarillas también puede ayudar a que no se infectes más personas.
En caso de que se cumplan algunos de los síntomas que produce el virus se debe acudir pronto al médico, evitando todo tipo de contacto. Una vez allí , el mejor aislamiento sería el estricto, porque las vías de contagio son múltiples y sabemos que el virus se expande rápidamente.

Las personas que hayan viajado a la zona cero, deberán ser consecuentes, si tienen un síntoma aunque sea leve, acudir a su médico inmediatamente, además de tomar las medidas higiénico- sanitarias antes mencionadas.
Todavía es muy pronto para conocer el alcance verdadero de este nuevo virus por ello debemos hacer todo lo que este en nuestras manos para evitar su contagio hasta que los científicos consigan una vacuna o tratamiento. Hasta ahora las únicas medidas que podemos poner en prácticas son las antes mencionadas.

La última información que tenemos sobre el coronavirus 20019nCov es que científicos italianos han conseguido aislar su secuencia, esto quiere decir que ya se conoce algo más sobre este y así se puede investigar como detener su propagación y a que nos enfrentamos realmente.

6 Bibliografía

- Epidemiologiacelular.com.
- Wikipedia,virus.
- Recursos.cnice.mec.es.
- Biomerica6/mecanismos de transmisión pdf.
- Khanacademy.
- Medicinaintensiva.org.
- OMS (organización mundial de la salud) .
- Biología viral, Juan R.Arbiza.
- Generalidades de microbiología ,Marta negroni y María Inés González.
- Newscientist.com.

Capítulo 274

EL ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA OBESIDAD INFANTIL.

YAIZA ARIAS CASTRO

ANA ROSA LOPEZ ALVAREZ

1 Introducción

La obesidad infantil es uno de los retos de futuro, ya que constituye un grave problema debido a su ritmo ascendente de crecimiento, a su asociación e interrelación con otras enfermedades y al impacto económico que está produciendo en los sistemas sanitarios (1). El origen principal de la obesidad infantil es una interacción entre factores genéticos, ambientales y conductuales, siendo este último el factor más determinante, puesto que cada vez se producen más desequilibrios entre la ingesta y el gasto energético. Estos desequilibrios se manifiestan primero con el desarrollo del sobrepeso, que posteriormente pasa a la obesidad. Todo esto se debe a la denominada sociedad de la abundancia, donde a la importante disponibilidad de alimentos calóricos, se han unido nuevos cambios de los estilos de vida, sobretodo orientados hacia un estilo de vida sedentario, donde la calidad del alimento y los buenos hábitos alimentarios han quedado relegados a un segundo plano.

A nivel práctico, la estimación del contenido de grasa corporal se realiza con el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos

por la talla del individuo en metros elevada al cuadrado. Un niño presenta obesidad cuando su Índice de Masa Corporal sobrepasa en dos o más desviaciones estándar el valor medio del parámetro que ha sido estimado para individuos de la misma edad y sexo. En cambio, estamos ante un caso de sobrepeso cuando el individuo no sobrepasa el umbral de 2 veces la desviación estándar, pero presenta un exceso de tejido graso (2). El término obesidad mórbida sólo se utiliza en los casos en los que la obesidad está asociada a comorbilidad.

2 Objetivos

Realizar un análisis de la incidencia de la obesidad entre la población infantil y determinar los tipos de obesidad existentes, los factores que desencadenan o agravan este problema, para poder realizar propuestas de abordaje de la enfermedad desde la prevención y desde el abordaje terapéutico.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre la obesidad infantil en España y los factores desencadenantes de ella. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scielo y Teseo. Los descriptores utilizados fueron "obesidad", "infantil", "sobrepeso", "alimentación saludable", "prevención". Con estos descriptores también se realizaron búsquedas en metabuscadores como NHS Evidence o Excelencia clínica.
Como criterios de exclusión, se han omitido todos los estudios que sean anteriores al año 1995 y los artículos escritos en cualquier idioma que no sea el inglés o el español.

4 Resultados

En los países desarrollados de occidente se ha incrementado de manera exponencial la prevalencia de la obesidad infantil, la cual afecta independientemente del sexo, edad, clase social, nivel económico, lugar de residencia (urbano o rural) o grupo racial. Los estudios que se han realizado acerca de la obesidad han seguido diferentes criterios, por lo que es difícil unificar datos y establecer líneas de estudio temporales que abarquen grandes períodos de tiempo. El estudio enKid del año 1998 ya daba unas cifras de prevalencia de la obesidad del 12% para las niñas

y del 15,6% para los niños. Además un 13% de la población infantil ya sufría de sobrepeso (3). El Ministerio de sanidad realizó en el año 2006, dentro de su encuesta Nacional de Salud, una sobre la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso entre la población de 2 a 17 años. Los datos observados dan una prevalencia de obesidad para ese rango de edad del 8,9% y para el sobrepeso del 18,7%. Uno de los últimos estudio sobre la obesidad en la población infantil de nuestro país realizados en el año 2012, arrojaba una prevalencia del sobrepeso del 26% y para la obesidad del 12,6%. Además este estudio destaca que la obesidad se asociaba a aquellas clases sociales más desfavorecidas y que poseían menos estudios (4).

En la Unión Europea, la tasa de obesidad infantil ha aumentado enormemente en las últimas décadas, produciéndose una diferencia considerable entre los países del sur, que presentan unas tasas de obesidad del 20-35%, y los del norte y entorno nórdico, cuyas tasas oscilan entre 10-20% (1) (3). el caso más preocupante mundialmente se encuentra en Estados Unidos en donde la tasa de obesidad de algunos grupos de edad se ha duplicado con respecto a la tasa registrada en los años 70 y 80 (3).

Como se ha mencionado antes, los factores son determinantes a la hora de establecer la prevalencia de esta enfermedad, por ello es importante la identificación de los aquellos factores genéticos y ambientales que producen el desequilibrio energético, para así poder desarrollar estrategias preventivas encaminadas a disminuir la incidencia de la obesidad. Algunos de los factores de riesgo más relevantes se exponen a continuación:

• Peso a la hora de nacer: hay una asociación positiva entre los niños que nacen con un peso superior a los 4 kg y padecer obesidad en la infancia y edad adulta (5).
• La alimentación en el primer año de vida: se ha demostrado que los niños alimentados con lactancia materna tienen un menor riesgo de desarrollar obesidad que aquellos que han sido alimentados artificialmente (5).
• Sexo: varios estudios han demostrado que la prevalencia de la obesidad es superior en los varones que en las mujeres (3) (4).
• Nivel socioeconómico: estudios han demostrado que la obesidad es mayor cuando los niveles socioeconómicos, culturales y educativos son más bajos (3).
• Distribución geográfica: las zonas rurales en los países en vías de desarrollo son un factor reductor de la incidencia de la obesidad, en cambio en los países desarrollados ocurre justo lo contrario, siendo un factor de aumento del riesgo de padecer obesidad.

• Estilo de vida: además de la lactancia materna, el consumo de 3 o más piezas de frutas y verduras al día reduce el riesgo de padecer obesidad en un 35% (3).
• Sociales: influencias recibidas por la población infantil de programas de televisión, de la escuela o de las redes sociales (6).

5 Discusión-Conclusión

La base para un efectivo tratamiento mediante el abordaje terapéutico es la creación y puesta en marcha de un programa que abarque desde un punto de vista a largo plazo, la educación nutricional, el aumento de la actividad física y una modificación de la conducta del paciente. Son prácticamente inexistentes los estudios sobre la efectividad del abordaje terapéutico, debido a que sus resultados son a largo plazo. El abordaje terapéutico se aleja de la consecución de objetivos a corto plazo mediante dietas y ejercicios. Se basa en medir periódicamente el IMC, actuando sobre los factores y conductas de riesgo, educando y comprometiendo al paciente en el proceso. Se debe estudiar la dinámica familiar y estudiar la predisposición del entorno familiar a iniciar el tratamiento. El abordaje terapéutico lo podemos dividir en cuatro fases secuenciales, las cuales se detallan a continuación (7):

• Precontemplación: la fase en la que el paciente no contempla la posibilidad de realizar el cambio.
• Contemplación: cuando el paciente reconsidera la situación y se empieza a plantear la posibilidad de realizar el cambio.
• Acción: cuando el paciente realiza las conductas para conseguir el cambio.
• Mantenimiento: el paciente sigue realizando acciones para mantener a largo plazo el cambio logrado.

Para poder abordar todas estas fases, el paciente puede necesitar la ayuda de tratamientos convencionales como tratamientos conductuales, tratamientos farmacológicos o tratamientos quirúrgicos. Todos ellos son plenamente compatibles con el abordaje terapéutico, puesto que el objetivo principal de este es conseguir resultados sostenidos en el tiempo y con visión a largo plazo, y como se expuso al inicio es un tratamiento multidisciplinar en el que la clave del éxito es abordarlo desde distintas perspectivas, tratamientos, hábitos, conductas y terapias. Sólo así se podrá potenciar y asentar el abordaje terapéutico como un tratamiento eficaz para eliminar la obesidad en los pacientes que sufren de ella, sin olvidarnos que la mejor manera de evitar que estos tratamientos se lleven a cabo, es actuar sobre

el origen de la enfermedad realizando técnicas de concienciación y prevención sobre la población infantil.

6 Bibliografía

1. Speiser PW, Rudolf MC, Anhalt H, Camacho-Hubner C, Chia rel l i F, Eliakim A, et al. Consensus statement: Childhood obesity. J Clin Endocrinol Metab. 2005; 90: 1871-87.
2. Cali AM, Caprio S. Obesity in children and adolescents. J Clin Endocrinol Metab. 2008; 93.
3. Serra Majem L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). En: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J (eds.). Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid. Barcelona: Masson, S.A.; 2001. p. 81-108.
4. Sánchez-Cruz JJ, Jiménez-Moleo JJ, Fernández-Quesada F, Sánchez MJ. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. Rev Esp Cardiol. 2013; 66(5): 371-76.
5. Lama More RA, Alonso Franch A, Gil-Campos M, Leis Trabazo R, Martínez Suárez V, et al., y Comité de Nutrición de la AEP Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. An Pediatr (Barc). 2006; 65: 607-15.
6. Canadian Institute for Health Information. Obesity in Canada. Identifying Policy Priorities. 2003: 23-6.
7. Resnicow K, McMaster F, Bocian A, et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. Pediatrics. 2015; 135: 649.

Capítulo 275

LOS CUIDADOS DEL PACIENTE INTUBADO POR PARTE DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

YAIZA ARIAS CASTRO

ANA ROSA LOPEZ ALVAREZ

1 Introducción

El cuidado del paciente intubado debe ser muy meticuloso y debe estar enfocado en proporcionar al paciente confort y bienestar, para así poder proporcionar una rápida mejoría. Es importante proporcionar unos cuidados con una alta calidad asistencial y que utilicen las mejores tecnologías disponibles.

La neumonía asociada a la ventilación mecánica se define "como la neumonía que se produce en pacientes con intubación endotraqueal o traqueotomía, y que no estaba presente en el momento de la intubación ". Dentro de esta definición también se incluyen aquellas neumonías que han sido diagnosticadas pasadas 72 horas desde la retirada del tubo endotraqueal o la traqueotomía.

Por otra parte, la neumonía precoz se define como "aquella que aparece entre los 5 y 7 días de intubación y que tiene poca tasa de mortalidad". La mortalidad dentro de la neumonía asociada a la ventilación mecánica se debe a microorganismos resistentes como la Pseudomona aeruginosa, el Staphliloccus aereus meticilin resistente o al Acinetobacter baumannii (1).

2 Objetivos

- Realizar un análisis de las medidas que deben aplicar los auxiliares de enfermería para prevenir las infecciones en el paciente intubado.
- Determinar los mejores cuidados que se le pueden aplicar al paciente intubado.
- Realizar propuestas de abordaje de la infecciones desde la prevención y desde los mejores cuidados al paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre las infecciones en los pacientes intubados y los factores desencadenantes de estas. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scielo y Teseo. Los descriptores utilizados fueron: paciente intubado, infección, cuidados, microorganismos, prevención. Con estos descriptores también se realizaron búsquedas en metabuscadores como NHS Evidence o Excelencia clínica. Como criterios de exclusión, se han omitido todos los estudios que sean anteriores al año 2000 y los artículos escritos en cualquier idioma que no sea el inglés o el español.

4 Resultados

Uno de los factores más importantes en las infecciones de los pacientes intubados es la postura del propio paciente. Una de las posiciones más utilizadas en al paciente intubado es la semi-incorporada con una elevación del cabecero de 45º debido a que de esta manera se reduce significativamente la aspiración de líquidos, lo que evita una posible aparición de neumonías (2) (3). Se ha demostrado que la posición supina del paciente intubado es un alto factor de riesgo para el desarrollo de las neumonías asociadas a la ventilación mecánica debido a que, en esta postura, se facilita la aspiración de secreciones subglótidas y el reflujo gastroesofágico. Otras posiciones que se han demostrado eficientes a la hora de prevenir las infecciones y neumonías en el paciente intubado son el decúbito lateral y el decúbito prono (6). Esta variedad de posturas permite la prevención de las úlceras por presión sin poner en riesgo al paciente por riesgo de infecciones o neumonías asociadas a la ventilación mecánica.

Otro factor de riesgo es la higiene debido a que el paciente generalmente está en una situación de inconsciencia, sedación o inmovilización y no puede autocuidarse. Las pautas de higiene corporal en el paciente intubado se lleva a cabo

de la misma manera que en el paciente consciente. Hay que prestarle gran atención a la higiene de la cavidad bucal, debido a que en ella se reproducen gran cantidad de bacterias que pueden producir complicaciones en el paciente intubado, es por ello que es importante seguir unas pautas de limpieza regulares, cada 4 o 5 horas, con aplicación tópica de clorhexidina (7).

Otro de los factores de riesgo son las secreciones, por ello es importante la aspiración de las mismas. La aspiración debe ser una técnica estéril que elimine las secreciones que el paciente no puede expulsar por sí mismo del árbol bronquial. Las ventajas de la eliminación de las secreciones es mantener las vías respiratorias despejadas, prevenir la hipoxia, y prevenir la formación de las infecciones. La técnica de la aspiración programada sólo se debe usar en pacientes en los que se sospeche la acumulación de secreciones, ya que las manipulaciones repetitivas e innecesarias pueden producir lesiones en la mucosa y favorecer la aparición de infecciones (2).

Es necesario mantener una correcta alimentación y nutrición en los pacientes intubados, puesto que una nutrición deficiente puede debilitar el sistema inmunitario, lo que favorece la aparición de potenciales infecciones que pueden desencadenar en mayores estancias hospitalaria y pueden incluso aumentar la morbimortalidad (4).

También es muy importante el mantenimiento y limpieza de los aparatos que constituyen el equipo de ventilación, que deben mantenerse secos y limpios después de cada uso para prevenir la aparición de bacterias como la Legionella, Mycobacterias o Aspergillus. Además de mantener los aparatos en perfectas condiciones de desinfección e higiene, es importante por parte del personal encargado de su manipulación el lavado de manos antes y después de manipular los aparatos, para prevenir la transmisión de microorganismos. (5) Se ha demostrado que un cambio frecuente de filtros respiratorios no disminuye significativamente el riesgo de neumonías asociadas a la ventilación mecánica. En cambio es necesario para prevenirlas eliminar las condensaciones y secreciones que se puedan formar. Es importante el uso de agua estéril para el lavado del circuito de los aparatos, puesto que el agua corriente puede contener patógenos que el cloro no consigue eliminar y que pueden causar infecciones y complicaciones en el paciente, como la Pseudomona aureginosa.

5 Discusión-Conclusión

La posición semi-incorporada del paciente a 45º tienen grandes evidencias de que previene las neumonías asociadas a la ventilación mecánica.

Los lavados bucales con clorhexidina y otros antisépticos se han demostrado eficaces en la prevención de las neumonías asociadas a la ventilación mecánica.

La aspiración endotraqueal no debe ser nunca programada, utilizándose sólo cuando sea necesario, puesto que hay evidencias de que puede llegar a ser un factor de riesgo a la hora de padecer una neumonía asociada a las ventilación mecánica.

Cuando el paciente intubado precise de nutrición enteral, se debe mantener la cama en posición incorporada para evitar la posibilidad de aspiración de contenido gástrico.

6 Bibliografía

1. Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva. Envin helics informe 2010. (pdf (http://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Informe%20ENVIN-U%202010.pdf)
).
2. Vinagre Gaspar R, Morales Sánchez C, Frade Mera MJ, Zaragoza Garcí a I, Guirao Moya A, Cuenca Solanas M, Garcí a Fuentes C, Alted López E. Evaluación del cumplimiento de cabeceros elevados entre 30““45 o en pacientes intubados. Enferm Intensiva. 2011;22:117-124 (PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21269856)
).
3. Solé Violán J, Ferrer Agí¼ero JM, Rodriguez De Castro F. Viabilidad y reproducibilidad de la posición semisentada para prevenir la neumoní a asociada a la ventilación mecánica. Medicina intensiva / Sociedad Espanola de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. 2007;31:27-28 (html (http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912007000100004&script=sci_arttext)).
4. Guardiola JJ, Sarmiento X, Rello J. Neumoní a asociada a ventilación mecánica: Riesgos, problemas y nuevos conceptos. Medicina intensiva / Sociedad Espanola de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. 2001;25:113-123 (pdf (http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/64/64v25n03a13013567pdf001.pdf)
).

5. Elorza Mateos J, Ania González N, ígreda Sádaba M, Del Barrio Linares M, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Valoración de los cuidados de enfermerí a en la prevención de la neumoní a asociada a ventilación mecánica. Enferm Intensiva. 2011;22:22-30 (PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21296017)
).
6. Martí nez Ó, Nin N, Esteban A. Evidencias de la posición en decúbito prono para el tratamiento del síndrome de distrés respiratorio agudo: Una puesta al dí a. Arch Bronconeumol. 2009;45:291-296.
7. Carvajal C, Pobo í , Dí az E, Lisboa T, Llauradó M, Rello J. Higiene oral con clorhexidina para la prevención de neumoní a en pacientes intubados: Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. Medicina clinica. 2010;135:491-497 (PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20557902)
).

Capítulo 276

CÓMO ABORDAR EL PROCESO DEL DUELO.

ANA ISABEL CALVO SUÁREZ

ARACELI LASARTE IBÁÑEZ

BENEDICTA ALVAREZ IGLESIAS

ANA ISABEL ALVAREZ DEL SALVADOR

1 Introducción

Que duelo y dolor tengan la misma etimología semántica (¨dolus¨, sufrir) no es una casualidad. Está científicamente comprobado que, ante la pérdida de un ser querido, la persona experimenta reacciones y síntomas, tanto físicos como emocionales. Resulta increíble que la muerte sea nuestra única certeza al nacer, y que, sin embargo (en nuestra cultura, al menos), no seamos capaces de prepararnos para aceptarla.

Los técnicos en cuidados de enfermería somos quienes más tiempo pasamos tanto con los pacientes como con sus familiares y por ello podemos detectar tanto sus necesidades psicológicas, como espirituales, además de las físicas. Y en estos momentos en que la vida llega a su fin tenemos en nuestras manos facilitar ese camino.

En muchas ocasiones existe una especie de conspiración del silencio, para que el paciente no sepa de su final, y eso hace que éste no pueda decidir sobre sus voluntades finales, ni su familia viva el duelo de forma adecuada. Pero debe ser el

paciente quien decida qué información quiere conocer respecto a su enfermedad y respetarlo, y de esta forma será él quien decida que cesen los cuidados curativos (cuando ya no tiene posibilidad de curación), y comiencen los cuidados paliativos.

Cuando la enfermedad del paciente está muy avanzada, suele haber excesivos ingresos hospitalarios y medicación, por lo que deberíamos informarles de la posibilidad de que este proceso se desarrolle en su domicilio, rodeado de sus objetos personales y sus seres queridos, y , por supuesto, con un equipo de profesionales que controle los síntomas de su enfermedad y le preste todo el apoyo que, tanto él, como los suyos precisen.

La elaboración del duelo nos hace sentir dolor, y eso, por supuesto, supone dificultades, pero debemos renunciar a lo que ya no está y madurar, como seres humanos desarrollados. Y debemos aprender a vivir con la cicatriz de la herida que deja una pérdida, y buscarle a nuestra vida un nuevo sentido.

Cuando eres personal sanitario, y aún con más cercanía en el caso de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCES), es muy frecuente que vivamos esa situación de forma habitual. Y es, por tanto, muy necesario que desarrollemos habilidades y estrategias para detectar las necesidades, tanto de los familiares y seres queridos, cuando llegue el desenlace, como del propio paciente en sus últimos momentos.

Los objetivos del técnico en cuidados de enfermería serán:
- Acercarnos al paciente y sus familiares desde la comprensión de su sufrimiento.
- No juzgar, ni a unos ni a otros, aunque éstos se expresen con ira o rabia.
- Empatizar con sus sentimientos.
- Apoyarles incluso con nuestro silencio.
- Procurar que desaparezca la inquietud mediante el tacto, cogiendo al paciente de la mano.
- Escuchar lo que la persona que sufre quiera contarnos, haciendo que ganen confianza para expresarnos lo que para ella es importante y no ha resuelto, con el fin de que sea capaz de concluir sus proyectos.
- Posibilitar la mejor asistencia, para el paciente y los suyos, con cuidados paliativos.
- Adaptar el espacio para lograr una mayor intimidad.
- Ofrecer información adecuada.
- Mantener un clima de serenidad en la medida que nos sea posible.
- Respetar sus creencias y facilitarle, si nos lo piden , ayuda espiritual de un sacerdote, o de un representante de otra religión, si nos es posible .

2 Objetivos

- Realizar una revisión sistemática de la bibliografía sobre la manera de abordar el proceso del duelo y la labor de los TCES en ese proceso.

3 Metodología

Para la elaboración de éste capítulo se ha hecho una revisión sistemática de diferentes libros y bases de datos como Scielo, Pubmed y Medline, así como diversas plataformas de google a nivel académico.
Asimismo se han consultado artículos sobre el tema en bibliotecas virtuales de ciencias de la salud de distintas comunidades autónomas.

4 Resultados

Los resultados sobre el tema demuestran que aquellos pacientes y familiares que reciben, tanto un trato adecuado, como un entorno más íntimo, a través de un simple biombo (si no fuera posible que tuvieran una estancia privada), palabras amables, ayuda ante situaciones tales como que la propia familia no sea capaz de entrar en la habitación controlando sus emociones, etc., o simplemente saber escuchar sus temores, resuelven el proceso del duelo de forma menos dolorosa. Ese apoyo emocional, esa empatía, es indispensable para evitar duelos patológicos.

Es labor de los TCES prevenir lo que pudiera suceder, informar sobre cómo actuar, y tratar de dar naturalidad a un hecho que es natural, pero que, en la mayoría de las ocasiones, no somos capaces a vivir como tal. Si el paciente se siente escuchado, posiblemente resolverá esos temores de no haber resuelto todo lo que le quedaba por hacer, y de esta forma, tendrá un desapego afectivo por lo que le rodea, aceptando que es el final. De igual modo, podemos ayudar a los familiares a resolver sus dudas, sin olvidar que comunicar es mucho más que hablar, y que escuchar no es solamente oír.

5 Discusión-Conclusión

El duelo, la pérdida de un ser querido, provoca síntomas físicos y psíquicos que es preciso prever, y ayudar a minimizar. Cuando esto es así, puede ayudarse a una aceptación tanto de los últimos momentos de vida del paciente, como de este primer momento, en si, tras su muerte. Vendrán luego otras etapas del duelo,

pero si enfocamos a nivel técnico, pero también emocionalmente, esa ayuda, se facilitará no sólo ese primer momento de dolor, sino los procesos posteriores.

No olvidaremos que el cuidador principal tiene riesgo de desarrollar un proceso de duelo complejo o patológico, y puede precisar apoyo y seguimiento profesional a medio y largo plazo, por lo que deberemos informarles de la posibilidad de recibir dicha ayuda, y de que forma solicitarla.

Tampoco debemos olvidar que las lágrimas sanan, puesto que consiguen relajación, por lo que no debemos impedirlas.
Tendremos en cuenta que, muchas veces, los pacientes o sus familiares, nos elegirán para preguntar muchas de sus dudas, puesto que nuestras tareas profesionales hacen que nos sientan siempre de forma muy cercana.

Morir bien suele ser difícil y suele acompañarse de sufrimiento, por ello debemos normalizar la muerte y ayudar a que el paciente y los suyos lo hagan.

También tenemos que tener en cuenta que la ayuda espiritual no corresponde exclusivamente a los sacerdotes (o dirigentes de la religión que el paciente profese) , sino a todo el personal sanitario. Y es igualmente importante conocer cuales son sus creencias religiosas, si las tiene, para poder entender la forma de gestionar su final y respetarlo.

6 Bibliografía

- https://wwwapa.org.centrodeapoyo.
- https://www. juliapascual.com.
- https://www.psicoterapeutas.com.
- https://www.familydoctor.org.

Capítulo 277

INCLUSIÓN EDUCATIVA DE ALUMNOS CON AUTISMO EN LA UNIVERSIDAD.

LILIANA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

MARÍA DEL MAR CONDE GARCÍA

TANIA GARCIA SARIEGO

PATRICIA GARCIA GONZÁLEZ

1 Introducción

En el siglo XVI a través de Johannes Mathesius escribió un relato sobre un chico de 12 años con trastorno del espectro autista severo, aparece en el montaje de Martín Lutero. Son las primeras referencias que se encuentran relacionadas con el TEA(1,2).

En el siglo XVII se hace referencia en el libro ¨ Las Florecillas de San Francisco" donde los relatos cuentan pequeñas historias de un fraile con el trastorno que se está estudiando y describen los rasgos de la personalidad que tiene.(1,3)

En 1923 Carl Gustav Jung siguiendo la teoría de Sigmud Freud introdujo el concepto de una personalidad introvertida y extrovertida. Lo que implicaba que en el autismo tenía una personalidad introvertida, que les gusta la soledad y entra en el mundo interior. Un autismo severo era una forma de esquizofrenia según Jong. (1)

Leo Kanner en 1943 publica el artículo ”Autistic disturbance of affective contact” que será la base del autismo actual. Enfocó su carrera profesional al estudio de trastornos psiquiátricos infantiles. En la década de los 50 y los 60, Kenner deja claro los límites entre el autismo y la esquizofrenia. Consideraba que el diagnóstico de autismo era claro y no llevaba a ninguna duda. Kanner formuló que el autismo se trata de un trastorno del neurodesarrollo, que los principales signos que se observan son ”componentes constitucionales de la respuesta emocional”. (1,5)

Hans Asperger en 1944 transmite teoría muy parecidas a las que expone Kenner. Cabe destacar las publicaciones tan minuciosas y explícitas sobre los signos del trastorno. Ambos trataban a estos pacientes de forma humanista. Defendía la integración social y laboral, también apoyaba una educación orientada a la compresión personas que tenían estos signos. Describió que los niños aprenden mucho mejor si la educación se enfocará a los intereses especiales. (1,5)

El autismo infantil no apareció como una categoría específica hasta 1980, donde se publica en el DMS III, para realizar su diagnóstico tendrían que estar presentes seis condiciones: que apareciera antes de 30 meses, dificultad para la receptividad hacia otras personas, déficit en el desarrollo del lenguaje, en el caso de que existía lenguaje, lenguaje metafórico e inversión de pronombres, respuestas extrañas a lo que le rodea y ausencia de alucinaciones y signos de esquizofrenia. (1)
En 1987 se publica el DSM III-R en el cual se modifica tanto los criterios como la forma de denominar pasando a llamarse trastorno autismo. En 1994 y 2000 se realizan el DMS IV y DMS IV-TR en el cual se definen 5 categorías de autismo y con ello la denominación genetica.

En la actualidad los límites consolidados por la DSM se consideran que es muy cerrado y que tiende a ser más continuo entre las diferentes clases que existen dentro del espectro autista. En el DMS V pasa a llamarse Trastorno del Espectro Autista (TEA). (1)

Definición:
El Trastorno del Espectro Autista se trata de un trastorno neurobiológico que afecta al desarrollo cerebral por aparecer diferencias, los síntomas empiezan a aparecer en los tres primeros años de vida y perdura toda la vida. Los síntomas se pueden dividir en dos grupos: deficiencia en la interacción social y en la comunicación, en patrones de comportamiento repetitivo y restrictivo. (6,7,9,10)
Subtipos (basándose en el DSM-IV)(11):

Trastorno autista:
- Es una alteración cualitativa de interacción con el entorno y social, que presentan como mínimo 2 de las siguientes características.
- Alteración a la hora de usar expresiones como son contacto ocular, posturas corporales, expresiones faciales e intención social.
- Sin capacidad para las relaciones sociales.
- Sin capacidad para compartir espontáneamente intereses o emociones con otras personas.
- Falta de interés emocional o social.
- Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- No presenta un retraso en el desarrollo del lenguaje oral.
Aunque tengan el desarrollo del habla sin alteraciones, no son capaces de mantener o iniciar una conversación.
Utilización de lenguaje idiosincrático.
- Sin capacidad de realizar juego espontáneo, ni variado ni imitación social.
- Utiliza patrones de comportamiento y actividades estereotipados, repetitivos y restringidos. Presenta por lo menos una de las siguientes características.
- Resulta anormal la forma en que presta preocupación por uno o más patrones estereotipados y restrictivos hacia un objeto.
- Realiza rutinas o rituales inflexibles.
- Manierismos motores repetitivos y estereotipados.
- Alta preocupación por partes de objetos persistentemente.
Antes de los 3 años pueden aparecer retraso o funcionamiento anormal al menos en una de las áreas que se citan a continuación: lenguaje en la comunicación social, en el juego simbólico o en el juego imaginativo, en la interacción social.

Trastorno de RETT:
Presenta las siguientes características:
- Un desarrollo antes y después de nacer normal.
- Durante los 5 primeros meses el desarrollo psicomotor es normal.
- En el momento del nacimiento perímetro craneal es normal.
- En el periodo del desarrollo tiene que presentar:
- Entre los 5 y 48 meses no hay un crecimiento craneal normal, disminuye el ritmo de desarrollo.
- Hay un déficit de habilidades manuales ya adquiridas entre los 5 y 30 meses.
- Al comenzar el trastorno existe una pérdida de implantación social.
- No hay coordinación de los movimientos del tronco ni de la marcha.

- Aparición de un retraso psicomotor importante, se encuentra afectado de forma importante el lenguaje tanto receptivo como expresivo.

Trastorno desintegrativo.
En los primeros dos años de vida no se detecta ninguna alteración, presencia de desarrollo psicológico, motor y social para el periodo de la vida en que se encuentra.
Antes de los 10 años de edad presenta una pérdida de habilidades previamente adquiridas clínicamente significativas y evidentes, en como mínimo dos de las áreas que se señalan a continuación:
- Déficit en el lenguaje receptivo o expresivo.
- Pérdida del comportamiento adaptativo y de las habilidades sociales adquiridas previamente.
- Pérdida del control de los esfínteres tanto vesical como intestinal.
- Déficit en el juego.
- Disminución de las habilidades motoras.
- Se encuentran también alteraciones en por lo menos dos de las áreas que se nombran a continuación:
- En las interacciones sociales en el medio que le rodea.
- En la comunicación.
- En el patrón comportamiento, intereses y actividades.

Trastorno de Asperger:
Alteraciones social, que se manifiestan dos de las características siguientes:
- Gran alteración de comportamientos no verbales (expresión facial, gestos faciales, contacto ocular…).
- No tiene capacidad de desarrollar relaciones sociales con personas del mismo nivel.
- No comparte de manera espontánea intereses y objetivos con otras personas.
- Ausencia de reciprocidad social o emocional.
- Patrones restrictivos y estereotipado de comportamiento, intereses y actividades.
Se manifiestan al menos por una característica:
Preocupación absorbente por patrones de interés restrictivo y estereotipado anormales.
Adhesión a rituales o rutinas específicas, no funcionales.
Utilización de manierismos motores repetitivos y estereotipados.
Preocupación desmesurada por partes de objetos.

2 Objetivos

- Analizar la existencia de inclusión de alumnos con autismo y metodología que se utiliza para este fin dentro de los centros universitarios.
- Realizar de un diagnóstico es conseguir abordar el problema y utilizar la mejor estrategia para minimizar el impacto en el desarrollo de su vida.

3 Metodología

El estudio presentado consiste en una revisión bibliográfica. Se ha realizado en un intervalo de tiempo entre Enero y Junio de 2019 en diferentes bases de datos como Elsevier, Pubmed, Medline y Scielo. Se han usado los términos MeSH. Las palabras claves o DECS que se han utilizado son: autismo, Inclusión educativa, autismo, estudiantes y universidad. Dentro de los documentos buscados se han seleccionado en total 30 de los 21 encontrados porque tenían mayor relevancia con el estudio. Se busco información tanto en inglés como en español.

4 Resultados

Entre las pruebas iniciales ante signos de alarma de que un niño pueda padecer un trastorno del espectro autista se realiza evaluación de la vista, audición pruebas tanto neurológicas como genéticas entre otras pruebas. Es de gran importancia el diagnóstico precoz en etapas tempranas para ser capaces de abordar la actuación más idónea al paciente, al entorno y a la familia. Para ello hay que analizar los síntomas, el comportamiento con lo que le rodea, con ello ser capaz de detectar si el comportamiento que tiene es diferente, con déficit del desarrollo psíquico, físico o social a lo que se considera un comportamiento de la población infantil. (13,14)

Ante la integración de las personas que padecen Trastorno del espectro autista una de las primeras barreras que se encuentran dentro de los centros educativos son las relacionadas con los profesores que imparten las asignaturas ya que no están preparados para abordar este tipo de alumnos. Otra de las barreras con las que se encuentran los estudiantes es la forma de evaluación que tienen ya que no se suelen adaptar a ellos, o si lo hacen no de la forma más adecuada. (18)

Las ventajas de realizar un diagnóstico son principalmente que reducen la inquietud e incertidumbre de los padres. Al tener el diagnóstico se puede identificar qué opciones existen y los recursos que se encuentran cerca del domicilio familiar,

servicios y apoyos. Ser capaz de ayudar a la identificación y orientación se servicios que puedan dar información y con ello facilitar la elección de las decisiones. Identificar las necesidades que tienen la familia para aconsejar e intervenir en el soporte ambiental más adecuado para el paciente. Con estas intervenciones también se facilita que las familias utilicen recursos como ponerse en contacto con otros padres que hayan pasado por la misma situación o lo estén pasando, un apoyo emocional importante porque se considera que seran quien mejor los entiendan. (13)

Hay un gran abanico de síntomas y grados a la hora de diagnosticar el trastorno de espectro autista por lo que dificulta establecer un patrón predefinido ya que el rango puede ir desde un niño con un retraso severo en el desarrollo en el los primeros meses de vida hasta un niño que se observa alteraciones en el segundo año de vida. Por ello se establecen y desarrollan elementos de screening para poder detectar señales de alarma de forma temprana, se basan principalmente en tres conductas como son juego de ficción, gestos protodeclarativos y coordinación visual. Si no existe este tipo de comportamientos en niños menores de 18 meses tiene altas posibilidades de estar ante un diagnóstico de trastorno de espectro autista. En lo que se refiere al desarrollo motor a menos que sea un grado severo es difícil utilizar este parámetro para poder diagnosticar ya que se suelen desarrollar como cualquier otro niño, no tiene claros signos diferentes y tienen buena salud. Son los padres a partir del segundo año los que empiezan a detectar comportamientos sociales que no se encuentran dentro de la normalidad y el lenguaje del niño no se desarrolla según las pautas establecidas, por lo que empiezan a preocuparse y buscar ayuda o información hasta que le realiza el diagnóstico. (13)

Dentro de las condiciones que se necesitan para realizar un diagnóstico de trastorno de espectro autista están: Los profesionales que tienen que realizar el diagnóstico tengan experiencia laboral y formativa en patologías del desarrollo como en el autismo para no llevar a equivocaciones o confusiones que alarguen un buen diagnóstico a la hora de abordar estos pacientes en edades tempranas. Se tienen que utilizar cuestionarios y pruebas de valoraciones estandarizadas que se encuentren actualizadas. Para que un niño sea valorado si existe una sospecha que pueda tener autismo tendría que ser por un equipo multidisciplinar, en el cual opinen y valoren varios integrantes como pueden ser pediatras del desarrollo, neurólogos pediatras, psicólogos o psiquiatras para niños, para ello ser remitido desde el pediatra de atención primaria en el momento que existe indicios. Tendría que ser valorado en el entorno natural de niño para que no sea una situación

forzada y sea lo más real posible. (13,14)

Hay que seguir un proceso a la hora de realizar evaluación diagnóstica integral ya sea de cualquier enfermedad, patología o trastorno, se realiza una revisión minuciosa integral. En un primer momento se realizará una entrevista a los padres o tutores del niño, la entrevista que más se suele utilizar es ADI-R cuando existe sospecha de estar ante un caso de trastorno de espectro autista. Lo siguiente que se realiza es observar el comportamiento que tiene el niño con sus progenitores y familia del entorno habitual, también se intenta realizar esta observación en otros ámbitos que se suele desarrollar la vida del niño, como es el colegio o guardería, para realizar estas observaciones se utilizan herramientas como son los protocolos ADOS, IDEA. Se tienen que realizar evaluaciones del desarrollo funcional para ello las herramientas que se pueden utilizar son la Escala Battelle, el Perfil Psicoeducacional, el test de Raven entre otras. Para la realización de la evaluación psicolingüística se utiliza bien el Test de Vocabulario en Imágenes o el Test illinois de Aptitudes Psicolingüísticas. Para finalizar se evalúa y observa la forma de actuar ante el juego del niño.

Se tienen que diferenciar a la hora de diagnosticar entre el trastorno del espectro autista y otras posibilidades que se puede confundir, suelen llevar a confusión más comúnmente el trastorno por déficit de atención con hiperactividad como el trastorno en el desarrollo del lenguaje. Otros diagnósticos que pueden llevar a confusión son el trastorno hipercinético, el trastorno de la Tourette, la depresión o ansiedad, el trastorno del aprendizaje no verbal o del hemisferio cerebral derecho entre otros.
Hay que partir que el trastorno del espectro autista no tiene tratamiento farmacológico de los síntomas principales ni se cura, acompaña durante toda la vida a la persona que lo tiene. Si que hay tratamientos para aliviar o combatir algún signo puntual de los que tienen personas con autismo como son la hiperactividad, la depresión o la ansiedad, las convulsiones, problemas de sueño o tics. Siendo los tratamientos utilizados el haloperidol, clonidina, naltrexona, inhibidores de la recaptación de la serotonina y neurolépticos atípicos Aunque no todas las personas tienen estos síntomas por lo que no es un tratamiento general para todas las personas que tengan TEA. Ya que los tratamientos no actúan de la misma manera en cada persona es conveniente tener vigilado tanto por sus familiares como por el personal sanitario a las personas para comprobar que no tengan interacciones ni efectos secundarios no deseados. (13)

La experiencia a demostrado que incluir en servicios de tratamiento de interven-

ción temprana desde niños (entre 0 a 6 años) a personas con trastorno del espectro autista puede llegar a mejorar el desarrollo de la persona considerablemente, aunque es muy complejo. Dentro de la actuación de estos servicios tiene un enfoque multidisciplinar el cual cabe destacar la labor que hacen como son terapias educativas para adquirir capacidad lingüística y psicomotoras como son el caminar, estimulación ambiental, estimulación socio-afectiva todo ello incluyendo a sus familia y respetando el nivel de maduración del sistema nervioso en cada caso para un desarrollo de calidad. (13,15,16)

Los tratamientos enfocados para estas personas son complejos, tienen que ser multidimensionales y enfocados a la integración. Los programas tienen que estar diseñados a las cualidades y características de cada participante entre ellos están las terapias de vitaminas, las musicoterapias, la terapia ocupacional, la comunicación facilitada, la integración sensorial y la fisioterapia. Están indicados para promover la capacidad máxima e integración tanto en su entorno más cercano como el social y escolar. (13,14,15)

Dentro de los diferentes tratamientos nos encontramos con:
Tratamientos sensorimotrices.
Entrenamiento en integración auditiva el cual consiste en la utilización de unos auriculares para realizar una escucha activa de música realizando modificaciones electrónicas en función de las respuestas obtenidas en la persona en un audiograma previo. Se realiza para los trastornos de aprendizaje, la depresión o la hiperactividad.(17)

Terapia de integración sensorial consiste en que el paciente efectúe ciertos movimientos y acciones, mientras está realizando estos juegos dirigidos reciba estímulos sensoriales para enseñarle a procesarlos y que los integre a su vida de forma normal. Este tipo de terapia está orientada y dirigidas a favorecer la integración sensorial en personas con trastorno del espectro autista con problemas de aprendizaje. (17)

Tratamientos psicoeducativos y psicológicos.
Programas de intervención conductual. Se forma este apartado por el grupo de terapias que están enfocadas a intentar modificar la conducta y las técnicas dedicadas al aprendizaje que se utilizan como principal herramienta de enseñanza. Entre ellas encontramos: Intensive Behaviour Intervention (IBI), Early Intervention Project (EIP), Applied Behaviour Analysis (ABA), early intervention, Early Intensive Behaviour Intervention (EIBI), UCLA model, Discrete Trial Training (DTT), Lovaas therapy entre otros. La diferencia que existe entre ellos son la edad

de inicio, la duración del procedimiento, la intensidad con la que se practica, en el entorno que se aplican, si son compatibles o la posibilidad de realizar a la vez otras intervenciones, el nivel de participación de la familia o otros terapeutas. Se considera que estas técnicas que están enfocadas en el aprendizaje son imprescindibles para el apoyo de este tipo de personas. Principalmente para aumenta el desarrollo como para aprender a afrontar los problemas de comportamiento en el momento que aparecen.(17)

Sistemas de fomento de las competencias sociales. Se destaca este tipo de trastorno por el déficit de habilidades que presentan las personas ante las relaciones sociales. Por ello se dirigen programas para intentar contrarrestar esta situación para avanzar ante este aspecto. Para paliar esta situación se accede a las intervenciones basadas en el juego, historias y guiones sociales, aprendizaje de competencias sociales, intervención para el desarrollo de relaciones y el entrenamiento en habilidades mentales.

Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación:.
Los sistemas alternativos/aumentativos de comunicación (SAAC). Se trata de unos sistemas en la comunicación no verbal que fomentan sustituir o complementar el lenguaje verbal. Se trabaja a través de objetos, dibujos, fotografías, o símbolos mediante sistemas simples o sonidos.
Comunicación facilitada (CF) es un método diseñado para comunicarse a través de un teclado o mecanismo similar.
Terapia cognitivo conductual (TCC): se trata de un enfoque psicoterapéutico que realiza una combinación entre el papel que desempeñan los pensamientos en las actitudes motivacionales y la conducta, con ello se trata de modificar la conducta. Lo primero que se enfoca es la identificación del pensamiento distorsionado, las ideas y creencias irracionales, los estados no adaptativos tanto emocionales como físicos. Después se modifica estos aspectos negativos o erróneos una reestructuración cognitiva.
Psicoterapias expresivas. estas técnicas se utilizan entre el paciente y terapeuta para que facilite la expresión de emociones y tengan más comunicación entre ellos para poder avanzar en el desarrollo del paciente. Como por ejemplo la musicoterapia.

Terapias biomédicas.
Vitaminas y suplementos dietéticos. Se utilizan como coenzimas para realizar la síntesis y ayudar a la regulación de neurotransmisores y otros polipéptidos. Esto es consecuencia de un déficit de la vitamina B6 por lo que se administra dosis

altas para controlar la autoestimulación, estados de agresividad y conseguir un aumento del contacto visual. Los efectos adversos de esta alta dosificación se asocia magnesio.
Dentro de este grupo encontramos terapias asociadas a dietas específicas pero que no tienen un peso clínico ya que no existen evidencias científicas que puedan sustentar esas teorías.

Integración en estudios superiores.
En España se registraron en los años 2011 - 2012 unos 12 000 estudiantes matriculados con discapacidad en las universidades públicas españolas, entre ellos alumnos con trastorno del espectro autista. Los alumnos con estas discapacidades que tienen una necesidades especiales para la adaptación estudiantil están registrados en los departamentos de atención a la diversidad. Para promover el apoyo a la integración tanto en estudios superiores como universitarios a este tipo de personas se formulan la LOE y LOMCE. (18)

Para favorecer la integración social en la universidad hay que tener en cuenta que los estudiantes con trastorno del espectro autista tienen dificultad para interpretar y expresar ideas, por lo que esto conlleva a considerar que tienen problemas de comportamiento dentro del contexto social. Por ello hay que cerciorarse de que los estudiantes tengan un proceso de comunicación expresiva y oral bueno para que se puedan relacionar socialmente, y en consiguiente que se puedan comunicar.

Por ello todas la barreras que encuentran durante su formación hace que perciban que a estos estudiantes le resulte más difícil llevar a término sus estudios universitarios en comparación con los estudiantes que no presentan ninguna dificultad. Ya que tampoco cuentan con más tiempo para realizar los ejercicios prácticos ni las tareas encomendadas por el profesorado, ni se les facilita la materia con anterioridad al resto de los alumnos lo que puede dificultar la asimilación simultánea a la explicación de la materia impartida en las aulas. (18,19,20,21)

5 Discusión-Conclusión

Los factores por los cuales puede aparecer este trastorno son múltiples, entre ellos pueden ser ambientales y genéticos. (8) En la mayoría de los casos se desconocen las causas que provocan este trastorno. (10). Según la OMS “no hay existencia de cualquier prueba científica válida de que la vacunación lleva a la aparición de trastornos del espectro del autismo”.

Entre las pruebas iniciales ante signos de alarma de que un niño pueda padecer un trastorno del espectro autista se realiza evaluación de la vista, audición pruebas tanto neurológicas como genéticas entre otras pruebas. Es de gran importancia el diagnóstico precoz en etapas tempranas para ser capaces de abordar la actuación más idónea al paciente, al entorno y a la familia. Para ello hay que analizar los síntomas, el comportamiento con lo que le rodea, con ello ser capaz de detectar si el comportamiento que tiene es diferente, con déficit del desarrollo psíquico, físico o social a lo que se considera un comportamiento de la población infantil. (13,14)

Las ventajas de realizar un diagnóstico son principalmente que reducen la inquietud e incertidumbre de los padres. Al tener el diagnóstico se puede identificar qué opciones existen y los recursos que se encuentran cerca del domicilio familiar, servicios y apoyos. Ser capaz de ayudar a la identificación y orientación se servicios que puedan dar información y con ello facilitar la elección de las decisiones. Identificar las necesidades que tienen la familia para aconsejar e intervenir en el soporte ambiental más adecuado para el paciente. Con estas intervenciones también se facilita que las familias utilicen recursos como ponerse en contacto con otros padres que hayan pasado por la misma situación o lo estén pasando, un apoyo emocional importante porque se considera que serán quien mejor los entiendan. (13)

Dentro de las condiciones que se necesitan para realizar un diagnóstico de trastorno de espectro autista están: Los profesionales que tienen que realizar el diagnóstico tengan experiencia laboral y formativa en patologías del desarrollo como en el autismo para no llevar a equivocaciones o confusiones que alarguen un buen diagnóstico a la hora de abordar estos pacientes en edades tempranas. Se tienen que utilizar cuestionarios y pruebas de valoraciones estandarizadas que se encuentren actualizadas. Para que un niño sea valorado si existe una sospecha que pueda tener autismo tendría que ser por un equipo multidisciplinar, en el cual opinen y valoren varios integrantes como pueden ser pediatras del desarrollo, neurólogos pediatras, psicólogos o psiquiatras para niños, para ello ser remitido desde el pediatra de atención primaria en el momento que existe indicios. Tendría que ser valorado en el entorno natural de niño para que no sea una situación forzada y sea lo más real posible. (13,14)

Hay que seguir un proceso a la hora de realizar evaluación diagnóstica integral ya sea de cualquier enfermedad, patología o trastorno, se realiza una revisión minuciosa integral. Se tienen que realizar evaluaciones del desarrollo funcional

para ello las herramientas que se pueden utilizar son la Escala Battelle, el Perfil Psicoeducacional, el test de Raven entre otras. Para la realización de la evaluación psicolingüística se utiliza bien el Test de Vocabulario en Imágenes o el Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas. Para finalizar se evalúa y observa la forma de actuar ante el juego del niño.

Se tienen que diferenciar a la hora de diagnosticar entre el trastorno del espectro autista y otras posibilidades que se puede confundir, suelen llevar a confusión más comúnmente el trastorno por déficit de atención con hiperactividad como el trastorno en el desarrollo del lenguaje. Otros diagnósticos que pueden llevar a confusión son el trastorno hipercinético, el trastorno de la Tourette, la depresión o ansiedad, el trastorno del aprendizaje no verbal o del hemisferio cerebral derecho entre otros.

En conclusión durante la elaboración de este trabajo y la recogida de información se deja claro que el diagnóstico en los primeros meses de vida y la actuación temprana mediante las unidades especializadas en estos trastornos entre otros ante estas personas es de suma importante para el futuro desarrollo tanto a nivel psicomotor como al nivel social. Teniendo en cuenta desde edades tempranas la actuación activa del entorno que le rodea, como es el familiar, escolar y sanitario. Esto implica que hay que trabajar día a día para conseguir un resultado positivo, y luchar por la integración a la vida diaria de las personas que padecen este trastorno.

Las personas que tienen trastorno del espectro autista abarcan un gran abanico de síntomas, de grados y de desarrollo intelectual, por ello no todos pueden ser capaces a acceder a estudios de nivel superior o universitario, ya que su desarrollo intelectual no lo permite, esto no quiere decir que no se realicen diferentes terapias y tratamientos para mejorar la vida de estos pacientes si no que por las características de su trastorno no tiene capacidades para poder llevar a estudios de ese nivel. Esto depende de la característica de cada individuo ya que cada caso se tiene que estudiar de manera individual y potenciar las habilidades como las capacidades de cada uno mediante las diversas terapias estudiadas que son efectivas.

La necesidad de tener un apoyo y enfocar los estudios principalmente a los intereses de la persona que sufre el trastorno de espectro autista es necesario, como también intentar seguir un modelo individual para así incentivar la integración de este tipo de personas en los centros de estudio tanto a nivel de enseñanza secundaria como en estudios universitarios. Para ello es necesario inculcar esta

forma de estudio en los centros escolares.

También es necesario que en las universidades exista profesorado preparado y formado para la relación con estos estudiantes, así ser capaces de adelantarse a los problemas que se puedan plantear ante la exposición y explicación de las asignaturas que imparten. Con ello adaptar los tiempos y la materia para que sea más comprensible su asimilación. Anticiparse ante a cualquier dificultad que se presente y prevenir la marginación social.

Cabe destacar que aunque los cimientos de los pilares para la integración de estudiantes con dificultades están establecidos queda mucho recorrido para que puedan realizar los estudios superiores que cualquier universidad Española sin encontrarse ninguna limitación ni ninguna barrera ya que no todas tienen esta capacidad, no porque falten intenciones sino porque no están bien orientadas o les falta información para poder abordar a este tipo de alumnos, aun contando con los servicios de diversidad. Aún queda mucho camino que recorrer para conseguir una educación óptima y de calidad para estos alumnos.

6 Bibliografía

1. Artigas-Pallarès J. Paula I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2012;567 - 587.
2. Garrabé-Lara J. El autismo. Historia y clasificaciones. Salud Mental 2012;35:257-261
3. Christian H. Mathesius, Johannes (1504-1565). Global Anabaptist Mennonite Encyclopedia Online, 1957.
4. Anónimo. Las florecillas de San Francisco 5 a ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos. 1971.
5. Fritz U. Autismo. Madrid: Alianza Editorial. 1989.
6. Gutierrez Cadena LF, Martínez Movilla,DJ. Merlano Hernández, AC. Yepes Díaz, VHY. Estrategias neuropedagogicas orientadas a estudiantes con autismo de alto funcionamiento. Gestión, competitividad, innovación. 2018;132-256.
7. Proyecto autismo la garrida [Internet]. Barcelona. 2016.
8. Organización Nacional de Salud [Internet]. Madrid.
9. Cuidate Plus.[Internet]. Madrid.
10. Johnson, C.P. Early Clinical Characteristics of Children with Autism. In: Gupta, V.B. ed: Autistic Spectrum Disorders in Children. New York: Marcel Dekker, Inc., 2004:85-123.

11. Hortal Espi C, Bravo Altieri A, Mitjà Farrerós S, Soler Prats JM. Alumnado con trastorno del espectro autista. Grao 13. EAN: 978-84-7827-992-0
Sánchez-Raya MA, Martínez-Gual E, Moriana Elvira JA, Luque Salas B, Alós Cívico F. La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). Psicología Educativa 21. 2015; 55-63.
12. Trastorno del espectro autista: Diagnóstico clínico y test ADOS. Rev Chil Pediatr 2019;90(5): XX-XX. DOI: 10.32641/rchped.v90i5.872
13. Sánchez-Raya MA, Martínez-Gual E, Moriana Elvira JA, Luque Salas B, Alós Cívico F. 14. La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). Psicología Educativa 21. 2015; 55-63.
15. Johnson CP. Early Clinical Characteristics of Children with Autism. In: Gupta, V.B. ed: Autistic Spectrum Disorders in Children. New York: Marcel Dekker, Inc., 2004:85-123.
16. Lord C, Risi S, DiLavore PS, Shulman C, Thurm A, Pickles A. Autism from 2 to 9 years of age. Arch Gen Psychiatry. 2006 Jun;63(6):694-701.
17. Handleman JS, Harris S, eds. Preschool Education Programs for Children with Autism (2nd ed). Austin, TX: Pro-Ed. 2000.
18. La expresión oral en estudiante del nivel medio superior con trastorno del espectro autista.
19. Gómez Santos C, Fernández Alba E, Cerezo R, Núñez JC. Dificultades de aprendizaje en educación superior: un reto para la comunidad universitaria. Publicaciones. 2018; 48(1).
20. Heiman, T .Assessing learning styles among students with and without learning disabilities at a distance-learning university. Learning Disability Quarterly, 2006; 29(1), 55-63.
21. Fuentes-Biggi J, Ferrari-Arroyo MJ, Boada-Muñoz L, Touriño-Aguilera E, Artigas Pallarés J, Belinchón-Carmona M. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. REV NEUROL 2006; 43 (7): 425-438.

Capítulo 278

EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR COMO PROBLEMA SOCIAL.

MONICA HERNANDEZ

RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ

NATALIA CASADO FANJUL

1 Introducción

El trastorno afectivo,conocido también como trastorno bipolar o psicosis maníaco-depresiva. Puede ocasionar cambios inusuales, a menudo extremos y fluctuantes en el estado de ánimo, el nivel de energía y de actividad, y la concentración.En su diagnóstico se describe un tipo de trastorno caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormales elevados de energía, cognición y del estado de ánimo.Este trastorno puede ser un factor importante en el suicidio, la pérdida del trabajo y la discordia familiar, pero un tratamiento adecuado genera mejores resultados. Clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más extrema que las personas que no padecen esta patología.

- Tipo 1: sujetos que han experimentado un episodio maníaco añadido a un episodio depresivo.

- Tipo 2: episodios de depresión mayor así como al menos un episodio hipomaníaco.
- Tipo 3: es la aparición de la enfermedad en pacientes de edad avanzada de más de 50 años donde los mecanismos de regulación del estado de ánimo se encuentran alterados, se denomina bipolaridad geriatríca, desinhibición sexual, agitación y conducta impulsiva son algunas de las características.

El trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales más comunes, severos y persistentes . La prevalencia conjunta de todos los trastornos bipolares ha sido valorada en un estudio de 12 meses, con una muestra de 9282 individuos mayores de 18 años en el que reportaba el trastorno en 2,6% de la población.

La prevalencia del TIPO 1 se sitúa en el 0,4 y el 1,6% de la población en general, siendo igual en ambos sexos y grupos étnicos. La prevalencia del TIPO 2 está en torno al 0,5% de la población, el cual es más prevalente en mujeres.
El trastorno ciclotímico (también denominado ciclotimia) se define por síntomas hipomaníacos y depresivos persistentes que no son tan intensos ni duran lo suficiente como para calificarlos como episodios hipomaníacos o depresivos. Por lo general, los síntomas ocurren durante al menos dos años en los adultos y un año en los niños y los adolescentes.

Otros trastornos bipolares especificados y especificados afines. Esta es una categoría que se refiere a aquellos síntomas del trastorno bipolar que no coinciden con ninguna de las categorías reconocidas.

Los investigadores están aprendiendo que la estructura y la función del cerebro en las personas con trastorno bipolar pueden ser diferentes a las de aquellas personas que no tienen este trastorno u otros de índole psiquiátrica. Aprender sobre la naturaleza de estos cambios cerebrales ayuda a los médicos a comprender mejor el trastorno bipolar y en el futuro puede ayudar a predecir qué tipos de tratamiento funcionarán mejor para una persona con este trastorno. En este momento, el diagnóstico se basa en los síntomas más que en imágenes del cerebro u otras pruebas de diagnóstico.

2 Objetivos

- Determinar y detectar los factores desencadenantes de este tipo de trastorno.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de distintos artículos científicos en las bases de datos (Scielo, Pubmed,Elsevier) con el buscador Google y con operador boléano ”and” y como descriptores palabras clave como: bipolar, maniaco genético, depresivo. Se ha buscado en textos en castellano y en fechas posteriores al 2010 y como criterio de exclusión,pacientes con demencias.

4 Resultados

El tratamiento ayuda a muchas personas, incluso a aquellas con las formas más graves de trastorno bipolar. Los médicos tratan el trastorno bipolar con medicamentos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.Ciertos medicamentos pueden ayudar a controlar los síntomas del trastorno bipolar. Algunas personas pueden tener que probar con varios medicamentos diferentes y colaborar con su médico antes de encontrar los que le funcionan mejor. Los tipos más comunes de medicamentos que recetan los médicos incluyen estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos atípicos. Los estabilizadores del estado de ánimo como el litio pueden ayudar a evitar episodios anímicos o reducir su gravedad si ocurren. El litio también disminuye el riesgo de suicidio. A veces, además de los estabilizadores del estado de ánimo, se agregan otros medicamentos al plan de tratamiento para ayudar a controlar los problemas del sueño o la ansiedad.La psicoterapia (a veces denominada ”terapia de diálogo”) es un término utilizado para una variedad de técnicas de tratamiento que tienen como objetivo ayudar a una persona a identificar y cambiar emociones, pensamientos y comportamientos problemáticos.

La psicoterapia puede ofrecer apoyo, educación, habilidades y estrategias a las personas con trastorno bipolar y sus familias. A menudo, se recurre a la psicoterapia en combinación con medicamentos. Algunos tipos de psicoterapia (por ejemplo, la terapia interpersonal y de ritmo social) pueden ser un tratamiento eficaz para el trastorno bipolar cuando se usan con medicamentos.
Se ha relacionado anormalidades en la función cerebral a los sentimientos de ansiedad y una menor tolerancia al estrés.
Ejemplos de sucesos vitales interpersonales serían el enamoramiento o por el contrario la muerte.

Un nacimiento también puede desencadenar una psicosis postparto en las mujeres bipolares. Del trastorno bipolar se ha planteado que exista un desequilibrio

entre aminoácidos excitadores, fundamentalmente glutamatos y los inhibidores y la defunción de las bombas de sodio y calcio que explica la patogenia del trastorno bipolar. Puede presentar:

Periodo depresivo:
- Pérdida de autoestima.
- Desánimos continuos.
- Desesperanza o minusvalía.
- Fatiga durante semanas meses.
- Insomnio.
- Pensamientos sobre el suicidio.

Periodo maniaco:
- Exaltación.
- Autoestima alta.
- Agitación.
- Hostilidad.
- Delirios místicos..
- Inquietud excesiva.

El pilar del tratamiento son los estabilizadores del estado de ánimo (litio, carbamazepina, oxcarbazepina):
- Anticonvulsivantes.
- Antipsicóticos.
- Antidepresivos.

El ritmo cardíaco, en estudios recientes, está comenzando a relacionarlo con el trastorno bipolar y desórdenes en el Ritmo circadiano(conocido como el reloj biológico). Exponiendo al paciente a ciclos regulares de luz-oscuridad puede detener un episodio maníaco. Se cree que la persona mejora debido a que su ritmo circadiano es vuelto a un ritmo normal. Se recomienda una buena higiene del sueño y reducir la exposición a la luz artificial durante la noche.

Algunas personas pueden beneficiarse de otros tratamientos para controlar sus síntomas bipolares, entre ellos:
- La terapia electroconvulsiva, que es un procedimiento de estimulación cerebral que puede ayudar a las personas a aliviar los síntomas graves del trastorno bipolar. Por lo general, se contempla este tipo de terapia solo si el paciente no ha mejorado después de probar con otros tratamientos (como medicamentos o psicoterapia), o cuando se necesita una respuesta rápida, como en el caso de riesgo

de suicidio o catatonia (un estado de estupor), por ejemplo.
- El ejercicio vigoroso regular, como trotar, nadar o andar en bicicleta, ayuda con la depresión y la ansiedad, promueve un sueño más profundo y es saludable para el corazón y el cerebro. Consulte con su médico antes de comenzar un nuevo régimen de ejercicio.
- Mantener un life-chart, o gráfico vital de la evolución de la enfermedad en el que se registran los síntomas anímicos diarios, los tratamientos, los patrones de sueño y los acontecimientos de la vida, puede ayudar a las personas y a sus médicos a dar seguimiento y a tratar el trastorno bipolar.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy las personas que sufren este tipo de trastornos psicosociales están fuera del entorno saludable psicosocial y sus esferas están abolidas por una sociedad que poco o nada participa en su integración.Se debe buscar la plena integración en el entorno ya que el aspecto sociales de vital importancia. Para ello es condición prioritaria la normalización de este y otros trastornos mentales. La erradicación de estigmación, de los estereotipos, prejuicios y rechazos con que se carga a las personas que padecen problemas de salud mental,por eso es de suma importancia que desde los equipos sanitarios de salud mental se lleven a cabo gestiones y programas de inserción de estas personas que por motivos que se desconocen o causas disruptivas agudas en su vida han desencadenado este lapsus de cognicidad confusa y que les aparta del mundo real arrastrándose a la soledad y el abandono social.

6 Bibliografía

- Robert E. Teyer, El origen de los estados de ánimo cotidianos.
- Nemours KidsHeal. Trastorno bipolar/ CuídatePlusth
- https://www.fesemi.org
› conozca-mejor-su-enfermedad › trastorno-afectivo.
- https://www.scielo.org/trastornos
psicoafectivos

Capítulo 279

PAPEL DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS

PATRICIA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

MARIA PAZ RODRÍGUEZ QUINTANA

ELISA ISABEL ROLLÓN DONAIRE

LEONTINA IGLESIAS PRIETO

LAURA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

Los estudios realizados en la última década avalan que, en un centro sanitario, tanto el personal como los usuarios afrontan cada día múltiples situaciones que pueden suponer un riesgo biológico, tales como el contacto directo con sangre o fluidos (Veerabadran y Parkinson, 2010). Por ello, las infecciones a nivel hospitalario son, hoy en día, un reto increíblemente difícil de abordar, pues inciden directamente en las tasas de mortalidad y en el coste final de los servicios hospitalarios.

Una de las formas básicas de luchar contra las infecciones hospitalarias y nosocomiales, son las centrales de esterilización, cuya labor principal será la esterilización y desinfección de todo el material médico susceptible de contaminación,

con el fin de promover la seguridad en los procedimientos clínicos (Vega de la Cruz, Julbe y Flor, 2019).

A pesar de la existencia de este tipo de centros, el riesgo de infecciones sigue existiendo y los sanitarios deben ser conscientes del mismo. Por ello, diversos procesos y protocolos han de ser aplicados de forma muy rigurosa. Los mecanismos más conocidos en la prevención de riesgos biológicos, son los que siguen (Vignoli, 2008):

- Esterilización: proceso mediante el que se consigue eliminar de forma definitiva todas las formas de vida microbianas, incluyendo bacterias y virus. En este sentido, se entiende por "muerte", la pérdida irreversible de la capacidad reproductiva del microorganismo.
- Desinfección: hay distintos niveles de desinfección, yendo desde una esterilización química hasta una reducción de los microorganismos potencialmente contaminantes.

El personal sanitario debe ser conocedor directo de dichos protocolos, de cara a aplicarlos en su labor diaria. Esto incidirá de forma muy positiva en la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios y hospitalarios, y promoverá unas funciones asistenciales de alto nivel.

2 Objetivos

- Detectar los procesos que previenen de forma eficaz la existencia, contaminación y transmisión de infecciones nosocomiales, evitando y previniendo la existencia de riesgos biológicos en unidades sanitarias.
- Analizar el papel del TCAE en profundidad a este respecto.

3 Metodología

En Octubre de 2019 se hace una consulta en las bases de datos PubMed, Web of Science y EbscoHost, utilizando como términos de búsqueda: prevención o intervención, infecciones o riesgo biológico y sanidad u hospital, con restricción de fecha 2010-2020. Además, se llevó a cabo una búsqueda básica en Google Scholar, se examinaron otros resúmenes recientes y se revisaron las listas de referencias bibliográficas de los artículos recuperados para identificar cualquier estudio elegible adicional.

Posteriormente, a partir de los títulos y resúmenes, se hizo una selección de las

publicaciones que cumplían los criterios de búsqueda. Finalmente, se revisaron los textos completos, con lo que se obtuvo una muestra final de 11 artículos.

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados, se encuentra que en los medios hospitalarios se llevan a cabo una serie de procesos y procedimientos cuya fundamentación es prevenir los riesgos biológicos y transmisión de infecciones. En estos, el Técnico de Cuidados Auxiliares en Enfermería (TCAE) tendrá unas funciones que apoyarán dicha prevención de forma determinante.

1. Mecanismos más eficaces para la prevención

Los mecanismos que más eficacia han demostrado en la prevención de transmisión de infecciones y patógenos, son las que siguen:

- Como mecanismo fundamental de prevención se encuentran la esterilización, desinfección y asepsia. Estas tres técnicas son esenciales para garantizar la seguridad hospitalaria, cuya mala aplicación puede desencadenar en fatales consecuencias. El personal encargado de realizarlas debe estar convenientemente formado en las mismas, y en la aplicación de rigurosos protocolos con altos niveles de calidad.
- Se debe garantizar que el instrumental utilizado se ha sometido de forma adecuada a los procedimientos previamente mencionados. Dicha comprobación ha de realizarse antes de su uso. Esto prevendrá posibles complicaciones y reducirá las tasas de prevalencia de riesgos biológicos, así como, a largo plazo, la temporalidad de las estancias hospitalarias.
- Una educación y formación de calidad y continuada, permitirá mejorar las competencias específicas de los profesionales que se encargan de estos procedimientos. Asimismo, dará lugar a una mayor productividad y eficiencia, así como a una mayor satisfacción con el puesto laboral.

Todas las medidas indicadas en los párrafos previos darán lugar a un menor número de errores en la aplicación de los procedimientos, que a largo plazo repercutirá en los usuarios del centro de salud y de la comunidad en general.

2. Papel del TCAE en la prevención de riesgos biológicos

Los TCAE y resto de personal sanitario han de recibir una adecuada formación en materia de prevención de riesgos biológicos y prevención de infecciones. En este sentido, las precauciones universales deben ser aplicadas de manera continua en tu actividad laboral diaria. Dichas medidas se refieren, especialmente, a un adecuado lavado e higiene de manos. Asimismo, la utilización de los elementos

de protección personal también es obligado, independientemente del diagnóstico del paciente.

Finalmente, que estos profesionales mantengan actualizada sus cartillas de vacunación contra las enfermedades inmunodeprimibles más habituales, también es una medida de prevención clave que ha de ser tenida en cuenta.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el TCAE debe ser amplio conocedor de las medidas de prevención expuestas. Dado su contacto frecuente y asiduo con el paciente, deberá tener especial cuidado, usando de manera obligada los distintos sistemas de protección, así como ejecutando un perfecto lavado de manos.

En este sentido, sería fundamental llevar a cabo una serie de pautas para así prevenir los riesgos biológicos en áreas de una mayor incidencia, tales como el quirófano. Entre las medidas estrella, se encuentran: utilización de barreras físicas (uso de guantes, mascarillas); uso de barreras químicas (desinfectantes, povidona yodada); ejecutar las precauciones universales y aplicar los códigos de buenas prácticas, así como barreras biológicas (vacunas).

Finalmente, como propuesta de futuro, un análisis exhaustivo acerca de la aplicación efectiva de las medidas de precaución universales por parte de los TCAE se percibe necesaria. Los estudios analizados no se centran en la ejecución adecuada de las mismas, sino sólo en si dichas medidas son o no aplicadas.

6 Bibliografía

- Vega de la Cruz, L. O., Julbe, N., & Flor, A. (2019). Gestión de riesgos en el proceso de esterilización de una entidad hospitalaria. Correo Científico Médico, 23(1), 245-264.
- Lewis, D. L., Arens, M., Suzuki, M., Appleton, S. S., Nakashima, K., Ryu, J., ... & Watanabe, D. (1992). Cross-contamination potential with dental equipment. The Lancet, 340(8830), 1252-1254.
- Veerabadran, S., & Parkinson, I. M. (2010). Cleaning, disinfection and sterilization of equipment. Anaesthesia & intensive care medicine, 11(11), 451-454.
- Hernández-Navarrete, M. J., Celorrio-Pascual, J. M., Moros, C. L., & Bernad, V. M. S. (2014). Fundamentos de antisepsia, desinfección y esterilización. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 32(10), 681-688.

Palomares, M., Lozano, A., & Llena, C. (2014). Prevención de infecciones cruzadas y esterilizacion de instrumental. Facultad de Medicina y Odontológía.
- Rodríguez Pérez, A. U., Delgado Pérez, M. L., & Dujarric Martínez, M. D. (2007). Procedimientos antimicrobianos: Parte II: la esterilización en instituciones de salud. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 45(3), 0-0.
- Mejía, A. A., Pérez, T. L. S., & Gío, E. A. (1999). Verificación biológica de los ciclos de esterilización. Revista de la Asociación Dental Mexicana, 56(6), 234-237.
- Rodríguez Pérez, A. U. (2006). La desinfección-antisepsia y esterilización en instituciones de salud: Atención primaria. Revista Cubana de Medicina General Integral, 22(2), 0-0.
- Sanit, H., Arelis, E., & Vargas Fajardo, E. (2003). Nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre esterilización. Revista Cubana de Enfermería, 19(1), 282-293.

Capítulo 280

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA. INTOXICACIONES E INFECCIONES.

MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ

NATALIA CASADO FANJUL

MONICA HERNANDEZ

RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Expertos de la OMS consideran que entre 70 y 80 % de las enfermedades diarreicas agudas son producidas por los alimentos y el agua contaminados.De acuerdo con los informes de la OMS, se calcula que cada año se producen mil quinientos millones de casos de diarreas y mueren tres millones de niños menores de cinco años en el mundo, y de ellas, un elevado porcentaje se produce como consecuencia de la ingestión de alimentos y de agua contaminados.

Las enfermedades transmitidas por alimentos,según OMS,constituyen uno de los problemas más extendidos en el mundo actual y una causa importante de disminución de la productividad para países, empresas, familias e individuos. Por ejemplo, la enteritis y otras enfermedades, diarreicas se encuentran entre las cinco

primeras causas de mortalidad en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

Las enfermedades de transmisión alimentaria o ETA, según las define la Organización Mundial de Salud, son aquellas que se deben a la ingestión de un alimento contaminado con microorganismos o sustancias químicas dañinas. Constituyen uno de los mayores problemas de Salud Pública en todos los países, en especial en los menos desarrollados. La diarrea es el síntoma más típico de estas enfermedades y se estima que 1 de cada 10 personas se ve afectada por alguna de estas dolencias de transmisión alimentaria cada año, la mayoría niños. Las ETA más frecuentes se deben a la contaminación del alimento con gérmenes patógenos. En general, la contaminación se produce por un tratamiento incorrecto del alimento en alguna de las etapas de la cadena alimentaria: cocinado insuficiente, descongelación a temperatura ambiente, mala higiene del manipulador, contaminaciones cruzadas por mal diseño de la industria o malas prácticas de manipulación, etc.

En las infecciones, el alimento es el vehículo ocasional de enfermedad, mientras que en las intoxicaciones es el agente habitual.

Virus,bacterias y parásitos son los tres principales riesgos microbiológicos en seguridad alimentaria que acaban, en ocasiones, en enfermedades. Pueden causar tanto infecciones como intoxicaciones.En una infección, la enfermedad está causada por los microorganismos patógenos que se reproducen en el interior del organismo, como virus, bacterias o parásitos, mientras que la intoxicación está provocada por la ingesta de toxinas presentes de forma natural en el alimento o añadidas de manera artificial. En las infecciones, el alimento es el vehículo ocasional; en las intoxicaciones es el agente habitual.Si el trastorno lo origina un alimento contaminado con microorganismos, se habla de infección.En cambio,si se debe a las toxinas producidas por los gérmenes presentes en el alimento, entonces se entiende que ocurre una intoxicación. Los principales patógenos o sustancias tóxicas de cada una de ellas son:

- Infección alimentaria: bacterias (Salmonella, Listeria monocytogenes, Campylobacterjejuni), virus (hepatitis A, norovirus y rotavirus) y parásitos (Trichinellaspiralis, Anisakis simplex).
- Intoxicación alimentaria: Clostridiumbotulinum, Staphylococcusaureus, Clostridiumperfringens y Bacilluscereus.La ingesta de alimentos contaminados por microorganismos patógenos o sus toxinas causa toxiinfección alimentaria. Este concepto hace referencia a la acción patógena de los microorganismos, que

puede ocurrir a través de los dos mecanismos: la infección y la intoxicación. Los síntomas de las dos son similares. Ambas pueden provocar dolores de cabeza, vómitos, dolor abdominal, calambres, diarrea o deshidratación.

Síntomas de infección e intoxicación alimentaria:
Los síntomas más frecuentes de la intoxicación alimentaria son náuseas y vómitos. El tiempo de inicio, o el tiempo entre el consumo de alimentos y la primera señal, es más corto que en el caso de infección. Esto es así porque, en esencia, el organismo reacciona más rápido cuando se experimenta una intoxicación por sustancias químicas.

Los signos habituales de la infección de alimentos son: diarrea, calambres estomacales, fiebre y escalofríos (estos dos últimos son más extraños en el caso de una intoxicación). El tiempo de reacción es mayor porque los microorganismos necesitan tiempo para reproducirse y atacar el organismo.

En la infección alimentaria, uno de los patógenos más involucrados es la Salmonella, capaz de crecer en el intestino. Las principales fuentes de infección son las personas y los animales de sangre caliente. El patógeno llega a los alimentos por la contaminación de los manipuladores de alimentos o, en el caso de huevos y aves de corral, puede estar presente ya en el animal.

En la intoxicación alimentaria, los microorganismos que se localizan en los alimentos producen una toxina que en la mayoría de los casos no se elimina con la cocción. Es muy difícil detectarla porque no se altera ni el sabor, ni el aspecto ni el olor. La única forma de prevención es mantener los gérmenes fuera de los alimentos y estos, a temperatura adecuada.

La higiene en la cocina hospitalaria disminuye el riesgo de enfermedades. Para la seguridad alimentaria es aconsejable separar la comida por género, evitar la manipulación cruzada con utensilios y emplear materiales antibacteriales Las cocinas hospitalarias son zonas de riesgo semicrítico de contaminación ambiental hacia el paciente, por lo que además de los cuidados que cualquier persona tendría en la manipulación de los alimentos, la higiene del centro sanitario es fundamental.

En la cocina hospitalaria la comida debe estar almacenada por genero en distintas neveras, así como es aconsejable utilizar distintos utensilios en la manipulación de los alimentos para evitar la contaminación cruzada. En el sistema de limpieza y desinfección se aplica una técnica húmeda y por arrastre. Y en lo que

respecta al diseño de las instalaciones debe evitarse los espacios de difícil acceso, como recovecos, donde se acumule suciedad; y facilitar una cadena de trabajo siempre hacia delante, con una separación de zonas limpias y sucias.Esto se refiere a todos aquellos materiales y equipos de última generación que, instalados en la cocina, mejoran el nivel de seguridad microbiológica e higiene sin que se modifiquen sustancialmente los hábitos del manipulador. Dentro de este amplio grupo, encontramos materiales y revestimientos con tratamiento bacteriostático, herramientas y utensilios con protección antibacterial o dispensadores automáticos de agua y jabón con sensor.Un gesto como lavarse las manos, por otro lado, puede salvar vidas, ya que se ha comprobado que ésta es la principal vía de distribución de los gérmenes entre las personas ingresadas.

Cuidando solamente la higiene, se podrían evitar muchas enfermedades, especialmente aquéllas que se transmiten por contacto y algunas alimentarias, como la salmonella. Alimento, tiempo y temperatura son los tres elementos implicados en las intoxicaciones e infecciones si se dan las condiciones adecuadas. Entre los factores que contribuyen a las enfermedades de transmisión alimentaria, tanto infecciones o intoxicaciones, figuran:
- Preparación de alimentos con mucha antelación.
- Mantener los alimentos a temperatura ambiente en lugar de hacerlo en el refrigerador.
- Contaminación cruzada entre productos crudos y cocinados.
- Deficiente higiene, tanto de manos como de utensilios y superficies.

2 Objetivos

- Determinar el foco natural de la enfermedad: establecer el alimento implicado y/o el origen (las fuentes de infección en caso de enfermedades transmisibles), el agente causal, el modo o mecanismo de transmisión, período de incubación o latencia y el espectro clínico.
- Caracterizar la población de riesgo.
- Establecer los posibles factores contribuyentes e identificar factores protectores o de riesgo.
- Establecer medidas de control y prevención, y evaluar su impacto.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo,Dialnet y Lilacs con buscadores ópera y Google con el operador boléano "AND" y los descriptores: Toxiinfección,higiene alimentaria,contaminación cruzada y lavado de manos higiénico.Criterios de exclusión:textos en inglés.Criterios de inclusión:datos de nivel mundial.

4 Resultados

La diarrea es el síntoma más típico de estas enfermedades y se estima que 1 de cada 10 personas se ve afectada por alguna de estas dolencias de transmisión alimentaria cada año, la mayoría niños. La diarrea es el síntoma más frecuente, pero no el único: insuficiencia renal o hepática, trastornos cerebrales, artritis, y en los casos más graves, la muerte (unas 400000 personas al año, un tercio niños menores de 5 años).

Cada año se producen más de 8.000 intoxicaciones alimentarias en España. Cada año se registran en España más de 5.000 casos de salmonelosis (infección por comer alimentos con salmonella, una bacteria). Esa cifra, que desde 2005 es de declaración obligatoria y se registra en el Centro Nacional de Epidemiología supone aproximadamente el 70% de los casos de infecciones alimentarias, según el Ministerio de Sanidad. Eso indica que otras causas (botulismo, anisakis, Escherichiacoli) representan otras 3.000 aproximadamente.

Los números son siempre a la baja. Al registro que lleva el Instituto de la Salud Carlos III sólo van los casos más graves y aquellos que han sido diagnosticados por médicos que se molestan en notificarlos. Pero aún así este muestreo es suficiente para mostrar la gravedad de un proceso que la mayoría de las veces es evitable y que en algunos pocos casos es mortal.
Como se sabe que el calor destruye la mayoría de los microorganismos, asegurarse de que las sopas hierven o de que las carnes están bien cocinadas son medidas fáciles y seguras. En caso de que no se pueda usar el calor, acidificar las salsas con un poco de vinagre o limón también ayuda, indica la Aesan.

En el caso del anisakis (un parásito que se encuentra en los pescados) el mecanismo puede ser el contrario. Es más sensible al frío, por lo que congelar los alimentos antes de cocinarlos es una buena medida, recuerda Sanidad. El frío también ayuda a evitar la proliferación de agentes infecciosos, por lo que se recomienda

guardar siempre en la nevera lo que no se vaya a consumir inmediatamente.
1. Consumir alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente.
2. Cocinar correctamente los alimentos.La temperatura a la que debe someterse el alimento debe ser suficiente para que alcance un mínimo de 70º C en el centro del producto.
3. Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados.
4. Un alimento cocinado, es un alimento higienizado.
5. Calentar suficientemente los alimentos cocinados.
6. Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados.
7. Asegurar una correcta higiene de la persona que va a manipular los alimentos y una limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina.
8. Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y animales de compañía.
9. Utilizar exclusivamente agua potable.
10. No consumir alimentos perecederos que estén expuesto a temperatura ambiente.

Además de proceder a su notificación sistemática por el procedimiento habitual en el momento de su conocimiento (de la sospecha, sin esperar al diagnóstico de confirmación), todos los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos de cualquier etiología han de ser notificados a la Dirección de Salud de Área por la vía más rápida (teléfono, fax) y en todo caso dentro de las 24 horas siguientes a su detección, por el profesional que lo conozca, tanto del sistema sanitario público como privado.

Todos los profesionales, centros, servicios y unidades del Sistema Sanitario Público, prestarán a la Dirección de Salud la colaboración necesaria que ésta solicite, para la recogida de información, realizar encuestas epidemiológicas y establecer medidas de control.

La investigación e intervención ante un brote debe iniciarse lo antes posible, tan pronto se conozca la existencia de éste y atendiendo a sus características. La necesidad de la protección de la población es la principal prioridad, aunque también deben ser consideradas otras como atender su preocupación ante la situación, ofertándole la información que proceda. La Dirección de Salud de Área es la responsable de la gestión del brote y en consecuencia investigará directamente todos los brotes declarados o detectados en su demarcación, cumplimentando las fichas y/o encuestas epidemiológicas correspondientes, recibiendo la colaboración que se precise de todos los centros, servicio y profesionales sanitar-

ios del Sistema de Salud público que fueran necesarios, para dicha investigación y gestión, según establece la Legislación vigente. La Dirección de Salud de Área nombrará a un epidemiólogo responsable de la investigación del brote, el cual centralizará toda la información relativa al mismo derivada de las acciones realizadas (encuestas epidemiológicas, inspecciones, toma de muestras, resultados de laboratorio,...) y será el encargado de emitir los preceptivos informes. Todos los centros, servicios, unidades y profesionales implicados en el estudio, gestión o control del brote facilitan al epidemiólogo responsable toda la información referente al mismo de la manera más rápida y eficiente en cada momento

En todo brote ha de realizarse una investigación epidemiológica pasando por sus diferentes fases: (descriptiva, analítica y en su caso experimental) si bien esta última rara vez es llevada a cabo. En la investigación de un brote se pueden establecer una serie de etapas, no precisamente cronológicas ya que suelen solaparse en el tiempo, pero que pueden considerarse a efectos didácticos, iniciándose dicha investigación por la correspondiente Dirección de Salud inmediatamente tras su notificación o detección. Recogida de información y propuesta de medidas de control iniciales. Confirmar la existencia del brote. Debe recogerse toda la información posible entrevistando a todos los afectados que en ese momento se conozcan. Para ello procederá a: Contactar con el personal asistencial que dará el diagnóstico de presunción y orientará hacia la posible fuente (la exposición a posibles alimentos debe formar parte de la historia clínica del paciente, a realizar por el profesional que atiende a los afectados). Identificación de los casos con nombre, apellidos, teléfono de contacto, domicilio, etc. Identificar posibles nuevos casos y a las posibles personas expuestas sanas.Identificación de los posibles establecimientos y/o productos implicados.

Realizar las encuestas epidemiológicas: Las encuestas realizadas inicialmente a los casos atendidos permiten habitualmente identificar, o al menos sospechar, la fuente común de un brote. Debe hacerse todo lo posible por realizar una encuesta individual exhaustiva protocolizada a cada afectado, que deberá realizarse con la mayor brevedad posible. Aunque esta área de trabajo es propia o específica del epidemiólogo, también la pueden y deben realizar otros profesionales sanitarios dependiendo en cada momento de la situación del brote, y siempre bajo la coordinación del epidemiólogo responsable de su investigación. Las encuestas epidemiológicas forman parte de la historia clínica del paciente. Toma de muestras clínicas: Debe hacer todo lo posible para la recogida de las muestras orgánicas de los afectados que en cada caso proceda, según la sospecha clínica del brote, que sean de interés diagnóstico y remitirlas cuanto antes al laboratorio clínico habit-

ual; específicamente, en casos de toxiinfección alimentaria se recogerán muestras de heces para coprocultivos, teniendo en cuenta que las muestras para coprocultivos de los afectados deben tomarse antes de la administración de quimioterápicos (concretamente antibióticos).

La petición de análisis en muestras clínicas relacionadas con brotes en general, seguirán el trámite ordinario establecido por cada área de salud, si bien deberán identificarse como brote por alimentos, o toxi-infección alimentaria en su caso, indicando cual es la sospecha clínica, y serán considerados como "urgentes" por los laboratorios del Sistema Sanitario Público en general, y en especial por los laboratorios de microbiología de los hospitales del Servicio Extremeño de Salud. Descripción inicial: Para establecer inicialmente el posible origen o los posibles alimentos implicados se realizará una descripción de los datos obtenidos en base a: Tiempo: según al momento de presentación de los síntomas podemos dibujar la curva epidémica de presentación de casos sobre un eje de coordenadas, colocando en el eje de valor (Y) el número de afectados y en el de categorías (X) la unidad de tiempo a considerar, variando ésta en función del proceso que se trate, obteniendo información sobre el tipo de exposición (puntual o continuada) y las probables fechas de exposición en según el periodo de incubación.

Lugar: con la información obtenida podemos saber donde ocurrió la distribución espacial de los afectados: identificación inicial del lugar o lugares. Persona: las características personales pueden hacer que la afectación varíe de una persona a otra por lo que es importante describir la afección en base las diferentes variables de persona (género, edad, ocupación…), además se deben recabar los datos sobre los alimentos consumidos y no consumidos y donde los consumió cada persona afectada y también las no afectadas, pues ello nos informa sobre el posible alimento implicado y la posible fuente de infecciónо en la investigación de un brote.

Toma de muestras de alimentos petición de análisis en muestras de alimentos relacionadas con brotes en general información lo más detallada posible que permita identificar el producto, y que incluirá como mínimo:
- Nombre del producto.
- Nombre del fabricante.
- Domicilio o razón social.
- Nº de Registro Sanitario.
- Lote de fabricación.
- Fecha de caducidad. la Dirección de Salud informará a la Subdirección de

Epidemiología inmediatamente de cualquier aspecto relevante en cuanto a la situación del brote (aumento de número de afectados, ingresos hospitalarios, fallecimientos, aparición de casos en otras zonas geográficas, etc.) de su gestión (toma de muestras, inspecciones realizadas, detección de posibles productos comerciales implicados, etc.) o de las medidas adoptadas (inmovilizaciones cautelares de productos implicados, adopción de medidas de control personales, etc.) y de cualquier otro extremo que pueda tener interés sanitario, social o administrativo

Una vez finalizado el brote, y en un plazo máximo de 2 meses desde su finalización, la correspondiente Dirección de Salud de Área remitirá a la Subdirección de Epidemiología los siguientes informes finales: Informe administrativo detallado de las actuaciones realizadas, especificando la investigación llevada a cabo, sus resultados, y las medidas adoptadas.Este informe debe de contener como mínimo: Resumen ejecutivo.Estudio epidemiológico realizado. Medidas de control propuestas y adoptadas. Conclusiones y las recomendaciones finales. Propuesta de medidas de control definitivas. Además debe ir acompañados de los anexos necesarios relativos a las fuentes de información utilizada, inspecciones realizadas, los resultados de laboratorio, los informes técnicos, los métodos, los formularios, etc. El informe y sus anexos deben de ir firmados por el epidemiólogo responsable de la investigación del brote y los técnicos que lo han realizado o colaborado en su realización y remitirse por escrito.

5 Discusión-Conclusión

El control y prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos reviste especial importancia en nuestros días ya que el cambio de hábitos alimentarios de la población, con un mayor consumo de productos elaborados industrialmente, está produciendo un lento, pero progresivo aumento de las mismas, en especial de las Toxi-infecciones alimentarias.

Y todo ello a pesar de la avanzada tecnología sanitaria aplicada a la producción, elaboración, almacenamiento y distribución de los alimentos, de la aplicación del Análisis de peligros y puntos de control críticos en los procesos de industrialización alimentaria, e incluso de las certificaciones sanitarias (Normas ISO) y el aseguramiento de la calidad que los industriales alimentarios implantan en sus procesos productivos.

El control de estas enfermedades pasa por la existencia de una información epidemiológica lo más eficaz y ágil posible, así como por el establecimiento de

unas pautas de actuación protocolizadas que faciliten la intervención rápida y eficaz desde los diferentes niveles del sistema sanitario.Independientemente de que pueda representar una urgencia clínica para los pacientes, la presencia de un brote epidémico representa una urgencia epidemiológica, siendo pues un evento de declaración individualizada y urgente, a efectos de vigilancia epidemiológica y de cara a la toma de medidas de control.

6 Bibliografía

- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 202/2000, de 11 de febrero del Ministerio de Sanidad y consumo por el que se establecen las normas relativas a los manipuladores de alimentos. BOE núm 48 de 25/02/2000.
- Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. 2ª Edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- Castro Domínguez A. Enfermedades transmitidas por alimentos. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008.
- Hernández Herrero MM. Importancia del lavado de las manos [Internet]. Barcelona: Universidad Autónoma; 2003 [citado: 22 de julio de 2009]. Disponible en: http://www.consumer.es/seguridad-alimentaria/sociedad-y-consumo/2003/07/22/7364.php.

Capítulo 281

HABILIDADES SOCIALES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA DEL PACIENTE .

ALBA CEÑERA MENENDEZ

NOELIA BLANCO CAÑIZARES

LEYLA SOFIA LOPEZ RODRÍGUEZ

NURIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARÍA LUISA ALONSO CASTAÑON

1 Introducción

Las personas, como seres humanos que son, viven en sociedad agrupadas en círculos cercanos a los que llamamos "familia". Las familias se comportan así como una unidad, en la que los individuos forman fuertes vínculos emocionales, de forma que cuando a uno de ellos le ocurre algo, esto no sólo repercute en la persona afectada sino en todo el núcleo familiar (Belio y Vivar, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención primaria debería articularse en torno a la enfermera de familia. Dicha recomendación se puede ver

reflejada, por ejemplo, en el Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas (Junta de Andalucía, 2002), en el cual se pone sobre la mesa la figura de la enfermera comunitaria, cuyo cometido será acercar los cuidados al ámbito familiar. No se puede olvidar que es precisamente la familia quien se encarga de la mayor parte de los cuidados a sus enfermos, llegando incluso a representar un 66% de los apoyos recibidos por éstos (García-Calvete, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004).

Pese a ello, cuando una persona cae enferma y tanto ésta como su familia se enfrentan al proceso de salud-enfermedad del paciente, siempre se olvida que este binomio debe tratarse como un ente indivisible, el cual necesita recibir la debida atención. Cuando el paciente es hospitalizado, este binomio queda diluido de forma que la prioridad pasa a ser el enfermo, quedando la familia olvidada sin que sea tenida en cuenta, llegando incluso a ser considera como una molestia (Santa-Cabrera, Sánchez-Palacios y Hernández-Medina, 2007).

Esto es así debido a la complejidad de los cuidados que se le otorgan al paciente hospitalizado, sumado a unas normas determinadas de funcionamiento y una atención tradicionalmente enfocada, prácticamente de forma exclusiva al enfermo, llegando incluso a ser aislado. Si bien a día de hoy se considera un error, durante años el aislamiento fue una práctica considerada necesaria con el objetivo de proteger al paciente del agotamiento emocional (Brown, 1976) y diversas enfermedades nosocomiales. Esta rutina es conocida como "secuestro del paciente" (Lallemand et al., 2003), a través de la cual se hacía depender al enfermo del personal de salud, lo cual genera un ambiente tenso que convertía la hospitalización en una experiencia estresante e incierta (Solano-Ruiz y Siles-González, 2005).

2 Objetivos

- Identificar cuáles son las habilidades sociales necesarias en el ámbito de la salud para que el personal sanitario pueda atender de forma efectiva a las familias de los pacientes.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha

2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: paciente, familiar, comunicación, sanidad. Habilidades sociales, auxiliar, TCAE.

A través de estos tópicos, se encontraron 73 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 50 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 23 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 8 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 15.

4 Resultados

Se hallan diversas habilidades y estrategias básicas en la comunicación del sanitario con la familia que, de forma clásica, son clasificadas en diversas categorías:
• Habilidades para la comunicación en el ámbito de la salud
• Estrategias para facilitar la comprensión y recordar los mensajes de salud
• Los gestos y posturas de los profesionales sanitarios.

En base a lo anterior, se encuentra que las habilidades, estrategias y gestos de los TCAE más destacados para poder facilitar una eficaz comunicación con los familiares son los siguientes:
• La empatía.
• El empleo de una información sencilla, clara y concisa y adecuada al nivel sociocultural de los familiares.
• Una entonación, volumen y ritmo de la voz que se correspondan con la comunicación no verbal (las posturas corporales, expresión facial o la mirada).

Por otro lado, se encuentran esenciales los siguientes aspectos de la comunicación: dirigirse a los familiares con respeto, evitar ironías, humillaciones y burlas, ofrecer una comunicación participativa para fomentar la comunicación entre el profesional y la familia. El uso de palabras de fácil comprensión, pero sin mostrar en la comunicación pena ni condescendencia.

Durante la comunicación con los familiares, se debe ser consciente de que con la utilización de diversos gestos se puede tranquilizar a los familiares y ofrecerles un apoyo emocional, como ocurre con el contacto físico mediante la utilización

de las manos puestas en su hombro, presionando ligeramente o con una simple mirada. En todo momento se ha de mantener el contacto visual con los familiares. Por último, se debe establecer una adecuada expresión facial, es decir, sin realizar gestos inadecuados mientras se está escuchando.

5 Discusión-Conclusión

Tras estudiar los resultados, se concluye que las habilidades sociales suponen un papel importante en las comunicaciones personales entre los TCAE, el paciente, su familia y el resto del personal sanitario.

Se hace necesaria una continua interacción con todos los agentes implicados a través de un conjunto de habilidades sociales y estrategias con el objetivo de facilitar la comunicación y la relación personal con los familiares, lo cuales suelen ser considerados tanto por el TCAE como por el resto de profesionales sanitarios una parte prescindible y olvidada de la atención al paciente, predominando de esta forma la figura del enfermo en la mayoría de situaciones sanitarias y quedando en un segundo plano, olvidada, la familia.

No se debe olvidar que, si bien el paciente es importante en la evolución de su proceso de salud ya que ésta le pertenece principalmente a él, hay que tener en cuenta también a los familiares para que sean partícipes también del cuidado de su ser querido. Por ello, trabajar en tener una buena comunicación con ambos es importante de cara a transmitir la información de forma clara y precisa en un ambiente propicio que no resulta hostil para ninguna de las partes.

De esta forma, si se produjera por ejemplo algún cambio de conducta en el enfermo o en la familia, éste se podrá informar la forma más respetuosa y amablemente posible, evitando así posibles conflictos o situaciones embarazosas y poder así lidiar con el día a día evitando potenciales situaciones de estrés tanto para el personal sanitario como para los familiares. Si la familia dispone de toda la información, se sentirán más apoyados, no se sentirán impotentes y podrán ser de ayuda en el caso de que se dé alguna situación grave en relación con el enfermo.

6 Bibliografía

- Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., & Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Revista cuidarte, 7(2), 1297-1309.

- Belio, M. P., & Vivar, C. G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enfermería intensiva, 23(2), 51-67.
- Bernal-Ruiz, D., & Horta-Buitrago, S. (2014). Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. Enfermería universitaria, 11(4), 154-163.
- Brown AJ. (1975). Effect of family visits on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary-care unit. Heart Lung. 1976;5(2):291-6.
- Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. (2005). Visiting hours in the Nurs Forum;40(1):18-28.
- García-Calvete MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac. Sanit.
- Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M. A., Irigoyen-Coria, A., & Hernández-Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Archivos en medicina familiar, 8(2), 137-144.
- Junta de Andalucía. DECRETO 137/2002, de 30 de Abril, de apoyo a las familias andaluzas. Sevilla. 2002.
- Lallemand, C. Z., de Pedro Gómez, J. E., Gastaldo, D., Cubel, P. L., & López, P. S. C. (2003). ¿ Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?. Enfermería intensiva, 14(3), 109-119.
- Santana Cabrera, L., Sánchez Palacios, M., Hernández Medina, E., García Martul, M., Eugenio Ronaina, P., & Villanueva Ortiz, A. (2007).
- Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Medicina intensiva, 31(6), 273-280.
- Solano Ruiz, M., & Siles González, J. (2005). Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. Index de enfermería, 14(51), 29-33.

Capítulo 282

INCIDENCIA, PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CAÍDAS EN ANCIANOS Y DISFUNCIÓN OCUPACIONAL. ABORDAJE PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MIREN LOREA TELLERIA DOMÍNGUEZ

YAIZA GÓMEZ MARTIN

BARBARA REY GARCÍA

AINHOA DA COSTA

AÍDA GUTIÉRREZ CAMPO

1 Introducción

El colectivo de las personas mayores es una parte de la población especialmente sensible a la disfunción ocupacional. Esta pérdida en la capacidad para desempeñar ocupaciones en la persona mayor presenta algunas particularidades que las distingue de otras etapas vitales.

El proceso de envejecimiento conlleva la aparición de una fragilidad ocasionada

por la disminución de la reserva fisiológica del organismo y los cambios en los sistemas anatomofisiológicos (disminución de masa y fuerza muscular, déficits sensoriales, enfermedades neurológicas, trastornos de la marcha y equilibrio) los cuales son suficientes para provocar un principio de deterioro funcional.

Una de las causas más comunes del deterioro funcional y de la restricción en la participación de las actividades de la vida diaria (AVD) son las caídas o el miedo a caer. Actualmente se producen caídas en el 30 % de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, aceptándose su incidencia mucho más elevada en las personas mayores institucionalizadas, llegando a situarse como la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por lo que constituye uno de los grandes Síndromes Geriátricos.

2 Objetivos

- Averiguar el número de caídas, causas y consecuencias en la población asturiana mayor de 65 años.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos nacionales e internacionales (Pubmed, Cochrane, Dialnet y Google Académico).
- Palabras clave: caídas. Prevención de caídas. Geriatría. TCAE
- Keywords: accident prevention. Falls. Falls prevention.

Se han utilizado limitadores en la búsqueda como la fecha de publicación, rango de edad e idioma. También se ha utilizado el Operador Lógico Booleano "AND" para relacionar dos o más términos en la búsqueda.

4 Resultados

Los estudios epidemiológicos estiman que alrededor de una de cada 3 personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, se caen al menos una vez al año, con un incremento progresivo de caídas al ir aumentando la edad de la población. En España el 18,4% de la población total (46.557.008) es mayor de 65 años, lo que equivale a 8.657.705 de personas a 1 de enero del 2016. Con relación al Principado de Asturias, este porcentaje es aún mayor, situándose con un 24,39% de la

población total (1.034.449) en el año 2016 lo que equivale a 252.302 personas mayores de 65 años. Si se compara con el porcentaje de años pretéritos, se observa un incremento notable de la población mayor de 65 años (10 puntos en las últimas dos décadas). De las personas mayores que se caen, aproximadamente la mitad volverá a tener otra caída en el siguiente año.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años ha aumentado notablemente el número de personas mayores que viven en nuestra comunidad. Esto en parte es debido al aumento de la esperanza de vida por lo que es previsible que en años venideros este número siga aumentando. Por ello, la prevención cobra un papel cada vez más importante en este colectivo puesto que se podrían reducir, en este caso, el número de caídas. El reducir el número de caídas conllevaría por parte de la persona a disfrutar de un envejecimiento activo en el que la persona fuera participe de su propio proceso de envejecimiento, sin restricciones en la participación ni limitaciones en la actividad de manera autónoma e independiente. Por otro lado, los gastos sanitarios derivados de las lesiones por caídas se verían reducidos drásticamente, así como los periodos de estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Corregidor, Ana I. "Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología, bases conceptuales y aplicaciones prácticas." Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Madrid (2010).
2. Leland NE, Elliott SJ, O'Malley L, Murphy SL. Occupational therapy in fall prevention: current evidence and future directions. Am J Occup Ther. 2012;66(2):149–160
3. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. AGS/BGS clinical practice guideline: prevention of falls in older persons. New York (NY): American Geriatrics Society; 2010.37.
4. Varas-Fabra, Francisco, et al. "Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados." Atención primaria 38.8 (2006): 450-455.
5. Instituto nacional de estadística. 2016. [Consulta: 27 diciembre 2016].
6. Caídas en ancianos institucionalizados : valoración del riesgo , factores relacionados y descripción Falls in institutionalized elderly : 2017;28(1):2–8.

Capítulo 283

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO

NAHIR ALCARAZ CASARREAL

1 Introducción

El burnout o síndrome del desgaste profesional es una reacción emocional en la que la persona se derrumba por el cansancio psíquico o por el estrés de la interacción social y de la rutina laboral. Se caracteriza por un rendimiento menor en el trabajo, tener sentimientos laborales negativos y sentir cansancio extremo.

Se considera que el síndrome de burnout en los profesionales sanitarios es el resultado de la relación entre tres aspectos: La falta de realización personal, la despersonalización y el agotamiento emocional.

2 Objetivos

- Conocer qué es el burnout y cuáles son sus síntomas.
- Averiguar las causas que provocan padecer este síndrome en los profesionales de la salud.
- Descubrir estrategias que disminuyan las probabilidades de padecer este síndrome.

3 Metodología

Para realizar la revisión bibliográfica de este capítulo he utilizado como palabras clave en el buscador: “Burnout”, “profesionales” y “sanitarios”. Las fuentes elegi-

das son las que considero más completas para la información que quiero seleccionar y transmitir en este capítulo.

4 Resultados

Este síndrome afecta a muchos profesionales sanitarios. Los estados de ánimo inciden directamente sobre nuestras conductas y pensamientos con lo que nuestras decisiones se pueden ver afectadas y por tanto, la labor en nuestro trabajo se puede ver perjudicada.

Los síntomas de este síndrome en los profesionales de la salud pueden ser distintos en función de múltiples factores como: Actitud de la persona, características personales, grado de responsabilidad en su trabajo… Aunque uno de los primeros signos de alarma suele ser la dificultad de levantarnos por la mañana.

Alguno de los síntomas que se presentan con este síndrome son de tipo emocional (frustración, impotencia, impaciencia, etc.), psicosomáticos (cefaleas, fatiga, insomnio, etc.) y de tipo conductual (apatía, irritabilidad, pesimismo, etc.).

Se necesitan estrategias eficaces para prevenir y mejorar la situación sobre el burnout entre los profesionales sanitarios. Normalmente se ofrecen herramientas para atajar el problema desde un enfoque individualista, en el que afronten solos los factores estresantes pero a veces estos problemas van más allá del control de la propia persona. Debemos por tanto, darle un enfoque distinto en el que no veamos el problema solo a nivel individual para así poder encontrar soluciones más duraderas y sustentables creando ámbitos de trabajo saludables. De esta manera, se debería de incluir el burnout en las evaluaciones de la calidad de la atención sanitaria y el agotamiento se debe de evaluar a nivel de unidad o de servicio para así llegar a saber con mayor exactitud las causas y diseñar así intervenciones más efectivas.

Alguna de las estrategias que podemos utilizar para reducir el burnout en la atención sanitaria puede ser:
- Manejar la carga de trabajo y saber reconocer nuestros límites ayudan a que uno se sienta eficaz en su trabajo.
- Influir en decisiones y ejercer autonomía profesional hace que se sea más resiliente y comprometido.
- Sentirse recompensado provoca una satisfacción intrínseca y los pacientes pueden contribuir en esta recompensa.

- Sentirse motivado en el puesto de trabajo es fundamental para mantenerse alejado del burnout.

5 Discusión-Conclusión

La prevención siempre es más deseable que el tratamiento y esto es posible con un entorno laboral sano, en el que se evalúe el burnout y se actúe sobre los causantes estructurales de este, desarrollando intervenciones que contrarresten los factores que conducen a padecer este síndrome. Además, es fundamental que a nivel de individuo adquiramos ciertas herramientas que nos permitan afrontar estos problemas de la mejor manera posible sin que pueda llegar a afectarnos en el desarrollo de nuestro trabajo.

6 Bibliografía

- "La OMS incluye el «burnout» o «síndrome del trabajador quemado» en su lista de enfermedades" del 28 de Mayo del 2019 en enfermeria21.com.
- "El síndrome de burnout en los profesionales de la salud" del 7 de Marzo del 2018 en lamenteesmaravillosa.com .
- "Burnout en el personal sanitario" del 18 de Agosto del 2019 en intramed.net.

Capítulo 284

RESIDUOS SANITARIOS

ZARA REGINA GONZÁLEZ LÓPEZ-FDEZ

MARÍA NOEMI RODRÍGUEZ ESPINA

JESSICA SUÁREZ JIMÉNEZ

ELSA ARGÜELLES IGLESIAS

MARIA LUISA FERNANDEZ DEL CERRO

1 Introducción

Los residuos sanitarios u hospitalarios son aquellos generados en las actividades sanitarias. Buena parte de ellos se encuentran potencialmente contaminados con sustancias o líquidos biológicos, al haber sidos utilizados en tratamientos clínicos. Este tipo de residuos, proceden de:

- Hospitales, clínicas y sanatorios de medicina humana.
- Consultas de profesionales independientes.
- Centros de asistencia social.
- Laboratorios de investigación médica.
- Centros de atención primaria.
- Centros de planificación.
- Centros de salud.
- Centros y servicios veterinarios.
- Cualquier otra que tenga relación con la salud.

2 Objetivos

- Saber diferenciar entre los distintos envases para residuos que existen, para su almacenamiento y posterior eliminación.
- Identificar los distintos tipos de residuos.
- Fomentar la importancia de una cultura y sensibilización medioambiental dentro del centro sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

- GRUPO I.- Son los residuos asimilables a los urbanos, no específicos de la actividad propiamente sanitaria, entre los que se incluyen: papel, cartón, envases, residuos de oficina y restos de comedores, jardines. Se recogen en bolsas de color negro que se pueden depositar en los contenedores de residuos urbanos.

- GRUPO II.- Lo forman los residuos no peligrosos derivados de la actividad hospitalaria, pero que debido a sus características no requieren de ningún tipo de gestión especial (pañales, restos de curas….). Se recogen en bolsas de color verde y también se incorporan al flujo general de los residuos urbanos de recogida municipal, depositándose en los contenedores de residuos urbanos.

- GRUPO III.- Son residuos sanitarios especiales, producidos como resultado de la actividad clínica y que se deben observar medidas de prevención en la gestión, dado que pueden representar un riesgo para la salud laboral y pública. Se clasifican en: infecciosos, anatómicos, sangre y hemoderivados, agujas y material punzante y cortante, vacunas. Su recogida se realiza a través de un gestor autorizado en bolsas de color rojo y contenedores de cierre hermético, trasladándose para su posterior tratamiento fuera de la Comunidad Autónoma.

- GRUPO IV.- Lo componen los residuos con normativa específica de gestión: peligrosos no específicos de la actividad propiamente sanitaria (aceites usados, residuos radioactivos…..)

Las obligaciones de los productores de residuos sanitarios son:

- Estar inscrito en el registro de producción y gestión de residuos.
- Llevar al día un archivo cronológico de control de los residuos generados y entregados a gestor.
- Entregar sus residuos de los grupos III y IV a gestores autorizados de residuos.
- Mantener los residuos almacenados en condiciones adecuadas de higiene y seguridad.
- No mezclar ni diluir los residuos con otros residuos peligrosos (grupo IV) es de 6 meses. El tiempo máximo de almacenamiento de los residuos especiales (grupo III) es de 1 semana.

5 Discusión-Conclusión

La gestión incorrecta de determinados residuos sanitarios, en concreto, aquellos que son peligrosos, puede liberar al medio ambiente sustancias que resultan dañinas para los organismos vivos. Por ello, la normativa básica sobre residuos establece la obligación de gestionar los residuos peligrosos adecuadamente a través de su correcta identificación, separación, almacenamiento y entrega a un gestor autorizado para su posterior tratamiento y/o eliminación.

Así, el sector sanitario no puede ignorar la necesidad de gestionarlos adecuadamente así como de desarrollar planes que permitan minimizar la cantidad de residuos que se genera.

6 Bibliografía

- https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluación-ambiental/temas/prevención-y-gestion-residuos/flujos/residuos-sanitarios/
www.auxiliar-enfermería.com/esquemas/esquema_residuos.htm.

- https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/residuos-sanitarios.

Capítulo 285

DIABETES EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

ELVIRA LORENZO PRENDES

CRISTINA PELAEZ BANIELA

VERÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ

1 Introducción

Nuestro cuerpo es un conjunto de órganos y cada uno de ellos tiene una tarea particular que realizar.
Nuestros órganos necesitan energía para funcionar y la obtienen a partir de alimentos que ingerimos.

¿Qué es la diabetes?
La diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad en la que se produce una mala utilización de los azucares (hidratos de carbono) como consecuencia de una falta de insulina.

¿Qué es la insulina?
La insulina es una sustancia (hormona) fabricada por el páncreas, que es una glándula situada en la parte alta del abdomen, muy cerca del estomago.

¿Para qué sirve y cómo actúa la insulina?
La insulina es necesaria para que la glucosa entre dentro de las células y así pueda ser utilizada como fuente de energía. Otras sustancias, como las grasas o las proteínas, pueden ser convertidas en glucosa por nuestro hígado.

¿Qué sucede si no hay insulina?

En las personas con diabetes, el páncreas no fabrica insulina, por lo que al faltar esta, la glucosa no entra en las células y por eso irán apareciendo los síntomas y se irán poniendo mas enfermas.

¿Existe solución para la diabetes?
La solución para la diabetes es la insulina que se administran las personas con diabetes, en forma de inyecciones diarias o mediante bombas de infusión continua de insulina.

¿Cuál es la causa de la diabetes?
Todavía no conocemos con exactitud por que unas personas padecen diabetes y otras no. Se nace con una predisposición genética a padecerla, pero para que aparezca se necesita la acción de otros factores aún no bien conocidos (se sospecha el posible papel de infecciones y alteraciones de la inmunidad del organismo, entre otras posibles causas).

¿Cómo saber si un niño tiene diabetes?
Lo primero que puede llamar la atención es que el niño a pesar de comer mucho(polifagia) adelgaza (adelgazamiento). En otras ocasiones pierde el apetito (anorexia) y también se adelgaza. El niño orinará mucho (poliuria), pudiendo incluso orinarse en la cama, cuando hacia ya tiempo que no le ocurría. Al orinar tanto, el niño tendrá mucha sed y beberá mucho (polidipsia). La prevalencia de diabetes tipo 1 es diferente entre los países, e incluso entre distintas regiones de un mismo país.

El niño se encontrará más cansado de lo habitual (astenial). También pueden producirse cambios en el carácter del niño, pudiendo volverse apático o irritable. Cuando aparecen juntos varios de estos síntomas y signos debemos sospechar una “diabetes”. Posterior mente será el equipo sanitario quien confirmará el diagnostico mediante análisis. Cuando pasan los días y la falta de insulina va progresando, los síntomas pueden evolucionar hacia una situación de mayor gravedad, llamada cetoacidosis diabética, con inapetencia, vómitos y dolor abdominal, llegando a acompañarse de deshidratación, alteraciones respiratorias, tendencia al sueño y disminución progresiva de la conciencia. Para evitar llegar a esta situación, es necesario consultar ante los síntomas iniciales, para así diagnosticar la diabetes en una fase temprana.

2 Objetivos

- Estudiar los rasgos de la Diabetes Mellitus, cómo afecta, cómo afrontarlo, cómo aprendes a convivir con ello cursos y ayudas que se tienen y llegar a una buena calidad de vida.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es muy importante que el niño y el adolescente con diabetes tengan una vida organizada intentando mantener horarios similares día a día. En ocasiones esto es difícil.

Existen algunas recomendaciones de tipo general que son importantes en la vida de los niños/adolescentes con diabetes.

Identificación. Es recomendable que lleve un carnet o algún elemento identificativo fácilmente visible, para poder facilitar un tratamiento adecuado ante cualquier incidencia.

Asociación de personas con diabetes, son útiles para mejorar los aspectos sociales sobre la diabetes y luchar por los intereses comunes.

Higiene general. Es necesario la ducha diaria de todo niño y adolescente. Habituándose a unos cuidados desde la infancia para prevenir los problemas en la vida adulta.

Cuidados de los pies:
- Deben lavar y secar los pies de forma correcta, e hidratarlos diariamente.
- Las uñas de los pies deben cortarse siempre de manera recta.
- Se recomienda utilizar calcetines de algodón, lana o hilo, evitando fibras sintéticas.

- Los zapatos deben ser anchos, cómodos y transpirables.

Higiene dental
- Es necesario lavarse los dientes después de las comidas y hacer anualmente una revisión en el dentista.

El ejercicio físico puede ayudar en niños y adolescentes con diabetes a mejorar el control de glucemico.

Los estudios internacionales muestran que su frecuencia ha aumentado en los últimos años especialmente en los niños menores de 5 años.

¿Cómo utilizar los alimentos?
Para comprender la diabetes debemos primero saber como utiliza el cuerpo la glucosa, los alimentos que la proporcionan y las consecuencias de la falta insulina. Las personas necesitan tomar alimentos que nos proporcionen la energía necesaria para el funcionamiento de los órganos del cuerpo, y permitir también renovar las estructuras del organismo.

Además, en los niños los alimentos son necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo del cuerpo. Los alimentos contienen nutrientes en distintas proporciones. Los nutrientes presentes en mayores cantidades son los hidratos de carbono, proteínas y las grasas.

El aparato digestivo se encarga de procesar los alimentos para que puedan ser utilizados por el organismo, transformándolos a través de la digestión en nutrientes de menor tamaño que pasan a la sangre para ser distribuidos a los distintos órganos.

Se establece el reparto de las comidas según el estilo de vida del niño con diabetes y la pauta del tratamiento que lleve en general hará 4-5 tomas de alimentos al día. Los componentes alimentarios de cada una de las tomas deberán adaptarse a las características propias de cada niño y a su actitud física.

Conviene que las ingestas sean variadas y aporten proteínas, grasas e hidratos de carbono. La hipoglucemia (poca glucosa) es una de las complicaciones más frecuentes entre los pacientes con diabetes. La educación en diabetes es fundamental en los auxiliares de enfermería para proporcionar unos cuidados adecuados y saber como actuar en estos casos y ayudar a evitar hipoglucemias y si ocurren saber reconocerlos y tratarlos de forma rápida y efectiva.

Los datos clínicos que manifiestan las personas con diabetes durante el episodio de hipoglucemia se deben interpretar como señales de alarma. Es una situación que hay que tratar con urgencia.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente no se dispone de un tratamiento curativo para la diabetes, pero si de una terapia sustitutiva muy eficaz que permite tener un buen control y hacer una vida prácticamente normal, poniéndose la insulina necesaria, regulando la alimentación y el ejercicio. La educación diabetológica es la herramienta fundamental para que las personas con diabetes dispongan de los conocimientos necesarios para manejar correctamente la enfermedad.

En los últimos años, el avance imparable de Internet y las tecnologías de la información y comunicación ha supuesto una revolución en el campo de la salud, que a dado lugar a una forma diferente de compartir el conocimiento y ha hecho posible el desarrollo de herramientas digitales aplicadas a la salud constituyendo lo que conocemos como: salud digital.

En el caso de la diabetes por ser una enfermedad crónica que exige gran implicación de la familia y de la persona que lo padece, en el autocuidado precisa de la adquisición de mucho conocimiento para su manejo a lo largo del tiempo.

El Auxiliar de Enfermería, es una figura clave en el tratamiento de la diabetes, pues el diagnostico y una detención precoz es clave para la diabetes de todo tipo, así como los cuidados de enfermería que deberán proporcionar una atención muy especifica a este tipo de pacientes ya sea en hospitales, clínicas o consultas.

Pero el cuidado asistencial del Auxiliar de Enfermería al paciente diabético no se ciñe tan solo a la parte clínica, también es vital la empatía del Auxiliar de Enfermería e incluso la pedagogía que aporte a la persona con algún tipo de diabetes con el objetivo de llevar un mayor calidad de vida. “Muchos centros en todo el mundo investigan para lograr la curación definitiva de la diabetes”.

6 Bibliografía

- Dr Francisco Javier Arroyo Díez. Hospital Universitario Materno Infantil de Badojoz.
- Dra. María Pilar Bahíllo Curieses. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

- Dra María Clemente León. Hospital Universitario Vall d´Hebron (Barcelona). CIBERER.
- Dr. Santiago Conde Barreiro. Centro de Salud de Barbastro (Huesca).
- Dra. Marta Ferrer Lozano. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).
- Dra. Isabel Leiva Gea. Hospital Materno Infantil de Málaga.
- Dra. María Martín Frías. Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).
- Dr. Andrés Mingorance Delgado. Hospital General Universitario de Alicante.
- Dr. Jacobo Pérez Sánchez. Hospital Parc Taulí (Sabadell).
- Dra. Itxaso Rica Echevarría . Hospital Universitario de Cruces (Bizkaia) CIBERDEM.CIBERER.

Capítulo 286

SALUD LABORAL. MOTIVACIÓN. PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN

Mª DEL CARMEN ARDURA SANTIAGO

MARÍA COVADONGA ABARRIO NÚÑEZ

BEATRIZ REQUENA PARADA

MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El de burnout hace referencia a la cronificación del estrés laboral, dando lugar a una sensación de agotamiento generalizada.

El concepto surge en el año 1974 en una clínica de Nueva York, siendo Herbert Freudenberger su promotor, y en el año 1981 Maslach y Jackson completan dicho término dimensionándolo como el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en el año 2006 lo define como "Una respuesta al estrés laboral crónico, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja….".

2 Objetivos

- Remarcar la necesidad de desarrollar programas de prevención que ayuden a evitar o paliar los efectos del síndrome de burnout o desgaste profesional, con especial hincapié en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre los profesionales que presentan mayor prevalencia de padecer el síndrome de burnout o de desgaste profesional están los relacionados con la salud, como es el personal de enfermería. Esto es consecuencia de múltiples factores que se pueden dar:
- Convivencia diaria con el dolor, el sufrimiento y la muerte.
- Contacto directo con el paciente, sus problemas personales y familiares entre otros.
- Sobrecarga de trabajo.
- Discrepancia entre las expectativas laborales del trabajador y la realidad de las tareas a las que se enfrenta.
- Falta de formación específica.
- Turnos rotatorios.
- Ambiente laboral con exceso de tensión y/o relaciones laborales conflictivas.
- Situaciones personales del trabajador: edad, antigüedad en el puesto, tipo de personalidad, etc.

Los principales síntomas del burnout son:
- El agotamiento físico y mental generalizado, fatiga crónica, aumento de peso o pérdida de apetito; alteraciones psicosomáticas como dolores musculares, migrañas, y, entre otros, problemas gastrointestinales. En el aspecto mental, estrés y ansiedad, depresión e insomnio entre otros.

- La despersonalización, el trabajador transmite una actitud de indiferencia y desapego, de falta de compromiso; asimismo manifiesta irritabilidad y endurecimiento del trato en sus relaciones con compañeros y pacientes, extendiéndose esto hacia la familia y su entorno social.
- Descenso en la productividad laboral y desmotivación, que da lugar a la ausencia de realización personal en el trabajo generando falta de atención, olvidos y desidia generalizada. Un importante problema dentro de este capítulo es el absentismo y las bajas laborales así como el aumento de accidentes, lo que supone importantes costes para las empresas.

5 Discusión-Conclusión

La ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, ampara el derecho de los trabajadores a realizar sus tareas en un ambiente seguro y saludable. En ella se establecen una serie de normas que los empresarios tienen que tener en cuenta para prevenir cualquier accidente imprevisto, o en el caso de que no pueda impedirlo, que el daño para los empleados sea el menor posible. Esto se realiza a través de la evaluación de riesgos, la planificación de la actividad preventiva y la implantación de medidas de protección individuales y colectivas.

Por lo tanto, es primordial identificar y después modificar las condiciones de trabajo que dan lugar a que los trabajadores no desarrollen sus funciones en un ambiente seguro y saludable, para proteger al trabajador, y por ende, a compañeros, pacientes y empresa.

A través del desarrollo de programas de promoción y prevención se ha de dotar a los trabajadores de recursos suficientes para evitar, o en caso de que no sean evitables, controlar o paliar los posibles riesgos y consecuencias laborales.

Una plantilla motivada genera servicios de calidad y supone una importante reducción de costes.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en Trabajo de España (INSHT).
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Universidad de Cantabria : https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7454/DiezLasoL.pdf?sequence=1

- Clínica Quirón: https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/sintomas-sindrome-burnout-identificarlo.

Capítulo 287

FACTORES DESENCADENANTES DE LA OBESIDAD.

FRANCISCA DEL ROBLEDO VICENTE CASTELLANO

MARIA JESÚS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La obesidad se ha convertido en un auténtico problema de salud en los paises desarrollados, tanto de morbilidad como de mortalidad. Las causas que originan esta enfermedad son diversas, aunque en la base pueden reducirse a dos: la primera, que se le sumunistra al organismo mayor cantidad de calorías de las que son necesarias (exceso en la ingesta energética) y la segunda, que es la escasa actividad física a la que se somete al organismo (poco gasto energético). Si estos dos factores no están bien ajustados, se produce la obesidad.

Los factores básicos que dan origen a la enfermedad son: ambientales, genéticos y el sedentarismo. Algunos de estos factores son evidentemente conocidos, pero otros no tanto. Explicaremos el porqué de estos causantes, que son:
-El gasto energético.
-Aporte de energía en la dieta.
-Equilibrio aporte-gasto de energía.
-La sensación de saciedad.
-Motivos neuro-endocrinológicos.
-Fármacos.
-Factores genéticos.
-Factores dependientes del desarrollo.

-El ejercicio.
- El ambiente.
-Factores psicológicos.

2 Objetivos

Dar a conocer y orientar sobre los factores que hay que tener en cuenta para prevenir la enfermedad de la obesidad.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre la literatura científica fiable existente en libros y artículos de las principales bases de datos, seleccionándose escritos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El primer factor que vamos a estudiar es el gasto energético que es el desprendimiento de energía del organismo en forma de calor. Si éste no es lo suficientemente alto, la energía se acumula y se tiende a la obesidad. El gasto energético puede ser ”basal” que es el encargado del mantenimiento de los sistemas del organismo y de la temperatura y asciende a mas del 60% del gasto de energía diario y varía entre individuos dependiendo de la genética, sexo (las mujeres requieren menor gasto), edad, etapa del desarrollo del individuo, situaciones de enfermedad... El gasto de energía es ”dependiente de la actividad física” en donde hay que distinguir entre el movimiento espontáneo (de brazos, piernas, etc. que es natural en el día a día) y el programado (deportivo) lo que supone un 30% aproximadamente. Además el gasto energético se puede presentar en forma de ”termogénesis” que es la energía que se libera en procesos como ingestión, digestión, absorción, gestión de metabolitos... así como con el estrés, gasto cardíaco, ritmos sueño-vigilia...

En cuanto al aporte de energía en la dieta, es sabido que el comer en exceso es la causa de obesidad por excelencia, y es un factor común entre los obesos el subestimar la cantidad de calorías que se ingieren. Las proteínas que se ingieren sirven para formar otras proteínas y no se convierten en grasa aunque se consuman en exceso (en este caso se eliminan por la orina). Los hidratos de carbono sí que se

transforman en grasa pero en una proporción mínima, pero mientras el organismo oxida estos hidratos no oxida grasas permitiendo que éstas se acumulen. Los lípidos sí que se depositan así que se puede decir que el balance de energía corresponde al de grasas.

Veamos ahora el equilibrio aporte-gasto energía: en algunas personas con obesidad se une la apetencia de comidas muy grasas con la dificultad de una oxidación eficiente que puede justificarse con un defecto en la sensación de la saciedad de los lípidos, con la alteración en algunas enzimas implicadas o con la resistencia a la insulina. Se sabe que la leptina interviene a nivel neurológico en la regulación de la conducta alimentaria provocando la disminución en la ingesta de alimentos y el aumento del gasto energético pero los diferentes individuos tienen un comportamiento dispar frente a la leptina produciéndose la obesidad.

La sensación de saciedad es la que se tiene tras haber satisfecho el hambre. Cuando los nutrientes que se aportan con la comida se consumen envían una señal metabólica que llega al cerebro por la sangre donde se gestiona la sensación de saciedad. Cuando las señales desaparecen, vuelve a sentirse el hambre advirtiendo de la carencia de nutrientes esenciales. La saciedad se siente poco después de la ingesta por lo que se considera que el hambre es un modo de regulación de la ingesta. Si este mecanismo de control saciedad-hambre está alterado, la persona tendrá tendencia a la obesidad.

Motivos neuro-endocrinológicos: tiempo atrás se consideró la obesidad como una enfermedad endocrina, sin embargo esto es así en un porcentaje muy bajo. Dentro de los tipos de obesidad neuroendocrina está la hipotalámica que provoca hiperfagia e hiperinsulinemia y puede estar producida por una enfermedad inflamatoria, traumatismo craneal… La hipofisiaria y suprarrenal, relacionada con la escasez de hormona del crecimiento, problemas en la secreción de prolactina, aumento de la producción de cortisol en las glándulas suprarrenales lo que desemboca en aumento de peso, el hipertiroidismo o el síndrome de ovarios poliquísticos. Los fármacos también se asocian, en ocasiones, a un incremento de peso.

Es el caso de los glucocorticoides, ciproheptadina, fenotiacinas, estrógenos y progestágenos; entre los psicofármacos están los antipsicóticos (quetiapina…), estabilizadores del ánimo (litio, carbamazepina…) y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

Factores genéticos. Hay un elevado porcentaje de familias en las que todos sus miembros son obesos, pero esto no solo se puede achacar a factores genéticos sino

a compartir los mismos factores culturales y los mismos hábitos alimentarios. La genética influye en la composición del cuerpo y la distribución de la grasa pero el grado de obesidad viene determinada por factores ambientales. Algunas enfermedades genéticas se asocian a la obesidad como es el caso del síndrome de Pradder-Willi y lo mismo sucede con algunas enfermedades asociadas al retraso mental e incapacidad física como el síndrome de Down.

En cuanto a los factores dependientes del desarrollo hay que tener en cuenta que el tejido adiposo aumenta en cuanto al número de adipocitos en los primeros años de vida y ese número ya no va a disminuir. La obesidad que se inicia en estadios tempranos da lugar a tejido adiposo con un número de adipocitos mayor y más grandes; si se inicia en edades más avanzadas se hipertrofian los adipocitos ya existentes.

El ejercicio ha ido quedando relegado a un segundo plano en una sociedad que ha evolucionado hacia el sedentarismo. La actividad física del día a día es muy reducida: medios de transporte, ascensores, servicios a domicilio… sin embargo, se mantiene la ingesta, lo que desemboca en obesidad. Sucede igual en personas que están acostumbradas a hacer ejercicio físico de forma regular y lo dejan pero no reducen las cantidades en las comidas o no las reducen lo suficiente. Esto es muy común en deportistas de élite que dejan de entrenar y competir.

El ambiente puede provocar la obesidad a causa de creencias culturales. Las creencias antiguas de que el niño gordito está más sano y el delgado parece enfermo se ha extendido a los largo de los años a través de generaciones que han pasado por epidemias, guerras y épocas de mucha hambre y carencias. Un niño obeso dará paso con casi toda seguridad a un adulto obeso, por lo que hay que llevar a cabo una reeducación en cuanto a las costumbres.

Otros factores muy importantes son los psicológicos. Hay estudios que han demostrado que tipos de personalidad concretos son más propensos a la obesidad puesto que existen factores desencadenantes y problemas inconscientes que conducen a ella. En muchos casos se llega a un consumo excesivo de alimentos como mecanismo de defensa contra situaciones estresantes, pudiendo enfermar mentalmente de forma grave cuando logran bajar a su peso óptimo ya que han perdido su modo de defenderse.

5 Discusión-Conclusión

La obesidad es la epidemia del siglo XXI. Consiste en una acumulación excesiva de grasa en el organismo siendo el índice de masa corporal
(IMC) igual o mayor a 30. Este índice es una fórmula que pone en relación el peso y la altura.

No es un problema únicamente estético, sino que tiene carácter de enfermedad compleja que se produce no solo por factores hereditarios sino también por causas ambientales y culturales. En muchas ocasiones, la obesidad se gesta desde la infancia y en los países desarrollados la obesidad infantil se está disparando. La obesidad acarrea enfermedades de corazón, diabetes, hipertensión arterial…

6 Bibliografía

-Farreras Rozman. Medicina Interna. Ediciones Harcourt, S.A.
Decimocuarta Edición. 2000
-García-Camba, E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Ed. Masson.
-Kaplan-Sadock. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. Waverly Hispánica S.A. Novena edición,
2004
-La obesidad en niños y adolescentes. American Academy of Chile & Adolescent Psychiatry. (www.aacap.org)
-Moreno Esteban, B. Moreno Megías S, Álvarez Hernández, J. Obesidad: la epidemia del siglo XXI. Ediciones Díaz de Santos, 2000
-Obesidad: puede depender de tus conexiones nerviosas. Howard Hughes Medical Institute. (www.hhmi.org)
-Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia y obesidad mórbida. Ed. Fundación de Estudios y Formación Sanitaria. 2001
-www.mayoclinic.org

Capítulo 288

MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS EN ANCIANOS

JONATAN SERRANO ALONSO

1 Introducción

Los riesgos de caídas en ancianos pueden llegar a ser muy graves y asociarse a una alteración de su salud más allá de la lesión que puedan ocasionar. A los peligros de fracturas y pérdida de movilidad se unen la sensación de vulnerabilidad y falta de autonomía que generalmente derivan en depresión. Por estos motivos es esencial tomar medidas para la prevención de las caídas en el anciano.

La primera medida de prevención de caídas en ancianos es conocer los factores de riesgo, estos pueden ser intrínsecos, es decir, los propios del anciano tales como los problemas de movilidad, problemas para mantener el equilibrio, deterioro cognitivo, patologías previas, vértigo… y extrínsecos, es decir, los elementos externos al anciano relacionados con el entorno o el espacio, como pueden ser un hogar no adaptado a sus necesidades, unas escaleras muy empinadas, unos entornos mal iluminados…

Podemos prevenir las caídas en ancianos de varias y fáciles maneras:
-Eliminando los elementos que puedan provocar tropezones o caídas.

-Mejorando la iluminación.

-Incluir elementos especiales como ayuda para la prevención de estas caídas, teles como pasamanos seguros en escaleras, puntos de apoyo en retretes, ducha y bañera, barreras de agarre para levantarse con mayor seguridad…

-Mejorar la fuerza y el equilibrio del anciano.

2 Objetivos

-Prevenir las caídas del anciano, conocer las medidas y factores intrínsecos y extrínsecos que originan estas caídas.

-Identificar las principales causas de las caídas del anciano.

-Determinar que medidas son efectivas y cuales no en la prevención de la caída.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando ar;culos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según el último estudio sobre la aplicación de estas medidas de prevención, en las personas de edad avanzada, se reducirían las 85.000 caídas involuntarias que se producen en Europa al año, un 40% de las lesiones mortales que afectan a este núcleo de población. Se reducirían las 40.000 muertes que por caídas se producen en Europa, con la incidencia en las personas de más de 80 años.

5 Discusión-Conclusión

Las principales causas de caídas están relacionadas con la edad y sus patologías, Parkinson, demencias, Alzheimer… Las medidas preventivas que han demostrado eficacia han sido el uso correcto de la colocación de medidas de protección, el establecimiento de unos parámetros para identificar posibles factores de riesgo que puedan producir u ocasionar una caída y evaluar la frecuencia de esta.

6 Bibliografía

- www.northshore.org
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- Oms.org
- Torres Egea, Pilar. Eficacia en las intervenciones en caídas en el anciano. Nursing 2007. 56-64

Capítulo 289

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS LESIONES MÁS COMUNES EN LA PIEL

MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO

1 Introducción

Existen varios tipos de lesiones en la piel que realmente no constituyen una enfermedad propiamente dicha, pero si causan muchas molestias a los que las padecen y que pueden enmascarar otras dolencias ocultas.

2 Objetivos

Identificar y discernir las diferentes lesiones cutáneas más habituales en la piel.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado ar;culos en las principales bases de datos: Cochrane, Cuiden, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La clasificación se divide en:
1.Inconsistentes
-Mácula: Zona de diferente color que el tejido, en algunos casos rojizo y que no tiene relieve. Muchas de ellas son de carácter congénito como los Angiomas y los Nevus.

2.Sólidas
-Pápula: prominencia cutánea de color rojizo, consistencia sólida y menor de un centímetro de diámetro.
-Placa: suele deberse a la confluencia de pápulas que ocupan una gran extensión en la piel.
-Tumor: lesión sólida, sobre elevada de mayor tamaño, de duración persistente y con crecimiento indefinido.
-Nódulo: lesión elevada, sólida, de tamaño mayor de 1 cm. Cuando la lesión tiene carácter inflamatorio puede utilizarse el término de tubérculo.
-Habón o Roncha: elevación limitada de la piel, de forma y dimensiones variables, edematosa y de evolución pasajera. Suele estar provocada por una reacción alérgica.

3.Líquidas
-Vesícula: lesión cutánea con relieve que contiene líquido transparente de 1mm de diámetro. Normalmente el organismo reabsorbe el contenido de la vesícula y debajo forma piel nueva.
-Ampolla o Flictena: lesión en la piel o mucosas con elevación y líquido serosos en su interior, de más de 1 centímetro.
-Pústula: es una vesícula que en su interior contiene pus. Puede estar producida por la infección de un folículo piloso o por la aparición de grasa en un poro.
-Quiste: lesión cutánea tipo cavidad con líquido en el interior que también puede ser semisólido y de consistencia maleable.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer las principales características de estas lesiones ya que hay lesiones que pueden cambian con el tiempo y provocar otras más graves, por eso es importante la vigilancia e información que el TCAE puede proporcionar ante cualquier lesión de la piel que tenga el paciente, ya que habitualmente son los

que mantienen la higiene del paciente y pueden observar cualquier alteración de la piel.

6 Bibliografía

-Armijo M, Camacho F. Tratado de dermatología. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A., 1998.
-McGrawHill; p. 9-11 ARELLANO I. Estudio de un enfermo de la piel. Lecciones de Dermatología de Saúl. 15a edición. México: Méndez; 2009. p 40 - 86. Ferrándiz C; Dermatología Clínica; 3ª Edición; España: Elsevier; 2009; p 13-17 ☒ Cabrera H, Gatti C; Dermatología de Gatti-Cardama; 1ª Edición; Editorial el Ateneo; p10-15
-Lázaro Ochaita P. Dermatología. Texto y Atlas. 3ª edición. Madrid: Edit. Autor-Editor; 2003.
-https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
-https://www.scielo.org/es/
-https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 290

SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO, MANIFESTACIONES MÁS COMUNES.

SHEILA PEREZ BARRANCO

EVA FERRER GONZALEZ

1 Introducción

El período gestacional se considera uno de los mas importantes en la vida de una mujer que se caracteriza por tener cambios fisiológicos muy complejos que a veces, afectan de manera negativa. Una de las partes mas débiles y vulnerables durante esta etapa es la salud bucal, ya que entre otras cosas existe mucha desinformación al respecto en cuanto el cuidado dental perinatal.

Tenemos la evidencia de estudios en los que se relaciona la enfermedad periodontal con algunas enfermedades sistémicas , como enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, complicaciones relacionadas con el embarazo…

Dentro de la relación de la enfermedad periodontal con las complicaciones que se pueden tener durante el embarazo están las de el riesgo de nacimiento prematuro y el riesgo de bajo peso al nacer, actualmente no sabemos con exactitud las causas pero se cree que podrían estar relacionadas con la inflamación y la infección bacteriana.

Es destacable la gran importancia de la prevención y tratamiento de los problemas de salud bucal en mujeres embarazadas, por ello ofrecer las estrategias

educativas que integren estas competencias seria muy beneficioso para evitar problemas futuros.

2 Objetivos

- Analizar los beneficios sobre la salud y cuidados bucales durante el embarazo, determinar los problemas que pueden surgir en este periodo, así como valorar riesgos y medidas de prevención .

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos como Medline Plus, Pubmed, Cochrane. Los descriptores utilizados fueron cuidado dental, embarazo, prevención, enfermedad periodontal. Se ha hecho un trabajo de búsqueda y comparación teórica basado en libros especializados, guías educativas y artículos. Se ha utilizado informes de acceso no gratuito ni libre, otros utilizados por el contrario eran de acceso libre y sin costes, se ha analizado cuidadosamente la información encontrada, escogiendo la que mas se acercaba al tema desarrollado.

4 Resultados

La mujer gestante requiere el mismo nivel de cuidado dental que una mujer no embarazada, en la actualidad nos basamos en una evidencia científica que nos dice que la atención bucodental adecuada es necesaria durante el periodo perinatal.

Uno de los problemas mas frecuentes y comunes durante el embarazo el la gingivitis, que afecta entorno al 60% de las embarazadas, que se caracteriza por eritema, hiperplasia gingival y aumento de sangrado de encías. Estos cambios aparecen mas comúnmente durante el segundo o tercer mes de embarazo persistiendo o aumentando en el segundo trimestre hasta que disminuyen en el último mes de embarazo, o llegan a desaparecer tras el parto.

Esta afectación se debe a que aparece aumentado la respuesta inflamatoria ya que aumentan los niveles de progesterona y estrógenos, que deprimen la respuesta inmune en la mujer, comprometiendo el mecanismo de defensa local necesario para una buena salud bucal reduciendo la protección natural de la encía.

Estos cambios, junto con otros en la microbiota oral, son los responsables de la respuesta aguda sobre la placa bacteriana durante la gestación. Por lo que las mujeres embarazadas con gingivitis, deben realizarse tratamientos periodontales generalizados con el fin de eliminar la acumulación de placa bacteriana, junto con la realización de una buena educación en higiene oral para reducir los signos y síntomas en la encía.

5 Discusión-Conclusión

La base de una prevención adecuada es la evaluación de riesgos, en el que se analizan los cambios en el estilo de vida los hábitos de la mujer, para poder disminuir el riesgo de patología dental. Muchos de estos hábitos y decisiones afectan a la salud oral del niño, por lo que una buena educación maternal también es una buena herramienta de prevención para los futuros niños.

En cuanto a la salud e higiene oral durante el embarazo, se recomiendan revisiones cada 6 meses, así como unas correctas pautas en cuanto al cepillado:
-Limpieza y cepillado de dientes con pasta fluorada 3 veces al día.
-Utilizar en cada cepillado hilo dental o limpiador interdental.
-Enjuagar diariamente con enjuague sin alcohol.
-Comer alimentos saludables, no procesados y reducir la ingesta de azúcares.

En conclusión, los tratamientos dentales en mujeres embarazadas son seguros y efectivos durante todo el embarazo.
Los dentistas y profesionales de la salud, deben informar a las pacientes de la importancia de la salud oral, por los beneficios que obtiene tanto para ella, como para su futuro hijo.

También se le deberá de informar sobre cuales son las manifestaciones orales mas comunes durante el embarazo, junto con una pautas sobre cuidado e higiene oral.

Mantener una buena salud oral durante el embarazo es fundamental para la salud en general de las mujeres embarazadas y de sus futuros hijos.

6 Bibliografía

- Geevarghese, A., Baskaradoss, J.K., y Sarms, P.S. (2017). Oral health-related quality of life and periodontal status of pregnant women. Matern Child Health J 21(8), 1634-1642.

- California Dental Association Foundation (2012). Oral health during pregnancy and early childhood. Evidence-based guidelines for health professionals 2010.
- Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup (2012). Oral health care during pregnancy: a nacional consensus statement-summary of an expert workgroup meeting. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center.

Capítulo 291

APOYO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A LOS FAMILIARES DEL ENFERMO TERMINAL

MARÍA ADELAIDA REDRUELLO GANCEDO

CASILDA MARIA FERNÁNDEZ CUESTA

NATALIA RODRÍGUEZ BOLAÑO

VANESA PARÍS GARCÍA

ROCÍO PINTOS ALVAREZ

1 Introducción

Se conoce como enfermo terminal a aquel cuya esperanza de vida no es superior a 6 meses, aunque esto no es exactamente así, ya que la medicina no es una ciencia exacta. Cada paciente interioriza la noticia de una manera, pero suelen tener en común cinco etapas (modelo de Kübler-Ross): negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Los enfermos terminales suelen dejar sus tratamientos, que, sin hacer mal, ya no están ayudando a su mejoría y pueden debilitarlo más. En el momento en que se deja la medicación solo queda esperar y para ello tienen a su disposición los cuidados paliativos. Los médicos intentarán que el tiempo que le quede lo

pase con el menos dolor posible y el resto de personal sanitario acompañará al enfermo para intentar que sea lo más cómodo posible. La agonía y el sufrimiento no es sólo par el paciente, sino que la familia también sufre. Tanto es así que se da apoyo emocional (Cubedo, 2005).

2 Objetivos

- Dar cuenta de los cuidados que se deben tener con los familiares de un enfermo terminal.
- Saber cuál es el papel del Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en todo este proceso.

3 Metodología

Para responder a esto se ha llevado a cabo una revisión teórica en Web o Science, Scielo y PubMed, sin restricción de fecha, combinando los siguientes descriptores: cuidados, paliativos, terminal, TCAE, acompañante, familiar. A través de estos tópicos, se encontraron 53 documentos, se descartaron 25 por no tratar el tema de interés como punto central, quedándonos con 28 artículos que recogían los criterios de la investigación. Una vez analizados se descartaron otros 9 por no contener como tema principal el tema a tratar. De estos, una vez leídos, se excluyeron 8, quedando así 11 que sí se correspondían con los tópicos buscados. Otros 2 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. El total de artículos a estudiar finalmente fue de 9.

4 Resultados

La familia del enfermo sufre un gran impacto emocional, sus necesidades físicas y emocionales son diversas y se deben tratar con respeto y la mayor comprensión posible. Los horarios de visita a veces son restrictivos, según el hospital y la planta pero con este tipo de enfermos se intenta que la familia esté el mayor tiempo posible con él en la intimidad que deseen. Si no fuera posible instalar al enfermo en una habitación aislada, se le pondrá una cortina entre medias de él y su compañero de habitación.

Con estos enfermos se procurará hacer las labores de aseo y cambios posturales necesarios delante de ellos, para que vean que está siendo atendido con el máx-

imo cuidado y la atención hacia él no es menor por su estado terminal. Se hará el trabajo de forma rápida y eficiente, sin mostrar nerviosismo y actuando con naturalidad.

Se le proporcionará a la familia toda la información que le puede ser útil, como el lugar donde está la cafetería, los aseos, la capilla. En caso de que pernocten con el paciente se les debe acondicionar para que lo hagan, si estuvieran solos en la habitación y hubiera otra cama, se les ofrecerá la posibilidad de dormir en ella, de no ser así se buscará una butaca lo más cómoda posible, así como algo para taparse. Se le preguntará cómo se encuentra y si necesita cualquier cosa cada vez que se entre en la habitación y si preguntan por la salud del paciente, siempre se le remitirá al médico.

Para este tipo de paciente es necesario contar con un plan de cuidados individualizados tanto para el paciente como para la familia:
- Cuidados que cubran el bienestar físico y moral del enfermo.
- Cuidados de higiene.
- Actividad física en la medida que el paciente pueda, sirve no solo para que el paciente se mueva, si no, que también ayuda a su estado anímico.
- Medidas que le ayuden a conciliar el sueño y a descansar.
- Se le estimulará para que realice las actividades que más le agraden.

Cuando el enfermo se va para casa debe continuar con ciertos cuidados. Por ello, se les proporcionará la información necesaria sobre los mismo y explicará qué puede suceder. Es importante que toda la familia ayude para que el peso no recaiga sobre una persona sola, se evitarán visitas que no desee el paciente.

Una vez el paciente muere, se le proporciona a la familia un ambiente tranquilo en el que se pueda desahogar y se les proporcionará apoyo religioso si lo quisieran. Todos estos cuidados que el TCAE realiza no solo al paciente si no a la familia deben de realizarse siempre con el mayor tacto posible y desde el respeto, son quienes más acompañan al enfermo en estos momentos. Se debe evitar hacer valoraciones sobre el paciente, sobre todo delante de la familia, ya que esa tarea es competencia del médico.

5 Discusión-Conclusión

Tomamos como conclusión de este trabajo que la actuación del TCAE no es solo con el paciente terminal, si no con su familia y allegados también. La atención

por parte de este debe ser agradable y de comprensión, siempre desde la distancia, pero dando apoyo y ofreciendo su ayuda dentro de las posibilidades que sus competencias le dejan.

El contacto con los familiares puede ser en ocasiones difícil, no todo el mundo acepta igual la pérdida de un ser querido, pero ha de intentar poner su mejor cara y sus mejores voluntades hacia ellos. Sería interesante que hubiera un protocolo de actuación hacia estos familiares que lo están pasando tan mal y no tuviera que depender qué TCAE está de guardia para poder hacer unas cosas u otras. Se entiende que cada uno tiene su forma de trabajar, pero no debería de ser determinante que estuviera uno u otro una noche y dependiendo de eso, el acompañante pudiera dormir en la cama de al lado, en un sillón o en una simple silla.

Por todo esto se considera una labor muy importante y de extremada delicadeza como para dejarla a la libre interpretación de cada TCAE o del responsable de planta. Los protocolos deberían de seguirse en todos los casos y con todo el mundo por igual. Los familiares deberían de sentirse arropados, atendidos y comprendidos por parte del TCAE en todo momento y en cualquier turno o planta del hospital.

6 Bibliografía

- Guinart Zayas, N. (2006). Cómo atender a la familia del enfermo terminal. Revista Cubana de Medicina General Integral, 22(1), 0-0.
- Donoso, V. M., & Almagiá, E. B. (2013). Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal. Psicología y salud, 23(2), 153-160.
- Benítez Lambert, Y., Rondón Cabrera, J. J., Álvarez Hechavarría, E., & Sánchez Sánchez, V. G. (2011). Estrategia educativa para cuidadoras de familiares con enfermedad terminal. Medisan, 15(10), 1408-1414.
- Cubedo, R. (2005). La dependencia de los enfermos terminales: cuidados profesionales y familiares. Panorama Social, 2, 72-85.
- Rodríguez Rodríguez, N. Y., Ruiz Valdés, Y., & Carvajal Herrera, A. (2007). Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos. Revista Cubana de Enfermería, 23(4), 0-0.
- Sánchez Guio, T., Becerril Ramírez, N., & Delgado Sevilla, D. (2016). Atención y preparación del duelo en familiares de pacientes crónicos terminales: prueba piloto en Zaragoza.

- Mialdea, M. J., Sanz, J., & Rubiales, A. S. (2009). Situaciones difíciles para el profesional de atención primaria en el cuidado al enfermo terminal. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, 6(1), 53-63.
- Cobos, F., Espinoza, J., Portillo, J., & Rodríguez, G. (2002). La familia en la enfermedad terminal. Medicina de familia, 3(4), 44-50.
- Martínez, M. D. L. L. C. (2006). Detección de necesidades familiares en la atención a pacientes en estado temrinal y crónicos en la ciudad de México. Revista CONAMED, 11(6), 19-24.
- Burgos, A. M., & Simarro, D. M. (2009). Enfermería y el paciente en situación terminal. Enfermería global, 8(2).
- Martín, M. P. B., & Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. Anales de Psicología/Annals of Psychology, 6(2), 169-180.

Capítulo 292

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ATENCIÓN RECIBIDA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).

LEYLA SOFIA LOPEZ RODRÍGUEZ

NURIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARÍA LUISA ALONSO CASTAÑON

ALBA CEÑERA MENENDEZ

NOELIA BLANCO CAÑIZARES

1 Introducción

Los centros sanitarios deben asistir al individuo que acude a ellos de una manera humanizada e integral, dejando espacio a que la persona pueda mostrarse tal y como es, pretendiendo en todo momento conseguir una respuesta de colaboración por parte del paciente (Romero Massa, Contreras Méndez y Moncada Serrano, 2016).

Para conseguirlo, la asistencia sanitaria debe fundamentarse en unos requisitos que el sanitario ha de tener en cuenta y aplicar en su actividad laboral. En este sentido, las habilidades comunicativas serán esenciales, así como la calidad de

dicha información (Borré Ortiz y Vega, 2014). Dado que la calidad de la atención será clave en la percepción que el usuario genere posteriormente del servicio sanitario en su conjunto, la literatura científica de los últimos años ha centrado su atención en esta cuestión. Numerosos estudios analizan la percepción del paciente con respecto a la asistencia recibida tras un ingreso hospitalario, aunque pocos de ellos se centran en la figura del TCAE.

El TCAE, es una figura sanitaria fundamental que permite funcionar al engranaje que componen los equipos multidisciplinares y que, en última instancia, implica a todo el SNS. Será el profesional que más en contacto esté con el paciente, por lo que a sus funciones técnicas se añaden, de forma paralela, otras tareas tales como la detección de comportamientos inusuales, o la labor formativa al paciente y su entorno, tareas para las que debe estar capacitado (Wainerman y Geldstein, 1991).

Por ello, calibrar la satisfacción del usuario con respecto a los cuidados y atención recibida por el TCAE, permitirá valorar desde una perspectiva amplia el trabajo desempeñado por estos profesionales. Asimismo, permitirá planificar, coordinar o controlar nuevas tareas o actividades llevadas a cabo por los sanitarios y, en última instancia, tendrá un efecto directo sobre los protocolos y normas establecidas a nivel de institución sanitaria global (Silva-Fhon, Ramón-Cordova, Vergaray-Villanueva, Palacios-Fhon y Partezani-Rodrigues, 2015).

2 Objetivos

- Identificar el nivel de satisfacción del paciente con la atención recibida por el TCAE en una estancia hospitalaria.
- Analizar y exponer las principales variables que median en dichos niveles de satisfacción.

3 Metodología

En Octubre de 2019 se hace una consulta en las bases de datos PubMed, Web of Science y EbscoHost, utilizando como términos de búsqueda: (“Satisfacción” o “Imagen percibida”) y (“Sanidad” o “Hospital”) y (“Paciente” o “Usuario”) y (“Enfermería” o “Auxiliar de Enfermería”), con restricción de fecha 2010-2020. Además, se llevó a cabo una búsqueda básica en Google Scholar, se examinaron otros resúmenes recientes y se revisaron las listas de referencias bibliográficas de los artículos recuperados para identificar cualquier estudio elegible adicional.

Posteriormente, a partir de los títulos y resúmenes, se hizo una selección de las publicaciones que cumplían los criterios de búsqueda. Finalmente, se revisaron los textos completos, con lo que se obtuvo una muestra final de 13 artículos.

4 Resultados

1. Aspectos básicos que rigen la satisfacción del paciente
Tras revisar los artículos seleccionados, se halla que los principios fundamentales que promueven que la percepción del paciente hospitalizado sea positiva, son los siguientes:
- La apariencia externa de las instalaciones sanitarias, así como la existencia de equipos y materiales actualizados o con apariencia de nuevos.
- Material comunicativo moderno e incorporación de diversa maquinaria de última generación.
- Limpieza del lugar.
- La empatía del personal sanitario que atiende al paciente.
- Atención individualizada y personalizada.
- Habilidad, capacidad y eficacia percibida.
- Respuestas rápidas cuando el paciente verbaliza una necesidad.

Asimismo, en los estudios analizados se encuentra que la satisfacción del paciente se encuentra relacionada, muy especialmente, con la existencia de una comunicación continuada y amable por parte del TCAE, lo que genera un clima de bienestar y confianza en el que la persona es capaz de manifestar cualquier tipo de duda o temor.
Habrá circunstancias particulares, tales como las cirugías, en las que la satisfacción del paciente con la atención recibida pasará por recibir una información de calidad acerca del procedimiento al que va a ser sometido. En el caso del TCAE, que será parte fundamental de las visitas prequirúrgicas, preparación del paciente para el quirófano y cuidados postquirúrgicos, su tarea principal será transmitir de una manera sencilla y clara todos los pasos que se darán en dichas etapas.
2. Niveles de satisfacción detectados
Los estudios analizados coinciden en determinar que los pacientes se encuentran satisfechos a un nivel moderado tanto con la atención recibida por el personal de enfermería, como con el TCAE. En este sentido, varios factores han de ser tenidos en cuenta:
- La edad: a mayor edad del paciente, mayor grado de satisfacción.
- El sexo: en general, parece que los hombres muestran puntuaciones más altas.
- Calidad de las instalaciones.

- Cantidad de tiempo dedicado por el personal sanitario en su atención al paciente.

Por otro lado, diversas variables mediadoras también han de ser estudiadas: los pacientes refieren que la calidad asistencial es sinónimo de buena comunicación, empatía por parte del profesional y de un trato cercano y de confianza. La profesionalidad también es una variable a tener en cuenta, referida por un alto porcentaje de usuarios. En general, los pacientes anteponen la asistencia individualizada ante otros aspectos, como puede ser la apariencia física de las instalaciones.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el hecho de que el equipo multidisciplinar sea conocedor de la realidad del paciente, sus sentimientos, experiencias y emociones durante una hospitalización, permitirá no solo valorar la atención dispensada por parte del personal sanitario, sino que además permitirá el desarrollo de programas que ayuden a mejorar la experiencia tanto del usuario como del trabajador, dotando a ambos de herramientas y estrategias que se puedan aplicar en diversas áreas hospitalarias.

Por todo ello, la atención a los pacientes debe ser integral y humanizada, generando confianza entre el sanitario y el paciente. Esto es percibido por este último como un factor de cardinal importancia a la hora de valorar su estancia hospitalaria.

Finalmente, las percepciones obtenidas por parte de los pacientes y su entorno más cercano son fuentes importantes de información, que permitirán implantar medidas correctivas.

6 Bibliografía

- Borré Ortiz, Y. M., & Vega Vega, Y. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. Ciencia y enfermería, 20(3), 81-94.
- Burgos Moreno, M. D. C., & Paravic Klijn, T. (2003). Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. Ciencia y enfermería, 9(2), 29-42.
- Carrillo-Martínez, M., Martínez-Coronado, L. E., Mendoza-López, J. R., Sánchez-Moreno, A. D., Yáñez-Torres, R. D., Rivera-Sáenz, R. V., & Caballero-Escamilla, R. (2009). Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el

personal de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 17(3), 139-142.
- Hernández Vergel, L. L., Zequeira Betancourt, D. M., Guerra, M., & de Jesús, A. (2010). La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Revista cubana de enfermería, 26(1), 30-41.
- Moreno Monsiváis, M. G., Guzmán, I., & Guadalupe, M. (2012). Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. Index de Enfermería, 21(4), 185-189.
- Romero Massa, E., Contreras Méndez, I. M., & Moncada Serrano, A. (2016). Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. Hacia la Promoción de la Salud, 21(1), 26-36.
- Savitz, L. A., Jones, C. B., & Bernard, S. (2005). Quality indicators sensitive to nurse staffing in acute care settings. Agency for healthcare research and quality rockville md.
- Silva-Fhon, J. R. C. S., Ramón-Cordova, S., Vergaray-Villanueva, S., Palacios-Fhon, V., & Partezani-Rodrigues, R. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Enfermería universitaria, 12(2), 80-87.
- Wainerman, C. H., & Geldstein, R. N. (1991). Género y vocación entre auxiliares de enfermería. Medicina y sociedad, 14(1), 23-9.

Capítulo 293

AYUDAS TÉCNICAS PARA FACILITAR LA VIDA

GUILLERMO FERNANDEZ MARTINEZ

ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

Las ayudas técnicas son un conjunto de dispositivos, herramientas, aparatos, adaptaciones, productos tecnológicos o software disponibles en el mercado para intentar prevenir, compensar, mitigar, neutralizar o controlar las limitaciones funcionales de las personas con algún tipo de déficit.

Existen productos de apoyo para caminar que se manejan con un brazo o con ambos y accesorios para los mismos. Otros ayudan a la transferencia, giro, elevación y orientación.

También hay sillas de ruedas propulsadas manualmente y motorizadas, vehículos, ciclos.

Es un mercado en pleno desarrollo debido a la existencia de un número cada vez más creciente de personas mayores y muy mayores y a la concienciación de las personas para utilizarlas con más asiduidad.

Según la Norma ISO 9999 los productos de apoyo se clasifican en:
- Ortesis y prótesis.
- Ayudas para la protección y el cuidado personal.
- Ayudas para la terapia y el entrenamiento.

• Muebles y adaptaciones para viviendas y otros edificios.
• Ayudas para el manejo de productos y mercancía.
• Ayudas para el esparcimiento.
• Ayudas para la movilidad personal.
• Ayudas para la comunicación, información y señalización.
• Ayudas para las tareas domésticas.
• Ayudas y equipamiento para mejoras ambientales, herramientas y máquinas.

La finalidad de las ayudas técnicas es potenciar la autonomía personal de las personas que padecen algún tipo de déficit para realizar las actividades de la vida diaria. Les facilita la ejecución de actividades cotidianas contribuyendo a su bienestar mental y físico.

Estos instrumentos intentan sustituir o reemplazar una limitación funcional.

Facilitan la transferencia, deambulación y movilización aportando mayor grado de autonomía a las personas que las utilizan a la hora de realizar las actividades de la vida diaria.

En algunos casos, las personas son bastante dependientes y no pueden movilizarse o deambular por sí mismas.

En estas ocasiones otras personas deben ayudarlas utilizando otras ayudas técnicas como grúas de movilización o sillas de ruedas para facilitarles su traslado o movilización.

Existen también unos dispositivos que facilitan la vida de las personas con algún tipo de discapacidad y les aportan seguridad en sus desplazamientos o al realizar sus actividades del día a día.

2 Metodología

Hay varias maneras de clasificar las ayudas técnicas. La más común es la que distingue en los materiales o ayudas que se pueden compartir con otras personas y las que son de uso exclusivo de cada usuario.

• Ayudas de uso compartido:
Grúas de movilización: Se usan para transferir a la persona a la cama, a la silla de ruedas, al inodoro, a la ducha. También cuando hay que levantar a una persona

que ha caído en el suelo o si hay que trasladarla a otra estancia. Poseen un mecanismo de elevación eléctrico o mecánico y un arnés adaptable a las características del usuario.

Cuando se desplaza a una persona se produce un balanceo y hay que tener cuidado al posicionarlo en el sillón, cama,... para no provocarle daños ni a él ni al mobiliario, paredes, puertas.

Sillas de ruedas: Son dispositivos que proporcionan movilidad y soporte corporal a las personas con una capacidad limitada para caminar aumentando su nivel de autonomía. Pueden ser con tracción manual o motorizadas.

Su manejo requiere unos principios de seguridad:
- Bloquear los frenos antes de levantar o sentar a la persona usuaria
- Debe sentarse apoyando lo más atrás posible la espalda
- Levantar los apoyos de los pies antes de sentarlo y bajarlos para colocarles los pies cuando se proceda a trasladarlo
- Para subir a un ascensor hay que girar la silla y entrar con la parte trasera primero
- Si el paciente tiene problemas de estabilidad corporal se deben utilizar cinturones que lo sujeten a la silla para eliminar el peligro de caídas
- En una pendiente se debe bajar de espaldas y delante de la pendiente

Elevadores: Artilugios que se colocan en el asiento para favorecer que se levanten y se coloquen en bipedestación.
Andadores: Para usuarios que necesitan más apoyo que el que proporciona un bastón al ser más seguro y estable para su deambulación.
Muletas: Útiles en periodos de recuperación de fracturas de cadera o pierna y en personas amputadas de un miembro inferior. Quien las usa debe mantener el equilibrio y con fuerza en las piernas.
Bastones: Elementos de apoyo para dar seguridad a la persona que padece marcha inestable. Ayuda a descargar la pierna que tenga más débil. Debe sujetarse con la mano del lado fuerte del cuerpo para proporcionar el mayor apoyo posible.
Esterilla deslizante: consta de dos superficies que se deslizan en sentido contrario facilitando los movimientos en la cama o los traslados a la silla.
Escalas: se enganchan a los pies de la cama y ayudan a incorporarse a las personas encamadas sin ayuda.
Coches especiales: se adaptan los automóviles a la discapacidad del usuario.
Ayudas para escribir: existen distintos objetos adaptados a las distintas necesidades: bolígrafos con peso, tableros que sujetan el papel mientras se escribe, so-

portes de escritura,... Ayudas para alimentarse: Utensilios adaptados como vasos y tazas, cubiertos con sistemas de sujeción y agarre, jarras con soportes antideslizantes, platos profundos o con ranuras, abridores especiales para botes,... Ayudas para el ocio: Aplicables al juego, deportes, aficiones. Son las cartas de tamaño especial, bicicletas adaptadas, enhebradores de agujas, parchís y dados de mayor tamaño, aparatos para hacer ganchillo, soportes para cartas y fichas de dominó.
Subescaleras con raíl: para tramos de escalera con amplitud suficiente
Subescaleras de silla: consta de motor eléctrico que sube escaleras
Subescaleras con plataforma: permiten subir la silla de ruedas con la persona

• Ayudas de uso individualizado:
Todas las ayudas destinadas a la higiene personal son de uso exclusivo para cada individuo. Como por ejemplo:
- Cepillos especiales para el cabello
- Cepillos dentales adaptados
- Cepillos y esponjas con asidero: facilitan el acceso a las zonas del cuerpo para que la persona no tenga que hacer fuerza para aguantarlos
- Maquinillas de afeitar eléctricas: Son preferibles a las manuales. Cuando el usuario ya no la necesita hay que limpiarlas con productos esterilizadores antes de entregarlas a otra persona.
- Toallas con lazos en los extremos: facilitan el secado sin tener que soltarse del asidero

Existen otro tipo de ayudas técnicas que sólo pueden ser utilizadas por la persona para la que se han creado por su alto grado de adaptación a ella. Ejemplos:
- Prótesis: dentaduras, prótesis de piernas, brazos, manos.
- Calzado: adaptado a las características anatómicas de la persona y además cogen forma con el uso y no deben ofrecerse a otro individuo.

3 Bibliografía

- “Planificación y control de las intervenciones” de la editorial Altamar.
- “Atención sanitaria” de la editorial Altamar.
- “Atención sanitaria” de la editorial Mac Graw Hill.
- “Técnicas básicas de enfermería” de la editorial Mac Graw Hill.

Capítulo 294

NECESIDADES NUTRICIONALES EN LA TERCERA EDAD

MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ

YOLANDA MERELO ALONSO

CARME DE CON GUTIÉRREZ

CRISTINA PRUNEDA SIERRA

MONICA GONZÁLEZ TAMARGO

1 Introducción

El numero de pobalción envejecida va en aumento progresivamente debido al incremento de la esperanza de vida. En España se estima que en el 2023 la población geriátrica seria del 16.5%.

En los países desarrollados los ancianos son una parte de la población con mayor riesgo de malnutrición y ello conlleva una mayor posibilidad de padecer enfermedades. Por lo tanto es imprescindible mantener una nutrición adecuada para aumentar la longevidad y una mayor calidad de vida. En las personas en edades extremas como son niños y ancianos, es de vital importancia una alimentación adecuada a sus necesidades. Los distintos factores de riesgo abarcarían los cambios fisiológicos, sociales, económicos y psicológicos relacionados con el proceso de envejecimiento.

Una mala alimentación o déficit de una repercutirá en el estado nutricional del anciano. Esto favorecería la aparición de enfermedades o empeoramiento de las ya presentes, así como una disminución de la calidad de vida.

Causas del riesgo de desnutrición de podrán clasificar en:
1.Causas físicas:
A. Cambios en la composición corporal, como el aumento de la masa de grasa y disminución de la masa magra, principalmente hueso y musculo, así como un descenso del total de agua corporal.
B. Menor gasto energético: el metabolismo basal disminuye, así como la actividad física.
C. Alteraciones como el deterioro de los sentidos del olfato, gusto y vista. Disminución de la desnutrición, que dificultaría la masticación de algunos alimentos y ocasionaría alteraciones digestivas.

2. Causas psicosociales: se podrían señalar las siguientes:
A. La soledad de muchas de estas personas, lo que les lleva al aburrimiento o a la depresión.
B. Limitación de los recursos económicos.
C. Ingresos en instituciones.
D. Aislamiento, por la dificultad para moverse o dificultad para el transporte.

3. Causas Patológicas.
A. Enfermedades agudas o crónicas.
B. Polimedicacion continuada que puede interferir en la absorción de los nutrientes o disminuir el apetito.
C. Alteraciones o discapacidades que limitan la adquisición, transporte y preparación de los alimentos.

2 Objetivos

- Identificar los distintos factores de riesgo que favorecerían la desnutrición en el anciano.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Scielo, Pudmed, utilizando conceptos claves en la búsqueda como: nutrición en

el anciano, necesidades nutricionales en la tercera edad y desnutrición. También se han consultado artículos y publicaciones en búsquedas de Internet.

4 Resultados

Lo principal seria hacer una valoración de las necesidades nutricionales de cada persona individualmente. Para ello muchos hospitales y centros de salud disponen de escalas propias para valorar una posible desnutrición. Las pautas generales de una correcta dieta en el anciano serian:
- El aporte energético dependerá del ejercicio físico realizado para que la persona mayor tenga el peso deseable.
- El aporte de proteínas será del 10 % al 15% del valor total calórico.
60% de proteínas de origen animal (carne, pescado, huevos, lácteos, etc.).
40% de proteínas de origen vegetal (legumbres, arroz, etc.)
5% ácidos grasos polinsaturados.
Colesterol: se recomienda una ingesta de 300 mg.
- Los hidratos de carbono representaran el 50%-55% del aporte calórico diario y con predominio de los hidratos de carbono complejos
- Minerales y vitaminas: se deberán aportar
Derivados lácteos: 2 o más raciones que aportarían el calcio necesario
Verduras y hortalizas: 2 o más raciones diarias, preparándolas dependiendo de las necesidades del anciano. Si este no puede masticar se darán cremas o purés
Frutas: maduras y bien lavadas. Se aportaran al menos 3 piezas, pudiendo prepararlas en trozos pequeños, purés asadas y zumos naturales
Agua: un aporte hídrico adecuado es muy importante. Al menos debe beber 2 litros de líquido al día. Las personas mayores sienten poca sed y en algunos casos son reacias a beber agua, por ello se les ofrecerá otras alternativas como zumos, caldos o gelatinas. Si se ingieren pocos líquidos puede llevar a una deshidratación peligrosa

También se tendrán en cuenta :
- Las dietas de los ancianos deberán ser sencillas y fáciles de preparar.
- Las presentaciones de los alimentos serán apetecibles y vistosas.
- Se moderara el consumo de alcohol y café.
- Se consumirá moderadamente los azucares refinadas y eso incluyen las bebidas azucaradas.
- Los alimentos se fraccionaran en 4 o 5 comidas diarias.
- La cena será más ligera.

- Mantener en la medida de lo posible horarios y gustos personales.

5 Discusión-Conclusión

Queda de manifiesto que mantener una nutrición adecuada contribuirá a mantener una buena salud, prevendrá enfermedades y mejoraría la calidad de vida. Los adultos mayores necesitan los mismos nutrientes que los jóvenes pero en cantidades diferentes. Algunos nutrientes serán más necesarios que otros como el calcio, hierro siendo esencial la fibra para mejorar la digestión y evitar es estreñimiento.

6 Bibliografía

- Recomendaciones nutricionales para los ancianos. Universidad de Granada.
- Nutrición en personas mayores; requerimientos nutricionales y pautas diabéticas de interés (Ángeles Carbajal) .-Departamento de Nutrición, Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid.
-Nutrición en el anciano. Instituto gerontológico.
- Fundación Española de Nutrición.

Capítulo 295

CUIDADOS A UN ADOLESCENTE CON ANOREXIA NERVIOSA

ADRIANA PRENDES MORO

1 Introducción

La anorexia nerviosa es un conjunto de trastornos de la conducta alimentaria y uno de los principales desordenes alimentarios, también llamados trastornos psicogénicos de la alimentación. Lo que distingue a la anorexia nerviosa es el rechazo de la comida por parte del enfermo y el miedo obsesivo a engordar, que puede conducirle a un estado de inanición. Es decir, una situación de gran debilidad ocasionada por una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales. En casos graves puede desarrollar desnutrición, hambre, amenorrea y extenuación.

2 Objetivos

- Visualizar el importante papel de la familia a la hora de diagnosticar esta enfermedad.
- Analizar el trabajo esencial de los sanitarios durante su ingreso hospitalario.
- Atender la ingesta de las comidas, el cumplimiento las órdenes médicas y evitar que el paciente empeore durante su ingreso.

3 Caso clínico

Paciente de 15 años acompañado por su madre a las Urgencias de su hospital de referencia por la preocupación que tiene sobre la importante restricción alimentaria que lleva a cabo su hijo.

Comenta el cambio de carácter de su hijo, siempre preocupado por las calorias que ingiere, preocupado siempre por el peso, se pega atracones por la noche ya que no duerme nada y luego va al baño y se provoca el vómito.

Mientras, el paciente refiere que los atracones no los puede controlar y que empezo a vomitar por el miedo a engordar. La obsesion de no engordar le hace ademas tener que estar continuamente haciendo todo tipo de ejercicio y asi a la vez que esta adelgazando por el ejercicio mantiene la mente distraida para no acordarse de comer.

4 Discusión-Conclusión

Los jovenes son muy vulnerables a caer en estas enfermedades, la situacion familiar, los amigos y la sociedad son puntos importantes para no caer en ningun transtorno alimenticio.

El diagnostico precoz es importante para poder salir de la enfermedad y no tener secuelas ni patologías causadas por tener este transtorno.

5 Bibliografía

- www.mayoclinic.org
- www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anorexia-nerviosa
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 296

RIESGOS EN LA RADIOLOGÍA

PAULA LÓPEZ LEMA

AROA LÓPEZ LEMA

ALEJANDRO VIEJO PEDROSA

MARIA DE LOS ANGELES PRIEDE FERNANDEZ

ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Los rayos X fueron descubiertos de manera accidental en el año 1895, mientras se investigaban los denominados “rayos catódicos”.

El científico alemán Wilhelm Conrad Roentgen fue uno de los primeros en comenzar el registro de información acerca de los rayos X, a los que puso esta letra como identificativo porque se trataba de un tipo de radiación totalmente desconocida para la ciencia del momento.

Científicos como Thomas Edison, Nikola Tesla y Hittorf Johan avanzaron en la comprensión de los rayos X y descubrieron los diferentes aspectos de la radiografía.

A comienzos de 1900, el inglés John Hall Edwards desarrolló la idea de usar los rayos X utilizados con fines médicos. Edwards llegó a tener que amputarse un brazo por una dermatitis causada por la continua exposición a esta radiación,

por lo que desde un principio se entendió que estos rayos tenían riesgos para la salud.

Las radiografías son imágenes obtenidas en un sustrato fotográfico sensible a los rayos X sobre el cual se coloca la parte del cuerpo cuyas estructuras internas se desea "fotografiar".

La radiación pasa a través de las partes blandas del cuerpo humano, mientras que es bloqueada por las partes más duras.
Esta es la razón por la que las radiografías muestran piezas blancas y piezas negras. Por ejemplo, los huesos aparecen en color blanco pues los rayos no los atraviesan, mientras que un corazón o músculo se ve oscuro porque hay una mayor exposición de la película sensible a los rayos X.

Los rayos X de longitud más corta se usan con fines terapéuticos, mientras que los de longitudes de onda más largas tienen utilidad en el diagnóstico de enfermedades y lesiones.

2 Objetivos

Definir los riesgos laborales en la radiología. Así como explicar los efectos nocivos de los rayos x, cómo podemos minimizar la exposición de los rayos x y en cuanto tiempo pueden aparecer las secuelas de los rayos x.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliografía a través de distintas bases de datos como Medline, Wok, PubMed. Para la búsqueda hemos utilizado las siguientes palabras clave: rayos x, riesgos laborales de los rayos, efectos nocivos, como minimizar los riesgos, primeras secuelas de los rayos.

4 Resultados

La cantidad de exposición a la radiación de un estudio por imágenes depende del examen que se utiliza y qué parte del cuerpo se estudia. Por ejemplo:
- Una radiografía de tórax simple expone al paciente a alrededor de 0.1 mSv. Esto es aproximadamente la misma cantidad de radiación a la que las personas están expuestas naturalmente durante unos 10 días.

- Un mamograma expone a una mujer a 0.4 mSv, o aproximadamente la cantidad que una persona esperaría recibir de exposición a la radiación de fondo natural en 7 semanas.

Efectos nocivos de los rayos X:

Los efectos nocivos de los rayos X son muchos. En primer lugar, tienen efectos sobre el ADN de las células y pueden llegar a destruir los tejidos vivos si hay una sobreexposición.

El daño en el ADN puede provocar el suicidio celular y la división celular aleatoria, la latencia de la célula y favorecer la formación de tumores cancerosos. Son peligrosos para el aparato genital masculino y femenino, que incluso pueden llegar a una condición de esterilidad. Pueden ser muy perjudiciales para una mujer que está embarazada y pueden causar defectos en el bebé y afectar el proceso del parto. Las células sanguíneas y de la médula ósea son muy sensibles a los efectos de los rayos X y se puede producir anemia si se afectan los glóbulos rojos, responsables de llevar oxígeno a todas las células del cuerpo. Si se afectan los glóbulos blancos, quedaría anulado el sistema inmunológico y el cuerpo quedará expuesto a enfermedades e infecciones. El daño de la médula ósea afecta las estructuras de la piel, provocando pérdida del cabello, erupciones y enrojecimiento superficial.

¿En cuánto tiempo aparecen las secuelas de los rayos X?

Algunos efectos nocivos de la radiación de rayos X pueden aparecer en el cuerpo y la piel inmediatamente después de la exposición, incluso en lapsos de apenas 2 horas o pocos días. Sin embargo es más difícil descubrir si han ocurrido daños en el interior del cuerpo, en el proceso de formación del feto o en el sistema hematológico o sanguíneo del paciente expuesto.

Cómo minimizar la exposición a los rayos X:

Quienes trabajan con equipos de rayos X o deben ser sometidos regularmente a este tipo de radiación deben tomar precauciones para minimizar sus efectos nocivos. Los trabajadores que están en contacto con los rayos x siempre deben usar delantales y guantes de plomo, así como colocarse detrás de una pantalla de plomo al activar los equipos, tanto para protegerse de los rayos principales emitidos por estos, como por los rayos dispersos que puedan surgir.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante protegerse de los rayos y no estar muy expuesto continuamente

6 Bibliografía

1 https://muyfitness.com/cuales-son-los-riesgos-de-los-rayos-x_13093111/
2 https://espanol.epa.gov/espanol/como-protegerse-de-la-radiacion
3 https://rayosxriesgos.blogspot.com/
4 https://www.sabervivirtv.com/medicina-general/radiografias-riesgos_799
5 https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/riesgos-de-la-radiacion-asociados-con-los-estudios-por-imagenes.html

Capítulo 297

HÁBITOS SALUDABLES, PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA TAREA IMPORTANTE

ANGELA RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

"La prevención y hábitos saludables evitarían en la provincia de Málaga unos 18.000 casos de cáncer al año", titula el diario Málaga Hoy. Desde las comunidades científicas y sanitarias se insta a la importancia que tiene la prevención de las enfermedades, sabemos que muchas aparecen súbitamente sin que haya factores que las propicien pero también hay estudios que indican que ciertos hábitos poco saludables se asocian de manera directa a el desarrollo de ciertas patologías.

En los países desarrollados los hábitos de alimentación están cambiando a pasos agigantados convirtiéndose así en problemas de salud pública y generando un gasto extra al sistema sanitario. Dentro de la definición de calidad en relación al sistema nacional de salud, sabemos que en ella no sólo se encuentra una asistencia óptima sino que también conlleva un gasto controlado. Creando programas de promoción de la salud, que hagan incanpié en la importancia de integrar a nuestras vidas hábitos saludables. Una población que se cuida, es una población más sana.

2 Objetivos

- Analizar con datos reales y estadísticos los hábitos alimenticios y de actividad física de la población.

- Buscar y conocer la relación de hábitos no saludables y ciertas patologías.
- Estudio descriptivo de la importancia de campañas de promoción de la salud.
- Encontrar estrategias que fomenten la práctica de buenos hábitos entre la población.

3 Metodología

- Estudio analítico cualitativo.
- Encuesta realizada a 83 usuarios del Sistema Nacional de Salud sobre sus hábitos alimenticios.
- Análisis de los datos obtenidos en la encuesta.
- Relación de los datos con las estrategias a seguir en el fomento de vida saludable.
- Opinión-conclusión sobre los pasos a seguir para la eficacia y mejora en relación a este tema.

4 Resultados

Se realiza una encuesta un grupo de población sin relación aparente salvo ser todos usuarios del sistema nacional de salud. En la encuesta se hacen preguntas sobre sus hábitos alimenticios y de ejercicio, así como si padecen alguna enfermedad deriva de unos hábitos poco saludables y también se les pregunta sobre el consumo de tabaco. A continuación describimos las preguntas realizadas y los porcentajes de sus respuestas:

• ¿Cuántas comidas realizas al día?
- Opciones de respuesta: 1,2,3,4, 5 o más
• ¿Cuánta fruta comes al día habitualmente?
- Opciones de respuesta: ninguna, 1 pieza,2 piezas,3 piezas, 4 o más piezas
• ¿ Cuántas veces comes carne por semana?
- Opciones de respuesta: 1 vez, 2 veces, 3 veces , 4 veces , 5 o más veces
• ¿Consideras que llevas una dieta equilibrada?
- Opciones de respuesta: sí/no
• ¿Haces ejercicio regularmente ?
- Opciones de respuesta: sí / no
• ¿Fumas?
- Opciones de respuesta: sí / no
• ¿Sueles comer bollería industrial de forma regular?
- Opciones de respuesta : sí /no
• ¿Tomas alguna medicación habitualmente?

- Opciones de respuesta: sí / no
• ¿ Crees que tus hábitos nutricionales son los adecuados?
- Opciones de respuesta : sí / no
• ¿Tienes intención de cambiar tus hábitos por otros más saludables ?
- Opciones de respuesta: sí /no
• ¿Tienes intención de realizar algún deporte?
- Opciones de respuesta: sí / no
• ¿Padeces diabetes o hipertensión?
- Opciones de respuesta: sí /no
• ¿Cuántas horas aproximadamente estás sentado al día?
- Opciones de respuesta: entre 1-2 , entre 2-3 , entre 4-5 .entre 5 o 6 ,entre 6-7, 8 o más

Análisis de resultados de la encuesta
Los participantes de la encuesta por edades se dividen de la siguiente manera, hay 3,08 % en el rango de entre 18 y 25 años, entre 25 y 30 participan un 9,23% , entre 30 y 40 años un 40% entre 40 y 50 un 35,38%, en edades comprendidas entre 50 y 60 años un 4,62% ,un 6,15% en el rango de 60-70 años y una persona de 80 años o más.

El Ministerio de Sanidad desde 2015 tiene una guía de hábitos saludables donde da recomendaciones de las mejores prácticas para llevar una visa saludable ,prevenir enfermedades y evitar riesgos derivados de hábitos nocivos. En todas recomendaciones de carácter científico o institucional, se hace mucho incapíe en unos pilares básicos para llevar una vida saludable.
- Alimentación saludable, 5 frutas y verduras al día, reducir el consumo de carne y evitar dulces y alimentos procesados.
- Ejercicio regular, como mínimo 3 veces por semana , lo ideal no menos de 30 minutos diarios.
- No fumar y beber alcohol de forma moderada, no más de un vaso de vino al día.
- Mantenerse en un peso adecuado.
- Evitar el sedentarismo y dormir lo suficiente, unas 8 horas diarias.

Uno de los datos más relevantes de la encuesta realizada es aquel que se nos da sobre el concepto que tienen los encuestados sobre sus hábitos alimenticios ,un 50% de los encuestados considera que no lleva unos hábitos saludables , esto deja entrever, primero que los usuarios tienen conciencia de lo que es llevar una dieta equilibrada, gracias en parte a las numerosas campañas que desde las instituciones se realizan para concienciar a la ciudadanía, el otro dato que nos aporta

es que la mitad del grupo estudiado, falla en el primer hábito que describíamos anteriormente, y es un porcentaje importante, teniendo en cuenta que la media de edad del grupo patrón es de 30-40 años, es decir, la media es gente joven.

En relación al ejercicio un 49,23% no realiza ejercicio de forma regular , es decir que casi 50% de los encuestados también falla en este aspecto ,al igual que en el dato de la alimentación es un porcentaje alto, si que la encuesta nos informa que hay un porcentaje más alto en intención de realizar ejercicio de forma habitual , un 76,56% refiere la intención de realizar ejercicio en un futuro. Esto, nos aporta el dato de que una parte de los encuestados que no hacen ejercicio de forma regular tiene intención de hacerlo, lo que consideramos muy positivo porque el porcentaje no sería el óptimo pero si alentador en este aspecto.

No se hace ninguna pregunta en la encuesta en relación al consumo de alcohol pero si sobre el hábito de fumar , aunque el número de fumadores no supera al de no fumadores, sigue siendo un número alto, fuma un 41, 54 % de los encuestados. Revisando diferentes bibliografías queda totalmente demostrado que este hábito lleva una estrecha relación con ciertas patologías y en muchas son consecuencia directa de su consumo.

Muy destacable son los datos que hemos obtenido en relación al sedentarismo, el mayor porcentaje en esta pregunta es para la opción de entre 1 y 2 horas sentados al día, es un dato positivo, ya que la mayoría del grupo estudiado pasa pocas tiempo sentados, pero también, hay que destacar que entre la opción de 6-7 horas diarias y 8 o más suman más del 18%, podemos entender que puede ser debido al tipo de trabajo que realizan estas personas, de todos modos son muchas horas sentados, lo que debe de ser contrarrestado con el aumento del tiempo de ejercicio diario.

Otros datos que me parecía interesante conocer eran el consumo de carne semanal y este ha resultado que la mayoría de los usuarios comen 3 veces por semana carne, lo ideal sería que fuesen 1 o 2 veces, ya que, un consumo excesivo de carne está demostrado que es un hábito desaconsejable. La carne no es perjudicial, pero debe comerse de forma moderada e intentar reducir el consumo de carne roja, que se debería realizar cada 2 o 3 semanas. El porcentaje de personas del grupo que come carne 4 veces o más a la semana es altísimo un 33,85%, esto se relaciona con que la mitad de los encuestados hagan mención a lo poco saludable de su dieta. Positivo es el porcentaje del consumo de bollería industrial ya que el 93,87% dice que no tiene en su dieta de forma habitual este tipo de productos.

5 Discusión-Conclusión

- En los últimos años en España ha habido un aumento considerable de obesidad, muy significativo es este dato en los menores de edad, el tipo de vida sedentario que llevamos aunado a los cambios que hemos hecho en nuestra dieta, introduciendo más carne y productos precocinados, que son preparados con más grasas y más sal, son las causas más fuertes que nos han llevado a esta situación.

- Es de obligada mención que la mayoría de los países desarrollados tienen estas problemáticas, el nivel de vida sube pero empeora nuestra alimentación. Esto se da por adquirir nuevos hábitos en el consumo, porque la oferta es amplia y también por una vida en continuo movimiento que nos hace muchas veces apostar por la comida rápida e invertir así nuestro tiempo en otras cosas. El nivel de obesidad de nuestro país es una de los más elevado de Europa y está ya como uno de los problemas de salud más importante; generando así un gasto extra al sistema sanitario, porque la obesidad trae consigo patologías relacionadas en muchos casos difíciles de tratar y costosas.

- Invertir dinero en promoción y prevención es la forma más barata de abordar el problema,concienciar a los usuarios de los beneficios de una vida saludable nos traerá a la larga unos gastos menores que abordar las patologías que se produzcan.

- Crear programas de vida saludable que se aborden ya desde los colegios, es una de las prácticas más beneficiosas a largo plazo. El buen hábito se crea con costumbre y esta si se consigue desde la infancia es difícil que se modifique. Obligar a los colegios públicos a ofrecer comida basada en nuestra dieta mediterránea, esa tan saludable y que por desgracia hemos dejado de lado.

- Otra estrategia interesante y a razón del aumento de la obesidad infantil debería ser una prioridad ya, es aumentar las horas semanales de educación física en nuestros colegios. Las instituciones deben de ser los abanderados de esta causa porque al final intentar que los ciudadanos lleven una vida saludable acarreará beneficios para la administración, reducirá notablemente el gasto sanitario. Este tema es algo que debemos tener en cuenta y en el que debemos enfocarnos porque no sólo la cifra de la obesidad en España sigue subiendo sino porque es un incremento de más de 20% del gasto sanitario.

- Otros tipos de hábitos poco saludables también conllevan un gasto adicional del sistema de salud, patologías relacionadas con el consumo de tabaco generan

un aumento considerable del gasto al sistema de salud, por ello, también son necesarias las campañas de prevención en este aspecto. Y como referíamos la educación para la salud desde la infancia es una de las estrategias más potentes que tenemos, también en relación de esta problemática.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 298

ERGONOMIA EN EL TRABAJO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

YOLANDA MERELO ALONSO

CARME DE CON GUTIÉRREZ

MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ

MONICA GONZÁLEZ TAMARGO

CRISTINA PRUNEDA SIERRA

1 Introducción

El Auxiliar de enfermería es el pilar principal de atención y cuidado del paciente y, debido a las funciones propias de la profesión, cubre las necesidades básicas del enfermo como son su higiene y movilización cuando este no pueda realizarlo, lo que hace de ellos el colectivo más expuesto a los trastornos musculo-esqueléticos dentro del área sanitaria.

Las tareas de movilización manual de los pacientes no autónomos, la sobrecarga física y los movimientos repetitivos producto de estas tareas genera la adopción de posturas inadecuadas con la sobrecarga que ello supone, afectando principalmente a nivel de los hombros y de la columna y traduciéndose en patologías a corto o largo plazo.

Los trastornos de tipo musculo-esqueléticos son elevados y en su mayoría se deben a las condiciones ergonómicas del trabajo, siendo esta la enfermedad profesional más frecuente ya que en su actividad laboral el auxiliar se ve expuesto constantemente a este tipo de factores capaces de producir un daño en su salud. El ejercicio de la profesión de auxiliar de enfermería se basa en la aplicación de conocimientos por medio de técnicas específicas basadas en protocolos con el objetivo de cuidar, supervisar y atender al paciente de una manera continuada.

2 Objetivos

General:

- Mejorar las condiciones de trabajo del auxiliar de enfermería estableciendo cuáles de dichas condiciones pueden verse relacionadas con la aparición de problemas a nivel físico y los factores de riesgo existentes.

Específicos:

- Analizar el riesgo ergonómico en la manipulación de pacientes.
- Adecuada planificación laboral y la formación continuada del personal.
- Conocer los trastornos musculo-esqueléticos más frecuentes así como las áreas de la anatomía más afectadas.
- Optimizar recursos seleccionado la metodología más adecuada (grúa, silla de ruedas, entremetida), cuidando en todo momento la integridad del paciente.
- Definir límites de actuación para evitar riesgos.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de diferentes libros y revistas sanitarias directamente relacionadas con la temática en estudio; también se consultaron diversas páginas web con el objetivo de ampliar la información encontrada en dicha bibliografía. Se utilizaron como descriptores las palabras clave: ergonomía, enfermería, TCAE, condiciones de trabajo. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos años, en español, disponibles en texto completo y que estuviesen directamente relacionados con la temática en estudio.

4 Resultados

Una vez llevado a cabo una evaluación de riesgos asociados a la manipulación de personas con movilidad reducida se obtiene un nivel de riesgo elevado, por lo que hay que adoptar medidas para corregir fallos y disminuir riesgos. La aplicación del método MAPO (movilización manual de pacientes) cuantifica el nivel de riesgo por movilización en el ambiente socio sanitario mediante diferentes indicadores cuantitativos, teniendo en cuenta la incidencia de manipulación por parte del trabajador.

Son imprescindibles los programas ergonómicos continuados de formación del personal para llegar a conseguir una correcta salud laboral, aumentar la seguridad y reducir la siniestrabilidad. Cada trabajador debería recibir formación teórica y practica adecuada en materia preventiva a su puesto de trabajo y repetirse cada cierto tiempo si fuese necesario.

Adoptar una buena higiene postural es primordial, así como disponer y usar los diferentes dispositivos mecánicos a nuestro alcance, para el manejo y movilización de pacientes que así lo requieran. También lo es aumentar la conciencia personal para promover el bienestar en el trabajo, sensibilizando al auxiliar sobres los riesgos futuros derivados y la forma de evitarlos.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario de enfermería, en el que se encuentran los auxiliares de enfermería y los TCAE, debe tener una buena formación en ergonomía pues le resultará de vital importancia a la hora de tratar de la manera más segura la movilización de los pacientes que tengan a su cargo y, por otro lado, su propia salud laboral se verá reforzada no solo en el presente sino en su futuro.

6 Bibliografía

- Jaime Díaz Pineda. Manual de prevención ergonómica en personas en situación de dependencia 2007. Instituto de Biomecánica de Valencia.
- Ferreras, V. 2004. Prevención de riesgos en residencias de la tercera edad. Editorial: Lex Nova.
- Yassi, A. 2001. Naturaleza y problemas de salud en el trabajo. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.

- G. Oliva, C. 1994. Ergonomía en el medio hospitalario. Biblioteca Digital. UNCUYO.
- Montalvo Prieto, AA. Riesgo Ergonómico Asociado a Sintomatología Musculo esquelética en personal de enfermería. Internet 2015. http//200.20 104-25/promocionsalud/download/.

Capítulo 299

LOS HÁBITOS TÓXICOS COMO PROBLEMA SOCIOSANITARIO

EVA FERRER GONZALEZ

SHEILA PEREZ BARRANCO

1 Introducción

Las recomendaciones por lo general que obtenemos por parte de los profesionales sanitarios,sea cual sea nuestra edad, sexo, o incluso estado de salud, siempren incidirán en la necesidad de alejarnos de sustancias nocivas como pueden ser el tabaco, el alcohol o otras drogas, por la repercusión tan negativa que hace o puede llegar a hacer casi seguro en nuestro organismo.

Son de sobra conocidos los efectos negativos que tienen en una persona sana y mayormente cuando esta ya tiene una patología de base.

Los cambios que ha sufrido el consumo de la droga en nuestro país, España,han sido muchos, también las funciones que tienen estas, su uso y sus consumidores.

De los cambios de mas importancia que podemos observar, es la nueva visión que se tiene del uso y consumo de la droga, de dos decadas para atrás hasta la actualidad, su consumo está ligado mas a un uso lúdico o de disfrute, incluso a escalones altos en la sociedad, cuando en tiempos anteriores, las personas que tenían contacto con estas sustancias, eran miradas con desprecio e incluso se atribuía su uso solo a sectores marginales de la población.

Los principales hábitos tóxicos por consumo hoy en día se pueden clasificar en

tres grupos: Tabaco, alcohol y otras drogas, este último grupo incluyen drogas como el cannabis o de diseño, es decir creadas en el laboratorio.

El gasto que supone los hábitos tóxicos de la población a nuestro país, son abrumadores, principalmente por las enfermedades secundarias de este consumo, el empeoramiento de las patologías de base de las personas consumidoras, los accidentes en todos los ámbitos relaccionados con sus efectos, gran ejemplo son los accidentes automovilísticos que tantas víctimas dejan año tras año, mortales o con secuelas de por vida, con el daño que esto causa principalmente al afectado, familia y también al sistema sanitario.

Destacar también que en muchos casos estos hábitos se convierten en un problema grave social ya que cuando las personas consumidoras no disponen del suficiente dinero para hacerse con la droga, puede quedar en una situación de desamparo, marginado, haciendo mas grande aún el problema si cabe, incluso llevándole a delinquir por la necesidad de consumo.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es analizar el grave problema a nivel social como sanitario de los hábitos tóxicos en la población

3 Metodología

Se ha efectuado una tarea de ponderación teórica, sustentada en libros especializados, artículos y bibliografías a través de diferentes bases de datos como Medline Plus, Wikipedia, Google académico. Para ello se han dado uso de diferentes descriptores como: droga, alcohol, malos hábitos, toxicología…

Se han utilizado informes de caracter gratuito y libre, otros por el contrario no lo eran, seleccionando entre ellos la información que mas se ajustaba al trabajo de investigación.

4 Resultados

Como resultado de la investigación y datos obtenidos, destaca tristemente como España es uno de los países de la Unión Europea, donde más droga se consume.

Observamos como el cannabis y la cocaína son las drogas mas utilizadas.

No se encuentra una razón específica y única que nos explique por qué una persona consume sustancias toxicas, ya que son muchas las motivaciones y los factores que predisponen o guían a una persona al consumo.

Tener unos buenos hábitos de vida desde la infancia así como un hogar estructurado y seguro, además de la prevención temprana, pueden ser un freno a iniciarse en la toma de drogas.

La investigación y el estudio de este amplio tema de la droga, alcohol y tabaquismo y sus consecuencias se ha convertido en un problema a nivel mundial. No existe una única fórmula para acabar con este problema sociosanitario, lo que se evidencia esque las medidas políticas adoptadas no están siendo efectivas, el simple hecho de diferenciar las drogas legales de las que no lo son, aumentando las penas de carcel o presión policial, no está consiguiendo evitar el contacto de potenciales consumidores con las drogas.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones a las que llegamos tras esta investigación nos dejan ver como los hábitos tóxicos son un problema creciente a nivel mundial, debe ser tomado con seriedad y rotundidad para frenar las nefastas consecuencias,ya que tanto las enfermedades derivadas por el uso de tóxicos como las muertes relaccionadas, están dejando cifras realmente escalofriantes y escandalosas que deberían hacerse replantear el sistema.

La familia puede convertirse en un vínculo protector que se anteponga a edades sensibles en las que el menor puede entrar en contacto con las drogas, e informándose y recibiendo formación estando lo mas preparados posibles para que la educacion que ofrezcan sea fuente de prevención.

La escuela puede ser un pilar fundamental en preevención no solo a nivel del alumnado si no también impartiendo conocimientos adecuados a los padres.

Los centros sanitarios podrían ayudar a crear políticas preeventivas y de actuación.

El tipo de política que se está adoptando hoy en día no esta siendo suficiente para frenar esta lacra, el simplemente agrupar las drogas en blanco y negro, legales o ilegales no está dando resultados.

El arma más potente para enfrentarnos a ésta problematica como es el consumo de drogas, osea el mantenimiento de unos hábitos tóxicos que día a día crece en la sociedad, es la educación, que una persona tenga desde su primera infancia, conocimientos de el efecto negativo en la salud , acercándonos así a un modelo con mucha más potencia sustentado en tres pilares fundamentales, la familia , la escuela, los centros sanitarios, abordando el problema desde otra mira, la preevención, con la esperanza de que con los años el inconveniente de los hábitos tóxicos no sea un problema de tal magnitud a nivel sociosanitario.

6 Bibliografía

- Usó, J. C,(1996). Drogas y cultura de masas, Madrid, España:Santillana S.A
- Riboldi, F.(2008). Stop a la adicción al tabaco. Barcelona, España:De Vecchi S.A
- Cordon, F., Jordan, M. y Garrido, J. (2007). Drogodependencia y alcoholismo para auxiliares de enfermería. Madrid, España:Formación Continuada Loggos S.L.

Capítulo 300

ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO

MARÍA ANA RODRÍGUEZ PÉREZ

1 Introducción

El embarazo es el periodo de tiempo que transcurre desde que se implanta el cigoto en el útero hasta el momento del parto. Durante este tiempo se producen cambios fisiológicos, morfológicos y metabólicos en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo fetal.

El embarazo o gravidez no es un proceso patológico pero durante el periodo de gestación se ha de tener un especial cuidado de la alimentación, no sólo en la cantidad sino en la calidad de los alimentos.

Durante el embarazo se modifica el sistema inmune de la mujer y algunos microorganismos pueden llegar al feto atravesando la barrera placentaria. Además, el agua o los alimentos pueden ser transmisores de microorganismos causantes de infecciones alimentarias.

2 Objetivos

Describir una serie de consejos que la mujer embarazada debe de seguir para conseguir una alimentación equilibrada y segura.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática y se han usado bases de datos como Scielo y Medline. Se han revisado artículos de diversas publicaciones y revistas de carácter científico.

4 Resultados

Durante el embarazo la mujer gestante debe de seguir los siguientes consejos alimentarios:
-Extremar las medidas de higiene en la manipulación de los alimentos.Mantener una buena higiene de manos y de los útiles de cocinado.
-Los alimentos ya cocinados deben de guardarse en frigorífico el menor tiempo posible, asegurándose que este esté a la temperatura adecuada.
-Realizar un buen lavado de frutas y hortalizas crudas.
-Cocinar completamente las carnes.
-Moderar alimentos ricos en cafeína(té, café, bebidas energéticas,...)
-Moderar el consumo de sal.
-Consumir complementos alimenticios solo con prescripción médica.
-Siempre tener en cuenta el etiquetado de los productos a consumir, leyendo las advertencias y condiciones de uso.
-Evitar el consumo de carne cruda o poco hecha y productos cárnicos crudos curados.
-Evitar el consumo de pescado crudo o huevo crudo.
-Evitar leche cruda, quesos frescos o de pasta blanda sin no están hechos con leche pasteurizada.
-No consumir bebidas alcohólicas.
-Consumir zumos recién hechos o envasados pasteurizados.
-Aumentar el consumo de frutas y hortalizas por su aporte de vitaminas y minerales.
-Beber al menos 2 o 3 litros de agua.
-Moderar el consumo de azúcares.
-Realizar de 4 a 5 comidas diarias.

5 Discusión-Conclusión

En el embarazo no se tiene una dieta específica y la gestante debe de comer de todo pero siempre de una manera equilibrada y con moderación.

El personal sanitario debe de tener conocimientos suficientes sobre la alimentación durante la gestación y saber transmitirlos a la mujer embarazada para que ella pueda llevar esta serie de consejos y evite posibles complicaciones derivadas de una mala alimentación.

El embarazo no constituye una patología, solo se requiere un esfuerzo fisiológico con unas necesidades nutricionales concretas que afectan tanto a la madre como al feto. De ahí la importancia de que la embarazada siga las recomendaciones dietéticas.

6 Bibliografía

-Cereceda M. Dietética de la teoría a la práctica. 1ªed. Fondo Editorial UNMSM. Lima. 2008.
-González A. Minerales y elementos traza.Nutrición y Dietética durante el embarazo. Masson S.A. Barcelona. 1996.
-Pérez H. Embarazo en la mujer con sobrepeso y obesidad. Nutrición y dietética durante el embarazo. Masson S.A. Barcelona. 1996.
-Soria del Valle P. La nutrición en el embarazo. Tratado de Nutrición. Madrid. 1999.

Capítulo 301

ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

ANA MARÍA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

En la actualidad, la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de la autonomía es uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados.

2 Objetivos

Describir las actividades y las tareas profesionales que el TCAE desarrolla en la especialidad de geriatría.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Higiene: se aplican a la piel, la zona perineal y genital, los ojos, oídos, la boca y prótesis dental, el pelo, los pies. También la cama y masajes en pies y espalda ya que en ocasiones permanecen encamados por periodos prolongados.
- Movilización y cambios posturales: son dirigidos a evitar las ulceras por presión y a mantener la autonomía y la funcionalidad. La utilización de sistemas de contención abdominal o de extremidades siempre serán bajo orden médica escrita. Se colaborará en la deambulación con muletas o andador según la técnica y protocolo establecido para su uso.
- Alimentación: se administrarán las comidas y se atenderán las dificultades de deglución por perdidas de piezas dentales. En ocasiones, la alimentación será a través de sonda nasogástrica, mediante jeringa o bomba de infusión y en otras se utilizará la alimentación parenteral. El anciano que pueda comer solo se lo estimulara para aumentar su independencia. Se cuidará la hidratación.
- Eliminación: se observara la frecuencia de las deposiciones, participar en la atención general si padece diarrea, estreñimiento o fecalomas , administrar enemas y recoger las heces cuando sea necesario.
Se practicarán los cuidados y la reeducación del paciente incontinente, Colaborara en los procedimientos de sondaje, colocación de dispositivos externos de recogida de orina.
- Descanso y sueño: observara las horas y características del sueño y demás periodos de descanso, se eliminarán los factores ambientales que puedan producir insomnio. Se respetarán los rituales al acostarse.
- Evitar el dolor: colaborará en la disminución de la ansiedad ante el dolor mediante la escucha, la observación, la distracción, la relajación o la aplicación de masajes y colaborando en la administración de analgésicos orales.
- Regular la temperatura: recogerá y anotará esta constante vital , actividades físicas para controlar la temperatura(desabrigar, abrigar, poner compresas frías) colaborara en la administración de fármacos orales.
- Actividades: escuchara las preferencias para ocupar su tiempo libre, facilitara su realización y en ocasiones lo acompañara.
- También estimularemos y alabaremos sus logros en la recuperación de su autonomía en las actividades cotidianas.

Las residencias de ancianos y los hospitales de día son uno de los recursos sociosanitarios más solicitados para atender a este sector de la población ya que ofrecen la atención sociosanitaria que precisan algunos ancianos. Se tendría que desarrollar programas de apoyo mutuo para evitar la soledad no deseada, acti-

var la participación destacando el valor de la autonomía. Promover estudios que definan la situación, localización y el perfil de las personas mayores que viven solos

5 Discusión-Conclusión

Las actividades y las tareas profesionales que el TCAE desarrolla en la especialidad de geriatría son adaptadas a las necesidades y atención que necesitan estos pacientes dadas sus características particulares.

6 Bibliografía

- https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/caidas-en-el-anciano
- https://revistamedica.com/tcae-cuidados-anciano
- https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 302

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EXPOSICIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO

MARIA BEJAR PEREZ

RAQUEL GONZALEZ GARCIA

LAURA DIAZ MAYO

SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La intención es elaborar un protocolo de actuación que servirá de guía a los trabajadores en el ámbito sanitario. Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios están expuestos diariamente a mucha diversidad de pacientes, con riesgo a contagio, aunque sea mínimo, como son virus, bacterias, enfermedades infecciosas, etc. Si por cualquier circunstancia el trabajador sanitario o no sanitario, aunque cumpliendo con las medidas preventivas, se contagiara o sufriera cualquier lesión, tendría que seguir una serie de medidas ya no preventivas sino curativas. Los principales pasos a seguir serían:

- Proteger al accidentado, dependiente del tipo del accidente, lo primero es asegurarse del que el accidentado esta fuera del peligro.
- Alertar a los responsables de la existencia del accidente.

- Socorrer, dependiendo de la gravedad del accidente y el motivo por el que fue, hay que socorrer al accidentado.
- Garantizar la asistencia médica, dejando claro donde recibirá la atención médica, aportando el parte de accidente que justifique que fue laboral. A partir de este momento se empezará el seguimiento del tratamiento según la lesión.

2 Objetivos

- Educar al personal sanitario y no sanitario de las medidas preventivas en el entorno sanitario y educarlos en el protocolo de actuación ante un accidente laboral.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo hemos basado en la búsqueda bibliográfica de los datos de Google Académico y Scielo.

4 Resultados

Cualquier trabajador sanitario y no sanitario ante un accidente laboral, lo primero que hará será comunicarlos y se le entregará un parte de accidente laboral. A partir de este momento se le hará un seguimiento a través de la consulta de salud laboral, donde se le abrirá una ficha donde quedará registrado todo, y según sea la causa del accidente te le aplicará un protocolo de actuación. Es importante que el paciente no tarde en declarar el accidente ni asuma su propio seguimiento, por beneficio de él.

5 Discusión-Conclusión

Si todos los trabajadores afectados por cualquier tipo de accidente laboral lo declarasen y siguiera el protocolo de actuación ante estas situaciones, se conseguiria una mayor eficacia en su aplicación y que dependiendo del accidente laboral que sufriera, es importante una rápida actuación.

6 Bibliografía

- Marquina Peñalver, M.C. Valoración de la actuación ante los accidentes de riesgo biológico del personal sanitario de un área quirúrgica hospitalaria. Master Universitario en Prevención de Riesgos Laborales. 2018.
- Castro Fuentes. L. El accidente con riesgo biológico en el sector sanitario. Trabajos académicos Universidad de Cantabria.. 2014.
- Rodríguez de la Pinta, Mª.L; Maestre Naranjo, Mª; Borda Olivas, J. R. Violencia externa en el trabajo en el sector servicios. Consideraciones generales, notificación y protocolos de actuación. Medicina y Seguridad del trabajo. 2011.

Capítulo 303

LA ENFERMEDAD DEL OLVIDO

ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ

GUILLERMO FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La demencia consiste en trastornos orgánicos cerebrales que provocan deterioro progresivo de las funciones cognitivas superiores (lenguaje, memoria, pensamiento, etc.) y que incapacitan al individuo para realizar las actividades de la vida diaria. La demencia senil es la que más frecuentemente provoca la dependencia de las personas. Presenta gran cantidad de síntomas y signos. Sus principales síntomas son:

- Deterioro del pensamiento abstracto.
- Pérdida paulatina de la memoria: suele ser difícil de detectar en sus inicios. El paciente no recuerda lo que ha hecho con objetos cotidianos (gafas, cartera, llaves, etc.) y hace preguntas repetitivas. Este suele ser el primer síntoma y causa de alarma para buscar ayuda médica.
- Alteraciones de la personalidad: Se empiezan a comportar de forma anómala y contraria a la forma de actuar del paciente. Suelen mostrarse irritables llegando a ser agresivos, pierden el control o tienen comportamiento antisocial, sufren apatía y cambios de humor frecuentes, entre otras.
- Deterioro del juicio y de la toma de decisiones
- Desorientación y alucinaciones: Empiezan a desorientarse en sitios no muy comunes y llegan a perderse en lugares frecuentados y en su hogar en fases más avanzadas.
- Pierden facultades para realizar operaciones de cálculo y aritmética: Tienen dificultades para manejar el dinero, no conocen las monedas y suman o restan mal

- Abandono del cuidado personal: descuidan su aseo personal.
- Alteraciones en el ritmo de vigilia-sueño: en estadios avanzados tienen mayor irritabilidad y agresividad nocturnas y tienden a padecer somnolencia durante el día.

Trastorno de las funciones superiores:
- Apraxia: Imposibilidad de ejecutar actividades motoras aprendida previamente sin causa justificable. Ej: dificultad para vestirse al cambiar el orden de las prendas, no saben abrocharse los botones, dificultad del manejo de cubiertos, etc.
- Agnosia : Incapacidad para reconocer percepciones sensoriales. Ej: no identificar sonidos, olores, reconocer objetos por el tacto, etc.
- Afasia: Deterioro del lenguaje comprensivo y expresivo. Afecta al lenguaje hablado y escrito. Suelen inventar palabras, usan onomatopeyas, cambian sílabas de las palabras, uso de menos vocabulario y en estados avanzados se llega a un mutismo total.

El Alzheimer, es una enfermedad degenerativa progresiva que provoca atrofia del cerebro, llevando a la demencia en las personas afectadas de forma imparable. En el Alzheimer, las neuronas y sus conexiones se degeneran y mueren, causando atrofia cerebral y deterioro global en la función mental. Al contrario de otras demencias, el Alzheimer comienza de manera insidiosa y con avance lento pero irreversible. En las fases iniciales puede confundirse con los achaques del envejecimiento normal. Su nombre se debe al médico alemán Alois Alzheimer quien publicó el estudio de un caso de esta demencia en 1907.

2 Objetivos

- Estimular las capacidades cognitivas y la autoestima del paciente.
- Promover la autonomía personal.
- Evitar el aislamiento y el estrés de la persona afectada y mejorar sus relaciones con el entorno.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo, de su familia y cuidadores.

3 Metodología

El Alzhéimer es una enfermedad sin cura actualmente. No se puede frenar su avance ni restaurar las funciones deterioradas. Los fármacos que se encuentran en el mercado hoy en día retardan la evolución de la enfermedad, en fases leves

y moderadas, aunque poseen efectos secundarios. Reducen los síntomas (depresión, síntomas psicóticos, trastornos del sueño, etc.), mejoran la función cognitiva y frenan ciertos procesos metabólicos, que se cree aceleran el proceso degenerativo.

En otras enfermedades mentales se recetan tratamientos farmacológicos y la psicoterapia. En la enfermedad de Alzheimer las actuaciones que se aplican en la primera fase son la rehabilitación y la estimulación para retrasar el progreso de la enfermedad. En fases avanzadas se aplican cuidados paliativos.

Es importante aplicar la psicoestimulación en este tipo de enfermos, consistente en actividades que estimulan la memoria, la atención, el razonamiento, la concentración, la psicomotricidad, la expresión verbal y física, la coordinación, la orientación espacio-temporal, etc. Los principales sistemas terapéuticos utilizados tienen que ver con tres grandes áreas:

1. Tratamiento de los trastornos conductuales
Los psicofármacos se utilizan para mejorar la agitación psicomotriz, depresión, alucinaciones, inversión del ritmo vigilia-sueño. Estos fármacos tienen importantes efectos secundarios por lo que su consumo debe ser controlado por el médico especialista. Si existe ansiedad se puede tratar con benzosiazepinas.
La psicoterapia alivia los síntomas y sufrimiento del paciente y de sus cuidadores.

2. Tratamiento psicosocial
La asistencia que se planifica para el enfermo de Alzheimer debe cubrir los aspectos sociales, médicos y psicológicos del enfermo en un ámbito multidisciplinario. El propio domicilio es la mejor opción como residencia habitual del enfermo. Este debe estar organizado atendiendo a sus necesidades. Es necesario que se apliquen ayudas psicosociales, socioeconómicas y sociosanitarias para aliviar la carga que esta enfermedad ocasiona. Existen varios medios de apoyo que pueden evitar el ingreso del paciente en una residencia gerontológica. Estos son:
- Hospitalización a domicilio: Consiste en un equipo sanitario que tratan las enfermedades asociadas al Alzheimer en el propio domicilio del enfermo.
- Hospitales/centros de día: Descargan las obligaciones de cuidado de los familiares durante unas horas al día. Se realizan técnicas de psicoterapia.
- Hospitalizaciones periódicas: Suponen una descarga temporal de los cuidados de las personas cuidadoras del paciente demenciado.
- Cuidados a domicilio: Proporcionan al enfermo cuidados no especializados en su propio domicilio: aseo corporal, control de medicación, compañía, alimentación, etc.

3. Tratamiento empírico:
Se utilizan fármacos que potencian ciertas funciones alteradas en el funcionamiento normal del sistema nervioso. Es una terapia estimuladora. El uso de fármacos que activan la actividad colinérgica es de mayor interés. Las causas del Alzheimer son desconocidas pero estos enfermos presentan un déficit de neurotransmisores, siendo la acetilcolina uno de los más importantes. Esta transmite impulsos nerviosos desde una neurona a otra. La capacidad coligérnica del sistema nervioso central está directamente relacionada con la memoria, la cual está bastante disminuida en la enfermedad de Alzheimer.

- Se utilizan antagonistas de los receptores de NMDA(N-methil-D-aspartato): el principal componente es un medicamento llamado memantina, que inhibe la acción tóxica sobre las neuronas de un aminoácido llamado glutamato.
- Los antiinflamatorios no esteroideos (aspirina e ibuprofeno): están indicados tanto en la prevención como en el tratamiento de la enfermedad. Actúan bloqueando las prostaglandinas, factores de la respuesta inflamatoria tienen un importante papel en el alzhéimer. No se recomienda su uso a largo plazo.
- Antioxidantes: pueden retrasar levemente la progresión de la enfermedad o sus síntomas. Dosis elevadas de vitamina E o el consumo de Ginkgo biloba –una planta medicinal con propiedades antioxidantes–, contribuyen a una ligera mejoría de la memoria. Hay que administrar el Ginkgo siempre bajo supervisión médica, ya que existen contraindicaciones junto a determinados medicamentos.

4 Bibliografía

-“Necesidades físicas y psicosociales de colectivos específicos” de la editorial Altamar.
- “Atención y apoyo psicosocial” de la editorial Altamar.
- Guía práctica sobre los cuidados que debe recibir una persona con enfermedad de Alzheimer de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Capítulo 304

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN

Mª DEL CARMEN ARDURA SANTIAGO

MARÍA COVADONGA ABARRIO NÚÑEZ

BEATRIZ REQUENA PARADA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta cita procede del preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 al 22 de julio de 1946 por representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948, no habiendo sido modificada desde entonces.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es, pues, el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona, al impacto que una enfermedad, y el tratamiento consiguiente tiene sobre la percepción de nuestra satisfacción y sobre el bienestar físico, psíquico, social e incluso espiritual.

2 Objetivos

- Definir qué se considera calidad de vida relacionada con la salud.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de distintas bases de datos como Scielo, Dialnet y Google Academy. Las búsquedas se han realizado con las palabras clave salud, calidad de vida, calidad de vida relación salud y medición calidad vida relación salud.

4 Resultados

La calidad de vida relacionada con la salud se ha constituido como un criterio importante para evaluar el efecto de las intervenciones sanitarias, valorar los resultados de los ensayos clínicos controlados, planificar y ejecutar programas de salud pública, identificar niveles de morbilidad y orientar la toma de decisiones médicas en la práctica clínica.

Tradicionalmente los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante la anamnesis, la exploración física y los exámenes de laboratorio, pero este enfoque no está basado en preguntas estandarizadas con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos cotidianos físicos, sociales, personales, de bienestar mental o de la percepción del propio paciente sobre su salud.

En relación con esto, se han desarrollado diversas metodologías para tratar de valorar la calidad de vida relacionada con la salud. Para cuantificar estados de salud se utilizan cuestionaros validados, que pueden ser específicos para una enfermedad o genéricos, y se utilizarán de apoyo para determinar la intervención más eficiente de todas las alternativas posibles.

- Wilson y Clearly desarrollaron en 1995 un modelo que definía las variables más

importantes de la calidad de vida. El modelo incluye una taxonomía de las variables usadas frecuentemente para medir CVRS y distingue la unión sucesiva y concatenada, partiendo de las biológicas/fisiológicas, que producen síntomas y alteran el estado funcional y la salud general percibida y llegan a afectar a la calidad de vida global. Sobre estas variables actuarían las características individuales y medioambientales.

- En 2001, la OMS, tras un largo proceso de reflexión, ha propuesto un modelo relacional que sirve de base para la nueva Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF), y tiene como objetivo principal el proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud. Esta nueva clasificación utiliza un modelo multidimensional y define los siguientes componentes, estructurados en dos categorías:
- Funcionamiento y Discapacidad: Funciones y estructuras corporales, Actividades, Participación
- Factores ambientales: Factores ambientales y Factores personales

Las funciones corporales son las funciones fisiológicas y psicológicas de los sistemas corporales y las estructuras son las partes anatómicas del cuerpo: órganos, extremidades, componentes, etc. La actividad se define como la realización de una acción por una persona y la participación, el acto de implicarse en una situación vital. Los factores ambientales constituyen el entorno inmediato y los factores personales incluyen las características de las personas y estilos de vida.

La CIF representa un catálogo de categorías que se refieren a las diferentes funciones y estructuras corporales, actividades, participación y factores medioambientales y personales, y están organizadas como una estructura jerárquica. Para su funcionamiento se puntúan las distintas categorías con la ayuda de calificadores que registran la severidad de un problema.

- El instrumento genérico más utilizado para cuantificar estados de salud es el EQ-5D. Fue diseñado por el EuroQol, un grupo de investigación internacional creado en 1987 y está validado en Alemania, Dinamarca, Japón, España, Reino Unido, EEUU y Zimbabwe, entre otros países.

Cuenta con cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, en el que el usuario evalúa su estado actual seleccionando entre 3 o 5 niveles, pudiendo dar lugar en el primer caso a 243 estados de salud diferentes y 3.125 si se eligen 5 niveles. Cada estado de salud se

codifica mediante un número de 5 cifras, en el que cada dígito se corresponde con el nivel seleccionado en cada una de las cinco dimensiones; por ejemplo, el estado 11111 implicaría ningún problema con la movilidad, ni con las actividades cotidianas, ni dolor/malestar, ni con el autocuidado ni ansiedad/depresión.

5 Discusión-Conclusión

La información proporcionada por los instrumentos de medida de la CVRS es útil para la medición del impacto de una enfermedad y de la eficacia y efectividad de los tratamientos e intervenciones sanitarias. Permiten el análisis tanto de situaciones concretas como de resultados de políticas específicas.

6 Bibliografía

- Iñaki Larraya. Calidad de vida relacionada con la salud (2013): https://ilarraya.com/web/calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud/
- Juan Antonio Fernández López, María Fernández Fidalgo y Alarcos Cieza. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005.
- X. Badía Llach. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-que-es-como-se-mide-13058924.
- https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida.
- Misrachi Launert, C. y Espinoza Santander, I. (2005-08).Utilidad de las Mediciones de la Calidad de vida relacionada con la salud. http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/123542.

Capítulo 305

CONDICIONES DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO EN EL MEDIO SANITARIO.

NOELIA DE CON SANTOS

MARIA GARCIA GUAZA

LORENA POSADO CARRO

1 Introducción

Comenzamos por decir, que hay elementos presentes en el entorno de trabajo, que pueden afectar al desarrollo del mismo y a la salud del propio trabajador. Estos elementos que influyen entorno de trabajo y que están relacionados con la seguridad y salud de los trabajadores, son las condiciones de trabajo. En el art. 4.7 Ley de Prevención de Riesgos Laborales, condición de trabajo es "cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador". Como condición de trabajo incluiremos:

- La naturaleza de los agentes físicos, biológicos y químicos que están presentes en el ambiente de trabajo y sus intensidades, concentraciones o niveles de presencia.
- Las características de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.
- Procedimientos para la utilización de los agentes que influyan en la generación de riesgos.

- Todas aquellas otras características del trabajo incluidas las relativas a la organización, que influyan en la magnitud de los riesgos a los que está expuesto el trabajador.

Como factor de riesgo entendemos aquella condición del trabajo que puede provocar o no un riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores, es decir, pueden perjudicar la salud de las personas. Estos factores podemos agruparlos en cuatro grupos principales:
1. Factores de origen higiénico: es lo que se refiere a las condiciones físicas del medio de trabajo (humedad, temperatura, ruidos, etc…), se establecerán unos valores para que no generen lesiones y unos niveles para trabajar lo más confortablemente y sin riesgos. Se estudiarán también los posibles contaminantes químicos (sustancias y productos) y biológicos (virus, bacterias, hongos etc.…) que pudieran estar presentes en el medio de trabajo, así como sus efectos para la salud, como evaluarlos y medidas para controlarlos.
2. Factores procedentes de las condiciones de seguridad: son aquellas condiciones materiales y del entorno físico del trabajo. Para controlarlos se evaluarán las máquinas (arcos de quirófano), herramientas(instrumental), equipos de transporte(sillas de ruedas) y las instalaciones eléctricas entre otras muchas cosas.
3. Factores derivados de la psicología del trabajo: aquellos relacionados con la organización del trabajo y que pueden afectar al aspecto físico, mental y social del trabajador. Pueden ser la forma en que se dividen las tareas, el reparto de trabajo, la velocidad de ejecución, los horarios, etc.
4. Factores ergonómicos: son aquellas exigencias que la tarea le impone al trabajador esfuerzo físico, manipulación de cargas , posturas de trabajo, etc.

2 Objetivos

- Establecer que, actuando sobre las condiciones de trabajo, se logra minimizar los factores de riesgo, puesto que, aunque son definiciones que están íntimamente relacionadas, son dos cosas diferentes dentro de la prevención de riesgos. Pero actuando sobre una de ellas, a la vez actuamos sobre la otra.

3 Metodología

Estudio de la legislación vigente sobre prevención de riesgos Ley de Prevención de Riesgos 31/1995 de 8 de Noviembre, así como protocolos hospitalarios en lo

que se refiere a la prevención de riesgos dentro del ámbito sanitario. También, he revisado publicaciones en revistas y libros sobre la materia.

4 Resultados

Podemos afirmar, que por según lo que hemos explicado, toda condición de trabajo puede constituir en sí misma, un factor de riesgo. Por ejemplo, una temperatura (condición de trabajo) excesivamente baja en quirófano, puede constituir un factor de riesgo ya que el trabajador está expuesto a contraer en este caso por ejemplo una infección respiratoria (por ej. neumonía).

Lo mismo sucedería con otras muchas condiciones de trabajo humedad, radiaciones, iluminación, virus, bacterias, etc.

5 Discusión-Conclusión

Ahora bien, el propio concepto de condición de trabajo puede englobar la noción de factor de riesgo. Los factores son todas aquellas situaciones o aspectos que definen el desarrollo de una tarea concreta, su organización y gestión de trabajo, así como su entorno social y ambiental que pueden causar daños físicos sociales o psicológicos a los trabajadores. Todas esas variables susceptibles de producir daños a la salud de los trabajadores son denominadas como factores de riesgo.

Por todo lo explicado, lo principal o esencial, es actuar sobre las condiciones de trabajo, para reducir las consecuencias negativas sobre la salud de los trabajadores, bien sean, accidentes de trabajo u enfermedades profesionales. En esto consiste la acción o el papel principal en materia de Prevención de riesgos laborales.

6 Bibliografía

- http://www.upf.edu/cisal/
http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/index.htm
- Formación de Seguridad laboral. Editorial Borrmart, S.A.1976.
- Prevención de Riesgos Laborales. Editorial Civitas. Edición 2011.

Capítulo 306

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN LA POBLACIÓN

THAIS LOSAS FERNÁNDEZ

PATRICIA RODRIGUEZ CASTAÑO

ALBA LINDE FERNANDEZ

LAURA ANTON RODRIGUEZ

SUSANA RODRÍGUEZ RUBIO

1 Introducción

El hipotiroidismo subclínico es una alteración en la función de la glándula tiroidea que cursa con pocos e inespecíficos síntomas y se detecta en un análisis de sangre cuando salen los valores de TSH elevados (por encima del rango de referencia) pero con una T4 libre normal.

Puede no causar síntomas notables en las primeras etapas, por lo cual si no es tratado a tiempo puede causar numerosos problemas de salud,como obesidad, dolor en las articulaciones, infertilidad o problemas cardiacos. No todas las alteraciones de tiroides subclinica necesitan tratamiento, debe decidirse según ciertos rasgos del paciente, según se ha dicho en el congreso de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

2 Objetivos

- Determinar la dósis adecuada de levotiroxina llevando a cabo las pruebas precisas de análisis de sangre para normalizar las cifras del TSH con T4L dentro de los rangos de la normalidad.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica.Para ello se utilizan diferentes bases de datos online (Pubmed, Dialnet, Scielo) a través de las palabras clave como 'hipotiroidismo', 'tiroiditis', 'bocio' se encuentran una serie de revisiones bibliográficas, así como estudios de investigación utilizados para recoger las evidencias más importantes.

4 Resultados

El diagnóstico es exclusivamente bioquímico y consiste en demostrar en un análisis de sangre TSH elevada y las hormonas tiroideas nomales. Un nivel bajo de tiroxina y un nivel alto de TSH indican que la tiroides es hipoactiva. Esto se debe a que la glándula hipófisis produce mas TSH en un esfuerzo por estimular la glándula tiroides para que produzca más hormona tiroidea. Los principales síntomas del hipotiroidismo subclinico son:
-Estreñimiento
-Fatiga
-Sensibilidad al frio
-Aumento de peso
-Nivel de colesterol en sangre elevado
-Depresión
-Ritmo cardiaco lento
-Dolores musculares
-Menstruación irregular
-Infertilidad
-Hinchazón de cara
-Bocio

El tratamiento habitual para el hipotiroidismo supone el uso diario de la hormona tiroidea sintética levotiroxina (Levothroid, Synthroid, Eutirox, entre otros) este

medicamento revierte los signos y síntomas del hipotiroidismo y restaura los niveles adecuados de la hormona.

El paciente comenzará a sentirse mejor a los pocos días de haber comenzado el tratamiento. Se recomienda una alimentación adecuada suprimiendo en la medida de lo posible alimentos bociógenos como brócoli, coliflor, coles de bruselas, rábanos,soja,nabos, etc. Y añadiendo a la dieta alimentos ricos en yodo como ajo, jengibre, huevos, almendras, plátanos, sal yodada y sal marina, pescados, mariscos,etc.

El hipotiroidismo en niños y adolescentes tiene los mismos signos y síntomas que en los adultos aunque también pueden presentar un crecimiento y desarrollo mental deficiente o una pubertad tardía. Según diferentes estudios la prevalencia del hipotiroidismo subclínico es del 7,9%. La incidencia calculada en un área sin déficit de yodo en España, es de 45 casos por cada 100.000 habitantes.Es más frecuente a mayor edad y en sexo femenino.

5 Discusión-Conclusión

Se determina que la analítica se debe realizar en un plazo de 3 meses hasta conseguir una normalización de la TSH. Tras la normalización, la analítica debe realizarse mínimo una vez al año. El tratamiento con levotiroxina suele ser de por vida.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.mayoclinic.org
- https://www.fisterra.org
- https://www.cuidateplus.marca.com
- https://www.sanatorioallende.com

Capítulo 307

ACCIDENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

LUCÍA SANCHEZ TOYOS

DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO

LUCÍA POMAR MARTINEZ

1 Introducción

La OMS ya definió en 1958 un accidente como un acontecimiento fortuito generalmente desgraciado o dañino , independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza externa que actúa rápidamente y se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales.

2 Objetivos

- Explicar las medidas preventivas que se llevan a cabo en el ámbito de urgencias pediátras.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las cinco causas principales de muerte por lesiones son: los accidentes de tráfico, el ahogamiento, las quemaduras, las fiadas y las intoxicaciones.
La prioridad cuando llega a urgencias es valorar la vía respiratoría, ventilación, circulación y estado de conciencia.

Lo más importante es no perder la calma. Llevar al niño lo antes posible al hospital o servicio de urgencias más cercano.
- Quemaduras pequeñas: Aplicar agua fresca, cubrirla con una gasa y no reventar las ampollas.
- Caídas: Observar si puede moverse y la intensidad del dolor. Si tiene mucho dolor no lo obligues a moverse ni lo desplacen sin asistencia sanitaria.
- Asfixia por cuerpos extraños:Como norma general, no intentes extraer el cuerpo extraño con las manos, si el niño es pequeño cójalo por los pies y voltéelo, al mismo tiempo golpee su espalda con decisión y de forma rápida. Si es mayor, debe ser colocado de espalda a nosotros, rodearlo por la cintura con los brazos, en forma de cinturón, y luego ejercer una fuerte presión, de forma rápida y con decisión.
- Intoxicación: Estimular el vómito, excepto cuando se sepa que son sustancias cáusticas y corrosivas (lejía, sosa o gasolina) o cuando esté sin sentido. Acudir al centro de salud más cercano y si es una sustancia desconocida no debe olvidarse el envase del producto ingerido.
- Heridas: En este caso limpiarla con agua y jabón, aclarar bien y protegerla. Si observan que es profunda hacer presión y acudir al hospital más cercano.
- Ahogamientos: Cuando el niño esté fuera del agua, si es pequeño, cogerlo por los pies y ponerlo boca abajo, para que expulse el agua. Realizar la reanimación boca-boca, apretar con una mano la nariz del accidentado y con la otra abrirle la boca, a continuación se le echa aire con ritmo regular. Si es efectiva, el abdomen y el tórax se mueven, luego trasladarlo rápidamente al hospital o servicio de urgencia más cercano.

5 Discusión-Conclusión

Las lesiones accidentales constituyen una de las principales causas de amenaza para la vida en la población infantil, por lo cual la prevención de accidentes puede considerarse una emergencia sanitaria y social, tanto por la elevada mortalidad, morbilidad y discapacidad que estos ocasionan como por el elevado costo económico que representan; por tal razón, en el presente estudio se revisó la bibliografía especializada sobre algunos aspectos de interés, tales como: factores de riesgo, causas más frecuentes, condiciones favorecedoras y algunas medidas para prevenirlos, teniendo en cuenta que padres y educadores desempeñan una función primordial en esta tarea.

6 Bibliografía

- Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría. Migdalia Torres Márquez, Carmen Lucrecia Fonseca Pelegrín, María Dolores Díaz Martínez, Orlando Ariel del Campo Mulet y Ricardo Roché Hernández.
- Dueñas Fuentes JR. Cuidados de enfermería en la prevención de accidentes infantiles. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2000.
- Generalidades en Urgencias Pediátricas pra TCAE. Raquel Bermejo Borreguero, Carolina Clemente Varela.

Capítulo 308

PREVENCIÓN DEL ESTREÑIMIENTO EN PERSONAS MAYORES

LUCÍA DE LA VEGA VALVIDARES

1 Introducción

Se habla de estreñimiento cuando se tiene una evacuación intestinal menor de res veces por semana y cuando se produce un esfuerzo defecatorio excesivo.

Es uno de los grandes síndromes geriátricos, algunos estudios exponen que un 30% de la población la padece. Ente los factores de riesgo relacionados con el estreñimiento están: malos hábitos alimentarios (dieta pobre en fibra, frutas y verduras), poca ingesta de líquidos y el consumo de comida prefabricada.

El sedentarismo y el consumo de determinados fármacos y la presencia de algunas enfermedades como diabetes, hipotiroidismo, neurológicas, también pueden llevar a presentar estreñimiento.

2 Objetivos

- Proporcionar a las personas consejo e información sobre la hidratación y la dieta.
- Valorar antecedentes en el uso de fármacos y estado cognitivo en pacientes mayores.
- Realizar ejercicios como inclinar pelvis, rotar parte inferior del tronco.
- Registrar características de las deposiciones así tanto los días que pasan sin realizarlas.

3 Metodología

Bechiarelli 2016 y Bielefeldt 2016, añaden el gran efecto positivo que tiene el consumo de fibra para el síndrome ya que aumenta la masa fecal y favorece el tránsito intestinal.

Enes 2013 afirma que un buen consumo de agua conlleva a un mayor número de deposiciones semanales, además de que el consumo de agua es importante para pacientes con riesgo de deshidratación ya que ésto provoca a su ves riesgo de estreñimiento (Martínez Álvarez 2008)

4 Bibliografía

- Mascaró J, Formigq F. (2006) Valoración y tratamiento del estreñimiento en el anciano.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 309

PREVENCIONES EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

DIANA MARIA GARCÍA SANCHEZ

ENRIQUE ESTRADA SUCO

ELISA FERNÁNDEZ GARCIA

CRISTINA MARIA CASTROAGUDIN CIFUENTES

FELICIDAD ALVAREZ QUINTANA

1 Introducción

Hay múltiples cuidados a tener en cuenta en el área de cirugía, por ello todo el personal que tenga vinculación en este punto deberá ser conocedor de las zonas estériles y la zona conocida coloquialmente como sucia.

2 Objetivos

- Determinar las funciones, las zonas delimitadas en varias salas o espacios,(sala de recepción del paciente, zona operatoria, zona postoperatoria, zona sucia, zona limpia).

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando se va a realizar una intervención deberemos tener una serie de cuidados a tener en cuenta:

- Lo primero de todo es comprobar la limpieza de la salas de quirófano, los materiales , que todo funcione correctamente (los aspiradores, las luces, bisturí eléctrico, todos los sistemas de vacío, etc).
- El paciente entrará en la entre sala que es un espacio que se encuentran antes de la sala de quirófano, en ella se deberá comprobar los datos del paciente la cama de hospitalización y la cirugía a realizar,comprobando de nuevo las alergias y su peso para la administración de la anestesia.
- Sala operatoria es donde se produce la intervención, en ella sólo podrán estar el personal autorizado con formación y vestida de forma estéril, se deberá también comprobar la temperatura de dicha sala, además la gente que esté dentro no podrán salir, todo aquello que necesiten se lo pedirá a las auxiliares que están detrás se una ventana por donde se les pasará aquello que precisen.

Un vez realizada la intervención el paciente pasará a la antesala hasta que comienza a despertar y la trasladan al despertar o sala de reanimación.

Se recogerá todo el material utilizado y se limpiará par enviarla a esterilización se limpiará todas las pantallas y cables y repondremos de nuevo la sala de quirófano,también es importante si se han recogido muestras biológicas deberán ser etiquetadas y enviadas en la mayor brevedad posibles al laboratorio correspondiente.

En estas zonas no podrá pasar personal ajeno al servicio y no podremos salir con nuestro uniforme a otras zonas.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con un uso adecuado de las zonas del quirófano evitaríamos y disminuiremos considerablemente riesgos de contaminación a otras áreas del hospital y el propio paciente que ha sido sometido a un quirófano

6 Bibliografía

- Medlineplus www.redaccionmedica.com
- Entornosaludable.com
- Articulos publicados en la OMS www.asemprevencion.es

Capítulo 310

PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN EN LAS ZONAS DE RADIACIÓN

DIANA MARIA GARCÍA SANCHEZ

ENRIQUE ESTRADA SUCO

ELISA FERNÁNDEZ GARCIA

CRISTINA MARIA CASTROAGUDIN CIFUENTES

FELICIDAD ALVAREZ QUINTANA

1 Introducción

En el ámbito hospitalario hay muchas zonas donde se producen radiaciones desde la unidad de rayos x, radioterapia, mamografía, escáner, tomografías, etc. Éstas deberán ser tratadas de forma especial.

2 Objetivos

- Identificar las zonas de radiación y disminuir el riesgos de recibirlas utilizando las medidas y los medios necesarios.

3 Metodología

Revision bibliográfica en las diversas bases de datos utilizando los descriptores: cuidados, prevención, radiaciones, rayos x, tomografías y los operadores

booleanos ”AND” y ”OR”.

4 Resultados

En aquellas zonas donde se producen radiaciones deberemos protegernos ,por ello aquel personal que trabaje en estas zonas deberá protegerse.

Deberemos protegernos detrás de un pared,o manteniendo la distancia mínima de 50-100 metros del rayo, también en ocasiones deberemos utilizar chalecos plomados sobre todo aquellas personas que estén embarazadas,además de las distancias y estos dispositivos de seguridad el personal llevarán consigo un dosímetro colocado en zona del pecho o tórax colocado en el bolsillo que será personal y nos medirá la radiación que nuestro cuerpo va percibiendo,cada 3-4 meses la empresa medirá la radiación que hemos obtenido y lo comprobará con las tabla de la asociación española que nos indica las dosis que podemos recibir sin perjuicio.

Se trasladar el informe a salud laboral para realizar unos controles además se apartará del puesto de trabajo a otra zona hasta que la salud vuelva a ser la adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una serie de cuidados disminuiremos el riesgo de contraer radiaccion excesiva dentro de nuestro cuerpo y protegeremos nuestra propia salud.

6 Bibliografía

- www.quiroprevencion.com
- www.insst.es
- www.carm.es
- Medlineplus.gov
- www.radiologyinfo.org

Capítulo 311

LA BULIMIA

ANDREA FERNANDEZ SUAREZ

1 Introducción

Es un trastorno alimentario por el cual una persona tiene episodios regulares de comer una gran cantidad de alimento durante los cuales siente una pérdida de control sobre la comida. La persona utiliza luego diversas formas, para evitar el aumento de peso, tales como vomitar o consumir laxantes.

El cuadro clínico de la bulimia se puede dar en personas con un peso normal, desnutrición y sobrepeso, y cuando se diagnostica la enfermedad, la mayoría de las personas que la sufren presentan una pérdida moderada o nula de peso e hiperactividad física. La persona afectada generalmente es consciente de que su patrón de alimentación es anormal y puede experimentar miedo o culpa asociada con los episodios de ingestión excesiva de alimento y purgas.

La bulimia no es fácil de detectar puesto que las personas que la sufren no presentan un cambio físico llamativo. Por lo que es muy importante estar atentos a los signos y síntomas más comunes de la misma para que, o bien la persona que la sufre sea consciente de que puede tener un problema y acuda a su médico, o bien sean conscientes las personas de su entorno y le hagan ver que padece un trastorno alimentario. Entre los signos y síntomas más comunes destaca:
1. La preocupación excesiva por el cuerpo y el peso, suelen manifestar una percepción corporal distorsionada y excesivamente negativa.
2. El miedo a aumentar de peso.
3. La pérdida de control sobre la alimentación, la persona que sufre bulimia no es capaz de dejar de comer, se pega unos atracones enormes que pueden llegar a hacerle sentir malestar físico.

4. Forzar el vómito o hacer demasiado ejercicio físico después de un atracón.
5. El uso de laxantes o enemas después de comer.
6. La presencia de llagas o callos en los nudillos o manos a causa de insertarlos en la garganta para inducir el vómito.
7. Daños en los dientes y encías, el esmalte de los dientes se llega a desgastar debido a los ácidos estomacales.

Se desconoce la causa exacta de la bulimia, si bien está comprobado que las niñas y las mujeres son más propensas a tener bulimia que los niños y los hombres y que, por lo general, este trastorno comienza durante los últimos años de la adolescencia. Entre los factores que pueden aumentar el riesgo de padecer la bulimia están los problemas psicológicos y emocionales, problemas como la depresión y trastornos de ansiedad están estrechamente relacionados con el padecer algún tipo de trastorno alimentario. Las personas que siguen dietas tienen también un mayor riesgo de desarrollar este tipo de trastornos. Se cree que puede haber un vínculo genético y que por tanto la personas con familiares de primer grado que hayan sufrido un trastorno alimentario son más propensas a desarrollarlo. La bulimia probablemente se debe a más de un factor.

La bulimia tiene importantes consecuencias tanto a nivel físico como psicológico, la primera es el enorme malestar derivado de la obsesión por la comida, que lleva a la persona a aislarse de los demás, se avergüenza de sus actos e intenta ocultarlos, separándose cada vez más de las personas que le importan y volviéndose mucho más introvertida. Además, a nivel físico produce importantes daños provocados por las purgas, los laxantes y los atracones, aparecen problemas intestinales graves, estreñimiento crónico, alteraciones dentales producidas por el vómito, desequilibrios electrolíticos, déficit de calcio y potasio, arritmias cardiacas, daño renal y un largo etcétera. Todo esto únicamente en el plano físico.

A nivel psicológico el bienestar emocional desaparece, la persona que padece bulimia no es feliz, nunca se siente satisfecha y sufre de ansiedad constante. El estado de ánimo es muy inestable, con picos de euforia seguidos de importantes momentos depresivos; tienen dificultades para mantener amistades, parejas o trabajos; suelen manifestar conductas impulsivas y antisociales; son propensas al consumo de alcohol o de otras sustancias, mantienen relaciones de riesgo, pueden hacer pequeños hurtos y llegar a las autolesiones.

El tratamiento para esta enfermedad debe de ser multidisciplinar debe de ir fundamentalmente orientado a la mejora de la autoestima de la persona. Para su tratamiento tenemos medicamentos como los antidepresivos que son muy utiliza-

dos para tratar a estos pacientes combinados con psicoterapia. Con ello se busca mejorar la ansiedad, la depresión y el deterioro global. La psicoterapia, juega un papel muy importante en el tratamiento contra la bulimia, a través de ella se intenta mejorar la autoestima del paciente y cambiar los pensamientos negativos que se tienen hacia los alimentos y reemplazarlos por otros más saludables.

Los especialistas deben realizar un plan nutricional adecuado para cada paciente; hay casos en que es necesaria la hospitalización para llevar a cabo un tratamiento con el fin de lograr que la persona alcance un peso corporal adecuado. Es importante reseñar que cuando una persona ha padecido bulimia sigue en riesgo de recaída incluso transcurridos cinco años desde su primer diagnóstico. Por ello es fundamental mantener un seguimiento médico y psicológico durante un periodo prolongado en el tiempo para evitar recaer.

2 Objetivos

- Informar sobre este trastorno alimenticio, mostrando las causas y sus consecuencias.
- Visualizar los síntomas que se pueden asociar a factores de riesgo de trastornos de comportamiento alimenticio.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica y sistemática a través de Google y Google académico, analizando distintas páginas web y textos científicos, utilizando para ello las palabras clave “consecuencias”, “síntomas” y “tratamiento”.

4 Bibliografía

1. https://enmentepsicologos.com/bulimia
2. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000341.htm
3. https://www.webconsultas.com/bulimia/bulimia-27
4. https://bioenciclopedia.com/bulimia
5. https://síntomas.com.es/bulimia

Capítulo 312

LA EMPATÍA Y LA IMPORTANCIA EN ENFERMERÍA

VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ

1 Introducción

La empatía significa “dentro de el” y “lo que se siente” pero el significado real es mucho más importante que la capacidad de ponerse en el lugar del otro.

La empatía es la capacidad de comprender la vida emocional de otra persona, de ser capaz de entenderla, de tratar de comprender qué pasa por su mente, cómo y por qué se siente así, pero desde su punto de vista y no desde el nuestro, intentando pensar como piensa el otro, ponerse en sus circunstancias, con sus creencias, sus valores, sin juzgarlo.

Uno debe olvidarse de uno mismo e intentar acercarse al mundo del otro, como si tratase de aprender un idioma desconocido.

Esto no quiere decir necesariamente compartir las mismas opiniones y argumentos que justifiquen la reacción que expresa la otra persona, ni estar de acuerdo en el modo de interpretar las situaciones de la otra persona, no hay por qué haber vivido las mismas experiencias, basta con que una de ellas tenga la capacidad de captar los mensajes verbales y no verbales que la otra persona nos transmite para hacer que se sienta comprendida.

2 Objetivos

Identificar la importancia de la empatía como elemento clave en la comunicación

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos como: Medline, Pubmed, Cuiden, Scielo, Google académico, teniendo acceso a varios artículos referentes al tema, además de motores de búsqueda como Google Acholar, adaptándose la búsqueda de manera especifica a cada una de las bases de datos.

Se utilizaron los siguientes descriptores: "empatía", "ética", "atención al paciente","habilidades sociales", "relación medico-paciente". Fueron incluidos artículos de investigación, capítulos de libro y guías hospitalarias y protocolos de actuación en castellano y en ingles. Los criterios de inclusión fueron todos aquellos documentos que incluyeran el tema a tratar, y los criterios de exclusión fueron todos los documentos que no tuvieran relación con los contenidos.

4 Resultados

La empatía tiene como misión principal la escucha activa, la comprensión y el apoyo emocional, hacer que se sientan menos solos.

Ser empático implica tener la capacidad suficiente para diferenciar entre los estados afectivos de los demás y la habilidad para verlo desde su punto de vista.

Una actitud empática por parte del personal sanitario hacia el enfermo hace que sea posible el respeto y la dignidad en la relación, y que el personal sanitario comprenda el dolor, el sentir y pesar del enfermo.

Para que el personal sanitario empatice debe entender que para cada enfermo su enfermedad es única y particular, cómo la entiende él, cómo la siente e incluso el proceso de adaptación a la misma. El personal sanitario debe de tener la habilidad de percibir esos sentimientos, ponerse en su situación para comprenderla de verdad, pero también debe de tener la habilidad de liberación para encontrar el equilibrio y no llegar a integrarse demasiado hasta el punto de verse afectado.

5 Discusión-Conclusión

No debemos de olvidar que la satisfacción del paciente es una prioridad en la atención sanitaria y en los cuidados de enfermería. En esta satisfacción se prioriza el trato, la amabilidad y la información recibida por parte del personal sanitario.

Un comportamiento empático ayuda a que los pacientes den más información sobre sus síntomas, a que se muestren más comprometidos con el tratamiento, disminuye la ansiedad, aumenta la satisfacción e incrementa la calidad de vida.

La empatía no sólo puede ayudar a los demás sino a nosotros mismos. Las personas con esta habilidad tienen la capacidad de oír a los demás y comprender tanto sus problemas como cada una de sus acciones. La empatía permite comprender actitudes, sentimientos, reacciones y problemas de los otros, ubicándose en su lugar y entendiendo de un modo más adecuado sus reacciones emocionales.

Pensemos que hoy somos personal sanitario pero tal vez mañana estemos en el otro lado, en una cama, como nos sentiríamos y como nos gustaría que nos tratasen.

"No hagas a los demás lo que no quieres que te hagan a ti"

6 Bibliografía

- Weinsinger H. Inteligencia emocional; [1 página]. Consultado, Marzo 16, 2010. Disponible en: http://www.inteligenciaemocional.org/habilidades_practicas/empatia.htm
- Ochsner K, Zaki J, Hanelin J, Ludlow D, Knierim K, Ramachandran T. Your pain or mine? Common and distinct neural systems supporting the perception of pain in self and other. Medscape Med students. 2008. Consultado, Marzo 16, 2010. Disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/581690
- Kunyk D, Olson JK. Clarification of conceptualizations of empathy. J Adv Nurs [serial on the Internet]. 2001 [access: 2017 Jul 20];35(3):317-325. Available from: DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01848.X.
- Hojat M. Empatía en el cuidado del paciente: antecedentes, desarrollo, medición y resultados. México D.E: El Manual Moderno; 2012
- Reynolds W, Scott PA, Austin W. Nursing, empathy and perception of the moral. J Adv Nurs [serial on the Internet]. 2000[access: 2017 Jul 21];32(1):235-242. Available from: DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01440.X.
- Teding van Berkhout E, Malouff J. The efficacy of empathy training: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Couns Psychol[serial on the Internet]. 2016[access: 2017 Jul 21];63(1):32-41.Available from: DOI: 10.1037/cou0000093.

Capítulo 313

GESTIÓN Y MANIPULACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL ÁMBITO DE UN TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).

MARTA MARIA VELASCO ALONSO

1 Introducción

Toda actividad en el ámbito sanitario, bien sea en hospitales, centros de salud, geriátricos, bancos de sangre, etc, generan una serie de residuos que implican tanto un impacto ambiental, como un posible riesgo para la salud pública si no son correctamente tratados. La consecuencia de una mala gestión puede dar lugar a la contaminación atmosférica, del suelo y del agua, así como también propiciar enfermedades graves e incluso mortales.

2 Objetivos

- Clasificar y gestionar correctamente, cada uno de los residuos biológicos y no biológicos con los protocolos y precauciones necesarias que el TCAE tiene que manipular en cada de los servicios hospitalarios en los que desarrolla su trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El primer paso en la gestión de los residuos sanitarios es la clasificación. Para ello la Ley 22/2011, de 28 de Julio, nos señala que en un primer momento debemos distinguir los residuos peligrosos de los No peligrosos, para existe un Lista Europea de Residuos (LER) que los enumera y los distingue. Dentro de estos dos grandes bloques, se distinguen otros 4 grupos que nos permiten la segregación de un modo más específico cualquier tipo de residuo obedeciendo a su naturaleza, peligrosidad y posterior tratamiento para su definitiva eliminación.

1. No peligrosos:
- Grupo I: Residuos generales asimilables a domésticos.
- Grupo II: Residuos sanitarios asimilables a domésticos.

2. Peligrosos:
Grupo III: Residuos peligrosos sanitarios.
- III A: Residuos biológicos.
- III B: Medicamentos citotóxicos y citostáticos.
- III C: Residuos químicos.

3. Residuos peligrosos no sanitarios.
Otro paso a seguir es la minimización. Para ello se debe de llevar una buena planificación en compras de material y almacenamiento para evitar generar una gran cantidad de residuos.

Después de una clasificación y segregación de los residuos, la manipulación requiere por nuestra parte una serie de precauciones, tanto por la seguridad de los pacientes como de la nuestra propia. Son medidas importantes a tener en cuenta el no comprimir las bolsas que contengan los residuos con el pie o la mano, no arrastrar las bolsas por el suelo, que los envases estén bien cerrados y tener siempre

en cuenta el grupo al que pertenecen los residuos, por ejemplo, si son biológicos infecciosos o no, etc.

Una vez hecha la clasificación correcta de los residuos debemos introducirlos en los envases correspondientes a cada grupo con las características necesarias para ello, obedeciendo al tipo de contenedor, envase rígido o bolsa, y al color, amarillo, rojo, azul, etc. Por tanto, el envasado es otro de los pasa a seguir dentro de la gestión de los residuos sanitarios. Los residuos peligrosos deben de ir etiquetados con una normativa específica para ellos.

El etiquetado, el transporte y el almacenamiento, forman parte de esta cadena para un correcto tratamiento de los residuos generados en los centros sanitarios, todos ellos igual de importantes de principio a fin y en los que, además, en muchos casos participa un gran número de personas desde que se genera en un principio hasta que se finaliza con su eliminación definitiva.

5 Discusión-Conclusión

La eliminación de los residuos siempre genera una gran preocupación y más si son de carácter tan específico como los sanitarios por su diversidad y peligrosidad en algunos casos. Es fundamental la sensibilización por parte de los profesionales sanitarios con este tema puesto que somos en primer lugar los responsables de la producción y gestión de los residuos además de estar implicados en el cuidado de la salud de nuestros pacientes. Una buena gestión es un largo proceso que exige de una buena formación y cumplimiento estricto de los protocolos por parte de todo el personal implicado en el tratamiento de los residuos sanitarios y también de los centros de trabajo proporcionando todos los útiles necesarios, como envases adecuados y medidas de seguridad para los trabajadores, guantes, productos de limpieza, carros para el correcto transporte, etc.

Es además imprescindible pensar en ir hacia la sostenibilidad ambiental y prevenir por todos los medios posibles una mayor contaminación ambiental, así como de nuestras aguas intentando reducir al máximo el volumen de residuos, reciclando y reutilizando todo lo que podamos.

6 Bibliografía

- “Guía para la gestión de residuos Sanitarios del Principado de Asturias”. Gobierno del Principado de Asturias.

- Temario específico volumen 1 Técnicos de cuidados Auxiliares de enfermería. Rodio ediciones.

Capítulo 314

CUIDADOS A UN PACIENTE CON DENGUE

RUBEN CASTELLANOS LORENZO

1 Introducción

El dengue es una enfermedad producida por un virus de la familia de los flavivirus. El hombre es el hospedador y un mosquito del género Aedes es el vector que con su picadura produce la transmisión. El virus del dengue se propaga por mosquitos hembra, principalmente de la especie Aedes aegypti y, en menor medida, A. albopictus. Además, estos mosquitos también transmiten la fiebre chikungunya. la fiebre amarilla y la infección por el virus Zyka. Se ha descrito algún caso de trasmisión sexual, pero es muy poco frecuente. La forma de contagio mayoritaria es a través de la picadura de mosquitos.

2 Objetivos

- Administrar los antibióticos y otras medicaciones que estén prescritas para su tratamiento médico.
- Valorar si el paciente presenta dolor u otras molestias ante las cuales se puede administrar algún analgésico, ya que son síntomas comunes en la Brucelosis la cefalea, dolores musculares y dolores articulares.
- Vigilar otros signos y síntomas que puedan estar presentes en el paciente.

3 Caso clínico

Paciente varón de 10 años acude al servicio de urgencias por un cuadro febril de 24 horas de evolución, acompañado de cefalea que no desaparece con ningún tipo de medicamento, coriza nasal, dolor de garganta persistente y mialgias generalizadas.

4 Discusión-Conclusión

El virus del dengue afecta numerosos órganos y sistemas. Así, es capaz de producir lesiones en el cerebro, médula espinal, raíces nerviosas, nervios periféricos y músculos.

Los expertos afirman que no hay tratamiento específico para el dengue. No obstante, es esencial la asistencia por parte de los médicos y enfermeras que tienen experiencia con los efectos y la evolución de la enfermedad, para salvar vidas y reducir las tasas de mortalidad.

En términos generales, el tratamiento para las formas benignas se hace con antiinflamatorios, antipiréticos y reposo. En las formas graves se repone el equilibrio electrolítico y si hay hemorragia puede precisarse una trasfusión de sangre y el control de número de plaquetas.

5 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com
- https://medlineplus.gov

Capítulo 315

PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL

ENRIQUE ESTRADA SUCO

ELISA FERNÁNDEZ GARCIA

CRISTINA MARIA CASTROAGUDIN CIFUENTES

DIANA MARIA GARCÍA SANCHEZ

VERONICA GARCIA MACIAS

1 Introducción

Las sondas vesicales son utilizadas para la retención de orina o después de una cirugía para controlar la micción realizada después del proceso.

2 Objetivos

- Determinar e identificar los tipos de sondas vesicales y para que se utñizan

3 Metodología

Revisión bibliográfica en la diversas bas de datos ludmed y los operadores booleanos ”AND” y ”OR”.

4 Resultados

Las sondas vesicales son utilizadas en diversas circunstancias.SE pueden utilizar personas que tienen incontinencia urinaria y se que necesita saber la cantidad exacta de diuresis que realiza al día,personas que padecen retención urinaria, también se usa de forma terapéutica en personas con sangrado que en este caso se utiliza una sonda vesical de tres luces para realizar lavados vesicales.

Estas sondas antes de ser colocada a la persona se deberá seguir un protocolo que consiste en tumbar a la persona sobre la cama y lavarme la zona genital con agua y jabón aclarar, y secar con compresas estériles y después deberemos de forma estéril montar un campo, con gasas,anestésico urológico, gasas con Betadine y la sonda a utilizar junta con la bolsa colectora,a continuación nos vestiremos de firma estéril y pondremos la sonda comprobando la cantidad de diuresis que sale y que sea permeable.

También se utilizan sondas evacuadoras que son utilizadas para recogida de muestras en personas con incontinencia.
Las sondas deberán ser cambiadas cada 40 días aproximadamente para evitar infecciones y se deberá de forma constante realizar urocultivo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que un uso adecuado y una higiene minuciosa se previene infecciones urinarias.

6 Bibliografía

- wikipedia medlineplus www.fisterra.com
www.wellspect.es
- Slideshare.net www.index-f.com
botplusweb.portalfarma

Capítulo 316

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) QUE TRABAJA EN CUIDADOS PALIATIVOS.

NOEMI VILLARES MARTIN

MARÍA BELEN CODINA GONZÁLEZ

ROSARIO MUÑIZ ESTRADA

DELIA MIRANDA MESA

MONTSERRAT GONZÁLEZ IGLESIAS

1 Introducción

Según la OMS, los cuidados paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable, pretendiendo mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad, como de sus familias, incluyendo no solo tratamientos médicos y farmacológicos sino también todas las atenciones del equipo interdisciplinar.

La muerte es un suceso que ocurre a diario en instalaciones sanitarias, y a la que los profesionales que trabajan en ellas deben enfrentarse con asiduidad. En

este sentido, una de sus funciones fundamentales será ayudar al paciente a que transite hacia este desenlace de la forma más humana posible, entendiéndole como un ser integral que precisa de cuidados en múltiples áreas y dimensiones. Por lo tanto, una actitud de calidez y amabilidad será cardinal, no sólo para con la persona, sino también para con su familia, quienes habitualmente suelen estar pasando por momentos de dolor y sufrimiento (Moreno Martín, 2016).

Por lo anteriormente expuesto, en cuidados paliativos la intervención debe realizarse, íntegramente, sobre el núcleo paciente-familia, pero sin olvidarse de las necesidades del propio sanitario, quien podrá responder de manera desadaptada a una exposición continuada en el área que nos ocupa. Afrontar situaciones como la descrita no siempre es sencillo. Los sanitarios, precisamente por el fuerte vínculo que pueden llegar a crear con el paciente, en ocasiones ven sus capacidades de afrontamiento superadas por el dolor y la pena de la pérdida (Brunet, 2008). Esto, puede influir negativamente en la salud mental del profesional, que verá sus habilidades asistenciales mermadas a largo plazo en caso de no generar adecuadas habilidades de gestión emocional. En especial, el colectivo del personal de enfermería y TCAE, se encuentran especialmente afectados por ser también quienes más en contacto directo se encuentran con el paciente diariamente (Pichardo García y Diner, 2010; Sales, 2014).

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar cómo afecta el trabajo en cuidados paliativos al TCAE, así como la eficacia de aplicar estrategias adecuadas de afrontamiento ante la muerte.

Objetivo secundario:
- Identificar y analizar el papel a desempeñar por este profesional, y las habilidades que pueden apoyar a su estabilidad emocional.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de las bases de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar, TCAE, cuidados paliativos, muerte, afrontamiento. A través de estos tópicos, se encontraron 17 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis sólo

los trabajos tipo "paper"; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 9 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 8 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 2 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 6.

4 Resultados

1. Estrategias de afrontamiento.
Tras analizar los artículos seleccionados, se encuentra que varias variables afectan a la capacidad de afrontamiento del personal sanitario ante el fallecimiento de sus pacientes. Entre otras, se detectan las siguientes: la categoría profesional, los años trabajados y las características contractuales.

Por otro lado, ante el afrontamiento se revela estadísticamente significativa la actitud del sanitario ante la muerte, de modo que aquellos que entienden la misma como un proceso natural y, en ocasiones, inevitable, también obtienen mayores puntuaciones en su capacidad de afrontamiento. A este respecto, el miedo a la muerte también sería un factor mediador, pues puede dar lugar a conductas evitativas y huida por parte de los sanitarios.

Asimismo, y dado el alto grado de implicación emocional que conlleva el trabajo con pacientes terminales, una preparación específica en la gestión emocional también se ha revelado significativa y beneficiosa a largo plazo.
Finalmente, habrá variables personales que han de ser contempladas, y que podrán incrementar o disminuir los efectos y consecuencias, a nivel psicológico, del trabajo en paliativos. Entre otras: la sensibilidad y empatía son capacidades fundamentales que, sin embargo, en exceso pueden ser perjudiciales.

En general, los estudios analizados coinciden en determinar que las estrategias de afrontamiento puestas en marcha por el personal sanitario suelen ser, a nivel general, ineficaces.

2. Factores protectores.
Por lo anteriormente mencionado, que el TCAE se encuentre familiarizado con las técnicas más habitualmente utilizadas en las unidades de cuidados paliativos,

le ayudará a desempeñar sus funciones de una manera más adaptada y adecuada, lo que incidirá a nivel emocional y psicológico.

La labor del TCAE en esta área será fundamental, pues atenderá al paciente de forma continua en sus necesidades, asegurará su comodidad y su bienestar. Por ello, la actualización de protocolos es primordial, ya que garantiza la dignidad de la persona, su intimidad y de respeto a sus deseos. En este sentido, será esencial la creación de documentos escritos, la divulgación de los nuevos procesos y la estandarización de las nuevas medidas a personal de enfermería y TCAE.
También se halla que la inclusión práctica, en los currículos formales, de situaciones de estas características, permite al sanitario afrontar de forma más adecuada el fallecimiento del paciente en el futuro, mejorando así mismo las actitudes hacia la misma en su desempeño laboral diario.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el TCAE ha de estar formado sobre las más medidas más efectivas a la hora de prevenir el sufrimiento del paciente. Asimismo, establecer una adecuada formación en la comunicación directa con estas personas, así como su familia, podrá incidir de forma positiva tanto en el paciente y su entorno como en el propio sanitario.

Finalmente, como limitaciones de este estudio, se encuentra que el TCAE es una figura profesional poco estudiada, centrándose la mayoría de las investigaciones en el personal de enfermería. Por ello, y como propuesta de futuro, se percibe interesante el desarrollo de estudios empíricos que analicen en profundidad los trastornos mentales asociados al TCAE y a su desempeño laboral en el ámbito de los cuidados paliativos.

6 Bibliografía

- Brunet, R. C. (2008). Enfermería y cuidados paliativos. Universitat de Lleida.
- Codorniu, N., Bleda, M., Alburquerque, E., Guanter, L., Adell, J., García, F., & Barquero, A. (2011). Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Index de Enfermería, 20(1-2), 71-75. de Cuidados Paliativos, S. E., & Donabedian, F. A. (2006). Indicadores y estándares de calidad en Cuidados Paliativos. familia, 9, 28.
- Lopera, J. M. V., Fernández, D. B., Arango, D. C., Cardona, A. S., & Molina, J. O.

(2012). Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. Atención Primaria, 44(7), 411-416.
- Martínez, A. Á. R., Pérez-Vázquez, A., Villabona, S. M. G., & Cruz, M. C. F. (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Atención primaria, 39(4), 185-188.
- Martínez, P. V., & Salvador, I. G. (2013). Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. Medicina Paliativa, 20(3), 111-114.
- Moreno Martín, A. (2016). Percepción de dificultades en la técnica de counseling en el equipo de enfermería de oncología (Bachelor's thesis).
- Pichardo García, L. M., & Diner, K. (2010). La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC, 55(3), 161-166.
- Sales, J. P. (2014). Cuidados paliativos y derechos humanos. Medicina Paliativa, 21(2), 45-47.
- Zúñiga, C. (2005). Calidad de vida y cuidados paliativos. Medwave, 5(03).

Capítulo 317

ALCOHOLISMO.

PILAR GÁRATE MARTÍNEZ

1 Introducción

Desde el enfoque sanitario, los efectos del consumo nocivo de alcohol son y serán siempre perjudiciales, ocasionando en la sociedad problemas nocivos para la salud, llegándose a relacionar con enfermedades infecciosas como el VIH, tuberculosis ,y con otras patologías no transmisibles como cirrosis hepática, diversos cánceres, y enfermedades cardiovasculares ; violencia, suicidios y accidentes de tráfico entre otros.

Otros aspectos de los efectos del alcohol son : disminuye la capacidad de autocontrol para el consumo, aumenta su dependencia alterando su conducta, y crece su tolerancia(ya que necesita más ingesta para intoxicarse);todos ellos agravan el camino para un posible abandono de este consumo.

Las características y el ámbito social en el que se desarrolla el consumo de alcohol, hace que se distingan distintos grupos riesgo,siendo diferentes según la región, situación el la que se realiza la ingesta, cultura, religión, sexo, edad, exposición al alcohol.

2 Objetivos

- Ofrecer estrategias educativas para mejorar el autocuidado y el autocontrol en los pacientes adictos al alcohol,(con especial cuidado en los grupos vulnerables como son los adolescentes y los jóvenes), y garantizar que su eficacia sea elevada.
- Mostrar los resultados del consumo del alcohol y sus efectos en el organismo.

- Impartir programas para la educación sanitaria en los colegios e institutos dirigidos a promover modos de vida saludables.

3 Metodología

Se realiza un amplio programa con charlas (mostrando los daños nocivos que supone para nuestro organismo), videos(con testimonios de ex-alcohólicos), y coloquios(donde expresar sus miedos y preguntar por herramientas para no beber); coordinado entre el equipo multidisciplinar del centro de salud entre los que se encuentran un médico, una enfermera, un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y una asistenta social. Una vez terminada la preparación de estas herramientas para impartir información, se habla con el colegio para exponerla en el salón de actos.

4 Resultados

La sociedad actual no debería permitir que las sustancia adictivas como el alcohol sean un tema común en nuestro día a día, cuyo consumo y aceptación se presenta como una situación normalizada, debido a que, en la mayoría de los casos se consumen en sociedad, (restaurantes, celebraciones, televisión, bares, etc.), enmascarándose así una ingesta abusiva. Se hace imprescindible la realización de un plan de cuidados y estrategias para impartir información desde los colegios, centros de salud, centros deportivos, etc.

5 Discusión-Conclusión

La sociedad actual no debería permitir que las sustancia adictivas como el alcohol sean un tema común en nuestro día a día, cuyo consumo y aceptación se presenta como una situación normalizada, debido a que, en la mayoría de los casos se consumen en sociedad, (restaurantes, celebraciones, televisión, bares, etc.), enmascarándose así una ingesta abusiva. Se hace imprescindible la realización de un plan de cuidados y estrategias para impartir información desde los colegios, centros de salud, centros deportivos, etc.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

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

Capítulo 318

ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TCAE EN EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES

MAXIMINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SARA GONZALEZ CARREIRA

MICHELLE BARAGAÑO SOLIS

ROCÍO CABO FUEYO

MARIA ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El maltrato a personas mayores es un problema social con un factor de riesgo muy preocupante. Hay que tratarlo como un problema de salud pública que se produce con mayor frecuencia en residencias de ancianos, en los centros de atención de larga duración y hospitales.

Cuando a un anciano lo maltratan, por lo general, se convierte en algo habitual y difícil de frenar. La única solución en estos casos sería que el anciano denunciase o que algún familiar o persona del entorno que tuviese constancia de ello denunciase estos hechos. Siendo la violencia un problema tan grave en nuestra sociedad y, al mismo tiempo, tan frecuente ¿cómo no incluirla en planes de prevención?

2 Objetivos

- Analizar qué conductas son clave para detectar un maltrato físico o psicológico en un anciano.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se tiene constancia que algunos cuidadores tienen conductas negativas hacia los ancianos, siendo estos víctimas de abusos en muchas ocasiones. Los signos de abuso en estas personas son difíciles de averiguar, ya que el anciano suele tener deterioro cognitivo. Sin embargo, unos signos claves que nos pueden ayudar a detectar este maltrato son:

- Falta de higiene.
- Delgadez.
- Moratones.
- Arañazos.
- Fracturas.
- Ansiedad.

Cuando se detecta alguno de estos signos, se debe de llevar a cabo una valoración por un personal cualificado para ello.

5 Discusión-Conclusión

El primer paso para conseguir disminuir o incluso erradicar este maltrato es disponer de unos medios necesarios que nos permitan detectar cuando hay un maltrato y, de esta forma, realizar una intervención rápida, mejorando la calidad de vida de las personas mayores. También seria efectivo concienciar a la gente,

en especial a los jóvenes, que son el futuro de nuestra sociedad, del respeto hacia la población anciana.

6 Bibliografía

- Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación.
- Conferencias relacionadas con el maltrato impartidas en el puesto de trabajo.

Capítulo 319

EL ASMA ES UNA ENFERMEDAD

CARMEN MARIA VÁZQUEZ

MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ

TAMARA REGUERA GONZALEZ

ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ

1 Introducción

El asma es una enfermedad que afecta al 5 % de los adultos y al 10% de los niños , se caracteriza por ser una enfermedad crónica ,que no tiene cura que causa un estrechamiento e hinchazón de las vías respiratorias, lo cual produce mayor mucosidad, dificulta la respiración y provoca tos, silbido al respirar y falta de aire.

Para algunas personas es una molestia menor, para otras, puede llegar a ser un problema para poder realizar las actividades de la vida diaria poniendo en riesgo sus vidas. No tiene cura pero sus síntomas son controlables mediante tratamientos específicos para la gravedad de cada caso.

Los síntomas más frecuentes son: la falta de aire, dolor de pecho, problemas para dormir en personas con las vías respiratorias sensibles. Los síntomas de asma pueden desencadenarse por inhalación de sustancias llamadas alérgenos o desencadenantes.

Los más comunes son, árcaros, polvo, algunos medicamentos, cambios de clima, ejercicio físico, el moho, el polen los catarros, el estrés o el humo de tabaco entre otros. Es una enfermedad que afecta a los pulmones, de duración prolongada, más

común en los niños. No se conocen todas las cosas que pueden causar padecer esta enfermedad, pero si se sabe que se ha vinculado a factores genéticos, ambientales y ocupacionales a la aparición del asma, si un familiar directo lo padece, hay más posibilidad de padecerlo también.

2 Objetivos

- Realizar el seguimiento y control de la enfermedad para evitar la aparición de los síntomas y mantener la función pulmonar lo más normal posible.

3 Metodología

Para realizar este estudio se consultaron varias páginas web como Mayo Clinic o Medline Plus entre otras.

4 Bibliografía

- Mayo Clinic.
- Medline Plus.
- Cuídate Plus.
- Pacientes.seicap.es

Capítulo 320

LOS DESAJUSTES EMOCIONALES DEL BOURNOUT. UN PROBLEMA SOCIAL.

FLORENTINA SUÁREZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de desgaste profesional. El síndrome de burnout o agotamiento extremo no es un diagnóstico médico sino un fenómeno laboral que obliga a mirar más allá del individuo para hallar soluciones eficaces. Es la respuesta a la exposición prolongada a factores laborales estresantes y tiene serias consecuencias para los profesionales de la salud y las instituciones donde trabajan. Se asocia con privación del sueño, errores médicos, mala calidad de la atención médica y escasa satisfacción de los pacientes. Sin embargo, con frecuencia las iniciativas para encarar el problema se centran en las personas y no en los sistemas. La evidencia de la asociación del burnout con indicadores objetivos de desempeño es escasa en todas las ocupaciones del sistema de salud. Los pocos estudios que emplean indicadores objetivos de seguridad de los pacientes a nivel sistema confirman la asociación entre burnout y asistencia sanitaria subóptima.

Es probable que se subestime la relación entre agotamiento y desempeño en el sistema de salud: el desempeño laboral todavía se puede mantener aún cuando el personal agotado carece de energía mental o física, ya que adopta estrategias de "protección del desempeño" para mantener las tareas prioritarias y descuida las tareas secundarias de baja prioridad (como tranquilizar a los pacientes).

De esta manera, se enmascara la evidencia del quiebre del sistema hasta que se llega a puntos críticos. Las instituciones funcionan con equipos de trabajo.

Los datos pertinentes para evaluar estos equipos son los indicadores globales, como la productividad o el movimiento de personal o las tasas de seguridad de los pacientes. Esto sugiere que las evaluaciones del burnout deben ser también medidas globales, lo cual es especialmente importante para las decisiones sobre la implementación de intervenciones en los equipos de trabajo o en todo un servicio. Este se debe a que el burnout es un fenómeno social originado en las relaciones que las personas comparten en los equipos de trabajo.

El burnout, a diferencia del simple agotamiento crónico, surge por problemas con la carga de trabajo combinados con discordancias en todas las demás áreas de la vida laboral. Las discordancias en estas áreas afectan el grado de burnout experimentado, lo que a su vez afecta diversos resultados, como el desempeño laboral, la salud mental y el suministro de servicios sanitarios. Cuanto mayor sea la discordancia entre la persona y su trabajo, mayor será la probabilidad de burnout; a la inversa, cuanto mayor sea la coincidencia, mayor será la probabilidad de resiliencia y compromiso.

2 Objetivos

- Reconocer a tiempo las causas de estrés en las empresas y buscar soluciones para terminar con la lacra del bournout.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
- Criterio de inclusión: textos gratuitos en español.
- Criterio de exclusión:personal mayor de 60 años por proximidad a la edad de jubilación y textos en inglés.

4 Resultados

Se asocia un alto nivel de cansancio emocional al consumo de tranquilizantes o antidepresivos con asiduidad, mientras que el optimismo y la satisfacción pro-

fesional mostraron una asociación inversa. Los años de profesión, el optimismo, valorar como útil el trabajo y percibir que se es valorado por los demás se asociaron inversamente con un alto nivel de despersonalización.

La baja realización personal se asoció inversamente con el optimismo, la valoración de la utilidad del trabajo y el equipo de trabajo. Cansancio físico y emocional, tensión, ansiedad y limitación en las relaciones personales en el ámbito laboral con una disminución de la eficacia y la eficiencia, absentismo y mengua de la calidad asistencial cuando se trata de personal sanitario.Muchos de los síntomas pertenecen a categorías psicopatológicas claras, como depresión, ansiedad, trastornos adaptativos o de personalidad. Hay múltiples factores individuales y ambientales que conducen a situaciones de mayor desgaste profesional y menor satisfacción en el trabajo y no hay acuerdo unánime con respecto a la etiología de este síndrome.

Entre los factores individuales relacionados con un menor desgaste profesional, se descubren diversos rasgos de la personalidad, como el optimismo, la afectividad, la autoestima o determinados factores hereditarios.Respecto a los factores ambientales, se ha observado que los trabajadores del sector servicios, como los profesionales sanitarios y docentes, son los que presentan mayores índices de desgaste profesional, insatisfacción, trastornos afectivos y estrés. Específicamente, entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de burnout en médicos y diplomados de enfermería, relacionados con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, una falta de identificación con la empresa, un menor control sobre el trabajo, la autopercepción de baja remuneración económica y el hecho de cuidar a personas que padecen una enfermedad o un proceso terminal.Estrés con desajuste entre las demandas y los recursos del trabajador, seguida de una fase de agotamiento, llegando finalmente a una fase de despersonalización caracterizada por una tendencia al distanciamiento con los clientes y la adopción de conductas de robotización y cinismo.

Relacionándolo con nuestros resultados, podemos afirmar que hay un porcentaje mayor de lo esperado de profesionales que se hallarían en una primera fase de desgaste profesional.El 59% de los trabajadores en España sufre algún tipo de estrés en el trabajo.Un estudio de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo muestra que el 28% de los trabajadores europeos sufre estrés.Las consecuencias de este tipo de afecciones son negativas tanto a nivel fisiológico como cognitivo. La clave para prevenir el estrés laboral y los riesgos psicosociales desde las empresas sanitarias reside en la organización y

la gestión del trabajo. Técnicas como organizar las labores mediante bloques, diversificar las relaciones laborales, recompensar a los trabajadores por un buen rendimiento, favorecer la motivación y la ambición mediante una mayor participación o establecer políticas que ayuden a los empleados a conciliar su vida personal y profesional.

El desgaste, el escepticismo y los consiguientes sentimientos de ineficacia experimentados por las personas que sufren agotamiento extremo suelen ser una experiencia compartida en respuesta a factores laborales estresantes y deberíamos encuadrarlos como un problema del sistema y no solo como un problema individual.Las soluciones con enfoque individual son importantes para apoyar al personal sobrecargado, pero tienen menos probabilidad de ser duraderas y sustentables que las soluciones incorporadas institucionalmente. Pueden incluso agravar los problemas a la larga al reforzar un enfoque disfuncional para sobrellevarlos, que interpreta el fracaso como totalmente personal. Enfoque de sistema:
- Emplear el burnout como indicador de la calidad de la atención sanitaria.
- Evaluar el burnout a nivel de cada servicio y a nivel individual
- Crear explícitamente ámbitos de trabajo saludables
- Incluir a sanitarios y profesionales de la sanidad y pacientes en el proceso de articular interrogantes para la investigación
- Incluir el bournout en las evaluaciones de la calidad de atención.

Favorecer relaciones saludables entre los individuos y la institución es la clave para prevenirlo. Se necesitan más investigaciones para identificar los principales factores de estrés originados en la institución que ponen al personal en riesgo de burnout y qué cambios se podrían efectuar para reducir su impacto.Los modelos de "ajuste" entre el ámbito laboral y el trabajador proporcionan un marco útil para identificar maneras posibles de mejorar este ámbito. Por ejemplo, el modelo de áreas de la vida laboral especifica seis áreas en las que la coincidencia o ajuste entre el trabajo y el trabajador persona es esencial:
- Carga de trabajo: la sobrecarga laboral es un característica de la atención médica conjunta que significa que hay poca oportunidad para descansar, recuperarse y recobrar el equilibrio. Manejar la carga de trabajo y reconocer los límites de cada uno puede proporcionar oportunidades que ayuden al personal a sentirse eficaz en su trabajo.
- Control: experimentar falta de control es un factor pronóstico constante del burnout. A la inversa, la percepción de poder influir sobre las decisiones y ejercer autonomía profesional es más probable que genere médicos resilientes y comprometidos

- Recompensa: el reconocimiento y la recompensa insuficientes (ya sea económica, institucional o social) aumenta la vulnerabilidad al burnout porque devalúa tanto al trabajo como a los trabajadores y se relaciona estrechamente con sentimientos de ineficacia. Sentir que uno está recompensado apropiadamente se asocia con satisfacción intrínseca, que es el estado óptimo para el personal sanitario.
- Comunidad: independientemente de su tamaño, las instituciones sanitarias constituyen comunidades sociales. El área comunitaria tiene que ver con las relaciones que las personas tienen con otros en el trabajo. Ya se trate de un consultorio rural o de un gran hospital universitario, las relaciones que se caracterizan por falta de apoyo y de confianza y por conflictos sin resolver, implican gran riesgo de agotamiento extremo.
- Equidad: la equidad es el grado en el que las decisiones en el trabajo se perciben como justas y equitativas. Este factor es el más directamente relacionado con la asistencia al paciente. Los pacientes y el personal sanitario experimentan sentimientos de escepticismo, ira y hostilidad si sienten que no son tratados apropiadamente.
- Valores: los valores son los ideales y las motivaciones que originariamente atrajeron a una persona hacia su trabajo, son la conexión motivante entre el trabajador y el lugar de trabajo. Sentir que el trabajo que se debe hacer está muy lejos de ser el deseado puede llevar a un mayor burnout.

Se necesitan mayores aportes de todos en el ámbito de la salud, incluidos médicos, enfermeras y otro personal, así como también los pacientes y sus familiares. Por ejemplo, la mayoría de las investigaciones sobre la intersección entre calidad y burnout se centraron sobre el personal de enfermería y personal no sanitario.Las experiencias de los sanitarios y especialmente de los pacientes, están en su mayor parte ausentes, aunque evidencia reciente indica que las percepciones de los pacientes sobre el bienestar del médico afectan la relación médico-paciente.

La perspectiva de los pacientes y sus familiares sobre los problemas institucionales y el estrés entre el personal sanitario puede ser un indicador del bienestar institucional.La evidencia acumulada señala las estrategias preventivas que refuerzan el compromiso del personal. Dada la relación entre el burnout y la evolución de los pacientes, y la evidencia de que el apoyo de estos ayuda a construir una buena comunicación, la participación del paciente tiene el potencial de mejorar el burnout del sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Se debe aunar a favor de mejorar el clima organizacional y potenciar el optimismo y la autoestima individual, para disminuir el desgaste profesional en los hospitales.Es imprescindible un plan de acción en la gestión hospitalaria para controlar la alta prevalencia de SDP en los sanitarios. Este plan debe considerar el incremento de la comunicación entre los trabajadores y los directivos, para identificar las áreas que deben mejorar, planificando y realizando los cambios organizativos necesarios conjuntamente.

Estos cambios deben considerar una mayor autonomía para los trabajadores junto con el aumento de la equidad en la distribución del trabajo y los recursos, unido a una política más incentivadora. El reconocimiento empresarial y social del trabajo realizado puede disminuir la DP. Los responsables de salud laboral deben seguir identificando y tratando a los profesionales con procesos psicopatológicos.

Finalmente, consideramos muy importante la formación en técnicas de autocontrol y gestión del estrés que refuercen el optimismo y la autoestima. Es necesario ampliar nuestro enfoque para enfrentar el burnout. El desafío para los sistemas sanitarios en un ámbito de salud cada vez más complejo, con las presiones paralelas de limitación de los recursos y niveles crecientes de burnout, es desarrollar intervenciones para contrarrestar los factores que conducen al mismo.

El problema no son los trabajadores sino el modo en que el entorno se está volviendo tóxico. La medición del burnout puede proporcionar la señal precoz de un problema.La prevención, siempre más deseable que el tratamiento, será posible debido a un entorno laboral sano que incluya tanto evidencia continua basada sobre la evaluación del burnout, como acción sobre los causantes estructurales del burnout, adaptado a la experiencia del personal y co-diseñado con la participación de quienes se atienden en los servicios de salud.

6 Bibliografía

- Pines A, Aronson E. Career burnout: causes and cures. New York: Free Press; 1988.
-Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002.
- Tizón JL. ¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profe-

sionales con trastornos psicopatológicos? Aten Primaria. 2004.
- Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects and satisfaction at work. Lancet. 1996.
- Hidalgo I, Díaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. Med Clin (Barc). 1994.
- Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac Sanit. 2002.
- Maslach C, Schaufeli B, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001.
- Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En: Seisdedos N, editor. Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA; 1997

Capítulo 321

TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

ANA PAULA BORGES

1 Introducción

La depresión infantil y adolescente es un trastorno mental y emocional que afecta a los menores de 18 años, durante este periodo conlleva una serie de cambios a nivel cognitivo intelectual y sobre todo emocional, los cuales pueden favorecer este trastorno.

La depresión se puede manifestar de diferentes formas según el número de síntomas, severidad y persistencia de los mismos, la mayoría de las personas experimentan síntomas de tristeza ocasionalmente, y en otros casos no desaparece junto con otros síntomas provocando malestar y dificultad para la vida cotidiana. También se ve afectada su capacidad de pensar, aprender y su adaptación social.

2 Objetivos

- Identificar y valorar la gravedad del trastorno.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La depresión y los desórdenes mentales son un problema de salud pública actual que afecta a casi todo el mundo. Según los resultados influyen varios factores biológicos, genéticos y psicosociales.
Para los niños y adolescentes no se manifiesta como en los adultos :
- Tendencia a estar irritable y agresivo
- Negativismo, respuesta repetitiva 'NO' a todo
- Cambios de humor
- Sintomas de tristeza
- Cambios en el sueño, en ocasiones pesadillas
- Sensacion de cansancio
- Rabietas sin sentido
- Falta de interés por todo
- Bajo rendimiento escolar con dificultad para concentrarse
- Pensamientos de muerte, miedo a morir y el suicidio.
- También suelen tener bajada de peso o subidas no controladas asociadas a los cambios diarios en el apetito
- Agitación o retardo psicomotor

En un estudio realizado por el instituto de Salud Mental (NIMH) a niños y adolescentes de 6 a 17 años, se encontró, que más del 6% de ellos habían padecido algún trastorno depresivo en los últimos 6 meses. Así mismo otros estudios afirman que por encima del 15% de los niños poseen algún síntoma o síntomas depresivo mayor, y que el 3% de los adolescentes presentan distimia (depresión leve). Antes de la pubertad tanto niños como niñas tiene la misma probabilidad de padecer distimia. Sim embargo, después de los 14 años el trastorno depresivo es dos veces más común que en las niñas, esto debido quizás a los cambios hormonales que se presentan durante este periodo.

La depresión en los jóvenes, con frecuencia se presenta con otros trastornos, por lo general ansiedad o abuso de sustancias tóxicas. Hace casi una década diversos estudios resaltaron la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial.

5 Discusión-Conclusión

Los síntomas de sentirse triste, decaído , y la melancolía ocasional no refleja una depresión, esta se presenta en una duración superior a semanas o meses y limita la capacidad del niño para funcionar normalmente, para realizar el diagnóstico de este padecimiento, se sugiere llevar a cabo una evaluación médica completa, con entrevistas con los padres de los niños, identificación de múltiples factores, dentro de los cuales se pueden mencionar; comportamiento suicida, psicopatología, problemas interpersonales, familiares entre otros.

Los criterios de diagnósticos se encuentran bien establecidos en el manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM-IV). Desde hace 30 años se empezó a reconocer como un padecimiento que afecta a los niños y adolescentes, con lo cual ha adquirido gran importancia en el ambiente científico y en la sociedad en general.

6 Bibliografía

- Scielo.iscii.es.
- www.consaludmental.org.
- www.medigraphic.com.
- www.elsevier.es.
- Sheslow DV. Understanding Depression. 2006. Available from:
URL http://www.kidshealth.org/parent/emotions/feelings/
understanding_depression.html.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GC, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. Journal of the American Medical Association
1996; 276: 293-299.
- Harrington R, Rutter M, Weissman MM, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D, et al. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. J Affect Disord 1997; 42:9-22.
- Qurino J. Child depression: anthropological approach. Rev Saude
Publica 2007;41(1).
- Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wickramaratne P.Depressed adolescents grown up. J Am Med Associa 1999:

281(18): 1701-13.
- Ryan N.D. Treatment of depression in children and adolescents. Lancet 2005; 12;366(9489):933-40.
Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME et al. Description, acceptability, prevalence rates and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology For the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders.
- Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiaty 1996; 35: 865-77. Bhatia S.K. Childhood and Adolescent Depression. Department of Psychiatry, Omaha, Nebraska 2007. Downloaded from the American Family Physician Web site at www.aafp.org/afp.
- Rudolph KD, Flynn M. 2007. Childhood adversity and youth depression: Influence of gender and pubertal status. Dev Psychopathol; 19(2):497-521. ngold A, Worthman CW. Puberty onset of gender differences in rates of depression: a developmental, epidemiologic and nueroendocrine perspective. J Affec Disor 1993; 29: 145-58.

Capítulo 322

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA DIETA EN EL PACIENTE EN TERAPIA POR ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

SONIA PARADELA ANTUÑA

1 Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como el descenso de la función renal expresada por una tasa de filtrado glomerular estimado (TFGe) menor a 60 ml/min/1,73 m2 y/o como la presencia de alteraciones en la estructura renal persistentes al menos 3 meses, con implicaciones para la salud. Es necesaria la persistencia del daño para diferenciar de enfermedad renal aguda. Los criterios definidos por las guías KDOQI (Kidney Disease Quality Initiative) (National Kidney Foundation, 2002) se mantienen en las siguientes guías, NICE (NICE, 2014) y canadienses (Levin A, 2008), U.S. Preventive Services (Moyer VA, 2012) y KDIGO 2012 (KDIGO, 2013) y los comentarios de estas últimas en las KDOQI (Inker L, 2014) y canadiense (Akbari A, 2015), añadiendo un criterio más, la historia de trasplante renal.

La mayoría de personas con enfermedad renal crónica en un estadio inicial (estadios 1, 2 y 3a) apenas presentan síntomas o únicamente muestran síntomas muy inespecíficos de esta patología, lo cual dificulta la detección de la Enfermedad renal crónica. La hemodiálisis es el método más común para tratar la insuficiencia renal avanzada y permanente y se realiza haciendo pasar la a través de un filtro exterior que se encuentra en una maquina de diálisis. Este filtro permite que las toxinas y el exceso de líquido salgan de la sangre sustituyendo de esta

forma la función de los riñones enfermos.Existen dos modalidades de hemodiálisis: hospitalaria y domiciliaria. En ambos casos el tratamiento es intermitente y por lo tanto permite la acumulación de sustancias tóxicas y líquido entre diálisis y diálisis, por lo que es preciso mantener unas restricciones de dieta y líquidos.

La hemodiálisis hospitalaria, se realiza en unidades hospitalarias o centros de hemodiálisis, por lo general se realiza 3 veces por semana con una duración media de 4 horas, en turnos de Martes, Jueves y Sábado o Lunes, Miércoles y Viernes y en horario fijo de mañana o tarde. En este caso, la diálisis la realiza el personal sanitario, con el que el paciente mantiene un contacto estrecho, así como con el resto de pacientes. El paciente mantiene una actitud pasiva durante el tratamiento, pero debe de cumplir las recomendaciones dietéticas y de medicación.

2 Objetivos

- Revisar varios estudios sobre la dieta a seguir en terapia dialitica.

3 Metodología

Se hicieron búsquedas en las bases de datos Cochrane, MEDLINE, EMBASE y MIDIRS utilizando los indicadores booleanos “and” y “or”.

4 Resultados

Los estudios precedentes en ERC y diálisis demuestran que tanto la inadecuación de la ingesta proteica como la malnutrición son predictores reconocidos de morbilidad y mortalidad en esta población (Evidencia III)9. La protocolización de acciones preventivas y la aplicación de estrategias terapéuticas como el soporte nutricional podrían mejorar el pronóstico y la supervivencia en la enfermedad renal. Comentar los tipos de nutrientes que existen y sus principales características:

1. Proteínas
Sirven para la construcción y renovación de las células y tejidos. Son imprescindibles para el correcto funcionamiento de nuestro cuerpo. Durante la diálisis se pierden proteínas, por lo que debe reponerlas con la alimentación. Existen dos tipos de proteínas:

- De alto valor biológico: son de origen animal (leche, huevos, carne, pescados, etc.).
- De bajo valor biológico: son de origen vegetal (cereales, legumbres, etc.).
La ingesta de proteínas recomendada para un paciente de hemodiálisis es de 1,0-1,2 g/kg. de peso cada día. Aproximadamente el 50% deben ser de alto valor biológico.

2. Hidratos de carbono
Son la principal fuente de energía del organismo. Existen dos tipos de hidratos de carbono:
- Simples (o de absorción rápida): azúcar, miel, caramelos, bollería, pasteles, chocolates, etc.
- Complejos (o de absorción lenta): arroz, pasta, patata, cereales, legumbres, etc.
Es mejor tomar hidratos de carbono complejos y evitar los simples que favorecen subidas de colesterol, triglicéridos y obesidad.

3. Grasas
Son la principal reserva energética de nuestro cuerpo. Existen dos tipos de grasas:
- Saturadas: se encuentran en alimentos de origen animal (embutidos, huevo, lácteos enteros, mantequilla, etc.). Su consumo está relacionado con las enfermedades cardiovasculares.
- Instauradas: se encuentran en pescados y alimentos de origen vegetal (aceite de oliva, de semillas, margarinas vegetales, etc.). Su consumo nos protege de las enfermedades cardiovasculares.

4. Vitaminas
Tienen una función reguladora, actuando en diferentes acciones del metabolismo. Son esenciales para la vida y deben incluirse en la alimentación.

Existen dos tipos de vitaminas:
- Hidrosolubles (solubles en agua): como las vitaminas del complejo B y vitamina C que se encuentran fundamentalmente en frutas, verduras, legumbres, cereales, carnes, y lácteos.
- Liposolubles (solubles en grasas): como las vitaminas A, D, E y K. Se encuentran en algunas hortalizas coloreadas y en ciertos alimentos grasos.

En cada sesión de hemodiálisis se pierde cierta cantidad de vitaminas hidrosolubles. Existen preparados vitamínicos que en caso necesario serán pautados por el nefrólogo.

Por otra parte, el riñón es el encargado de activar la vitamina D procedente de los alimentos, para así, poder absorber el calcio de la comida. Cuando el riñón no funciona, no se activa esta vitamina y no se puede utilizar el calcio presente en los alimentos. Existen medicamentos que aportan vitamina D activa para mejorar la absorción del calcio.

5. Minerales
Su presencia en la dieta es necesaria para una correcta alimentación.
5.1. Sodio:
Es el principal componente de la sal de mesa. Los riñones son los encargados de eliminarlo. Si no funcionan se acumula en el organismo, provocando retención de agua. Ese líquido acumulado puede producir hinchazón (piernas, párpados, etc.), tensión arterial elevada, insuficiencia cardiaca y edema de pulmón. Como norma general, al realizar diálisis, se debe seguir una dieta pobre en sal (entre 1.300 y 1.700 mg. de sodio al día).

5.2. Potasio:
Es un mineral necesario para el funcionamiento del sistema nervioso y muscular. Los riñones son los encargados de eliminar el exceso de potasio del organismo. Cuando no funcionan se acumula en la sangre. Su exceso en el organismo produce: hormigueos, calambres, debilidad muscular, arritmias e incluso parada cardiaca, por lo que puede convertirse en el componente más peligroso de la alimentación. De tal manera que el consumo de potasio sea de 1.800-2.000 mg. al día.

5.3. Calcio y fósforo:
Son el principal componente de los huesos. Ambos minerales trabajan juntos, en equilibrio. Un exceso de fósforo en la sangre, produce una salida de calcio los huesos. Así, los huesos se descalcifican, se hacen más frágiles y se pueden fracturar. El exceso de calcio y fósforo en sangre, forma pequeños depósitos minerales en el organismo. El consumo de fósforo será entre 800 y 1.200 mg. El de calcio entre 1.400 y 1.600 mg. al día.

Los fosfatos en la dieta aparecen bajo dos formas: fósforo orgánico e inorgánico.
- Fósforo orgánico: se encuentra en los alimentos ricos en proteínas, tanto de origen animal como vegetal. El fósforo orgánico es hidrolizado en el tracto intestinal y posteriormente se absorbe como fósforo inorgánico. Solo del 30 al 60 % del fósforo orgánico es absorbido y su fuente principal son las carnes de mamíferos, aves, pescados, huevos y lácteos. El fósforo de la proteína de origen animal se encuentra principalmente en el compartimento intracelular de los alimentos, pero

es de mayor digestibilidad que el fósforo de la proteína vegetal.

El fósforo orgánico de origen vegetal es abundante en semillas, frutos secos y legumbres. A diferencia del fósforo de la proteína de origen animal, el de la proteína vegetal se encuentra incorporado al ácido fítico o fitato, un ácido orgánico cuya principal función es almacenar fósforo como fuente de energía para la planta. El ácido fítico establece fuertes uniones iónicas con minerales esenciales en la nutrición, formando quelatos insolubles que no pueden ser absorbidos por el organismo.

El ser humano y los animales no rumiantes presentan limitada capacidad para hidrolizar el ácido fítico, debido a que carecen de la enzima fitasa, necesaria para separar el fósforo del fitato. Por ello, la biodisponibilidad del fósforo de la proteína vegetales relativamente baja, usualmente menor del 50 %.

- Fósforo inorgánico: se utiliza principalmente como aditivo en los alimentos. En ellos tienen diversas aplicaciones y funciones: reguladores del pH, antioxidantes, estabilizantes proteicos, potenciadores del sabor, colorantes, sales en quesos, mejoradores de masas y levaduras químicas, emulsionantes, humectantes, leudantes, secuestrantes y espesantes.

Son fuentes comunes de fósforo inorgánico las bebidas, comidas congeladas, cereales para el desayuno, quesos procesados y para untar, productos instantáneos, comidas precocinadas, salchichas, galletas y otros.

5.4. Agua:
El agua es esencial para la vida y el buen funcionamiento del organismo. Cuando se realiza tratamiento de hemodiálisis la cantidad de orina desciende e incluso puede producirse anuria.
Así, entre dos sesiones de hemodiálisis, aumenta el peso corporal debido a la acumulación de líquidos. Esta ganancia de peso debe ser de 1,5 a 2,5 kg.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación del paciente con ERC debe ser individualizada en función de sus necesidades nutricionales, gustos y hábitos alimentarios y de sus actividades cotidianas. Los esfuerzos para lograr la restricción de fósforo deben concentrarse en limitar los alimentos con aditivos con fósforo, en lugar de limitar los alimentos proteicos 4,14 .

Actualmente, para un adecuado control del fósforo en los planes alimentarios se precisa un programa de educación y de monitorización del cumplimiento en la restricción dietética de este. Hay una evidente necesidad de equipos multidisciplinares con una participación más activa del nutricionista en el cuidado del paciente con ERC. El nutricionista especializado en ERC debería educar y estimular al paciente en la lectura de los componentes en relación con el fósforo en las etiquetas alimentarias.

En conclusión, para los pacientes con ERC, una dieta de composición mixta con aporte de proteínas de origen animal y vegetal sería recomendable, limitando al máximo los alimentos industrializados que contengan aditivos alimentarios. Cuanto más «natural» sea la dieta, más fácil es que se alcance un ratio fósforo/proteína más aceptable.

6 Bibliografía

- Cano NJ, Aparicio M, Brunori G y col. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: adult renal failure. Clin Nutr 2009;28(4):401- 414.
- Brown RO, Compher C. ASPEN clinical guidelines: nutrition support in adult acute and chronic renal failure. J Parenter Enteral Nutr 2010;34(4):366-377.
- Cano N, Fiaccadori E, Tesinsky P y col. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Adult renal failure. Clin Nutr 2016;25(2):295- 310.
- Fouque D, McKenzie J, de MR y col. Use of a renal-specific oral supplement by haemodialysis patients with low protein intake does not increase the need for phosphate binders and may prevent a decline in nutritional status and quality of life. Nephrol Dial Transplant. 2008;23(9):2902- 2910.

Capítulo 323

CUIDADOS ESPECIALES EN PACIENTES DIABÉTICOS: EL PIE

ANA ISABEL MUÑÍZ DÍAZ

ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL

1 Introducción

La persona que es diabética padece la enfermedad de diabetes mellitus. Hoy en día hay un alto número de personas en el mundo que la padecen; por ello hay que controlar la enfermedad, ya que puede ocasionar bastantes dificultades en la buena salud. Una de estas dificultades es el pie diabético. El paciente diabético debe acudir a su enfermera o médico de centro de salud si aparecen heridas o lesiones que no cicatrizan o están infectadas. Si tiene calambres, hormigueos o dolor en reposo o al caminar, se evitaría que la lesión del pie siga avanzando. Cuando la lesión ya ha avanzado demasiado, sería necesaria la amputación.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados adecuados del pie diabético. Determinar los recursos de prevención del pie diabético.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

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

4 Resultados

Para la correcta cura de una herida que aparece en el pie de un paciente diabético y poder evitar la amputación del mismo, se deberá mantener los niveles de azúcar bajo estricto control y así ayudará su cuerpo a combatir infecciones. Se debe limpiar la herida diariamente manteniendo la úlcera limpia y vendada y tratar de reducir la presión en la úlcera que está sanando.

Los recursos que se van a utilizar para que el pie diabético se pueda prevenir son los siguientes: Inspeccionar diariamente los pies y sacarlos cuidadosa y correctamente, usar el calzado adecuado, es decir, cómodo y sin cosidos interiores. Realizar pedicura de manera adecuada para evitar heridas, no caminar descalzo a menos que su médico esté de acuerdo y mejorar la circulación por medio del ejercicio.

5 Discusión-Conclusión

Realizar una valoración y cuidados integrales a pacientes diabéticos que presentan este tipo de complicación es fundamental para la prevención. Es necesaria una educación sanitaria en autocuidado y una buena protocolización de la asistencia del pie diabético para evitar complicaciones como, por ejemplo, amputaciones del mismo.

6 Bibliografía

- www.cun.es
www.fisterra.com
www.ulceras.net
www.fundaciondiabetes.org.

Capítulo 324

LA ACTUACIÓN EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

VERÓNICA GRACIELA MORAN ECHEVERRIA

LAURA SUÁREZ ARBESÚ

MARTA SANCHEZ UGARTE

ALICIA PAREDES ANTONIO

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una técnica útil para salvar vidas en muchas emergencias, entre ellas, un ataque cardíaco o causa ahogamiento, cuando se detienen la respiración o los latidos del corazón de una persona. La American Heart Association (Asociación Estadounidense del Corazón) recomienda que todos, tanto los observadores sin capacitación como el personal médico, comiencen la reanimación cardiopulmonar con las compresiones de pecho.

Es mucho mejor hacer algo que no hacer nada en absoluto si temes que tus conocimientos o habilidades no están al 100 por ciento. Recuerda que la diferencia entre hacer algo y no hacer nada podría salvarle la vida a alguien. Frente a una situación de emergencia, es importante saber cómo actuar y en ocasiones es necesario tener que reanimar a la persona que sufre de dicha emergencia con

un masaje cardíaco, o una reanimación cardiopulmonar (RCP). Es importante saber primeros auxilios para todo tipo de ocasiones, de modo que te explicamos a continuación, cómo realizar una RCP.

2 Objetivos

- Saber realizar una RCP de urgencia.
- Saber realizar las tecnicas de RCP.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de actuación de RCP y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: emergencia, RCP, vía aérea, paciente consciente e inconsciente.

4 Resultados

Se presentan algunos consejos de la American Heart Association (Asociación Estadounidense del Corazón):
- Falta de capacitación. Si no tienes capacitación en RCP, solo practica la reanimación cardiopulmonar con las manos. Esto significa hacer compresiones de pecho sin interrupción de 100 a 120 por minuto hasta que lleguen los socorristas (se describe en mayor detalle más adelante). No es necesario proporcionar respiración de rescate.
- Con capacitación y preparación. Si tienes capacitación y confianza en tus habilidades, comprueba si la persona tiene pulso y respira. Si no respira o no tiene pulso en 10 segundos, comienza las compresiones de pecho. Comienza la reanimación cardiopulmonar con 30 compresiones de pecho antes de dar dos respiraciones de rescate.
- Con capacitación, pero falta de práctica. Si anteriormente hiciste la capacitación en reanimación cardiopulmonar, pero no tienes confianza en tus habilidades, solo haz las compresiones de pecho a un ritmo de 100 a 120 por minuto. (Los detalles se describen más adelante).

Los beneficios de la RCP están probados por multitud de estudios en el mundo entero y su necesidad se confirma como indiscutible en el medio en que nos

encontramos ya que una intervención rápida aumenta las posibilidades de supervivencia y disminuye las secuelas. la comunidad científica está potenciando la formación en primeros auxilios y RCP a toda la población, entendiendo que cada persona es un eslabón importantísimo de la cadena de supervivencia.

La RCP está indicada en caso de haberse producido una Parada Cardiorrespiratoria (PCR) o simplemente una de las dos (cardiaca o respiratoria). La función de la RCP es mantener la circulación de la sangre y aportar una mínima cantidad de oxígeno a los órganos vitales. Esto se consigue a través del masaje cardiaco y de la respiración boca a boca.

Con la RCP podemos evitar la muerte por lesión irreversible de los principales órganos del cuerpo (corazón, cerebro, pulmones) mientras se intenta corregir la causa que originó la parada cardiaca o respiratoria y se avanza en los distintos eslabones de la cadena de supervivencia.

RCP: cómo actuar ante una parada cardiorrespiratoria. Este vídeo ha sido realizado por el Gobierno de Canarias, a través de las Consejerías de Educación, Universidades, Cultura y Deportes y de Sanidad para la colección que completa lal Guía de atención a emergencias sanitarias en los centros educativos.

La mayoría de los PCR son de origen cardíaco. En muchas ocasiones la causa se ignora y se clasifican como de origen presumiblemente cardíaco cuando se carece de autopsia, y siempre que hayan sido descartadas otras causas no cardíacas. Sin embargo, no siempre la muerte súbita es de origen cardíaco. Accidentes neurológicos, vasculares o pulmonares pueden producir la muerte en un corto intervalo y confundirse con la muerte súbita de origen cardíaco. Además, la muerte cardíaca no es siempre de origen arrítmico. Puede ser secundaria a rotura cardíaca o disfunciones valvulares agudas graves.

La taquicardia ventricular (TV) y fibrilación ventricular (FV) son responsables del 75% de las muertes súbitas. La reentrada es, con mucho, el principal mecanismo subyacente en el origen de arritmias. Aunque existe la tendencia a ver la muerte súbita como un fenómeno eléctrico, lo más habitual es que tenga lugar por la interacción de un sustrato anatómico-funcional permanente con factores desencadenantes transitorios (alteraciones electrolíticas o estrés). Generalmente confluyen diversos factores al mismo tiempo para que tenga lugar la arritmia grave. Esto explica que siendo tan frecuentes los factores de riesgo de muerte súbita, el fenómeno sea relativamente infrecuente en relación con la incidencia de dichos factores. Para que un solo factor pueda ser responsable debe ser de gran

entidad, como son los episodios isquémicos aislados que afectan a gran parte del miocardio y que, aun incidiendo sobre corazones previamente sanos, pueden desencadenar una FV en ausencia de cofactores .

Enfermedades cardíacas:
- El 80% de PCR de origen cardíaco presentan aterosclerosis coronaria. Del 40 al 86% de los supervivientes presentan estenosis coronarias superiores al 75%. En una serie de 113 casos de muerte súbita, se observó trombosis coronaria aguda en el 48% de los casos e infarto antiguo en el 26% .
- Las miocardiopatías constituyen la segunda entidad responsable. La miocardiopatía hipertrófica presenta una prevalencia de muerte súbita del 2 al 4% anual en adultos y del 4 al 6% en niños y adolescentes. Esto se debe a arritmias, deterioro hemodinámico súbito o isquemia. La miocardiopatía dilatada ocasiona el 10% de las muertes súbitas en adultos. La displasia arritmogénica ventricular derecha constituye una miocardiopatía de origen genético causante de arritmias ventriculares graves. La miocarditis es una causa de muerte súbita relativamente frecuente en niños, adolescentes y adultos jóvenes. Es habitual en este caso la concurrencia del ejercicio intenso como concausa.
- Otra entidad son las alteraciones electrofisiológicas síndrome del intervalo QT largo, síndrome de Wolf-Parkinson-White (WPW), FV idiopática, como el síndrome de Brugada, TV idiopáticas o bloqueo AV congénito. Hipertrofia ventricular, cardiopatías valvulares y congénitas son también alteraciones cardíacas relacionadas con la muerte súbita.

5 Discusión-Conclusión

El aspecto más novedoso de las nuevas guías de RCP es quizás, la necesidad de conseguir la implicación de la población en la atención inicial a la prevención de la RCP. Detección de pacientes de mayor riesgo. Equipos de actuación rápida.
No existe evidencia del tiempo de retención de la información teórica y las habilidades adquiridas después de un curso de reanimación. Parece que a partir de los 3 meses se empieza a olvidar información. Actualmente se recomienda realizar cursos de actualización y repaso cada 1-2 años. El enfoque centrado en el paciente con mayor énfasis en el principio de autonomía. Adecuada transmisión de la información y la interacción del paciente y su familia con los profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

1. Pautas recomendadas para la comunicaci??n uniforme de datos en el paro cardíaco extrahospitalario (nueva versión abreviada). El Estilo Utstein. En: Ruano M, Perales N, editores. Manual de soporte vital avanzado. Barcelona: Masson S.A., 1996; 211-229.
2. Sudden cardiac death. Circulation 1998; 98: 2.334-2.351.
3. Emergency medical treatment. Boston: Little Brown, 1991.
4. Sudden cardiac death. En: Alexander RW, Schlant RC, Fuster, editores. The heart arteries and veins. Nueva York: Mc Graw-Hill, 1998; 1.081-1.112.
5. Muerte súbita extrahospitalaria en España. En: Bays de Luna A, Brugada P, Aguilar J, editores. Muerte súbita cardíaca. Barcelona: Doyma, 1991; 13-21.
6. Tendencias actuales de la mortalidad por cardiopat??a isquémica en España. Rev Esp Cardiol 1987; 40: 311-316.

Capítulo 325

VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA DOMÉSTICA.

ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA

1 Introducción

Con frecuencia en un hospital nos podemos encontrar con un problema que afecta a la sociedad en general y sobre todo a la mujer en individual. Pudiendo llegar a tener consecuencias mortales si no lo identificamos a tiempo, siendo la causa principal de fallecimiento en mujeres de 15 a 44 años según la OMS. Alrededor del 70% de los casos que llegan al sistema sanitario son invisibles, por lo que el personal sanitario debemos tomar un papel más activo para detectar estos casos y saber abordarlos íntegramente.

A pesar de haber protocolos para la actuación estos resultan insuficientes si el personal sanitario no tiene una adecuada formación. La OMS dice que el papel del personal sanitario es vital en la detección y prevención en la violencia contra las mujeres, animando al equipo sanitario a no tener miedo a preguntar a la mujer. Debemos recordar la distinción entre violencia doméstica y violencia de género, siendo la primera aquella agresión tanto física, psicológica, sexual o de cualquier otro tipo hacia los miembros más vulnerables del medio familiar (niños, mujeres y ancianos). La violencia de género sin embargo el agresor es siempre hombre y tiene una relación de pareja con la mujer.

Todo el equipo multidisciplinar del hospital tiene como principal misión salvaguardar la seguridad de la persona agredida, actuando de manera coordinada. Se

debe ver a la mujer sola, actuar de forma empática para favorecer el flujo de comunicación, escuchando y observando su estado emocional. Abordar sin pudor el tema de la violencia, reflejándole que nunca está justificada y la víctima no es la culpable de la violencia.

El informe de alta se dará a la víctima siempre y cuando no comprometa su seguridad, remitiendo este informe a su médico de atención primaria. Además en España existe la obligación de poner en conocimiento de estos caos a la autoridad judicial. Notificando al juzgado el parte de lesiones e informe médico, informando a la mujer previamente de esto y registrándolo en la historia clínica. Para terminar quería insistir en la importancia de todo el equipo del hospital en los casos de violencia de género y violencia doméstica.

Todos y cada uno de nosotros somos cruciales para que esos momentos la víctima se sienta en un ambiente confortable y le resulte más fácil comunicarse con nosotros y que aprendamos a ver los casos en los que existe riego de violencia familiar, ya que en numerosas ocasiones las víctimas se culpabilizan a ellos mismos de este suceso, creyendo que es por su culpa por lo que están así.

2 Objetivos

El objetivo principal sería conseguir realizar una actuación estandarizada en los servicios de urgencias, ante los posibles casos de violencia de género. Para ello hay que conseguir crear un clima afable con la mujer o la persona que sufra la violencia, para detectar los malos tratos, consiguiendo que la personas tome confianza con nosotros. Debemos atender el estado de salud tanto físico como psicológico para establecer una atención adecuada, pero también debemos de valorar su seguridad, en ocasiones puede venir a urgencias acompañados de su agresor.

3 Metodología

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

revisadas.

4 Bibliografía

- http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf
- https://chguv.san.gva.es/documents/10184/894041/1+Protocolo+VG++Urgencias+Departamento..pdf/06d6fc39-0e5e-4e47-917a-b8bd5e1d5317
- https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-violencia-de-genero-DDIMPORT-052994/

Capítulo 326

ENFERMEDAD PROFESIONAL DESARROLLADA TANTO EN PERSONAL SANITARIO COMO NO SANITARIO.

LORENZO GAYO GONZÁLEZ

1 Introducción

El síndrome del quemado, que se conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico, parece afectar en mayor o menor medida a un colectivo profesional importante. No hay un consenso global para la explicación de este síndrome de desgaste profesional.

Una de las teorías con más aceptación es la proporcionada por Maslach, en la que el síndrome estaría caracterizado por tres dimensiones interrelacionadas: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal

2 Objetivos

- Analizar la frecuencia de los casos y conocer los diferentes factores que intervienen en la aparición del síndrome.

3 Metodología

Se llevo a cabo una revisión sistemática de 3 centros hospitalarios, donde previamente se había pasado el cuestionario MBI a la mayor parte de personal sani-

tario y no sanitario posible y dispuesto a participar, y a su vez, el cuestionario SERVQHOS a una muestra aleatoria de personas que acuden en el presente o han acudido en el último año a uno de estos centros. Una vez pasados los cuestionarios recurrimos al análisis estadístico de los datos mediante el programa SPSS.

4 Resultados

La relación entre satisfacción laboral y desgaste profesional es estrecha. Bajos niveles de satisfacción se asociaron con altas puntuaciones en las escalas de cansancio emocional y despersonalización.

5 Discusión-Conclusión

Los administradores de recursos humanos en el ámbito de la sanidad deben ser conscientes de que la primera medida para evitar el síndrome de quemarse por el trabajo es formar al personal para conocer sus manifestaciones. Pero, además de considerar programas que impliquen la adquisición de conocimientos, los intentos de intervención deben incorporar otras acciones.

Las estrategias para la intervención deben contemplar tres niveles: a) Considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia (nivel individual); b) Potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales (nivel grupal); c) Eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome (nivel organizacional).

6 Bibliografía

- Gil-Monte, P. R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones,16(2):101-102.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.

Capítulo 327

CÓMO PUEDEN SER EVITADAS LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES POR LOS TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MARÍA BELEN CODINA GONZÁLEZ

ROSARIO MUÑIZ ESTRADA

DELIA MIRANDA MESA

MONTSERRAT GONZÁLEZ IGLESIAS

NOEMI VILLARES MARTIN

1 Introducción

Llamamos infección nosocomial o intrahospitalaria a la contraída por los pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud, que no solo abarca los hospitales. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), están incluidas las infecciones que no se han manifestado ni siquiera en periodos de incubación, que se adquieren durante su estancia y no son la causa del ingreso. También pueden ser las contraídas por los trabajadores, al estar expuestos a ellas (Olaechea, Insausti, Blanco y Luque, 2010).

Podemos decir que el contagio hospitalario es la adquisición, o propagación, de una enfermedad por varias causas, como: la insuficiente esterilización, la falta

de información del personal sobre el aislamiento, etc., poniendo en contacto, de forma involuntaria, microorganismos patógenos dentro de un recinto sanitario con los usuarios que en ese momento se encuentran en él (Pujol y Limón, 2013).

Aparte de esta definición generalizada, en el tema que nos ocupa caben otras expresiones que funcionan a modo de sinónimo, tales como: el contagio hospitalario, infección intrahospitalaria, infecciones relacionada con la asistencia…Como consecuencia de ello, se ha abierto la puerta a la "infección por gérmenes resistentes". Entre otras, cabe destacar las pseudomonas aeruginosas, una bacteria resistente a los antibióticos que se suele llamar "virus de quirófano" o "de hospital", y que es muy habitual en casos de contagio hospitalario. Suele afectar, en su mayoría, a los pacientes más graves y es motivo de ingreso en las unidades de cuidados intensivos.

Vienen asociadas a la resistencia a los antibióticos de uso común por la abusiva utilización de estos. Esta resistencia conlleva importantes repercusiones, tanto a los pacientes como al sistema sanitario, en cuanto a costes, brotes epidémicos y morbimortalidad (Fariñas-Álvarez, Teira-Cobo y Rodríguez-Cundín, 2010).

A lo largo del siglo XX, la mortalidad por estas infecciones disminuyó y, en consecuencia, se incrementó la esperanza de vida gracias a la aparición de antibióticos y a los avances en técnicas diagnósticas y terapéuticas medicoquirúrgicas (Baster-Campaña y Frómeta-Suárez, 2016).
En España, el EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales), es el primer sistema de vigilancia de estas infecciones desarrollado en nuestro país, que comenzó en 1990 y que realiza desde entonces cada año su estudio con la colaboración de hospitales y comunidades autónomas.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es identificar la prevalencia de las infecciones nosocomiales, así como los lugares donde más asiduamente aparecen las mismas. En segundo lugar, se encuentra detectar los factores de riesgo que las originan, así como las medidas a aplicar por el TCAE en su prevención.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: TCAE, auxiliar de enfermería, prevención, infección nosocomial, contagio, sanidad.

A través de estos tópicos, se encontraron 26 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 8 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 18 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar cinco más por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 13.

4 Resultados

Tras realizar una búsqueda bibliográfica, se encuentra que las áreas hospitalarias con mayor prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales son, sin duda, las unidades de cuidados intensivos, cuidados de larga estancia, áreas quirúrgicas y rehabilitación. Es decir, todas aquellas con pacientes vulnerables, graves o enfermos crónicos con complicaciones.

Así, se halla que, de forma habitual, las infecciones que están relacionadas con catéteres vasculares suponen un coste de 50.000€ y una estancia de 25 días; las infecciones quirúrgicas, 24.000€ y una estancia de hasta 17 días. Son también muy frecuentes las infecciones urinarias, cuyo coste puede ascender a 900€ y de 2 a 4 días de estancia, así como las respiratorias, que suponen unos 20.000€ y hasta 13 días de estancia hospitalaria.
En general, aproximadamente el 7% de los pacientes padece una infección adquirida en una estancia en el hospital, siendo el grupo de edad más afectado los varones de 65 años en adelante. Por otro lado, la mayor prevalencia de infecciones nosocomiales se produce en las unidades de críticos, seguida de centros terciarios y encontrándose en tercer lugar los hospitales.

En relación a los factores que predisponen al desarrollo de una infección nosocomial, se encuentran los siguientes:

• Factores intrínsecos: son los que dependen del paciente y condicionan el tipo de infección, su localización y su etiología. Los principales son la edad, la enfermedad base del paciente, algunas enfermedades crónicas y todo lo que conlleve al sistema inmunitario. Estos factores no son modificables, pero si se conocen permiten una actuación preventiva sobre el paciente.

• Factores extrínsecos: abarcan tanto las maniobras de diagnostico terapéuticas como el medio ambiente que rodea al paciente. De entre las más frecuentes, se encuentran las que están relacionadas con dispositivos médicos, como puede ser la ventilación mecánica, los catéteres vasculares o las sondas urinarias. Los profesionales sanitarios son una fuente importante de infección, pudiendo ser el reservorio de la infección y juegan un papel fundamental en la prevención y control de la misma.

Finalmente, acerca de las medidas que el TCAE puede implementar en la prevención de estas infecciones, se encuentras las siguientes:

• La higiene de manos es la medida más importante, muy efectiva para reducir el riesgo de transmisión de una persona a otra. Incluye el lavado con agua y jabón y el uso de soluciones hidroalcohólicas que no requieren agua. Su incumplimiento es un reto a nivel mundial. A lo largo de estos años, se han emitido diferentes campañas por parte de la OMS, para concienciar a la población de que "las manos limpias salvan vidas".

• El uso de guantes es otra medida de importancia, en concreto la segunda más importante como barrera protectora. Con ellos se reduce la probabilidad de que los microorganismos que están en las manos se transmitan a los pacientes al realizar procedimientos invasivos o cuidados que entren en contacto con membranas, mucosas o piel de los pacientes. Se debe de usar el tipo de guantes propios para cada procedimiento. El uso de los mismos no exime del lavado exhaustivo de manos.

• El uso de mascarillas que cubran la nariz y la boca, gafas o caretas. Se utilizarán durante los procedimientos y cuidados al paciente que puedan generar salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales.

• Batas para prevenir la contaminación de la ropa y proteger la exposición del personal.

• Asepsia en el material que usa el personal del hospital en los procedimientos con el paciente.

• Distribución, control y contacto con los pacientes que ya estén en la infección, aislándolos en dependencias separadas, sobre todo los afectados por Pseudomona

Aeruginosa y streptococus Aureus.
• Control estricto de los procedimientos invasivos que se realizan a los pacientes, como catéteres venosos, sondajes, cateterismos, etc.
• Asepsia impecable en las estancias donde se encuentran los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones intrahospitalarias alargan las estancias en los hospitales, elevan la morbimortalidad, y llevan a gastos económicos y humanos que repercuten en la población, para lo cual deberíamos evitar estas infecciones en nuestros centros hospitalarios. Una vez instaurada la infección debemos tratarla con antibióticos, que estén actualizados, consultados y vigilados, y teniendo en cuenta que igual que salen nuevos antibióticos al mercado también surgen patógenos mas resistentes a estos tratamientos.

Se llega a la conclusión de que hay estrategias para la reducción de infecciones nosocomiales, como la implantación generalizada de programas que potencian la cultura de la seguridad en los centros sanitarios y las campañas de higiene de manos, dirigidas a concienciar al personal sanitario y a los pacientes sobre el peligro de este tipo de infecciones, así como a establecer protocolos de higiene y desinfección que ayudan a minimizarlas. Campañas como el "Día Europeo para el uso Prudente de los Antibióticos", permiten informar a la ciudadanía y a los profesionales del uso responsable de los mismos

Otro factor muy importante, es el diseño arquitectónico de los centros hospitalarios, ya que hay estudios que avalan que el control de la distribución y calidad del aire, así como del agua en quirófanos y salas de cuidados intensivos, puede reducir considerablemente el número de agentes contaminantes de potencial riesgo e infeccioso, y también de resistencias que llegan hasta el paciente.

6 Bibliografía

- Baster Campaña, M. D. L. M., & Frómeta Suárez, I. (2016). Vigilancia de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Revista Cubana de Medicina, 55(3), 190-201.
- Fariñas-Álvarez, C., Teira-Cobo, R., & Rodríguez-Cundín, P. (2010). Infección

asociada a cuidados sanitarios (infección nosocomial). Medicine, 10(49), 3293-3300.
- Flores, V. E. A., González, D. J. G., Nizme, J. M. G., Custodio, A. G., Bautista, G. V. G., & Sabas, I. V. (2009). Nivel de conocimiento de los trabajadores de la salud sobre infecciones nosocomiales y su prevención. Enfermedades Infecciosas y Microbiología, 29(1), 20-28.
- Gómez, F. H. Á. (2012). El lavado de manos. Prevención de infecciones trasmisibles. Gaceta medica espirituana, 13(1), 8.
- Lisboa, T., & Rello, J. (2008). Prevención de infecciones nosocomiales: estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina intensiva, 32(5), 248-252.
- Olaechea, P. M., Insausti, J., Blanco, A., & Luque, P. (2010). Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Medicina intensiva, 34(4), 256-267.
- Palomar, M., Rodríguez, P., Nieto, M., & Sancho, S. (2010). Prevención de la infección nosocomial en pacientes críticos. Medicina intensiva, 34(8), 523-533.
- Perez Montoya, L. H., Zurita Villarroel, I. M., Pérez Rojas, N., Patiño Cabrera, N., & Calvimonte, O. R. (2010). Infecciones intrahospitalarias: agentes, manejo actual y prevención. Revista Científica Ciencia Médica, 13(2), 90-94.
- Pujol, M., & Limón, E. (2013). Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica, 31(2), 108-113.
- Santalla, A., López-Criado, M. S., Ruiz, M. D., Fernández-Parra, J., Gallo, J. L., & Montoya, F. (2007). Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia, 34(5), 189-196.

Capítulo 328

DISBIOSIS INTESTINAL

EUSEBIO NUÑEZ IBAÑEZ

VERÓNICA MENENDEZ VILLAMOR

LAURA MARIÑO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Es una alteración de nuestra micro biótica, actualmente muy común entre toda la población. Ocurre debido a la relación que guarda con otras enfermedades autoinmunes como, por ejemplo, la inflamación, las alergias, la obesidad y ciertos tipos de cáncer entre otros desequilibrios. El estilo de vida y la alimentación son claves para evitar y combatir la disbiosis intestinal.

Microbiota intestinal y sistema inmunitario.
Es el ecosistema constituido por microorganismos presentes en nuestro intestino, es un componente clave en nuestro sistema inmunológico.

El tejido linfoide asociado al intestino constituye la parte más compleja y extensa de nuestro sistema inmunitario, cuya acción defensiva es bastante potente. Además, en el intestino encontramos la mayor cantidad de células de nuestro organismo encargadas de producir anticuerpos, que son proteínas utilizadas por el sistema inmune para identificar y neutralizar los elementos patógenos que llegan a nuestro organismo.

Las enfermedades asociadas a una respuesta anormal de nuestro sistema inmunitario han aumentado de forma significativa en los últimos 50 años. Parece ser que

una de las principales causas de este aumento de prevalencia reside en nuestra Microbiota intestinal.

Nuestra comunidad microbiana intestinal se encuentra compuesta por bacterias que conviven de manera simbiótica, bien sea en relación de comensalismo o de mutualismo. Además, en este ecosistema también encontramos bacterias y otros microorganismos con potencial patógeno.

En el caso de una Microbiota normal saludable, toda esta población microbiana se encuentra en un correcto equilibrio, de forma que todos conviven en consonancia y realizando correctamente sus funciones.

Este complejo puede romperse, algo que es relativamente sencillo con el estilo de vida y alimentación actual, lo que da lugar a una Microbiota alterada, que se llama disbiosis. Que, explicada de una forma más sencilla y general, es una alteración en la estructura de la comunidad microbiana intestinal, que resulta anormal frente a lo que consideremos una Microbiota sana y diversa.

2 Objetivos

- Conocer y difundir las causas que lo provocan además de tener las alternativas que nos ayuden a fortalecer nuestro sistema inmune ya sea con hábitos alimenticios y hábitos saludables.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en buscadores científicos como Google académico, Scielo y en publicaciones como La Revista Española de Enfermedades Digestivas. He tratado de utilizar publicaciones no anteriores al año 2016 y como palabras clave he utilizado las siguientes; disbiosis, microbiota, prebióticos, metabolismo y nutrición.

4 Resultados

Se diferencian tres tipos de disbiosis intestinal.
1. Disbiosis intestinal por una mayor presencia de bacterias patógenas:
En nuestra Microbiota también residen microorganismos con potencial patógeno, pero cuando nuestra Microbiota se encuentra en un correcto equilibrio los mi-

croorganismos patógenos se mantienen bajo control, sin causar ningún problema.

Sin embargo, bajo determinadas circunstancias, se puede producir un sobre crecimiento de estas bacterias patógenas, siendo aquí cuando empiezan a surgir problemas. Concretamente lo que ocurre es que se produce una expansión de las porteobacterias, en particular las de la familia Enterobacteriaceae, entre las que se encuentra la E-Coli y la Shiegella, entre otros.

Se ha comprobado que aquellos que padecían colitis y enfermedad de Crohn tenían una Microbiota en la que existía mayor presencia de bacterias patógenas, algo que nos muestra la relación entre el desarrollo de las enfermedades autoinmunes y el estado de nuestra comunidad microbiana intestinal.

2. Disbiosis intestinal por pérdida de microorganismos beneficiosos:
Las bacterias beneficiosas que alberga nuestra Microbiota cumplen funciones muy relevantes, entre las que se encuentra la producción de ácidos grasos de cadena corta, como el butirato. Estos ácidos grasos ejercen una acción antinflamatoria y se estudian por su posible potencial en la prevención e incluso tratamiento de diversas enfermedades crónicas.
Los ácidos grasos de cadena corta producidos por nuestras bacterias beneficiosas intestinales suprimen la inflamación mediante la reducción de la migración y proliferación de las células inmunes, reducen también diferentes tipos de citoquinas y, además, actúan induciendo la apoptosis.

Nuestras bacterias intestinales beneficiosas, entre las que se encuentran las Bifidobacterias y los Lactobacillus, cumplen, además, otras muchas funciones aparte de la producción de ácidos grasos de cadena corta. Tener una adecuada presencia de Bifidobacterias en nuestra Microbiota influye positivamente en nuestro sistema inmunológico y, además, actúan combatiendo la inflamación y protegen nuestra barrera intestinal.

Sabiendo el efecto positivo que ejercen los microorganismos beneficiosos intestinales sobre nuestra salud, podemos entender por qué su pérdida puede afectarnos de forma negativa. Esta pérdida de microorganismos beneficiosos intestinales que nos conduce a una disbiosis intestinal, en la actualidad se encuentra provocada por los hábitos de vida y alimentación, los cuáles describiremos más adelante.

3. Disbiosis intestinal por pérdida de diversidad microbiana:

Cuanto mayor sea la diversidad de microorganismos que resida en nuestra Microbiota, mejor se encontrará esta, al igual que nuestra salud en general. El conjunto de estudios realizados al respecto viene a concluir que una mayor diversidad microbiana intestinal se traduce en más beneficios para el huésped que seriamos nosotros. De hecho, se ha demostrado que los niños con menor diversidad microbiana intestinal presentan una mayor susceptibilidad a sufrir alergias y asma.

5 Discusión-Conclusión

Cómo afecta a nuestra salud la disbiosis intestinal.
Tener alterada la Microbiota intestinal supone un problema para nuestra salud, ya que nuestro sistema inmune se encontrará más débil, nuestra barrera intestinal se encontrará menos protegida y, además, produciremos menos ácidos grasos de cadena corta (los cuales parecen jugar un papel bastante interesante en la prevención de diversas patologías crónicas). Además, si nuestra Microbiota se encuentra alterada, nuestra salud metabólica también empeorará.

Es decir, la alteración del equilibrio de nuestra Microbiota se traduce en un empeoramiento de nuestra salud y por lo tanto, en un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas. De hecho, la disbiosis intestinal se encuentra asociada a diversos desórdenes, entre los que se encuentra la diabetes, la obesidad, diferentes tipos de cáncer, alergias, síndrome metabólico, así como la enfermedad inflamatoria intestinal.

Nuestros hábitos juegan un papel fundamental tanto en la prevención como en el transcurso del tratamiento, ya que existe una amplia evidencia científica demostrando como la alimentación y los hábitos de vida resultan esenciales para que exista un correcto equilibrio en nuestra Microbiota.

Principales causas de la disbiosis intestinal.
Antibióticos:
Cuando son necesarios, salvan vidas. Pero hay que tomarlos cuando verdaderamente haga falta. Entre los principales problemas que ocasiona el mal uso de los antibióticos no sólo se encuentra la alteración de la Microbiota intestinal, sino también la resistencia que nuestras bacterias generan hacia ellos.

El aumento de resistencia a los antibióticos también viene derivado del uso en la ganadería. Actualmente, la carne que se toma viene de animales a los que les ha administrado antibióticos.

Sin embargo, debemos de ser conscientes de que buena parte de las infecciones se pueden prevenir, y no solo mediante una correcta higiene, sino también con una alimentación saludable y unos buenos hábitos, que mantengan sana y fuerte a nuestra Microbiota intestinal.

Alimentación alta en proteína de origen animal.
Se ha demostrado que la elevada ingesta de proteína animal, especialmente la que proviene de carne roja y carne procesada, puede deteriorar el estado de nuestra Microbiota y aumentar el riesgo de cáncer colorrectal.

Baja ingesta de verduras y frutas.
Las frutas y verduras deben constituir el elemento más abundante de nuestra alimentación. En cada comida del día, las frutas y las verduras deben ser las protagonistas. Son la mejor fuente de compuestos bioactivos con acción antioxidante, como los flavonoides, entre los que se encuentran las catequinas, la quercetina, las antocianinas y la rutina, entre otros; además, también son una excelente fuente de carotenoides (betacaroteno, luteína, licopeno…) y otros polifenoles como el ácido elágico.
El bajo consumo de frutas y verduras no resultará positivo para nuestra Microbiota intestinal, ya que no obtendremos los beneficios mencionados.

Baja ingesta de fibra.
Las mejores fuentes de fibra son los alimentos de origen vegetal sin procesar (o mínimamente procesados): las verduras y hortalizas (brócoli, calabaza, tomates, alcachofas, espinacas, etc.), las frutas enteras (no en zumo), las legumbres (lentejas, garbanzos, alubias, guisantes), los granos integrales (copos de avena integral, el trigo sarraceno, quinoa y el arroz integral son los más recomendables), los frutos secos naturales (sin sal, ni fritos ni tostados) y también las semillas oleaginosas como las de lino y las de calabaza. La fibra juega un papel fundamental en nuestra Microbiota, en concreto la fibra fermentable, ya que ejerce una acción prebiótica.

Obesidad y sobrepeso
Se ha demostrado que las personas con un exceso de peso presentan una Microbiota alterada, por lo que mantener un peso saludable resulta también clave para evitar la disbiosis intestinal. La disbiosis intestinal también puede provocar un desequilibrio de la homeostasis energética, lo cual puede conducir a la ganancia de peso y la obesidad.

Alimentos y hábitos para evitar la disbiosis intestinal.

- Alimentación basada en alimentos de origen vegetal e integral: que nuestra alimentación esté mayoritariamente compuesta por frutas y verduras, seguida de legumbres, frutos secos naturales, granos enteros, tubérculos y semillas es una de las mejores formas de cuidar de nuestra Microbiota.
- Limitar el consumo de proteína de origen animal: podemos obtener todas nuestras proteínas de alimentos de origen vegetal, pero, si se desean consumir también proteínas de origen animal, esto se debe hacer con especial moderación, intentando que no representen más de un 10% de nuestra dieta total.
- Consumir alimentos prebióticos: los alimentos de origen vegetal e integral, como los mencionados anteriormente, son la mejor fuente de fibras fermentables con acción prebiótica. Aunque es cierto que en este grupo podemos destacar a una serie de vegetales que presentan una riqueza especial de este tipo de fibra: o Manzana cocinada: bien sea asada o en forma de compota (sin azúcar y casera) constituye una excelente fuente de pectina. Cuando la manzana se cocina, la pectina se absorbe mejor. o Los boniatos, las patatas y las legumbres cocinados y enfriados durante 24 horas en el frigorífico. o Plátano verde, que es muy rico también en almidón resistente. o Copos de avena cocinados en forma de porridge, que resulta muy rico en betaglucanos. Así como las setas. o Semillas de lino, molidas o remojadas: son especialmente ricas en mucílagos. o Cebollas, alcachofas, espárragos, ajo y puerro: riquísimos en fructanos.
- Consumir alimentos fermentados que contengan microrganismos vivos con acción probiótica: chucrut y pickles caseros, vinagre de manzana crudo, sin pasteurizar, miso sin pasteurizar, yogur y kéfir de cabra (preferiblemente ecológico).
- Consumir grasas de buena calidad: el aceite de oliva virgen extra consumido en crudo, el aguacate, las nueces y demás frutos secos crudos, así como las semillas oleaginosas (lino, sésamo, calabaza, girasol), presentan un perfil lipídico excelente.
- Cocinar los alimentos de forma saludable: el vapor, el escaldado, los salteados y guisos a fuego lento son las mejores opciones. De esa forma vamos a aprovechar mucho mejor los fitoquímicos con acción antioxidante presentes en los vegetales.
- Evitar el estrés, el tabaco, el alcohol y el sedentarismo. Se ha comprobado que la práctica habitual de ejercicio físico influye de una forma positiva sobre nuestra Microbiota intestinal.

6 Bibliografía

1. Petersen, C., & Round, J. L. (2014). Defining dysbiosis and its influence on host immunity and disease. Cellular microbiology, 16(7), 1024-1033.

2. McNabney, S., & Henagan, T. (2017). Short chain fatty acids in the colon and peripheral tissues: a focus on butyrate, colon cáncer, obesity and insulin resistance. Nutrients, 9(12), 1348.
3. Ohira, H., Tsutsui, W., & Fujioka, Y. (2017). Are short chain fatty acids in gut microbiota defensive players for inflammation and atherosclerosis?. Journal of atherosclerosis and thrombosis, 24(7), 660-672.
4. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/resistencia-a-los-antibi%C3%B3ticos
5. Yang, J., & Yu, J. (2018). The association of diet, gut microbiota and colorectal cáncer: what we eat may imply what we get. Protein & cell, 9, 474-487.
6. Tuan, J., & Chen, Y. X. (2016). Dietary and lifestyle factors associated with colorectal cáncer risk and interactions with microbiota: fiber, red or processed meat and alcoholic drinks. Gastrointestinal tumors, 3(1), 17-24.
7. Bovalino, S., Charleson, G., & Szoeke, C. (2016). The impact of red and processed meat consumption on cardiovascular disease risk in women. Nutrition, 32(3), 349-354.
8. Wolk, A. (2017). Potential health hazards of eating red meat. Journal of internal medicine, 281(2), 106-122.
9. Bultman, S. J. (2016, February). The microbiome and its potential as a cáncer preventive intervention. In Seminars in oncology (Vol. 43, No. 1, pp. 97-106). WB Saunders.
10. Farvid, M. S., Eliassen, A. H., Cho, E., Liao, X., Chen, W. Y., & Willett, W. C. (2016). Dietary fiber intake in young adults and breast cáncer risk. Pediatrics, 137(3), e20151226.
11. McRae, M. P. (2018). The Benefits of Dietary Fiber Intake on Reducing the Risk of Cáncer: An Umbrella Review of Meta-analyses. Journal of chiropractic medicine, 17(2), 90-96.
12. McRae, M. P. (2018). Dietary Fiber Intake and Type 2 Diabetes Mellitus: An Umbrella Review of Meta-analyses. Journal of chiropractic medicine, 17(1), 44-53.
13. McRae, M. P. (2017). Dietary fiber is beneficial for the prevention of cardiovascular disease: an umbrella review of meta-analyses. Journal of chiropractic medicine, 16(4), 289-299.
14. Prasad, K. N., & Bondy, S. C. (2018). Dietary Fibers and Their Fermented Short-Chain Fatty Acids in Prevention of Human Diseases. Mechanisms of ageing and development.
15. Dahiya, D. K., Puniya, M., Shandilya, U. K., Dhewa, T., Kumar, N., Kumar, S., ... & Shukla, P. (2017). Gut microbiota modulation and its relationship with obesity using prebiotic fibers and probiotics: a review. Frontiers in microbiology, 8, 563.

16. Lamuel-Raventos, R. M., & Onge, M. P. S. (2017). Prebiotic nut compounds and human microbiota. Critical reviews in food science and nutrition, 57(14), 3154-3163.
17. Cerdá, B., Pérez, M., Pérez-Santiago, J. D., Tornero-Aguilera, J. F., González-Soltero, R., & Larrosa, M. (2016). Gut microbiota modification: ¿another piece in the puzzle of the benefits of physical exercise in health? Frontiers in physiology, 7, 51.
18. De la flora intestinal al microbioma. Juan-J. Sebastián-Domingo ; Clara Sánchez-Sánchez .
19. "Probióticos: más allá de la salud intestinal". David Manrique Vergara , Irene Carreras Ferrer , Enrique Ortega Annló, María Eugenia González Sánchez.
20. "Influencia de la microbiota intestinal en la regulación del sistema inmune" Alba Arroyo del Moral.
21. "Microbiota intestinal y diabetes". Antonio Beltrán Martín. de SOUZA, MVO y FERNANDES, LAB (2015). Nutrición funcional aplicada en disbiosis intestinal. En Anais-UNIC-Scientific Initiation Congress-UNIFEV (pp.397-398). (Vol. 1), Votuporanga.
22. Ferreira, GS (2014). Disbiosis intestinal: aplicabilidad de prebióticos y probióticos en la recuperación y mantenimiento de la microbiota intestinal (Monografía). Centro de la Universidad Luterana de Palmas, Palmas.
23. Vieira, CR (2016). Efecto del enfoque nutricional y el uso de probióticos en el tratamiento de la disbiosis (monografía). Universidad Cruzeiro do Sul, São Paulo.
24. Weiss, GA y Hennet, T. (2017). Mecanismos y consecuencias de la disbiosis intestinal. Cellular and Molecular Life Sciences, 74 (16), 2959–2977.

Capítulo 329

GUÍA SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

VERÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ

ELVIRA LORENZO PRENDES

CRISTINA PELAEZ BANIELA

1 Introducción

La alimentación complementaria (AC) consiste en ofrecer al niño otros alimentos distintos a la leche materna, o fórmula de inicio, cuando ésta deja de ser suficiente para satisfacer todas sus necesidades nutricionales.

Se dará siempre como suplemento a la leche y no como sustituto.

Esta alimentación complementaria:
- Aporta energía y los nutrientes necesarios para el desarrollo y crecimiento del niño.
- Contribuye con el desarrollo del aparato digestivo.
- Crea hábitos de alimentación saludables desde la niñez, evitando que se establezcan hábitos poco saludables que serán difíciles de cambiar con el paso del tiempo.
- Estimula el desarrollo neuronal y sensorial del niño a la vez que lo integra en la dieta familiar.

2 Objetivos

- Ofrecer información útil sobre la guía de información complementaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

-La AEP (Asociación Española de Pediatría) considera que el niño está preparado para iniciar la AC cuando adquiere la destreza psicomotora q permite manejar y tragar de forma segura los alimentos, esto suele ocurrir al rededor de los 6 meses. También se considera que a partir de esta edad su organismo ha madurado tanto a nivel neurológico, como intestinal, renal e inmune.

Además, el niño debe:
- Mantener la postura sentada con apoyo.
- Haber perdido el reflejo de extrusión.
- Jamás se debe hacer antes del 4° mes por riesgo de:
Atragantamiento.
Gastroenteritis.
Sustitución de tomas por alimentos menos nutritivos.
Destete.
- Tampoco se debe alargar más allá de los 6 meses de edad por riesgo a:
Alergias e intolerancias alimentarias.
Carencias nutricionales.
No aceptación de nuevas texturas y sabores.
- Se debe ofrecer, sobretodo, alimentos ricos en hierro. Se introducirán de uno en uno, dejando pasar unos días entre ellos para comprobar la tolerancia y favorecer la aceptación. No se debe añadir sal, azúcar ni edulcorantes.
- La fruta se ofrecerá triturada, chafada o en trozos, variando según la edad del niño. Los zumos de frutas no ofrecen ningún beneficio nutricional respecto a la fruta entera, además aumentan el riesgo de caries y de sobrepeso.
- Se recomienda evitar durante el primer año las verduras de hoja verde debido a su alto contenido en nitritos (acelgas, espinacas, etc.).

- Los cereales serán preferiblente integrales. Se comenzará por los que no contienen gluten.
- Es importante el consumo diario de carnes, huevos y legumbres.
- Evitar el consumo de pescados de gran tamaño (cazón, emperado, atún…) por la posibilidad de contaminantes.
- En el caso de fórmulas de inicio a los 6 meses de edad se aconseja el cambio a formula de continuación.

5 Discusión-Conclusión

La AC comienza cuando la lactancia materna exclusiva (o fórmula de inicio) ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales que garantizan un crecimiento sostenido, siendo necesario añadir otros alimentos mientas se continúa con la lactancia.

Hasta los 12 meses la leche seguirá siendo el alimento principal del niño, complementado con otros, que sobretodo, sean ricos en hierro.

Se debe brindar una alimentación variada, teniendo en cuenta que las porciones y la textura en que se ofrece (triturada, aplastada, en trozos, etc.) será acorde con la edad del niño.

6 Bibliografía

- ”Recomendaciones de la AEP sobre alimentación complementaria” Elaborado por los Comités de Lactancia Materna y Nutrición de la AEP.
- ”Alimentación infantil” Comunidad de Madrid. Información de 6 a 12 meses y de 1 a 3 años. Menús de ejemplo. Información de la frecuencia de alimentos recomendados.
- ”Recomendación para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años)” Agencia de Salud Pública de la Genetalitat de Catalunya.
- www.mipediatraonline.com.
- www.luciamipediatra.com.

Capítulo 330

EL ENVEJECIMIENTO PARA TCAE

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS

1 Introducción

El envejecimiento es un fenómeno natural dentro del ciclo vital; un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento. Abarca todos los aspectos de la vida, de modo que su estudio no puede limitarse a una sola disciplina.

2 Objetivos

Dar a conocer al TCAE información importante sobre el envejecimiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

Actualmente, la situación demográfica de nuestra sociedad está definida por la característica de su envejecimiento, que condiciona la realidad social, económica,

sanitaria, cultural, etc. En España se ha invertido la relación entre jóvenes y mayores de 65 años, que siempre había sido favorable a los jóvenes. En el año 2009 el número de nacimientos fue menor que en 1976.

Esta disminución de la natalidad española, que comenzó en 1975, produce hoy una pirámide de población con la base cada vez más estrecha (transformación de la pirámide en pilar). A la par, ha ido aumentando la esperanza de vida (84 años en la mujer y 78 en los hombres). Esto determina el gran crecimiento de la población anciana respecto del total.

Según una prospectiva de la Organización de Naciones Unidas (ONU), se estima que España será el país «más viejo del mundo» en el año 2050 y que en él, la longevidad y la caída de la fertilidad serán muy notorias, de forma semejante a otros países como Japón, Italia y Alemania. La adquisición de conocimientos acerca de los ancianos y su atención adecuada e integral solo puede lograrse mediante el esfuerzo de un equipo multidisciplinar, compuesto por profesionales de muchos campos: geriatras, gerontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales.

5 Discusión-Conclusión

Existe la necesidad de que todo el personal que atienda a los ancianos tenga una formación adecuada y sepa combinar los conocimientos, la experiencia y los recursos necesarios para lograr el objetivo último de la asistencia de los ancianos: el fomento, la conservación y el restablecimiento de la independencia y la salud.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf
- https://www.redalyc.org/pdf/112/11201908.pdf
- http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-envejecerespania-01.pdf
- https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf

Capítulo 331

INCONTINENCIA Y RETENCIÓN URINARIA

NOELIA PELÁEZ SANFIZ

1 Introducción

La incontinencia urinaria es uno de los grandes síndromes geriátricos. Grace y Cordts estiman que entre un 15 y un 30% de los ancianos que residen en la comunidad y hasta un 50% de los que están institucionalizados tienen este problema, siendo el 50% más frecuente en mujeres que en hombres. Algunos estudios realizados en gemelos incluso apuntan a que existe un componente genético sobre todo en la incontinencia de esfuerzo. Es una causa importante de incapacidad y dependencia en las personas de edad avanzada. Afecta no solo a la salud física del anciano, a su estado psicológico y a las relaciones sociofamiliares, sino que además acarrean un importante costo a la sociedad.

La incontinencia es un grave problema que se debe tratar siempre a fin de obtener resultados ya sean curativos o bien paliativos. Esta es una función básica que se adquiere en la infancia a partir de los 2-3 años y que debe mantenerse hasta las edades más avanzadas, en ausencia de una serie de procesos patológicos. Con el paso del tiempo existen una serie de cambios fisiológicos que hacen más vulnerable al anciano en el tema de la continencia. Algunos de estos cambios son:
- Vejiga.
- Uretra.
- Próstata.
- Suelo pélvico.

Pero además de los cambios fisiológicos la incontinencia se ve alterada cuando el anciano toma distintos fármacos entre los que podemos destacar:
- Diuréticos.
- Opiáceos.
- Anticolinérgicos (atropina, escopolamina, ipratropio).
- Antidepresivos.
- Calcioantagonistas e inhibidores de la encima convertidora de angiotensina.

2 Objetivos

- Proporcionar intimidad para la micción.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Facilitar ayudas para la deambulación: bastones, andadores, pasamanos en los pasillos.
- Adaptación del retrete. La altura mínima será de 45 cm y se colocarán elevadores si fuese preciso (por ejemplo pacientes intervenidos con prótesis de cadera).
- Facilitar el aseo de la zona genital después de la evacuación.
- Iluminar adecuadamente las estancias por las que deambula el anciano, incluido el baño.
- Utilizar camas no muy altas.
- Proporcionar ropa cómoda con cierres de velcro que facilite la eliminación
- Redistribuir la ingesta de líquidos al final del día.
- Facilitar la evacuación cada 2-4 horas.
- Proporcionar, en caso de ancianos encamados, que la cuña/botella debe estar accesible.
- Motivar al anciano y a su familia/cuidadores.

3 Metodología

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

4 Resultados

La incontinencia urinaria, según la Sociedad Internacional de Continencia, se produce cuando existe una pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, independientemente de la frecuencia y la cantidad. Varía desde episodios ocasionales de goteo a una incontinencia continua que puede ir incluso acompañada de incontinencia fecal. Hay varios tipos de incontinencia:

1. Incontinencia aguda o transitoria: la incontinencia urinaria aguda tiene un inicio brusco de evolución no superior a cuatro semanas, que suele coincidir con una enfermedad aguda y el tratamiento de la misma. Entre las causas más frecuentes encontramos: infección del tracto urinario, insuficiencia cardiaca, poliuria provocada por fármacos, impactación fecal, inmovilidad por cirugía, ictus, cuadros confusionales y barreras arquitectónicas.

2. Incontinencia crónica, establecida o persistente. Es aquella incontinencia que no se relaciona con procesos agudos, de tiempo superior a cuatro semanas. Existe distintos tipos y las causas que la originan son variadas.

3. Incontinencia urinaria de esfuerzo o estrés: consiste en la emisión de orina, habitualmente en pequeñas cantidades, producida por un aumento de la presión abdominal, por ejemplo al reírse, toser, estornudar, etc. Es la más común en el sexo femenino si ha habido múltiples partos y/o en la posmenopausia. Se produce como consecuencia de la debilidad del suelo pélvico o por la incompentencia del esfínter uretral externo, debido a intervención quirúrgica prostática. Suele aparecer durante el día y desaparece por la noche. Los ancianos refieren tener que cruzar las piernas cuando se ríen o tosen.

4. Incontinencia urinaria de urgencia: también se denomina hiperactividad vesical. Es la que se presenta con mayor frecuencia en el anciano. La cantidad de pérdida va de moderada a abundante. Se manifiesta como unas ganas intensas de orinar (urgencia miccional), pero no existe capacidad de poder retrasar la micción y el anciano es incapaz de llegar al retrete.
Se produce por una hiperactividad del músculo detrusor de la vejiga que se contrae de forma involuntaria. Esta situación suele ser debida a una lesión en el sistema nervioso central en casos de ictus, parkinson, hidrocefalia, tumor cerebral o bien a alteraciones en el tracto urinario en presencia de litiasis, divertículos , carcinomas, problemas prostáticos, etc.

Las pérdidas se presentan tanto de día como de noche y pueden aparecer aso-

ciados a disuria (escozor al orinar) o polaquiuria (exceso de orina en horas). En ocasiones también aparecen al realizar esfuerzos pero la pérdida no se produce en el momento de realizarlos sino a posteriori.

5. Incontinencia urinaria por rebosamiento: se define como la pérdida de orina debido a una sobredistención de la vejiga. La cantidad de orina emitida es pequeño pero muy frecuente. El anciano refiere dificultad para iniciar la micción con chorro de poca potencia, lento, entrecortado y con goteo postmiccional. Se manifiesta cuando la vejiga no se evacua bien debido a una obstrucción mecánica (alteraciones en la próstata, estenosis uretral, impactación fecal, etc.) mala contracción de la vejiga (diabetes, fármacos anticolinérgicos, etc.) o por una disinergia vesicoesfinteriana (esclerosis múltiple, lesiones medulares).
En estas circunstancias, la vejiga se distiende, la presión intravesical aumenta y una vez superada la resistencia a la salida se produce la emisión de orina. Su no resolución puede tener complicaciones graves como una hidronefrosis. Las micciones suelen ser escasas y se producen tanto de día como de noche. El volumen postmiccional es mayor de ml.

6. Incontinencia urinaria funcional: es la pérdida de emisión de forma voluntaria a la imposibilidad de acudir al retrete o utilizar cuña o botella. Entre las causas más frecuentes están las barreras arquitectónicas, la pérdida de capacidad funcional (por ejemplo fractura de cadera, artritis, etc.) o el deterioro cognitivo. En ocasiones su diagnóstico no es fácil, si bien una incontinencia de este tipo el volumen residual es muy escaso, no hay urgencia miccional y no se presenta cuando se realizan esfuerzos.

5 Discusión-Conclusión

Para que una persona sea continente hay que:
- Estar motivado.
- Tener un almacenamiento y un vaciamiento adecuado del tracto urinario inferior.
- Capacidad cognitiva para recibir e interpretar el mensaje de la micción.
- Tener la habilidad suficiente para llegar al inodoro.
- No tener barreras arquitectónicas.

La incontinencia puede provocar importantes repercusiones del tipo:
- Médico (úlceras, caídas, infecciones, sepsis).
- Psicológico (ansiedad, pérdida de autoestima, dependencia).

- Social (predisposición a la institucionalización, incremento de necesidad de recursos y riesgo institucionalización).
- Económico (ropa, absorbentes, cremas productos barrera, dispositivos, necesidad de cuidadores).

Las causas de la incontinencia pueden ser debidas a cambios fisiológicos y/o fármacos. Los tipos de incontinencia son:

- Aguda o transitoria.
- Crónica, establecida o persistente.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo o estrés.
- Incontinencia urinaria de urgencia.
- Incontinencia urinaria por rebosamiento.
- Incontinencia urinaria funcional.

El diagnóstico de la incontinencia urinaria requiere de una evaluación individualizada del anciano, una exploración física y un análisis de sangre y orina. A partir del mismo ya se puede iniciar el tratamiento en cuenta también el tipo de incontinencia. Ante un anciano con incontinencia urinaria el médico ha de realizar una evaluación del problema, de forma totalmente individualizada, con el fin de poder identificar correctamente su etiología y posteriormente indicar el tratamiento idóneo. Para comenzar el estudio es muy útil realizar un registro durante al menos horas en el que se anoten las cantidades de líquido ingerido, el número de micciones voluntarias y su volumen y el número de escapes, así como la cantidad de absorbentes utilizados.

Es muy importante también comprobar el volumen de orina residual postmiccional (cantidad de orina que queda en la vejiga inmediatamente después de orinar) ya que un volumen superior a ccb sería indicativo de una incontinencia por rebosamiento. Es la primera consulta, es preciso completarla con una analítica en sangre y orina para detectar o descartar entre otras, alteraciones de la función renal e infecciones. Si bien la aparición de la incontinencia en ocasiones es inevitables, el profesional sanitario debe intentar al menos retrasar su aparición y conservar la calidad de vida de la persona de edad avanzada.

Para poder actuar obtener resultados positivos es imprescindible que el anciano al que van dirigidas las distintas medidas sea conocedor de las mismas. Se le explicará con detalle todo lo que debe hacer y se reforzará positivamente todos sus logros, evitando el desanimó y el abandono. Las medidas a adoptar que se le recomendarán son:

- Restrinción del aporte de líquidos unas horas antes de acostarse. Por lo general

un aporte de litro y medio al día es recomendable (salvo contraindicación médica) y este debe ser repartido desde que se levanta el anciano hasta unas dos horas antes de irse a dormir por la noche.
- Tanto el alcohol como la cafeína son irritantes vesicales. Su uso debe estar restringido.
- Es conveniente revisar los fármacos que toma y siempre que sea posible la toma de medicamentos que favorecen la eliminación de líquidos (diuréticos) deberá hacerse a primera hora de la mañana.
- El baño o los recipientes necesarios deben estar accesibles.
- Debe realizar entrenamiento vesical y pautas de vaciamiento con el fin de evitar las micciones de escaso volumen y espaciar la visita nocturna al inodoro.
- Realización de ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica. Este punto resulta controvertido, distintos especialistas ponen en duda su eficacia en edades avanzadas, si bien las recomiendan en los postpartos y en el periodo postmenopaúsico.

Con estas sencillas medidas se pretende prevenir o disminuir los episodios de incontinencia y con ello todos aquellos problemas que acarrea la incontinencia en el anciano. La incontinencia no es un problema que impida hacer vida normal, llegando a la curación total en muchos casos, para ello es necesaria una buena información y educación, tanto del paciente como de la familia. Nuestra única finalidad es suplir esta falta de información basándonos en nuestra propia experiencia técnico-práctica, para que, tanto el paciente como el equipo de enfermería sepan enfrentarse adecuadamente a cada situación.

6 Bibliografía

1. ANDRADE, M.T.; GÓMEZ M.; FERNÁNDEZ, P.: Educación para la salud en el ámbito gerontológico, Madrid: Escuela de ciencias de la salud 2012.
2. GALLO,J.; GARCÍA, M.; MEDINA, F.: Anciano enfermo. Enfermería geriátrica y gerontológica, Madrid: Enfo ediciones 2010.
3. CASTANEDO PFEIFFER C,; GARCÍA HERNÁNDEZ, M: Guía de intervención rápida de enfermería geriátrica. Sociedad Española de Enfermería geriátrica y gerontológica.
4. CRUZ,A.J.. Evaluación geriátrica exhaustiva, en RIBERA,J.M., CRUZ, A.J: Geriátrica en atención primaria, Madrid: Grupo Aula Médica,2002
5. TORRES, M.P.: Aspectos generales de la valoración en los ancianos, en temas de enfermería gerontológica. Sociedad Española de Enfermería geriátrica y geron-

tológica, Logroño .

Capítulo 332

LA HIGIENE DEL POLITRAUMA

ELISA FERNÁNDEZ GARCIA

CRISTINA MARIA CASTROAGUDIN CIFUENTES

ENRIQUE ESTRADA SUCO

DIANA MARIA GARCÍA SANCHEZ

MARIA PAZ SUAREZ GARCIA

1 Introducción

Son multiples los cuidados a realizar en los casos de politraumas perobuno del más esencial que se necesita realizar diariamente es la higiene personal de la persona.

2 Objetivos

Determinar los cuidados a tener en cuenta, y la forma más adecuada de realizarlos

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los pacientes con un politrauma importante en ocasiones necesitan unos cuidados extras como es estar inmovilizado de forma permanente,por ello es importante realizar las tecnicas con minucioso cuidado, uno de los más complicados es el aseo diario que se debera realizar con una técnica llamada o conocida coloquialmente como aseo en bandeja.

Este aseo consiste en realizarlo en plano ,utilizando, unas bandas anchas que están colocadas de lado a lado desde la coronilla has los tobillos, después en cada lateral del cuerpo coloca una superficie plana con varias hebillas, con barras encima de la cabeza y debajo de los pies que se engancharon con las súperficies laterales y que serán sometidas por dichas hebillas las bandas anchas poniéndolas extensas., así podremos realizar de forma hergida y recta el aseo y por la parte delantera y la zona de la espalda ,ya que con una grúa será elevada hacia arriba de forma recta, por lo que además podremos cambiar las sábanas.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con estos cuidados en el aseo evitaremos producir más lesiones que compliquen las lesiones que ya padecen.

6 Bibliografía

- medlineplus.inst
- salud.es
- Dialmet.es
- www.researchgate.net

Capítulo 333

ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL SANITARIO.

MARIA ELIDIA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Una causa importante de mortalidad en todo el mundo son las infecciones que están asociadas al medio sanitario, y que suponen un problema de magnitud considerable para la seguridad del paciente. Está demostrada que una de las medidas más eficaces para evitar las anteriormente citadas infecciones, es la esterilización del material sanitario en general, y sobre todo, del que entra en contacto con cavidades del paciente, con mucosa o con la propia piel.

Se considera, por tanto, que una inadecuada práctica del proceso de esterilización del material sanitario, puede conllevar riesgos, no sólo para el paciente, por las infecciones que le puede provocar, y que derivan en el aumento del gasto farmacéutico, sino para los instrumentos y equipos utilizados, por el posible deterioro que se le puede ocasionar, provocando de ésta manera también una repercusión a nivel económico. La esterilización es la técnica de saneamiento que se encarga de la destrucción de cualquier tipo de microorganismo (patógeno, no patógeno, saprófito y esporas).

La esterilización se aplica sobre objetos y material inerte. El proceso de esterilización dará como consecuencia la obtención de un producto o material libre de microorganismos viables. Este proceso debe ser planteado, diseñado, dado como válido y llevado a cabo para asegurar que puede eliminar la carga microbiana del

material. Para garantizar la esterilidad del material no sólo valdrá con los procesos anteriormente mencionados sino que dependerá de más factores ,entre ellos, y de una importancia considerable, del posterior almacenaje del material estéril.

Para la minimizar la carga microbiana que pueda existir en el material, antes de la esterilización, se realizará de forma prioritaria una correcta limpieza y la desinfección, ésta última puede ser de varios tipos: de alto, medio o bajo nivel.
La esterilización de un material se lleva a cabo a través de determinados agentes que van a combatir la carga microbiana que contenga dicho material. El éxito de la esterilización va a venir marcado por la dosis esterilizante empleada, que va a depender de: la naturaleza del agente esterilizante, del tiempo de contacto o exposición, de la resistencia del microorganismos al agente, y de la carga microbiana inicial presente en el material.

Se puede decir que la limpieza, desinfección y ESTERILIZACIÓN del material sanitario, junto con la higiene de manos, están entre las medidas más eficaces en la prevención de infecciones.

2 Objetivos

- Destruir agentes microbianos que puedan existir en los objetos y material a esterilizar, gracias a los distintos métodos de esterilización utilizados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: :esterilización, material sanitario, infección.

4 Resultados

La esterilización es una técnica que comprende procedimientos mecánicos, físicos y químicos de descontaminación. Durante la aplicación de la misma se de-

struyen todo tipo de microorganismos y esporas existentes en los objetos, consiguiendo de esta forma un instrumental muy seguro para la siguiente utilización.

Se considera que un producto crítico es estéril cuando la probabilidad de que un microorganismo esté presente en forma activa o latente es igual o menor a 1 entre 1000000. Para asegurar la correcta esterilización después de todo el proceso se emplean una serie de pruebas e indicadores de origen físico, químico y biológico, que garantizarán la esterilización.

Antes de proceder a esterilizar el material séptico o contaminado éste debe de ser sometido a procedimientos de limpieza. Además, y por principio, se entiende que todo objeto esterilizado está desinfectado. Cuando un objeto está esterilizado se dice que es aséptico.

5 Discusión-Conclusión

La esterilización debe de ser un método seguro, en el que si se logra un control integral a lo largo de todas las fases del proceso se garantizará la posterior utilización del material de forma eficaz y eficiente, permitiendo de forma prioritaria la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 334

PERSONAL SANITARIO: RIESGOS LABORALES Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

PETRA GIL CARMONA

1 Introducción

El entorno sanitario constituye un medio adecuado para que se produzcan una serie de enfermedades relacionadas con el trabajo, debido a la repercusión que este tiene sobre los profesionales sanitarios. La salud laboral es la actividad que tiene como finalidad, prevenir cualquier daño para la salud de los trabajadores causado por las condiciones de su trabajo.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos laborales más frecuentes en el ámbito sanitario y establecer una serie de medidas preventivas para minimizar dichos riesgos.

3 Metodología

Teniendo en cuenta las palabras clave: riesgo laboral, prevención, salud laboral, etc. se llevó a cabo una revisión bibliográfica realizando una búsqueda de datos (base de datos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo).

4 Resultados

Se trataría de evitar la incidencia de:
- Lesiones o enfermedades debidas a posturas nocivas (síndrome cervical, tendinitis, lumbalgias, etc.).
- Riesgos biológicos (trasmisión de enfermedades infecciosas: hepatitis, tuberculosis, VIH, etc.)
- Riesgos psicológicos (estrés, depresión, etc.).
- La medicina preventiva se encargaría de evitar dichos riesgos mediante la aplicación de medidas de higiene personal y ambiental (evitar posturas forzadas, control de la temperatura, ruido en el lugar de trabajo).
- Programas de educación sanitaria (cursos sobre recogida y tratamiento de residuos, etc.) y terapias de relajación, desconexión, etc.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de medicina preventiva debe fomentar el bienestar físico, mental y social del trabajador y prevenir cualquier daño causado por las condiciones de su trabajo. Garantizar la seguridad de los trabajadores, repercute directamente en el bienestar de los pacientes y por tanto en el buen funcionamiento de las instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

- Piedrola Gil. Y cole. (2008) Medicina preventiva y salud pública. 11 edición. Editorial Massimo, Barcelona
- Gestal Otero J. J (2003) Residuos sanitarios y prevención de riesgos laborales.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 335

CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE

MÓNICA CRISTINA GONZÁLVEZ PADILLA

MERCEDES MARÍA NAVA TOMÁS

ROSA MARIA AMOR GOMEZ

CARMEN MARIA SUAREZ ESTRADA

ALEJANDRO ALVAREZ FUENTES

1 Introducción

El Clostridioides difficile, conocido más comúnmente como Clostridium difficile, llegó a ser llamado Bacilus difficile ya que era muy difícil de aislar.

Es una bacteria que se encuentra en el medio ambiente, como la tierra, el aire, el agua y las heces de humanos y animales, también se encuentra en algunos alimentos como carnes procesadas.

Fue aislada por primera vez en 1935 y fue en Colorado, en pacientes neonatos.

2 Objetivos

Analizar incidencia, complicaciones y prevención del Clostridioides difficile.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las personas de alto riesgo suelen ser adultos mayores y generalmente enferman tras haber tomado antibióticos que son los causantes de la destrucción de las bacterias que se encuentran de forma natural en el organismo y que ayudan a proteger el cuerpo de las infecciones, pero también se ha detectado en jóvenes sanos que no han tomado antibióticos y que no han estado ingresados.

Además, existen personas sanas que no presentan síntomas de infección y que de forma natural tienen Clostridioides en su interior, concretamente en el intestino grueso.

Aunque sí es cierto que determinados factores aumentan el riesgo de enfermar, por ejemplo el sexo influye notablemente en poder o no padecer una infección por Clostridioides. La prevalencia es mayor en mujeres. La edad avanzada también aumenta la prevalencia.

El Clostridioides difficile es causante de diarrea, colitis y otras infecciones intrahospitalarias o por larga estancia. Tras una infección por Clostridioides difficile, suele darse una serie de complicaciones como deshidratación, insuficiencia renal, megacolon tóxico, perforación de intestino grueso. Es por este motivo que se ha convertido en un verdadero problema de salud pública ya que puede ser potencialmente mortal. El revestimiento del intestino es atacado por toxinas producidas por la bacteria, destruyendo las células. Por consiguiente producen células inflamatorias dentro del colon y así se causa una diarrea acuosa.

5 Discusión-Conclusión

Dado que en el medio hospitalario las personas mayores con pluripatología precisan de un amplio tratamiento farmacológico, es difícil prevenir la aparición del

Clostridioides difficile. Es por ello, que debemos prevenir su propagación a otros pacientes de unidades cerradas y por este motivo se hace estrictamente necesario seguir los 5 pasos que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el lavado de manos, mantener limpias las superficies donde puedan establecerse las esporas y llevar a cabo los protocolos de aislamiento.

Si bien no existe documentación concluyente de casos a partir de alimentos contaminados, debemos seguir las recomendaciones higiénicas a la hora de manipular alimentos, a la vez que debemos realizar un lavado óptimo de los alimentos frescos antes de ser ingeridos.

Afortunadamente, se dispone de métodos diagnósticos mucho más eficientes para poder identificar rápidamente la aparición del Clostridioides difficile y se ha precisado la frecuencia de los antibióticos que ocasionan infecciones.

6 Bibliografía

- GARCÍA JE, GARCÍA MI, MERINO ML. Infecciones por Clostridios. Situación actual. En: García Rodríguez JA (ed). Infecciones por anaerobios 100 años después. Madrid: Sociedad Española de Quimioterapia, 1994; pp 35-49.
- PÉREZ TRALLERO E, CUETO M, MIRANDA C.Bacilos grampositivos. En: de la Rosa M, Prieto J (eds). Microbiología en ciencias de la salud. Conceptos y aplicaciones, 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2003; pp 84-90.
- Diagnóstico, tratamiento y control de la infección causada por Clostridium difficile. En: Bouza E, Picazo JJ, editors. Infecci??n 2003. Bilbao: Servisistem 2000; 2003. p. 199-221. A.L. Sánchez, W. Orote, J.E. Caminos. Enfermedad asociada a Clostridium

Capítulo 336

CORONAVIRUS. EPICENTRO WUHAN. CASOS Y TIPOS.PRECAUCIONES A TOMAR. PRONÓSTICO

LETICIA MARTINEZ PEREZ

1 Introducción

Los coronavirus son una familia de virus que se descubrió en la década de los 60 pero cuyo origen es todavía desconocido. Sus diferentes tipos provocan diferentes enfermedades, desde un resfriado hasta un síndrome respiratorio grave (una forma grave de neumonía).Gran parte de los coronavirus no son peligrosos y se pueden tratar de forma eficaz. De hecho, la mayoría de las personas contraen en algún momento de su vida un coronavirus, generalmente durante su infancia. Aunque son más frecuentes en otoño o invierno, se pueden adquirir en cualquier época del año.El coronavirus debe su nombre al aspecto que presenta, ya que es muy parecido a una corona o un halo. Se trata de un tipo de virus presente tanto en humanos como en animales.En los últimos años se han descrito tres brotes epidémicos importantes causados por coronavirus:

- SRAS-CoV: El síndrome respiratorio agudo y grave (SRAS, también conocido como SARS y SRAG) se inició en noviembre de 2002 en China, afectó a más de 8.000 personas en 37 países y provocó más de 700 muertes. La mortalidad del SRAS-Cov se ha cifrado en el 10% aproximadamente.
- MERS-CoV: El coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) fue detectado por primera vez en 2012 en Arabia Saudita. Se han notificado hasta octubre de 2019 más de 2.400 casos de infección en distintos países, con más de 800 muertes. La letalidad es, por tanto, del 35%. 2019nCoV: A finales

de diciembre de 2019 se notificaron los primeros casos de un nuevo coronavirus en la ciudad de Wuhan (China). Desde entonces el goteo de nuevos infectados por el coronavirus 2019nCoV ha sido continuo y en las últimas semanas su transmisión de persona a persona se ha acelerado. Los casos declarados de neumonía de Wuhan ya superan a los de la epidemia de SRAS, pero la tasa de mortalidad es baja.

A pesar de que ya hay personas infectadas en diversos países, los expertos piden cautela y creen poco probable que cause brotes epidémicos en países como España. En el caso de que se confirme algún caso de infección en España, las autoridades sanitarias y las sociedades científicas consideran que nuestro país está preparado para contener la transmisión.Los coronavirus se transmiten de forma limitada entre humanos, pero hasta la fecha se desconoce el origen de estos virus. En todo caso, se sabe que ciertos animales, como los murciélagos, actúan como reservorios. Como en otros virus que causan neumonía, cuando se transmiten en humanos, el contagio se produce generalmente por vía respiratoria, a través de las gotitas respiratorias que las personas producen cuando tosen, estornudan o al hablar. Todo parece indicar que el nuevo coronavirus, 2019nCoV, también conocido como coronavirus de Wuhan, tiene una procedencia animal. De hecho, los primeros casos se han relacionado con un mercado de animales vivos de la ciudad de Wuhan, en China.

En cuanto al MERS, es probable que los camellos sean un importante reservorio para este tipo de coronavirus y una fuente animal de infección en los seres humanos, como especifica la Organización Mundial de la Salud.Sin embargo, se desconoce la función específica de los camellos en la transmisión del virus y también la ruta o rutas exactas de transmisión.En origen, el coronavirus MERS-CoV es un virus zoonótico que se transmite de animales a personas. Según se desprende del análisis de varios de sus genomas, se cree que el virus se originó en murciélagos y se transmitió a los camellos en algún momento de un pasado lejano.Se cree que el coronavirus del SRAS tuvo su origen en los murciélagos, saltando posteriormente a alguna otra especie de pequeño mamífero, como la civeta, y por último a los humanos.

Tipos. En los coronavirus humanos, la gravedad puede variar sustancialmente entre un tipo y otro:
- Coronavirus del resfriado: esta variante de coronavirus corresponde a los tipos 229E y OC43, que provocan los síntomas comunes de un resfriado, aunque en los casos más graves también pueden ocasionar una neumonía en personas de edad

avanzada o en neonatos.
- Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS): es una forma grave de neumonía. Provoca dificultad respiratoria y fiebre superior a los 38 grados. El brote de 2002 se extendió por todo el mundo, aunque su frecuencia siempre ha sido mayor en el este asiático.
- Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV): causa graves problemas respiratorios, además de fiebre, tos y dificultad para respirar, aunque en un primer momento puede ser asintomático. En los casos más graves también se produce expectoración de sangre, diarrea y vómitos. Tuvo su primer brote en el año 2012 y desde entonces se han reportado muchos casos en Oriente Medio, aunque también ha llegado a Europa y Estados Unidos.
- Coronavirus de Wuhan (2019nCoV): el nuevo coronavirus detectado a finales de 2019 en China muestra una secuencia genética que coincide con la del SRAS en un 80%. No obstante, en un principio parece menos virulento y con una mortalidad significativamente inferior. Los coronavirus también pueden aparecer en animales. Algunos de los más frecuentes son el coronavirus canino y el felino.

2 Objetivos

- Conocer las causas de transmisión del coronavirus para evitar ser reservorios de su patógeno causante.

3 Metodología

Se han consultado las bases de datos scielo,pubmeb y dialnet con buscador Ópera y como palabras clave: supervivencia al virus de Wuhan, antivirales, tasa de supervivencia al virus de Wuhan y prevención del coronavirus con antisepsia.
- Con operadores boléanos AND y NOT.
- Criterio de inclusión: textos en español.
- Criterio de exclusión: textos en inglés.

4 Resultados

Hasta la fecha no se dispone de vacuna alguna ni de tratamiento específico para combatir la infección por coronavirus. Mantener una higiene básica es la forma más eficaz de evitar contraer este virus en los lugares en los que existe un mayor riesgo de transmisión, fundamentalmente las zonas del planeta en las que se han

registrado casos. En general, los síntomas principales de las infecciones por coronavirus suelen ser:
- Secreción y goteo nasal
- Tos.
- Fatiga.
- Dolor de garganta y de cabeza.
- Fiebre.
- Escalofríos y malestar general.
- Dificultad para respirar (disnea)
- Síntomas respiratorios leves o agudos. Esta tipología suele cursar con tos, fiebre y dificultades respiratorias,neumonía y, en el caso del MERS, también se pueden registrar síntomas gastrointestinales, en especial, diarrea.

Tal y como ocurre con el virus de la gripe, los síntomas más graves (y la mayor mortalidad) se registra tanto en personas mayores como en aquellos individuos con inmunodepresión o con enfermedades crónicas como diabetes, algunos tipos de cáncer o enfermedad pulmonar crónica. En casos extremos puede ocasionar insuficiencia respiratoria. Estas precauciones deben seguirlas especialmente aquellas personas que padezcan diabetes, insuficiencia renal, neumopatía crónica o inmunodepresión, ya que tienen más riesgo de padecer enfermedad grave en caso de infección por coronavirus. La mayor parte de las muertes se han producido en China,Filipinas y Hong Kong.Hasta el momento se han detectado casos en Asia,Europa,Oceanía y América del Norte.

1. Diagnóstico:
Para determinar si el malestar que sufre un paciente proviene de un simple resfriado o de un coronavirus el médico puede realizar un cultivo de nariz y garganta, o incluso un análisis de sangre. En casos de coronavirus SRAS, se suele realizar una tomografía de tórax para determinar los síntomas de neumonía, así como otros análisis de coagulación de sangre, un análisis bioquímico y un conteo sanguíneo. También se realizan pruebas de anticuerpos y aislamiento del virus del SARS. Para casos de coronavirus MERS se suele realizar una evaluación a aquellas personas que presentan los síntomas y que puedan ser proclives a contraer el virus.

El control de la temperatura (con cámaras térmicas y termómetros digitales) de las personas que llegan a un aeropuerto procedentes de zonas afectadas ha sido una de las primeras medidas que se han puesto en marcha para detectar posibles casos del coronavirus de Wuhan, tal y como se hizo con los brotes anteri-

ores. También se realizan cuestionarios a los viajeros; en caso de sospecha, se les somete a evaluación y, en su caso, se les traslada a centros sanitarios.

2. Tratamientos:
No existe una vacuna contra el coronavirus humano que causa resfriado, pero los casos más leves pueden superarse siguiendo los mismos pasos que un catarro común. Esto no requiere intervención médica y simplemente con lavarse las manos de forma frecuente, guardar reposo y beber líquidos de forma abundante los síntomas desaparecerán a los pocos días. También se pueden tomar analgésicos como ibuprofeno o paracetamol para aliviar dolores de garganta o fiebre.

En casos de coronavirus SRAS, MERS CoV y 2019nCoV, suele ser conveniente el ingreso hospitalario. Se administran antivirales, dosis altas de esteroides para reducir la inflamación pulmonar y un soporte respiratorio con oxígeno; en ocasiones puede precisar antibióticos, pero solo en caso de que existan infecciones bacterianas sobrevenidas, es decir, sobreinfección.En resumen, este tipo de infecciones respiratorias se tratan con antivirales y medidas de soporte. El tratamiento se suele adaptar en función de la gravedad del paciente, ya que hay casos en los que se producen neumonías graves, pero en otros las manifestaciones son leves. Así, la supervivencia del paciente dependerá del tipo de coronavirus contraído:
- Los coronavirus de resfriado tienen tasas muy altas de recuperación y prácticamente todos los afectados consiguen vencer al virus a los pocos días.
- Los coronavirus de SRAS también se superan en la mayoría de los casos, aunque entre el nueve y el 12 por ciento de los casos ocasionan la muerte del paciente. Tienen más expectativa de vida los pacientes jóvenes, pues suelen presentar unos síntomas más leves.
- La tasa de supervivencia del MERS es menos elevada, alcanzando alrededor de un 36 por ciento en mortalidad, según especifica la Organización Mundial de la Salud.
- Aún es pronto para determinar la tasa de mortalidad del coronavirus de Wuhan (2019nCoV), pero parece inferior a la de los anteriores.

3. Casos
El coronavirus que ha provocado la neumonía de Wuhan deja ya 31.532 casos en varios países del mundo, la inmensa mayoría (31.207) en China, donde se han registrado 636 muertes por esta causa. A esta cifra hay que sumar un fallecimiento fuera de China continental, en Hong Kong, y otro en Filipinas. En total, fuera de China continental, hay casos confirmados en 27 países, incluido España.

Asia

- China (31.207 casos, 636 muertes). La mayoría de los últimos fallecimientos se han producido en China, pero también se ha conocido la muerte de un hombre en Hong Kong, donde se han reportado en total 25 casos. Además, las autoridades chinas han ordenado el cierre de carreteras y movimiento en la ciudad de Wenzhou, la primera urbe que se encuentra fuera de la provincia de Hubei, epicentro de la epidemia de coronavirus.
- Japón (86 casos). Las autoridades niponas han confirmado que se han detectado 41 nuevos casos de contagio de coronavirus en el crucero Diamond Princess, que está amarrado en el puerto de la ciudad japonesa de Yokohama. Con estos casos, se eleva a 61 el número de personas que se han visto infectadas en el barco. Las mismas fuentes han negado los rumores de que se vayan a cancelar los Juegos Olímpicos de Tokio.
- Tailandia (25 casos). Un taxista, contagiado supuestamente por un turista chino, fue el primer caso de contagio del coronavirus de Wuhan entre humanos registrado en el país asiático, donde el número total de casos detectados hasta el momento asciende a 25, de los que siete ya se han recuperado.
- Singapur (33 casos). El ministro de Sanidad de Singapur ha anunciado que su país no permitirá la entrada a ciudadanos chinos, excepto los que tengan permisos de residencia permanente en la ciudad-Estado, y a pasajeros que hayan estado en China en los últimos cuatro días.
- Corea del Sur (24 casos). Seúl ha anunciado que prohibirá la entrada a los extranjeros que hayan estado recientemente en la provincia china de Hubei, la más afectada por el nuevo coronavirus, para evitar su propagación.
- Taiwán (16 casos). Entre los afectados, hay un caso de contagio nativo, el del esposo de una mujer taiwanesa que había regresado de la ciudad de Wuhan.
- Malasia (15 casos). Las autoridades del país han evacuado esta semana a decenas de sus ciudadanos que quedaron atrapados en la ciudad china de Wuhan, epicentro del brote.
- Vietnam (12 casos). Las autoridades vietnamitas han confirmado su primer contagio local. Se trata de una recepcionista de 25 años de un hotel de la provincia de Khanh Hoa, en el sur del país, que fue diagnosticada después de estar en contacto con dos turistas chinos.
- Emiratos Árabes Unidos (5 casos). Todos los afectados son miembros de una familia china procedente de Wuhan.
- India (3 casos). El primer caso se ha detectado en Kerala, en el sur del país. Se trata de un estudiante de la Universidad de Wuhan que fue puesto en cuarentena y que se encuentra estable. Del segundo no ha trascendido mucha información, salvo que tenía mucho historial de viajes a China.

- Filipinas (3 casos, 1 muerte). La única muerte por coronavirus registrada fuera de China ha sido la de un hombre de 44 años en Filipinas. Se trataba de un paciente de origen chino que, una vez ingresado, comenzó a desarrollar una neumonía que acabó con su vida. El otro caso es el de una mujer, también china, de 38 años, y pareja del fallecido.
- Sri Lanka (1 caso). El único positivo detectado es el de un turista chino procedente de Hubei.
- Camboya (1 caso). Un hombre de 60 años, procedente de Wuhan, es el único caso detectado.
- Nepal (1 caso). Se detectó el virus en un hombre de 32 años, procedente de Wuhan.

Europa
- Alemania (13 casos). Las autoridades sanitarias alemanas han informado de un nuevo contagio por coronavirus, relacionado con el foco en la empresa de componentes de automóviles Webasto, lo que eleva a trece el número de casos confirmados en el país.
- Francia (6 casos). Todos los afectados por coronavirus están hospitalizados, uno de ellos en Burdeos y el resto en París, y dos se encuentran en cuidados intensivos. El primer vuelo fletado por Francia para repatriar a sus ciudadanos aterrizó el pasado viernes en la base militar de Istres, en el sureste del país, con unos 200 pasajeros a bordo. Pasarán una cuarentena de 14 días en la localidad de Carry-le-Rouet, en la costa mediterránea.
- Reino Unido (3 casos). Las autoridades del país han informado de un tercer caso, del que se cree que no se trata de una de las personas que ya se encontraban en cuarentena. Pero las autoridades han informado de que no contrajo el virus en territorio británico. Se suma así a los otros dos casos reportados: un estudiante de la Universidad de York, al norte del país y un familiar de este estudiante, del que no se han divulgado datos personales. Ambos están recibiendo tratamiento en una unidad especializada de un hospital situado en la ciudad de Newcastle.
- Italia (3 casos). Un italiano, de unos 30 años, que fue repatriado con otros 55 desde Wuhan esta semana ha dado positivo y es el tercer infectado en Italia, según ha conformado el Ministerio de Sanidad del país. Se suma así a los dos turistas chinos ingresados en un hospital de la capital italiana.
- Rusia (2 casos). El Gobierno ruso enviará cinco aviones con médicos militares para repatriar a sus nacionales de China debido a la crisis del coronavirus, ha informado el Ministerio de Defensa. En cada una de las cinco aeronaves del dispositivo viajarán médicos militares y expertos en enfermedades infecciosas con todo el equipamiento necesario para el diagnóstico y el tratamiento de posibles

enfermos. Rusia confirmó el viernes los dos primeros casos del coronavirus de Wuhan en su territorio y precisó que se trata de dos ciudadanos chinos.
- Bélgica (1 caso). Bélgica ha confirmado un primer caso de coronavirus en el país después de que uno de los nueve belgas repatriados el domingo desde la ciudad china de Wuhan, origen de la epidemia, haya dado positivo en los análisis efectuados a su llegada, ha informado el ministerio de Sanidad belga.
- Suecia (1 caso). La Agencia Pública de Salud del país nórdico ha confirmado su primer caso de coronavirus: se trata de una mujer que había visitado la zona de Wuhan y que había mostrado síntomas tras su regreso. La paciente se encuentra en aislamiento en un hospital de Estocolmo.
- Finlandia (1 caso). Se trata de un turista chino procedente de Wuhan, que se encuentra aislado en un hospital.
- España (1 caso). Se ha encontrado en Canarias, en la isla de La Gomera. La persona infectada formaba parte de un grupo de cinco alemanes que habían estado en observación por haber estado en contacto con un germano portador del virus.

América
- Estados Unidos (12 casos). La administración Trump ha decidido declarar una emergencia de salud pública y limitar la entrada a los extranjeros que hayan visitado China recientemente.
- Canadá (7 casos). Uno de los pacientes con la enfermedad fue dado de alta el viernes y abandonó el hospital en el que estaba siendo tratado.

Oceanía
- Australia (15 casos). El Gobierno australiano ha anunciado que ayudará a algunos de sus ciudadanos a abandonar Hubei y los pondrá en cuarentena en Christmas Island. El primer ministro, Scott Morrison, no ha especificado cuántos de los 600 australianos registrados en el área de Hubei serán repatriados pero sí ha añadido que trabajarán para ayudar a ciudadanos de Nueva Zelanda y otras naciones del Pacífico.

El coronavirus, bautizado popularmente como 'virus de Wuhan' en referencia a la ciudad donde surgió y donde se están registrando la mayoría de casos el 2019-nCoV, recuerda a infecciones como el síndrome respiratorio por coronavirus de Oriente Medio (MERS) o el síndrome agudo respiratorio grave (SARS), que en 2003 se llevó por delante a más de 800 personas en todo el mundo. Este tipo de epidemias suelen estar provocadas por virus de animales que mutan y acaban transmitiéndose a otros seres vivos.

Según una investigación china efectuada con urgencia, el virus podría estar cau-

sado por una serpiente. Tras comparar el germen con otros coronavirus conocidos, han confirmado que el virus es la mezcla de uno originario de los murciélagos pero mezclado con otro de origen desconocido. Y esa recombinación de ARN es la que ha ido a parar a las serpientes.

El coronavirus se contagia principalmente a través del contacto con animales infectados o por contacto estrecho con las secreciones respiratorias que se generan con la tos o el estornudo de una persona enferma. Por otra parte, la Comisión Nacional de Salud china acaba de descubrir que el contacto físico es otra vía de propagación.Los expertos han encontrado similitudes con otras cepas de coronavirus que pueden presentarse de diversas formas, desde el resfriado común hasta la neumonía aguda. Estos son algunos de los síntomas más frecuentes entre los pacientes infectados hasta la fecha:
- Fiebre.
- Tos.
- Dificultades para respirar.
- Dolor de garganta.
- Dolor de cabeza.
- Dolores musculares.
- Fatiga.
- Congestión nasal.

En casos más graves, que generalmente ocurren en personas ancianas o que padecen alguna otra enfermedad la infección también puede causar: Neumonía. Síndrome respiratorio agudo severo. Insuficiencia renal. En cuanto a su tratamiento hay que decir que, por el momento, no existe una cura para el coronavirus; pero los médicos chinos trabajan a contrarreloj para desarrollar una vacuna tomando como referencia las experiencias pasadas. El Shanghai East Hospital de la Universidad de Tongji (China) ya ha anunciado la aprobación con urgencia de un proyecto para producir una cura conjunta entre este centro médico y el laboratorio Stermirna Therapeutics, pero el proceso de producción de fármacos es más complejo de lo que parece.

El director ejecutivo de la compañía, Li Hangwen, ha asegurado que se necesitarán 40 días como máximo para fabricar las primeras muestras, que estarán basadas en la nueva generación tecnológica de ARN mensajero (ARNm) y algunos procedimientos preliminares. El ciclo de producción de las vacunas puede durar hasta cinco o seis meses, mientras que la vacuna de ARNm tiene la ventaja de un proceso de desarrollo y producción más corto.

No obstante, la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) ha compartido algunas medidas de prevención que, en este caso, son muy similares a las de la gripe: evitar el contacto cercano con personas afectadas por infecciones respiratorias; lavarse las manos de forma frecuente, especialmente antes y después del contacto directo con personas enfermas y sus entornos; mantener una distancia de un metro entre personas (aproximadamente); cubrirse la boca y la nariz con el antebrazo o pañuelos desechables al toser o estornudar y lavarse las manos después.

5 Discusión-Conclusión

Hasta este 5 de febrero, se habían registrado más de 560 muertes por este nuevo coronavirus y 28.000 contagios en China.La dolencia causa una infección aguda respiratoria y los síntomas habitualmente comienzan con fiebre, seguida de tos seca. Lo más probable es que la mayoría de la gente que contrae el virus se recupere, tal y como lo harían con otra gripe, señalan los expertos.

Es la tercera vez en los últimos 20 años, tras el SARS y el MERS, que un coronavirus contagiado por animales a los seres humanos nos pone en alerta. La aparición del nuevo coronavirus 2019-nCov en China, capaz de causar una fuerte neumonía e incluso la muerte, ha comenzado a extenderse por todo el mundo, causando gran preocupación.Todavía no se conocen tratamientos efectivos para combatir el coronavirus. Por el momento, no existe una vacuna para prevenir el contagio de este virus. Por lo tanto, aunque no se restrinjan los viajes, la Organización Mundial de la Salud recomienda a los países que extremen precauciones y presten especial atención a los viajeros.

Por su parte, China ha puesto en cuarentena a las personas de Wuhan y también ha cerrado el transporte a la ciudad y sus alrededores. Además, también se ha comenzado la construcción de un hospital destinado en exclusiva al tratamiento del coronavirus y se espera que la obra finalice en menos de 10 días. El hospital tendrá camas para tratar a 1.000 pacientes.

6 Bibliografía

- https://www.scielo/coronavirus.com
- https://www.dialnet.es
- https://www.pubmed/hospital Wuhan:org

Capítulo 337

CÁNCER DE COLON, LA IMPORTANCIA DE UNA DETECCIÓN TEMPRANA

CLAUDIA DÍAZ ÁLVAREZ

Mª GLORIA CASTILLO SALMERÓN

ADRIANA SUÁREZ RODRÍGUEZ

MÓNICA ALONSO ALONSO

LARA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La palabra cáncer es un término que abarca más de 200 tipos de tumores malignos, cada uno de ellos tiene características particulares que son completamente distintos de otros tipos de cáncer. Por ello no es adecuada la comparación entre dos personas que pueden estar pasando un proceso de cáncer porque, a pesar de tener el mismo nombre y tratamiento, los efectos pueden ser totalmente diferentes, y lo que sirva para una persona no tiene por qué ser lo adecuado para la otra persona. El cáncer de colon es el que más frecuentemente se diagnostica a la población. Fallecen alrededor de 16.000 personas al año.

El cáncer de colon es un tipo de cáncer que comienza en el intestino grueso (colon). El colon y el recto forman la parte final del tubo digestivo. Su función

principal es absorber nutrientes para el organismo y conducir los restos de los alimentos que no han sido absorbidos en el intestino delgado hacia el recto, y también tiene la función de absorción de agua que deshidrata esos restos. El cáncer de colon predomina en personas mayores, la mayoría tiene 50 años en el momento del diagnóstico pero también puede aparecer en personas jóvenes. Y afecta tanto a hombres como a mujeres. Actualmente es el tercero más común.

Para generarse un cáncer de colon necesita que ocurra una irritación crónica a la mucosa que es la piel que tapiza el colon por dentro de todos los productos que hayamos comido y que el cuerpo no haya absorbido. El principio del cáncer suele comenzar con un crecimiento incontrolado de las células y una irritación de la mucosa, en la que a mucosa hace que aparezcan pequeños grupos llamados pólipos que pueden ser tanto benignos como malignos que se forman en el interior del colon. Un tumor maligno significa que puede crecer y pasarse a otras partes del cuerpo pero en cambio un tumor benigno significa que el tumor puede crecer, pero no se diseminara. Los cambios generalmente tardan años en desarrollarse, pueden ser consecuencia de factores genéticos y ambientales.

Con el tiempo si no se cogen a tiempo esos pólipos llegan a tener unas transformaciones celulares y eso se va a convertir en un cáncer. Aunque los pólipos no tienen por qué producir algún síntoma, llegando algunos a pasar desapercibidos, por lo que los médicos recomiendan ciertas pruebas como analítica, colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, entre otros. Para detectar a tiempo la presencia de pólipos o lesiones que podrían determinar un tumor maligno, cuando se cogen a tiempo los pólipos se realiza una extirpación antes de que se convierta en cáncer.

- Factores de riesgo

Los factores de riesgo para desarrollar un cáncer son varios:

• Edad avanzada: En personas entre 65-75 años se encuentra dicho cáncer, personas entre 50-65 años tienen alto riesgo y personas entre 35-40 años se encuentran casos genéticos.

• Raza afroamericana: Las personas nacidas en EEUU tienen mayor riesgo de padecer esta enfermedad.

• Antecedentes personales: Las personas que hayan sufrido enfermedades inflamatorias intestinales, cáncer de mama, útero y ovario, así como pólipos en el tubo digestivo, son personas con mayor riesgo de padecerlo.

• Factores genéticos: La probabilidad de contraer la enfermedad aumenta cuando existen antecedentes familiares que lo hayan padecido (hermanos, padres, etc.)

• Alimentación: Aquellas personas con dietas que contienen bajo contenido en fibra y ricas en grasas.
• Estilo de vida sedentario: Hacer más ejercicio es beneficioso para no sufrir la enfermedad.
• Diabetes: Las personas con diabetes tipo 2 mal controlada y resistencia a la insulina pueden correr un mayor riesgo de contraer el cáncer colorrectal.
• Obesidad: las personas con obesidad tienen mayor riesgo de sufrirlo y llegar a morir a causa del cáncer en comparación con una persona con peso normal.
• Alcohol: Parece que el alcohol actúa favoreciendo el crecimiento de las células de la mucosa del colon, dando lugar a la aparición de pólipos.

- Signos y síntomas
El cáncer de colon tiene una larga evolución, que empieza con la formación de un pólipo de carácter benigno. Los síntomas más frecuentes aparecen en la fase avanzada de la enfermedad, aunque no todos los pacientes tienen porqué notar los síntomas de la enfermedad del mismo modo, hay personas que sufren cáncer sin que aprecie ninguno de los síntomas.

Los síntomas (lo que nota el paciente) pueden ser producidos por el tumor primario o por la metástasis
- Tumor primario: cambios en el tránsito intestinal (estreñimiento, diarrea, ritmo alternante), sangre brillante en las heces, dolor abdominal, sensación de ir al inodoro que no desaparece, debilidad, etc.
- Metástasis: color amarillento en la piel, disnea, liquido libre en abdomen, dolor abdominal.
Puede existir anemia, disminución del apetito, cansancio y perdida de peso
Los síntomas de alarma que hacen sospechar son la rectorragia sobre todo, aunque también el dolor abdominal, pese a que no todo tiene que estar relacionado con el cáncer. En muchas ocasiones las heces con sangre vienen relacionadas por tener hemorroides o síndrome del intestino irritable.

Los signos (lo que nota el médico) al hacer la exploración: Se puede llegar a notar masas en el abdomen, aumento de tamaño del órgano.

2 Objetivos

-Activar una serie de medidas preventivas como: llevar una dieta mediterránea, alimentos ricos en fibra y bajo contenido en grasas, evitar el consumo de alcohol

y tabaco, practicar regularmente ejercicio (30 minutos diarios), evitar el sedentarismo (la obesidad y el sobrepeso son un factor de riesgo).

3 Metodología

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

Para la obtención de datos se realizaros distintas en internet usando descriptores como: colon, cáncer, aparato digestivo, causas del cáncer de colon, síntomas del cáncer de colon, tratamiento para el cáncer de colon.

4 Resultados

Una vez que se sufren los síntomas y éstos indican que se podría sufrir cáncer de colon el médico recomienda una serie de pruebas:
- Colonoscopia: Consiste en una técnica que hace uso de un tubo largo, flexible y delgado conectado a una cámara de video en el que se visualiza todo el colon y el recto. Gracias a esta prueba el médico puede ver áreas sospechosas, objeto de biopsia mediante instrumental a través del tubo.
- Análisis de sangre: Ningún análisis de sangre nos puede sacar de dudas y evidenciar la presencia de cáncer, pero puede indicarnos como se encuentra la función renal y hepática. Una vez que se han hecho las pruebas complementarias y se diagnostica el cáncer, hay que concretar qué tratamiento es el más adecuado.

Del tratamiento van a depender muchos factores, el principal es en la etapa (extensión) en la que se encuentra el cáncer. La cirugía es el primer tratamiento, el más acertado para personas que sufren la enfermedad, administrándoseles también sesiones de quimioterapia tras la cirugía (se administra aproximadamente durante unos 6 meses) Los cánceres se clasifican en cuatro etapas:
1. Extensión local:el cáncer puede crecer en todas las direcciones hacia el interior el exterior del colon o hacia arriba o abajo pudiendo incluso hasta llegar a producir una obstrucción intestinal.

2. Infiltración linfática: los ganglios linfáticos están por todo el cuerpo y sirven como barrera en contra de las infecciones. Las células cancerígenas tienen el poder de desplazarse desde donde se formó el tumor hasta llegar a desplazarse por los vasos linfáticos hasta llegar a los ganglios.
3. Diseminación hematógena: cuando las células cancerígenas alcanzan el torrente sanguíneo viajan para depositarse en otros órganos. Es lo que se conoce como "metástasis a distancia" a distancia de sitio donde se originó el cáncer.
4. Siembra peritoneal: Es la etapa más avanzada aunque su pronósticoes el peor. Las células cancerígenas pueden soltarse y alojarse en otros órganos produciendo focos tumorales.

El tratamiento a elegir con cada persona es distinto. Esto es debido a que se tienen en cuenta diversos factores, tales como: la edad, estado general, otras enfermedades, la voluntad, zona del colon donde se encuentra el cáncer, etapa en la que se encuentra la enfermedad y tipo de tumor. Los tres tipos principales del tratamiento del cáncer son: cirugía, quimioterapia y radioterapia. En muchas ocasiones la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia se combinan pero otras veces solo está indicado uno de ellos.

- Cirugía: Es el tratamiento en el que se realizan una serie de actuaciones para llevar a cabo la extirpación de tejidos enfermos, solución de problemas de obstrucción con el fin de que sus síntomas mejoren. Esta cirugía no se hace para curar el cáncer si no para aliviar los signos y síntomas, como una obstrucción, sangrado o dolor. En caso de que el cáncer se ha diseminado solo al cáncer o al hígado pero por el resto la salud es buena se puede recomendar una cirugía u otros tratamientos localizados para extirpar el cáncer.
- Quimioterapia: Consiste en la administración de medicamentos citostasticas o quimioterapéuticas y actúan sobre células alterando su función y favoreciendo su destrucción. La quimioterapia para el cáncer de colon se administra después de la cirugía. Se administra por vía intravenosa aunque otras veces se emplean las vías orales, intraperitoneal, etc. No se puede administrar en una sola vez sería muy toxico, se divide en ciclos. Está indicada para complementar la cirugía, para reducir el tamaño y para controlar el crecimiento del tumor y aliviar síntomas.
- Radioterapia: es un tratamiento que trata un área concreta del cuerpo se considera un tratamiento local para destruir las células cancerosas, mientras que la quimioterapia es para todo el cuerpo. Para ver si la radio es el tratamiento adecuado es necesario realizar una prueba que consiste en comprobar si la radio llegara a la zona deseada.

Está indicada como tratamiento complementario para aliviar los síntomas de la enfermedad, como tratamiento paliativos la radioterapia es eficaz para controlar dolor y aliviar otros síntomas. Se puede administrar sola sin quimioterapia.

Otro factor determinante en cuanto a la selección del tratamiento y que constituye uno de los más importantes es la etapa en la que se encuentra la enfermedad.

- Etapa 0: El cáncer no ha crecido más allá del revestimiento interno del colon, en la mayoría de los cánceres se lleva a cabo la cirugía para extraer el cáncer (extirpar el pólipo o extirpar el área donde se aloja el tumor). Si el tumor es demasiado grande para extirparlo es necesario hacer una incisión para eliminarlo.
- Etapa I: En esta etapa se encuentra en la que el cáncer ha crecido más profundamente hacia las capas del colon. En esta etapa incluye canceres que fueron parte de un pólipo, si el pólipo se extrae en una colonoscopia y no quedan restos de células cancerosas no hace falta aplicar el tratamiento, y en caso de que el pólipo sea de alto grado se aplicara la cirugía. Para los canceres que no se encuentran en el pólipo a veces el tratamiento que se emplea es extirpar la parte del colon donde se encuentra el cáncer.
- Etapa II: En esta etapa se encuentra en el que el cáncer ha crecido a través de la pared del colon a los tejidos circundantes pero no se ha extendido a los ganglios linfáticos. El único tratamiento que se necesita es la cirugía para extirpar la sección del colon que tiene el cáncer. Se puede recomendar quimioterapia.
- Etapa III: En esta etapa se ha propagado a los ganglios linfáticos pero sin llegar a extenderse a otras partes del cuerpo. El tratamiento en esta etapa consiste en aplicar la cirugía, extirpar la zona del colon que tiene el cáncer (colostomía parcial) junto los ganglios linfáticos que están más cerca acompañada de quimioterapia.

La radioterapia y la quimioterapia, ambas pueden ser opciones en personas que no se encuentran en condiciones de someterse a una cirugía.

- Etapa IV: En esta etapa el cáncer se ha propagado hasta los órganos y tejidos. Con más frecuencia el cáncer se extiende hasta el hígado. En la mayoría de los casos es muy poco probable que la cirugía cure estos canceres, si hay pocas y pequeñas áreas de extensión (metástasis) en el hígado o pulmones y se puede extraer, junto con el cáncer de colon la cirugía puede ayudar a vivir un poco más de tiempo. Consistirá en realizar una cirugía para eliminar la parte del colon donde se encuentra el cáncer con los ganglios linfático máscercano. También se le aplica quimio después y/o antes de la operación.

Si la metástasis es muy grande o el área afectada es amplia se puede aplicar quimioterapia antes de hacer la cirugía para comprobar que el tamaño del tumor se reduzca y en caso de que eso funcione se haría una cirugía para extraerlos y

se aplicara quimioterapia.

Si el cáncer se ha extendido demasiado la quimioterapia es el tratamiento principal. Aunque puede ser necesario realizar una cirugía si el cáncer está bloqueando el colon. Algunas veces se puede evitar la cirugía al insertar un tubo hueco de metal o plástico (endoprotesis) en el colon durante una colonoscopia con el fin de mantenerlo abierto. De lo contrario puede que se lleven a cabo operaciones como una colectomia o colestomia de derivación (cortar el colon sobre donde se encuentra el cáncer y se adhiere el extremo a una abertura en la piel del abdomen para permitir que los desechos salgan.

Para los cánceres en etapas avanzadas la radio se emplea para calmar, aliviar el dolor… Puede que se encoja el tamaño pero no cura el cáncer.

- Tratamiento de cáncer de colon recurrente
El cáncer recurrente indica que el cáncer aparece después del tratamiento. Puede encontrarse donde se inició el tumor inicial o puede encontrarse en diversos órganos.
• Recurrencia local: Si el cáncer regresa localmente la cirugía puede ayudarle a vivir un poco más de tiempo acompañada de sesiones de radio. En caso de que el cáncer no se puede eliminar con la cirugía se puede intentar con la radioterapia y si el tamaño del tumor encoje la cirugía seria la opción, y después se le aplicaría quimioterapia.
• Recurrencia distante: Si regresa en un área distante lo más posibles es que aparezcan en el hígado principalmente. En caso de que no se pueda emplear la cirugía se aplicara quimioterapia para ver si encoje el tamaño del tumor y en caso de ser así se procederá a la cirugía.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de colon es una enfermedad que no se debe tomar muy a la ligera, ciertas personas dejan pasar los primeros síntomas sin llegar a acudir al médico, por ellos en cuanto se sospeche de los primeros sin tomas lo más adecuado es acudir a ellos para que nos realicen cualquier prueba que nos pueda indicar que lo podemos sufrir. Ante ello debemos estar informados, también deberíamos promover el hábito a comer sano, como hacer ejercicio, hacer revisiones periódicamente.

6 Bibliografía

- Asociación Española Contra el Cáncer. (s.f.). FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DEL CÁNCER DE COLON. Recuperado 17 diciembre, 2019, de https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon/prevencion/causas-cancer-colon
- Binefa, G. (s.f.). ¿CÓMO PUEDO PREVENIR EL CÁNCER DE COLON Y RECTO? Recuperado 28 diciembre, 2019, de https://mejorsincancer.org/2015/04/30/como-puedo-prevenir-el-cancer-de-colon-y-recto/
- Cáncer colorrectal: Factores de riesgo y prevención. (s.f.). Recuperado 23 diciembre, 2019, de https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-colorrectal/factores-de-riesgo-y-prevenci%C3%B3n
- Cáncer rectal. (s.f.). Recuperado 15 diciembre, 2019, de https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/rectal-cancer/symptoms-causes/syc-20352884
- Ramón y Cajal Asensio, T. (2008, febrero). Cáncer de colon hereditario. Recuperado 23 diciembre, 2019, de https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-cancer-colon-hereditario-13115588
- Tratamiento del cáncer de colon. (2019, 27 septiembre). Recuperado 15 diciembre, 2019, de https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/paciente/tratamiento-colorrectal-pdq
- Tratamiento del cáncer de cólon y recto. (s.f.). Recuperado 23 diciembre, 2019, de https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=colorect
- ¿Cómo se trata el cáncer de colon en función del estadio? (s.f.). Recuperado 28 diciembre, 2019, de https://rochepacientes.es/como-se-trata-el-cancer-de-colon-en-funcion-del-estadio/
- ¿Qué es el cáncer colorrectal? (2018, 21 febrero). Recuperado 17 diciembre, 2019, de https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html

Capítulo 338

CUIDADOS A UN PACIENTE INGRESADO POR BRUCELOSIS.

RAQUEL GONZALEZ HUERTA

1 Introducción

La brucelosis es una zoonosis de distribución mundial producida por Brucella sp, siendo endémica en el área Mediterránea, Oriente Medio, Península arábica y Latinoamérica. La enfermedad en el Hombre se ha asociado al contacto directo con el ganado, propio de algunas profesiones como veterinarios, ganaderos y pastores, pero también con el consumo de alimentos lácteos no controlados. La transmisión de la enfermedad de persona a persona es infrecuente, y en la literatura se han comunicado algunos casos de transmisión transplacentaria.

El género Brucella engloba bacilos gramnegativos pequeños, inmóviles y aerobios, de crecimiento lento y difícil, que requieren para desarrollarse de una atmósfera con 5 a 10% de C02, incubación a 37 ºC, medios de cultivos especiales y sistemas bifásicos.
Estos microorganismos son capaces de sobrevivir y multiplicarse dentro de las células del sistema fagocítico mononuclear.

El complemento ayuda en la opsonización y fagocitosis, de tal forma, que este patógeno es rápidamente ingerido por los polimorfonucleares, atraídos hacia el sitio de inoculación. Su sobrevida intracelular determina las características clínicas de la brucelosis, su curso ondulante, su tendencia a las recaídas y a la cronicidad. En su ubicación intracelular, este microorganismo es resistente a la acción de los policationes y sistemas de killing dependientes de oxígeno, de los fagocitos;

se multiplica y es transportado a otros órganos como el SNC, corazón, articulaciones, sistema genitourinario, pulmones y piel.

2 Objetivos

- Establecer cuidados de enfermería en paciente ingresado por Brucelosis.

3 Caso clínico

Varón de 11 años de edad, portador de una epilepsia rolándica, en tratamiento con ácido valproico. Sin antecedentes de ruralidad ni contacto con animales. Presentaba al momento de su ingreso un cuadro de dos meses y medio de evolución, caracterizado por fiebre hasta 40 ºC, artralgias de ambas rodillas y hombros, cefalea holocranea y compromiso del estado general.

Tº39,5
Examen físico: destaca la presencia de hígado palpable 5 cm bajo el reborde costal, sudoración, adenopatías en las cadenas cervicales laterales y soplo sistólico de 2-3/6 en el foco aórtico.
Analítica de sangre: 6 hemocultivos (-)s, PCR de 83 mg/l, serología para virus de Epstein Barr (IgM) dudosamente positiva.
Ecografía abdominal: Se demuestra que hay adenopatías retroperitoneales y hepatoesplenomegalia.

4 Discusión-Conclusión

Ante un paciente que ya padece los cuidados de Enfermería se centrarán en administrar los antibióticos y otras medicaciones que estén prescritas para su tratamiento médico y valorar si el paciente presenta dolor u otras molestias ante las cuales se puede administrar algún analgésico, ya que son síntomas comunes en la Brucelosis la cefalea, dolores musculares y dolores articulares.
El TCAE deberá vigilar otros signos y síntomas que puedan estar presentes en el paciente como la fiebre, muy común en la Brucelosis; el estreñimiento, ante el cual se puede administrar una dieta rica en fibra o un enema; la fatiga, ante la cual el paciente puede necesitar ayuda para la deambulación; y otros síntomas frecuentes como la pérdida de peso, la falta de apetito, las náuseas y los vómitos ante los cuales se deberá adaptar la dieta a las necesidades del paciente y valorar si existe un riesgo de deshidratación o desnutrición.

5 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com
- https://medlineplus.gov

Capítulo 339

EL ALZHEIMER

MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ

TAMARA REGUERA GONZALEZ

ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ

CARMEN MARIA VÁZQUEZ

1 Introducción

El Alzheimer es un tipo de demencia que causa problemas en la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Los síntomas se desarrollan muy lentamente y van empeorando con el tiempo hasta que son tan graves que interfieren con las tareas cotidianas. Esta enfermedad es responsable de entre un 60 y un 80 % de los casos de demencia, no es una característica normal del envejecimiento, el factor de riesgo conocido más importante es el aumento de la edad, y la mayoría de las personas que la sufren son mayores de 65 años, pero el Alzheimer no es sólo una enfermedad de la vejez.

En términos generales, se habla de que el Alzheimer tiene tres fases o etapas (leve, moderada y grave). No obstante, no hay un orden ni tiempo preciso. Cuando una persona padece esta enfermedad experimenta cambios microscópicos en el tejido de ciertas partes de su cerebro y una pérdida progresiva de una sustancia química vital para el funcionamiento cerebral que permite que las células nerviosas se comuniquen entre ellas y está implicada en actividades mentales vinculadas al aprendizaje, memoria y pensamiento. Las causas son debidas a una reducción de la producción cerebral de acetilcolina, lo que provoca un deterioro en el rendimiento de los circuitos colinergicos del sistema cerebral.

2 Objetivos

- Prestar asistencia psicológica y moral a los familiares afectados por la enfermedad del Alzheimer o demencias similares, facilitar mejorar y controlar la asistencia a los enfermes dementes para mejorar su calidad de vida.
- Sensibilizar a los ciudadanos, organismos privados, instituciones públicas y administraciones para que se interesen y resuelvan el problema que está enfermedad plantea al enfermo su familia y a la sociedad en general.
- Promover una investigación especializada y diversificada sobre las causas, tratamientos y evolución de la enfermedad, desarrollar y potenciar la labor sociosanitaria especializada y representar los intereses de enfermas y familiares.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 340

ROL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE FARMACODEPENDIENTE

JUDITH GARCIA BENITO

SUSANA LÓPEZ CARRO

MARIA AMOR QUETZAL GONZALEZ RODRIGUEZ

MARIA AURORA FERNANDEZ PEREZ

MIRIAM COTO BEGEGA

1 Introducción

El complejo fenómeno de las drogas y de la violencia ha sido agravado por el proceso de la globalización, que facilita el comercio de éstas, el lavado de dinero y el aumento del consumo de drogas entre diferentes grupos poblacionales.Como consecuencia, se aumenta la violencia y se cambia la estructura de la familia, las costumbres y los valores sociales. Los estudios de enfermería sobre el tema se concentran en drogas lícitas, tabaco y alcohol, pocos sobre violencia y en relatos de experiencias de intervención.

La OMS, (1969) denominó droga a toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones.La adicción a drogas es el resultado de un progresivo establecimiento de tolerancia farmacológica y

dependencias física y psíquica,la dependencia física obliga la necesidad de una administración continua de la droga para evitar la aparición de un síndrome de supresión o síndrome de abstinencia.La producción mundial de cocaína alcanzo en 2016 el nivel más alto jamas reportado ,con un estimado de 1,410 toneladas.La mayor parte de la producción proviene de Colombia. El informe también señala que África y Asia están emergiendo como centros de tráfico y consumo de cocaína, así mismo la marihuana fue la sustancia más consumida en 2016, con 192 millones de personas que la usaron al menos una vez durante ese año.

El numero global de usuarios de marihuana sigue aumentando y parece haberse incrementado aproximadamente un 16% en la década cumplida hasta 2016, considerando el aumento de la población global.Por otra parte las funciones del personal de enfermería se dividen en tres grupos principales que son la función asistencia, función administrativa y la función educativa, la primera se proporciona en los pacientes que se encuentran hospitalizados mediante los cuidados de enfermería, la segunda función hace referencia a la parte de la planificación de las actividades y la gestión de los cuidados , mientras que la tercera función se relaciona con la educación y consejería que requiere proporcionar tanto a los pacientes, familiares y entorno.

2 Objetivos

- Lograr de forma exitosa el tratamiento psicoterapéutico que está orientado a realizar en el paciente.
- Llevar a cabo psicoterapia con grupos de adictos, buscando modificar modos habituales de vida.
- Propiciar la relajación, conduciéndolo a un incremento de la calma, la serenidad interior o el bienestar.
- Realizar ejercicios lamas, ayudando al paciente a sentirse más joven y saludable.
- Estimular ejercicios como el yoga, con el objetivo que el paciente recupere su concentración y equilibrio psíquico.
- Promover la adquisición de habilidades que ayudan al paciente a mejorar y controlar conductas desadaptativas en su contexto social.
- Favorecer el desarrollo de actividades físicas, ayudando al proceso de desintoxicación del paciente.

3 Metodología

La metodología utilizada fue de tipo documental porque se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica, utilizando buscadores como google académico, se utilizaron palabras clave como: farmacodependiente, drogas, rol de la auxiliar de enfermería.

4 Resultados

El personal de enfermería debe ejercer liderazgo en reducir la demanda de drogas y producir un conocimiento científico y tecnológico específico que indique su contribución para la resolución de los problemas de las drogas. La visión multidimensional del problema ayudará a buscar los factores determinantes y condicionantes ,macro y micro, que contribuyen para la ocurrencia del problema, el aporte del conocimiento científico de enfermería no puede quedarse apenas en relatos o experiencias o resultados de encuestas, es necesario desarrollar nuevos paradigmas, teorías y modelos operacionales que orienten el diseño de políticas, programas y proyectos de investigación y de intervención sobre drogas.

5 Discusión-Conclusión

Igualmente se considera que el personal de enfermería es un elemento clave para desarrollar una cultura de salud a los escolares españoles, así como colaborar en el proceso de socialización junto a los padres y docentes, es muy importante ejercer la triple perspectiva, un personal de enfermería en función asistencial, prevención de enfermedad social y en promoción de salud, así como ser el agente mediador entre familia, escuela y salud.

Otro punto importante es generar consciencia social que implica conocimiento de la situación, el reconocimiento por parte de la comunidad de lo que esta pasando y voluntad de la comunidad de actuar en función de los problemas que esta atravesando, conciencia social implica hacer visible lo invisible, decir lo no dicho, hacerse responsable del desarrollo y mejora de la propia comunidad, aumentando la percepción de riesgo y daño.

En este sentido, la conciencia es el resultado de una intervención preventiva sobre la tolerancia social. El enfoque de prevención integral se basa en la convicción de que existen factores de protección ante el fenómeno de las adicciones y que tales factores contribuyen al desarrollo de la conciencia social.

6 Bibliografía

- https://www.scielo.conicyt.cl.com
- https://www.revistahph.es
- https://www.academica.es

Capítulo 341

INTEGRACIÓN DE LA MUJER AL MEDIO RURAL.

SUSANA DIAZ REMIS

1 Introducción

Mujer rural es aquella que desarrolla su vida en el medio rural (pueblo, aldea, pedanía o caserío) perfil típico mujer de 50 años con 2 ó 3 hijos de media dedicando 8 horas diarias a la tarea del hogar y 5 horas a actividades externas al hogar.

2 Objetivos

- Analizar la importancia de la inclusión de la mujer en el medio rural, siempre presente, innovando, trabajando y participando en cualquier proyecto los objetivos más destacables serian:
- Ayudar a visibilizar el papel de la mujer en el mundo rural y difundirlo a la sociedad fomentar las condiciones para facilitar la conciliación de la vida personal, laboral y familiar, y la corresponsabilidad en el medio rural.
- Establecer modelos específicos de intervención que infieran cambios hacia una mayor igualdad entre hombres y mujeres y que sirvan de referencia general.
- Mejorar y actualizar el conocimiento sobre la situación de las mujeres en el medio rural.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: mujer y rural.

4 Resultados

En España más de 7 millones de mujeres viven en el medio rural y a diario son la pieza fundamental para el desarrollo de la economía en este entorno. Participan en la producción de cultivos y el cuidado del ganado,proporcionan alimentos para sus familias y además llevan a cabo funciones vitales del cuidado de niños, ancianos y enfermos.

El 82% ayudan en las explotaciones agrarias.El 59% no paga ninguna cotización social.tienen un papel claro pero no reconocido, sufren enfermedades psicosomáticas y sobreenvejecimiento como consecuencia de los grandes esfuerzos físicos.carece de independencia económica porque su trabajo va engrosado al mantenimiento común, que finalmente representa el cabeza de familia.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, estas mujeres se encuentran en una postura de hecho y no de derecho,participando en la vida de su entorno, padeciendo todos los inconvenientes de trabajar pero ninguna de sus ventajas. En suma hay que dejar constancia de que el futuro del mundo rural depende en buena parte del papel que se otorgue a las mujeres y de las medidas que se les ofrezcan para ejercer su vida profesional y personal, sin limitaciones.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 342

DEFECTOS CONGÉNITOS Y PATOLOGÍAS INCOMPATIBLES CON LA VIDA EXTRAUTERINA INTERPRETADO POR UN TCAE Y UN TÉCNICO DE LABORATORIO

GUADALUPE HACES HACES

JOSE ANTONIO ALVAR ROZAS

1 Introducción

El constante avance industrial y tecnológico, comporta un incremento de la mujer a la vida laboral a la vez de la incorporación de nuevas sustancias potencialmente tóxicas para el feto.

Según la OMS en su informe de 2015, las cifras aproximadas de anomalías congénitas afectan a uno de cada 33 lactantes y causan 3,2 millones de discapacidades al año. Se estima que unos 276.000 bebés mueren dentro de las 4 semanas posteriores a su nacimiento cada año, en todo el mundo, a partir de anomalías congénitas. El 94% de las anomalías congénitas graves, aproximadamente, se originan en países de ingresos bajos y medios. En España, según datos publicados por el ECEM (2012) el porcentaje de recién nacidos con defectos congénitos, sobre los recién nacidos totales ha pasado en el periodo enero 1980 a diciembre de 2001, del 2,22% al 1,03%, descenso probablemente achacable a las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) tras la detección de anomalías en el feto, circunstan-

cia que ha aumentado a un 46,16 de cada 10.000 nacimientos durante el mismo período.

En el presente estudio hemos encontrado diversas descripciones de malformaciones congénitas, pero hemos estimado que la definición más idónea es el término "anomalía congénita" (AC), ya que tal expresión engloba todas las alteraciones tanto físicas, psíquicas y/o funcionales, si bien hay que distinguir su origen como factor desencadenante.

Villanueva y Arráez (2006), definen la malformación congénita como cualquier anomalía desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular, presente al nacer, externo o interno, familiar o esporádico, hereditario o no, única o múltiple, abarcando una gran diversidad de patologías. Cuando estas anomalías, en la vida intrauterina, se dan debido a un componente externo en dosis que se vehiculiza por medio de la madre, no afectando directamente a ella y que sin embargo modifica las pautas normales de desarrollo del embrión, se le ha denominado teratógeno, según varios autores como Zuluaga, Valencia y Ortiz (2009), entre otros. En este caso vamos a estudiar los efectos teratógenos de origen ambiental.

Según Rojas y Walker (2012), el 10% de las malformaciones, se estima son atribuibles a factores ambientales, el 25% genéticos y el 65% a causas desconocidas probablemente de origen multifactorial, como fármacos, edad materna, enfermedades de la madre e incluso alimentación materna. Si bien estas cifras contrastan con las del informe anual de salud de la OMS (2015) en el que se afirma que no es posible asignar un origen concreto al 50% de las anomalías congénitas.

Dentro de las AC, cabría distinguir entre mayor y menor, definida la primera como un defecto que de no ser corregido compromete significativamente el funcionamiento corporal normal, o que reduce la expectativa normal de vida. La anomalía menor es una alteración que no compromete la funcionalidad corporal ni la forma, pudiendo ser corregida o bien no requiere manejo médico, según Aviña y Tastekin (2008). Las publicaciones encontradas referentes a la susceptibilidad del desarrollo fetal frente a un agente teratógeno varían de unos autores a otros. Según Pinto-Escalente et al. (2001), el efecto de estos agentes deberá tener en cuenta el contexto donde se produzca la exposición incluyendo naturaleza, dosis, ruta y edad gestacional, además de posibles exposiciones simultaneas valorando la propia susceptibilidad de la madre y del embrión.

Anomalías congénitas de origen ambiental y consecuencias: (teratógenos) 140 Salud y cuidados durante el desarrollo. Volumen I Según Rojas y Walker (2012),

dependerá de la naturaleza de éste, la dosis y la etapa del desarrollo en la que actúa, siendo el más crítico aquel donde se produce una mayar división celular.

Se evidencia una coincidencia a la hora de contemplar los factores de riesgo externos (teratógenos) en cuanto a su efecto como dosis-respuesta, naturaleza del agente, tiempo de exposición y edad gestacional como los principales. Importante también a tener en cuenta la constitución genética o susceptibilidad individual tanto del feto como de la madre y estilo de vida. Dentro de los teratógenos ambientales hemos encontrado que pueden ser distinta naturaleza: químicos (medicamentos) infecciosos (toxoplasmosis y/o rubeola) y físicos (radiaciones ionizantes). (Hübner, Ramírez, y Nazer, 2005). Sin embargo, hay diversidad de clasificaciones según distintos autores. Cavieres (2010) los divide en físicos, biológicos (incluyendo el herpes I y II, citomegalovirus, y sífilis) y químicos, encuadrando dentro de este último: desequilibrios metabólicos, sustancias de abuso, fármacos y contaminantes ambientales. A todos estos factores, deberíamos de añadir dos muy importantes que son el estado de salud previo de la gestante, edad y su estilo de vida.

La experiencia sugiere que la exposición a determinados agentes contaminantes de forma ocupacional, como los agrotóxicos, puede estar asociada a muertes neonatales y abortos espontáneos (Ascurra, 2007). Asimismo, hemos encontrado que se está acuñando el término de teratología del comportamiento, en los últimos años, que trata los cambios del comportamiento postnatales debidos a una exposición prenatal a sustancias neurotóxicas implicando alteraciones morfológicas, neurofisiológicas y conductuales.

Sin duda, todos los estudios coinciden en la gran dificultad para la identificación de factores ambientales como agentes teratógenos derivada de la observación, ante el impedimento de praxis con humanos ya que resulta de gran dificultad la extrapolación de estudios con animales de laboratorio.

2 Objetivos

- Determinar posibles factores teratógenos ambientales y consecuencias posteriores a su detección.
- Describir posibles medidas a adoptar para poder evitar estos efectos.

3 Metodología

- Se revisaron artículos relacionados a defectos al nacimiento y enfermedades genéticas en la etapa pediátrica, desde el año 2001 y hasta el 2016.
- Se hizo una revisión cualitativa de la literatura en las siguientes plataformas: Dialnet, Elsevier Science, Cinahl, ImedPub Journal, Scielo, y Cochrane plus, utilizando los descriptores: "teratógenos", "malformaciones", "embriología", "teratogénesis" y "anomalías congénitas".
- Se encontraron 60 artículos de los cuales 20 fueron eliminados por no cumplir con el criterio de inclusión. De los 40 artículos restantes, que fueron revisados y analizados, se seleccionaron 10 para un análisis en profundidad.

4 Resultados

Para poder evaluar el riesgo de exposición a una sustancia potencialmente teratogénica habría que tener en cuenta la ventana de vulnerabilidad, entendiendo que los primeros tres meses de gestación son los más susceptibles dado que en dicho período se produce una alta diferenciación y migración celular, aunque el SNC mantiene su desarrollo incluso después del nacimiento, causa por la que es especialmente susceptible.

Cabría destacar en este estudio de revisión la diferenciación encontrada en agentes teratogénicos definitivos y los "posibles" o "potenciales". Hemos encontrado que los primeros son muy pocos a nivel ambiental englobados por las radiaciones de tipo atómico e ionizantes a grandes dosis. En cuanto a los potenciales hay multitud de estudios que relacionan de manera probable las malformaciones con diversos Anomalías congénitas de origen ambiental y consecuencias: (teratógenos) Salud y cuidados durante el desarrollo. Volumen I 141 contaminantes ambientales como son los metales pesados, agrotóxicos, hidrocarburos tóxicos aromáticos y productos sintéticos (xenobióticos), entre otros.

Más de diez millones de productos con los que convivimos diariamente contienen sustancias químicas, cuya toxicidad aún no es bien conocida a día de hoy de la mayoría de ellos; muchos son identificados como neurotóxicos con efectos por exposición crónica a muy bajas dosis, tan bajas que a veces son difíciles de detectar en el ambiente.

La identificación de teratógenos ambientales resulta muy difícil de encuadrar ya que depende de múltiples factores entre los que influye el individual. Según Aviña

y Tastekin (2008), el 50% de las anomalías congénitas son desconocidas, siendo el 15% de ellos de origen teratógeno.

Los métodos científicos de que disponemos hasta ahora son: estudios con animales de experimentación (no extrapolables a la población humana), casos clínicos aislados, estudios epidemiológicos y sistemas de vigilancia. Dentro de los estudios revisados también se contempla un riesgo definido del 5% en cada embarazo como "riesgo basal".

Sin embargo, en diferentes estudios publicados, se contempla una clasificación coincidente en todos ellos de los agente teratogénicos, siendo de gran amplitud aquellos que se relacionan con el medio ambiente. A medida que se avanza en el desarrollo económico, industrial y tecnológico se van añadiendo nuevos agentes de riesgo para el progreso del embarazo.

No obstante, hay una gran preocupación por aquellos que inciden directamente con el medio ambiente, su relación con el ser humano y los que influyen en la cadena alimentaria, como son los disolventes industriales, herbicidas, metales pesados, bifenilos policlorurados (PCB) y polibromurados (PBB).

Durante las primeras semanas, en las que probablemente la mujer ignora que está embarazada, comienzan a desarrollarse muchos de los órganos (blastogénesis), pudiendo estar expuesta a diferentes agentes tóxicos para el embrión produciendo malformaciones y abortos espontáneos. A esto se suman efectos como el retraso del desarrollo intrauterino y/o postnatal, retardo mental y neoplasias (Mazzi, 2015). Hay que aclarar que el período de blastogénesis corresponde a los 28 primeros días de gestación, desde la constitución del zigoto, por tanto todas las alteraciones producidas en este período tan crítico, son muy graves, conllevan la afectación de varios órganos y con frecuencia son letales para supervivencia del embrión.

La placenta funciona como membrana lipoproteínica permitiendo que la mayoría de los xenobióticos pasen por difusión pasiva de la madre al feto salvo algunas sustancias que necesitaran de transportadores debido a su peso molecular. Contiene un gran número de enzimas que favorecen la biotransformación de xenobióticos en metabolitos previsiblemente tóxicos (Gómez-Chavarin et al., 2013). El sistema nervioso es especialmente sensible a estos agentes tóxicos ya que la barrera hematoencefálica no está aún formada, cuya madurez no se alcanza hasta los seis meses tras el nacimiento.

Añadido a todo esto, hay que tener en cuenta la reducida eliminación metabólica del feto, dieta muy limitada a través de la madre, tracto gastrointestinal y sistema inmunitario inmaduro, flujo cerebral mayor, entre otras características que hacen del feto un receptor idóneo para la acumulación de elementos tóxicos. En el caso que el embarazo llegue a buen término, durante el periodo de lactancia materna puede seguir produciéndose o bien comenzar a inducir con este acto la transmisión por leche materna de productos tóxicos acumulados en ella por exposición previa.

En muchos casos, los efectos teratógenos de carácter ambiental se detectan en períodos posteriores al nacimiento pudiendo convertirse en secuelas de por vida. Es el llamado efecto Imprinting, llegando a manifestarse en periodos tardíos de la vida por modificaciones cualitativas y cuantitativas celulares. Por ejemplo el humo del tabaco y el plomo se asocian a problemas pulmonares y de desarrollo tanto a nivel intrauterino como con posterioridad en la etapa de la primera infancia. Anomalías congénitas de origen ambiental y consecuencias: (teratógenos) 142 Salud y cuidados durante el desarrollo. Volumen I

Igualmente, determinados aspectos de la función neurocognitiva, comportamiento y defectos morfológicos se pueden presentar a largo plazo en asociación a exposición por pesticidas, son los llamados trastornos de neurodesarrollo causados por exposición a sustancias químicas ambientales en su mayoría, viéndose incrementados en las tres últimas décadas (Gómez-Chavarin et al., 2013).

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que, a pesar de que la capacidad teratógena medioambiental se estima en un 10% del total de malformaciones congénitas, es posible disminuir algo este porcentaje poniendo en marcha mecanismos de prevención, sobre todo en cuanto a la exposición prenatal a estos agentes.

Tras un exhaustivo estudio de las publicaciones sobre teratógenos medioambientales, queda patente en todas ellas la enorme dificultad encontrada a la hora de determinar con exactitud precisa el efecto teratógeno de un agente ambiental y que dicho agente cause de manera exclusiva determinadas malformaciones tanto de tipo morfológico, como fisiológico y metabólico. Sin embargo se está avanzando en el estudio acerca de la forma más precisa para la medición y control de determinadas exposiciones.

En lo que compete a algunos agentes, se pueden "medir" de alguna manera con la utilización del monitoreo del medio ambiente y del biomonitoreo, consistiendo este último en la medición repetida y controlada de agentes químicos o biológicos. El biomonitoreo mide los marcadores tanto biológicos como químicos en tejidos, fluidos y otros lugares accesibles del individuo pudiendo medir la dosis interna de una estructura así como las diferencias individuales en cuanto a la biodisponibilidad, absorción y eliminación (Magnarelli, 2015).

Además de estas mediciones, existen pruebas en la práctica clínica diaria para el diagnóstico de posibles malformaciones fetales tanto invasivas como no invasivas. En lo que se refiere a estas últimas, se utilizan:
1. Semana 12: ecografía que mide la edad gestacional, el latido, el número de fetos y la traslucencia nucal, siendo este último un marcador para el Síndrome de Down, analítica sanguínea.
2. Semana 20: ecografía, donde se pueden detectar gran parte de los defectos morfológicos. También se realiza un screening bioquímico en el segundo trimestre para determinar posibles cromosomopatías.
En cuanto a las pruebas de diagnóstico invasivas, se suelen realizar: amniocentesis, biopsia corial y cordocentesis. Llevar a la práctica medidas de prevención, ahorrarían muchos costes tanto de tipo individual, laboral y económico al sistema sanitario público.

Por tanto sería conveniente añadir a las anteriores medidas, otras preventivas de salud pública:
1. Prevención primaria: evitar y/o minimizar la exposición a sustancias peligrosas pre y post concepción, ingesta en cantidad suficiente de vitaminas y minerales como el yodo y ácido fólico y restricción de sustancias toxicas como tabaco y alcohol, control de diabetes y anamnesis de patologías previas y/o antecedentes de abortos y casos de malformaciones. Habría que destacar el riesgo a las exposiciones laborales de hombres y mujeres en edad reproductiva, cuya prevención se haría con equipos de protección individuales, así como controles y mediciones periódicas.
2. Prevención secundaria: administración de vacunas antes de la concepción, control y seguimiento de embarazo según lo expuesto con anterioridad, cirugía intrauterina, aborto terapéutica, prevención terciaria: cirugía pediátrica específica y especializada para cada niño, tratamiento y control de trastornos funcionales como híper o hipotiroidismo, trastornos del desarrollo, etc., rehabilitación y desarrollo multidisciplinar.

Añadido a todo esto, se debe: aumentar y mejorar la formación del personal sanitario y de los usuarios en el fomento de la prevención de las anomalías congénitas con programas de educación en salud específicos, trabajar en un Equipo multidisciplinar medicina, biología, enfermería, terapia ocupacional, psiquiatría y otras disciplinas, establecer un sistema de vigilancia desde atención primaria a Anomalías congénitas de origen ambiental y consecuencias: (teratógenos) Salud y cuidados durante el desarrollo. Volumen I 143 especializada, continuar desde investigación con sistemas que permitan identificar, lo antes posible, las partes del desarrollo con un efecto negativo sobre el embrión, con el fin de poder encontrar las medidas más adecuadas.

Tal y como muestran los resultados, las anomalías congénitas son causas de muerte y discapacidades posteriores que limitan la calidad de vida posterior y supone un alto coste a los servicios sanitarios.

La evidencia nos demuestra que un buen seguimiento de la embarazada puede detectar posibles malformaciones congénitas antes del nacimiento, abriendo posibilidades para posibles soluciones. Sin embargo, uno de los factores más importantes para el diagnóstico e identificación de estas patologías es la identificación de los factores de riesgo. En España hay un servicio de información telefónica sobre teratógenos: "Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español" (SITTE).

6 Bibliografía

- Ascurra, M. (2007). Los agrotóxicos son teratógenos. Rev. Pediatr. (Asunción), 34(2).
- Aviña, A., y Tastekin, A. (2008). Malformaciones congénitas: clasificación y bases morfológicas. Rev. Ped. Mediagraphic, 75(2), 71-74.
- Ballabriga, A., y Carrascosa, A. (2006). Nutrición fetal: retraso del crecimiento intrauterino. Acta Pediatr Esp. Ergon, 1-52.
- Bermejo, E. (2010). Frecuencias de defectos congénitos al nacimiento en España y su comportamiento temporal y por comunidades autónomas. Causas de las variaciones de las frecuencias. Elsevier España y SEMERGEN, 36(8), 449-455.
- Boletín EMCEMC. (2012). Revista de dismorfología y epidemiologia, 6(2).
- Cavieres, M.F. (2010). Exposición a pesticidas y toxicidad reproductiva y del desarrollo en humanos. Análisis de la evidencia epidemiológica y experimental. Revista Virtual REDESMA, 4(1), 58-67.

- Gómez-Chavarín J., Martínez-Guerra1, C., Esquivel-Franco D.C., Báez-Saldaña A., y Gutiérrez-Ospina, G. (2013). Neurotoxicidad durante el desarrollo inducida por sustancias químicas ambientales. Arch Neurocien (Mex), 18(3), 154-160.
- Hübner, M.E., Ramírez, R., y Nazer, J. (2005) Malformaciones congénitas. Diagnóstico y manejo neonatal. Imp. Salesianos S.A.
- Magnarelli, G. (2015). Exposición ambiental a plaguicidas: biomarcadores en matrices de la tríada madreplacenta-feto. Acta bioquímica clínica latinoamericana, 49(1), 39-53.
- Mazzi, E. (2015). "Defectos congénitos". Rev. Soc. Bol. Ped, 54(3), 148-159.
- OMS (2015). Anomalías congénitas. Nota descriptiva nº370. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Ortega, J.A., Ferris i Tortajada J., Cánovas A., Apolinar E., Crehuá E., Garcia J., y Carmona, M. (2005). Neurotóxicos medioambientales (I). Pesticidas: efectos adversos en el sistema nervioso fetal y postnatal. Acta Pediatr. Esp, 63, 140-149.
- Ortega, J.A., Ferris i Tortajada J., Cánovas, A., Claudio-Morales, L., Berbel, O., y Lupiañez, P. (2005). Neurotóxicos medioambientales (III). Organoclorados, organobromados y bisfenol A: efectos adversos en el sistema nervioso fetal y postnatal. Acta Pediatr. Esp, 63, 429-436.
- Pérez, A., Allende-Bandres, M.A., Agustín, M.J., y Palomo, P. (2002). Teratogénesis: clasificaciones. Farmacia Hosp. (Madrid), 26(3), 171-177.
- Rojas, M., y Walker, L. (2012). Malformaciones congénitas: aspectos generales y genéticos. Int. J. Morphol., 30(4), 1256-1265.
- Rueda, S. (2005). Malformaciones congénitas frecuentes y su epidemiología. Rev. BO1- Bolivia, 159-186.
- Villanueva, R., y Arráez, L.A. (2006). Epidemiologia de las malformaciones congénitas y de sus factores de riesgo. Rev. Pediatrika, 26(9), 308-315.
- Zubieta-Ruiz, B., Sánchez-Márquez, P., y Castillo-Cruz, R. (2009). Enfermedades genéticas y defectos al nacimiento. Impacto en la morbilidad y mortalidad pediátrica. Acta Pediatr. Mex, 30(4), 220-225.
- Zuluaga, M., Valencia, A.M., y Ortiz, I.C. (2009). Efecto genotóxico y mutágeno de contaminantes atmosféricos. Rev Medicina UPB, 28(1), 33-41.

Capítulo 343

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ

MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

CYNTHIA GEDDES CUETO

MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN

CELIA MARTINO GONZALEZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer (E.A.) fue descrita por primera vez en 1907 por Alois Alzheimer, médico alemán. En la actualidad es la principal causa de demencia entre los adultos. Esta enfermedad se caracteriza por la perdida de memoria debido a la perdida masiva de neuronas y presencia de numerosas placas amiloides. Es una demencia de comienzo insidioso y lentamente progresiva.

La E.A. tiene un curso devastador para el paciente y su familia, con un costo económico-social que aumenta alarmantemente a medida que aumenta el porcentaje de la población geriátrica en la sociedad contemporánea

2 Objetivos

- Conocer los cuidados que son necesarios para los enfermos de Alzheimer.
- Establecer la edad como un factor de riesgo en el desarrollo de la enfermedad.

- Conocer la historia familiar positiva de E.A. es un antecedente claro de aumento de riesgo.
- Abordar esta enfermedad de manera global.

3 Metodología

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

4 Resultados

La enfermedad de Alzheimer aumenta con la edad, solo en un 1% o 2% afecta a personas antes de los 60 años, es más frecuente en la mujer en el hombre, esto parece ser debido a que la mujer vive más años o a la carencia de estrógenos en la etapa postmenopáusica de la mujer. La evolución de la enfermedad es muy variable, hay pacientes que fallecen antes de los cuatro años, mientras que otros sobreviven doce o quince años. El promedio de supervivencia es de siete u ocho años. En la evolución de esta enfermedad podemos reconocer tres estadios clásicos:

- Estadio I: periodo de demencia leve, caracterizado por la pérdida de memoria reciente, olvido de citas y datos; la expresión verbal se hace menos fluida y desorientación espacial en lugares nuevos o poco frecuentes para los pacientes.
- Estadio II: periodo de demencia moderada, los problemas cognitivos se hacen más evidentes, problemas para reconocer familiares, empobrecimiento del vocabulario, desorientaciones con la consecuencia que esto conlleva para las actividades de la vida diaria. Se observan trastornos conductuales y desinterés por el cuidado propio de la persona.
- Estadio III: periodo de demencia severa. En esta etapa de la enfermedad el paciente pasa a un estado de dependencia absoluta y postración. El problema principal es la cuida del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Podemos enumerar algunas pautas para garantizar una mayor calidad de vida de estos enfermos:

- Actividades: deben ser atractivas y sencillas, a saber juegos simples o música, salir a pasear, colocar señales que les feliciten la orientación, calendarios, anuncio del baño, etcétera.
- Incontinencia: llevar al baño al enfermo cada tres horas y ser comprensivo con él
- Seguridad: protección de escaleras, muebles, cajones inestables, armas de fuego y utensilios cortantes. Procurar ligares bien iluminados con temperatura adecuada, evitando el escape a la calle.
- Alimentación: mantener una rutina de platos variados y aptos para el enfermo que no puedan presentar dificultades de deglución
- Tareas diarias: preparar la ropa con antelación, evitando así frustraciones del paciente ante las tareas habituales, ya que le son difíciles de realizar, vestidos sencillos de fácil manejo, evitando botones y empleando en su lugar broches o velcro. No insistir excesivamente en la combinación adecuada de colores o estilos.
- Sueño: evitaremos que el paciente duerma durante el día, ya que muchos pacientes les cuesta conciliar el sueño y por las noches entran en estado de agitación. El uso inadecuado de hipnóticos agrava este problema.

6 Bibliografía

- "Enfermedad de Alzheimer y cuidadores". IMSERSO, 2015.
- "Sociedad Española de Enfermería y Gerontología". Grupo de demencias.
- "Guía de cuidados enfermeros y pacientes de Alzheimer y otros síndromes demenciales y sus cuidadores". 2009.
- https://scielo.conicyt.cl
- https://cuidateplus.marca.com
- https://medineplus.gov
- "Manual de cuidador de enfermos de Alzheimer, atención especializada". Editorial MAD.

Capítulo 344

ARTETERAPIA EN PERSONAS CON DEMENCIA

RAQUEL BLANCO QUESADA

1 Introducción

Durante los inicios de las demencias, y específicamente hablando del Alzheimer, se manifiesta una pérdida de las capacidades cognitivas, acompañada por cambios notables de la conducta, los cuales tienen como consecuencia la pérdida de manera progresiva de la autonomía del individuo. Esto implica una dependencia paulatina de su entorno familiar.En un principio, los cambios y pérdidas se manifiestan en las actividades instrumentales de la vida diaria, para luego ir avanzando en actividades significativamente más simples.

La memoria es la función más alterada durante las fases iniciales de las demencias, lo cual no implica que sea la única, como tampoco que la pérdida del resto de las funciones se manifieste de manera uniforme.Esta disminución de las funciones cognitivas se manifiestan en el día a día, impidiéndole al individuo hacer su vida cotidiana, tanto habituales como no habituales (desde realizar alguna compra hasta no retener acontecimientos importantes, o tener dificultades para resolver un problema cotidiano).En las fases moderadas, las funciones cognitivas poseen alteraciones más severas, las cuales pueden manifestarse por ejemplo en el reconocimiento de los objetos del entorno (agnosia); en la reducción tanto del habla como del significado de las palabras (afasia); en la pérdida de la secuencia motora necesaria para utilizar algún objeto cotidiano del entorno, o bien para realizar una acción motora diaria (apraxia).

En las fases moderada y grave de las demencias, las alteraciones neuropsicológicas afectan de manera general a todas las funciones cognitivas, pero se manifiesta de manera más grave el síndrome afásico, apráxico y agnósico (lo cual se manifiesta en la incapacidad de reconocer tanto a sus familiares como a sí mismo), disminuyendo de manera considerable la autonomía, llegando a necesitar asistencia permanente.

Es posible que se manifiesten alteraciones en la conducta a medida que la enfermedad avanza, lo cual implica una interferencia en la mayor parte de las actividades que desarrolla el individuo, situación que debe considerarse a la hora de planificar cualquier programa de estimulación cognitiva.

2 Objetivos

- Conocer y revisar la importancia de fomentar terapias ocupacionales centradas en el arte en sus procesos de rehabilitación y así poder utilizarlo como tratamiento coadyudante en su enfermedad.

3 Metodología

Se ha estudiado que el uso de terapias creativas ayuda en el tratamiento de pacientes con Alzheimer. Las artes se han utilizado como promoción de salud referente a la influencia de la mente, en el cuerpo o al sistema inmune, mediando a través del cerebro y el sistema nervioso central. Se ha encontrado que haciendo que los pacientes se interesen en actividades desafiantes como el arte, el cerebro puede crear nuevas sinapsis, adaptándose y manteniéndose vital.

Las terapias creativas también afectan en las experiencias afectivas y sensoriales y ayudan a preservar y maximizar el sentido del sí mismo. Por ejemplo, fomenta la comunicación no verbal con el mundo externo, las habilidades sociales, ayuda a estimular áreas cerebrales que aún se encuentran en funcionamiento, permite reminiscencias o traer experiencias pasadas al presente, fomenta autonomía y toma de decisiones y promueve que las personas expresen sus preferencias y emociones. Es importante mencionar que las respuestas mencionadas se pueden lograr a través de diferentes medios artísticos, como artes visuales (arteterapia), música (musicoterapia) y teatro (teatroterapia).

Dentro de las opciones que brinda la utilización del arte en el ámbito terapéutico, se encuentra la musicoterapia, mediante la cual se utilizan tanto la música como

sus elementos (sonido, armonía, ritmo y melodía), para promover y facilitar la estimulación de determinados objetivos terapéuticos, tales como la comunicación, el aprendizaje, la expresión, la movilización, entre otros, con el fin último de mejorar la salud de las personas. Es decir que es el uso de la música para conseguir la rehabilitación, el mantenimiento y la mejora de la salud mental y física del individuo.

4 Resultados

Si bien el Arte posee una importancia fundamental como agente terapéutico, debe considerarse también su importancia en cuanto a su capacidad potenciadora de la comunicación no verbal, lo cual posibilita la expresión de conflictos o percepciones que no son manifestados de manera oral. De esta manera, pueden ser identificados y resueltos utilizando canales no verbales de comunicación.

5 Discusión-Conclusión

Estas terapias ocupacionales centradas en el arte están demostrando que ejercitarán su cuerpo, favorece su motricidad y su memoria, ayudando a retardar su deterioro y también a su estado emocional y minimizando su estado de animo y estrés, mejorará su calidad de vida y de esta manera volverán a sentirse útiles.

6 Bibliografía

- Fundación Alzheimer. http://www.fundacionalzheimur.org/fundacion
- Ruiz-Vargas, J.M. (2002). Memoria y Olvido, perspectiva evolucionista, cognitiva y neurocognitiva.
-Sachcter, D. (2009). Los siete pecados de la memoria. Cómo olvida y recuerda la mente
- Todo sobre el Alzheimer. (2004). Unidad editorial información general. Revisada el 10 de diciembre Confederación española del alzheimer.

Capítulo 345

CUIDADOS A PACIENTE. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

MARIA TERESA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Es la infección sexualmente transmitida más común que existe. Por lo general, el VPH es inofensivo y desaparece espontáneamente, pero algunos tipos pueden provocar verrugas genitales o cáncer.

Las infecciones genitales por VPH son muy comunes. De hecho, casi todas las personas sexualmente activas se contagian con el VPH en algún momento de su vida. La mayoría de las personas con VPH no tienen síntomas y se sienten perfectamente bien, por lo que generalmente si ni siquiera saben que están infectadas.

2 Objetivos

- Saber que este virus se contagia fácilmente por contacto piel a piel cuando tienes sexo con alguien que lo tiene.

3 Caso clínico

Hombre de 40 años que acude a su medico de cabecera por presencia de lesiones verrugosas localizadas en el glande, motivo por el cual se sometió a múltiples tratamientos con resultados precarios. Refirió haber presentado una zona de consistencia dura (acartonada) en el pene.

4 Discusión-Conclusión

Este es un caso representativo de la historia natural del cáncer de pene que evolucionó a partir de una infección por VPH hasta culminar en una neoplasia intraepitelial como consecuencia de un diagnóstico y tratamiento inadecuado. Aunque la gran mayoría de las infecciones por VPH en hombres son de naturaleza transitoria, un pequeño porcentaje persiste y puede progresar al desarrollo de verrugas genitales hasta evolucionar a lesiones preneoplásicas y malignas del ano, la orofaringe y el pene, como el caso que nos ocupa.

5 Bibliografía

- https://www.plannedparenthood.org
- https://www.cdc.gov

Capítulo 346

SALUD BUCODENTAL: PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN EN LA INFANCIA

CARME DE CON GUTIÉRREZ

MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ

CRISTINA PRUNEDA SIERRA

MONICA GONZÁLEZ TAMARGO

YOLANDA MERELO ALONSO

1 Introducción

La OMS define la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad.

La caries se produce cuando simultáneamente coinciden varios factores implicados en su desarrollo y entre los que se encuentran la dieta azucarada, la placa bacteriana bucal y las condiciones individuales de resistencia frente a ella.

2 Objetivos

- Mejorar la salud bucodental infantil.

- Crear hábitos de vida y alimentación que sirvan para prevenir y promocionar la salud bucodental.
- Favorecer el acceso a los servicios de salud bucodental a los niños de 7 a 15 años.
- Instaurar un plan al resto de las edades que se hará de forma progresiva en años sucesivos.

3 Metodología

Se llevó cabo una revisión bibliográfica a través de diferentes libros y revistas sanitarias, directamente relacionadas con la temática en estudio, también se consultaron diversas páginas web, para ampliar la información. Se utilizaron como descriptores "higiene bucal", "TCAE en odontología" y "prevención bucal", así como estudios sobre prevención y evolución buco-dental en la infancia en los ultimos 5 años.

4 Resultados

La base fundamental de la prevención primaria en salud oral es la instauración y mantenimiento de hábitos saludables que eviten la aparición de las enfermedades orales. Es imprescindible para conseguir este objetivo que los beneficiarios de estas actuaciones sepan cuáles son las medidas más eficaces para alcanzar y mantener una adecuada salud oral.

Para modificar los factores de riego de caries se recomiendan cuatro medidas básicas desde el sistema público de salud:
1. Adecuada higiene oral.
2. Recomendar el uso habitual de flúor.
3. Conseguir una dieta saludable.
4. Convertir la anatomía dental desfavorable mediante los sellados.

Para evitar la progresión de caries y eliminar que perpetúen el daño gingival hay una prevención secundaria en la que se recomiendan unas medidas para frenar o reducir el progreso de una lesión por caries.
1. Detectar precozmente el daño ocasionado.
2. Reducir la carga patógena de la placa bacteriana.
3. Abordaje conservador de las lesiones detectadas.

Hay una prevención terciaria para rehabilitar la anatomía y la función perdidas a causa de caries, los traumatismos o las malformaciones.

Este trabajo se va a enfocar en la prevención primaria:

- Reducir el riesgo de caries y mantener los dientes libres de enfermedad. Actuación para reducir el riesgo de caries. La Base fundamental de la prevención primaria en salud oral es la instauración y mantenimiento de hábitos saludables que eviten la aparición de las enfermedades orales. Es imprescindible para conseguir este objetivo que los beneficiarios de estas actuaciones sepan cuáles son las medidas más eficaces para alcanzar y mantener una adecuada salud oral. Además de las actividades para la educación de la salud en la consulta deben ponerse en marcha actuaciones en esta materia dirigidas a los centros educativos y a las familias que refuercen la adquisición de estos conocimientos y la adopción de actitudes saludables.

Para modificar los factores de riesgo de caries se recomiendan cuatro medidas básicas desde el sistema público de salud:

1. Adecuada higiene oral: la recomendación principal para todos los niños y niñas es conseguir que sean capaces de realizar un cepillado correcto al menos dos veces al día

2. Recomendar el uso habitual de flúor: el mecanismo de acción del flúor en la prevención de la caries, indica que el efecto predominante del flúor es tópico, y que ocurre principalmente a través de la re mineralización de las lesiones incipientes de caries por un lado y mediante la reducción de la desmineralización del esmalte dental sano por otro

Por tanto se recomienda el empleo generalizado de pasta de dientes fluorada ajustada a la edad del niño, independiente del riesgo individual de caries que presenta. Si además el niño se clasifica como de riesgo moderado o alto se recomienda asociar a la pasta fluorada.

3. Conseguir una dieta saludable: como objetivos concretos en materia de dieta se propone.

A. Reducir la cantidad total de alimentos y bebidas azucarados que se consumen diariamente.

B. Limitarlos a las comidas evitando su ingesta entre ellos.

C. Aconsejar el consume de gasolina y medicinas sin azúcar.

D. Recomendar el consumo de chicles en cuya en cuya composición se utilicen Xylitol como edulcorante, cuando este consumo no tenga contraindicaciones.

4. Convertir la anatomía dental desfavorable en favorable mediante los sellados. El sellado de las fosas y fisuras, ha representado sin ningún género de dudas, una manera eficaz de protección frente a la caries durante las últimas décadas. Todos los estudios utilizados coinciden en recomendar su práctica generalizada y se aconseja su uso en los surcos de niños de riesgo alto y moderado de caries,

etc. Sin embargo también so útiles en niños de bajo riesgo en los que el dentista, teniendo en cuanta las circunstancias individuales, sociales o familiares del caso, los consideren necesarios.
- Prevención de gingivitis. La prevención primaria de la gingivitis se considera cumplida si se instauran las medias correspondientes a la prevención de caries, es decir, una técnica de cepillado y una dieta correcta. De esta manera evitaremos la formación dela placa inespecífica, primera etapa en el desarrollo de la gingivitis.

Otros cuidados
- No comer bollerías industriales y comidas altamente azucaradas.
- Mantener siempre una higiene adecuada después de cada comida.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de la presente revisión bibliográfica podemos concluir, que la labor de enfermería y el TCAE es fundamental para la prevención y educación buco-dental en las edades más tempranas, siendo importante mantener entre los sanitarios y los pacientes una comunicación fluida a través de charlas y coloquios, enfocadas a la edad infantil, que incidan en los beneficios de la higiene bucodental y que permitan una prevención satisfactoria sostenible en el tiempo.

6 Bibliografía

- Guía para la atención a la salud bucodental en atención primaria de Asturias.
- https://www.mscbs.gob.es/campannas/campanas08/bucoDental/objetivos_de_salud_bucodental.html
- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000100009

Capítulo 347

EL PROBLEMA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

RITA MARIA PEREZ PEREZ

1 Introducción

Una úlcera por presión (UPP), es una necrosis que se produce en una zona de la piel y del tejido subcutáneo, por encontrarse sometida a una presión entre dos planos duros como son el hueso de la persona y la silla o cama, lo que provoca falta de oxígeno y nutrientes a esa zona por el aplastamiento de los vasos sanguíneos. Constituyen un problema importante de salud pública.

Las úlceras pueden ser producidas o estar asociadas a diversas causas, por lo que actuaremos en función de la causa que las producen:
1ª Lesiones por presión: Colocación de colchón antiescaras, cambios posturales, utilización de espumas en talones y codos y alivio de presión con cojines y almohadas.
2ª Lesiones por presión o cizalla: Utilización de apósitos para evitar fricciones, cambios posturales para evitar cizalla.
3ª Dermatitis asociada a incontinencia: Cambios cada vez que haya humedad, películas de barrera no irritantes, uso de cremas específicas, etc.

2 Objetivos

- Identificar a los pacientes con riesgo a desarrollar úlceras cutáneas.
- Mantener en buen estado la piel, disminuyendo la presión y vigilar el estado nutricional del paciente.
- Identificar parámetros sobre la evolución de la lesión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con la aparición de nuevos métodos y técnicas, se ha avanzado en la prevención y eliminación de las úlceras por presión, causando un gran alivio para la salud y bienestar de las personas que las padecen.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta que las úlceras por presión son un problema de salud pública y que no están relacionadas sólo con personas de edad avanzada, ya que puede afectar a personas jóvenes por su situación de enfermedad en fase terminal o inmovilidad, nos empezamos a dar cuenta, de que con una prevención y uso de pautas profilácticas adecuadas, son evitables en un 95%.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 348

CAMBIOS POSTURALES. TIPOS, FRECUENCIA Y EFICACIA

RITA MARIA PEREZ PEREZ

1 Introducción

Los cambios posturales son modificaciones que se realizan en la postura de las personas encamadas que no pueden realizarlas por sí mismos, debido a diferentes patologías, como ocurre con algunas demencias.

La prueba de que los cambios posturales alternados, dos horas en posición lateral y cuatro horas en posición supina sobre un colchón reductor de presión, no conlleva a menos lesiones por presión, comparándolos con los realizados cada cuatro horas en las dos posiciones. Por lo tanto, no se considera como medida preventiva más eficaz el aumento de la frecuencia en los cambios posturales.

Después de revisar ensayos clínicos y estudios realizados con pacientes, no hay evidencias para recomendar los cambios posturales cada dos horas, pero sí, si se combinan con superficies de apoyo viscoelásticos cada cuatro horas.

Hay diferentes cambios posturales que nos permiten acomodar al paciente y evitar las úlceras por presión:
- Posición decúbito supino: paciente boca arriba con la cama en posición horizontal. Para su colocación, utilizaremos almohadas o cojines que colocaremos debajo de la cabeza para que quede alineada con la columna, pero cuidando que el cuello quede recto pero no hiperextendido, rodillas y pies.
- Posición decúbito lateral: este puede ser derecho o izquierdo. Colocaremos una almohada bajo la cabeza, otra detrás de la espalda para mantener la posición y

por último, otra entre las piernas para evitar el roce entre ellas. Brazo interior en rotación externa y el superior con el codo en flexión. Pierna inferior en línea recta con la espalda y hombros, y la superior la flexionamos por la cadera y rodilla y la apoyaremos sobre una almohada que irá desde la parte superior del muslo hasta la pantorrilla.

- Posición Fowler: la cabecera de la cama se colocará entre 45º y 60º, así la persona quedará medio sentada. Colocaremos una almohada de bajo de las rodillas para que estas hagan algo de flexión.
- Posición decúbito prono: Posición boca abajo: Colocaremos la cabeza ladeada sobre una almohada y alineada con el resto del cuerpo, brazos separados del cuerpo con los codos flexionados y las palmas de la mano hacia abajo. Las extremidades inferiores extendidas. Utilizar almohadas en piernas, muslos y abdomen para disminuir la presión en las prominencias óseas.

2 Objetivos

- Proporcionar los conocimientos necesarios para evitar las complicaciones derivadas de la inmovilidad y las úlceras por presión en las zonas de apoyo y su eficacia, para lo cual los realizaremos cada 2 ó 4 horas aproximadamente, a la vez que se aprovecha para verificar el estado de la piel.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- J.M. Rumbo Prieto.
- M. Romero Martín.

Capítulo 349

EL SÍNDROME BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO

LUCIA EGUREN VELÁZQUEZ

1 Introducción

Las tres principales consecuencias del Síndrome de Burnout son despersonalización, cansancio y falta de realización personal.

2 Objetivos

- Conocer como tratar física y psicológicamente al personal sanitario antes de ser un problema de mayores consecuencias con más apoyo psicosocial.

3 Metodología

El método utilizado ha sido una búsqueda bibliográfica con las palabras burnout, despersonalización, personal sanitario, encontrando artículos y trabajos realizados por psicólogos, médicos, y personal de enfermería.

4 Resultados

Entre los factores que pueden favorecer la aparición de este síndrome se encuentra el trato continuo con pacientes, la sobrecarga diaria de trabajo, los cambios en la organización, los problemas familiares y los contratos temporales. Las tres causas principales del síndrome son: desgaste emocional (una progresiva pérdida

de energía, desgaste, agotamiento y fatiga),despersonalización (irritabilidad, alto nivel de estrés y actitudes negativas hacia la sociedad) y falta de realización personal (disminución de la autoestima, frustración de nuestros objetivos).

Se considera que el personal de enfermería esta quemado cuando le ha sobrepasado la situación laboral, y ha quedado disminuida su capacidad de adaptación. Por el lado contrario existen factores psicosociales que amortiguan los efectos y previenen el desarrollo del síndrome como el apoyo social, amigos cercanos, familia, y compañeros de trabajo. La resiliencia es la capacidad de sobrellevar de la mejor manera posible las situaciones de estrés, de presión y de reaccionar con estrategias para superar situaciones adversas y traumáticas..

5 Discusión-Conclusión

Las diferencias en el apoyo social, la resiliencia, y el afrontamiento o Burnout se podrían desarrollar mediante programas específicos para mejorar la practica clínica hospitalaria.

6 Bibliografía

- https://psicologiaymente.com/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado

Capítulo 350

LA TURNICIDAD Y EL PERSONAL SANITARIO

M LUZ PENAS CABADO

ANA ISABEL VÁZQUEZ SILVA

COVADONGA CANDUELA GARCÍA

MARIA DEL MAR ESPIÑEIRA DIAZ

CECILIA GONZALEZ SECADES

1 Introducción

La luz, es indispensable para la vida, proporciona energía y participa en el desarrollo y la evolución de los organismos vivos. Una reducción de la misma o un desfase de los ritmos sociales pueden desajustar nuestro reloj interno, desfasar nuestras distintas funciones biológicas y provocar problemas de salud, de ahí la gran importancia de una óptima organización del trabajo, pues el trabajo a turnos conlleva irregularidades que pueden conducir a problemas sociales así como determinados riesgos para la salud.

El trabajo por turnos en la actividad sanitaria representa el 37.1% de la misma y si bien cada cada tipo de turno tiene ventajas e inconvenientes, la turnicidad puede provocar: Trastornos del sueño. Se producen por un conjunto de presiones y de hábitos de vida que generaría un conflicto entre el ritmo biológico y los horarios sociales. Entre los más frecuentes se encuentran el insomnio(de diferentes orígenes (entorno, comportamentales, drogas…), el síndrome de la apnea del sueño

y los trastornos del clico circadiano relacionados con el modo de vida (trabajo a turnos, desajustes horarios…) que provocan principalmente una disminución de la vigilancia y una somnolencia diurna, síntoma que a veces pasa desapercibido pero que afecta al 10 % de la población.

- Trastornos digestivos. Los trabajadores a turnos se caracterizan por realizar comidas rápidas, aplazadas, de alto contenido calórico, con frecuencia se abusa de alimentos como snacks, dulces, refrescos, etc. Observando así mismo un alto porcentaje de sobrepeso y obesidad, mayor en hombres (62%) que en mujeres (37%). Las alteraciones más frecuentes son las dispepsias, gastritis, estreñimiento, etc.
- Trastornos cardiovasculares. El trabajo nocturno requiere un mayor esfuerzo por lo que el corazón también tiene que esforzarse más, siendo los trastornos más frecuentes las enfermedades coronarias como arritmias e hipertensión arterial.
- Trastornos sobre la vida familiar y social en los que la alternancia de horarios dificulta la vida en familia, la relación de pareja, la pérdida de vida social, el uso del ocio con los hijos, la familia y los amigos.

Otros trastornos. Endocrinos, osteomusculares, ginecológicos, psicológicos (fatiga, nerviosismo, depresión.

2 Objetivos

- Estudiar la relación existente entre la turnicidad y la salud.
- Analizar el efecto de la turnicidad sobre la ansiedad y la salud psicológica en el personal de enfermería.
- Intervenir para reducir en los riesgos del trabajo por turnos.
- Conocer y practicar las recomendaciones existentes en relación a la organización del trabajo.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Scielo y Dialnet, en varias revistas de internet, en la guía básica de CCOO y en la revista Nosocomio. Las palabras claves de búsqueda fueron: turnicidad, somnolencia, ritmo biológico, nocturnidad y salud laboral. Principalmente se han seleccionado artículos en español de los últimos once años.

4 Resultados

- El personal de enfermería que trabaja en hospital con turnos rotatorios están expuestos a condiciones laborales que les producirá mayor ansiedad y que afectará de forma más negativa a su salud psicológica que aquellos otros profesionales que trabajen a turno fijo.
- También hay que reseñar como el riesgo de accidentes en trabajadores a turnos o nocturnos es de 2,1 y 1,9 respectivamente mayor en relación a otros trabajos.
- Queda constatado el impacto negativo del trabajo por turnos en el riesgo cardiovascular, en las alteraciones digestivas, musculares, del carácter, sociales, pero que pueden modificarse favorablemente con una serie de pautas como:

1. Participación activa en la organización del trabajo, como por ejemplo horarios flexibles. Conciliación con la vida familiar y social.
2. Plan de educación sanitaria que englobe principios sobre una alimentación sana y estilos de vida saludable

Mejora de los servicios de las necesidades del trabajador: transporte, comedor, guardería, etc.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo es uno de los aspectos humanos que más influye en el individuo, no sólo por ser una actividad económica necesaria para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria, sino por ser un medio sociocultural necesario para integrarse en el medio en que vive.

Estos factores no siempre son favorables, pues en el caso del personal de sanitario al trabajo por turnos se le une la nocturnidad provocando trastornos del sueño, siendo el sueño un elemento reparador fundamental para el buen funcionamiento de las capacidades físicas e intelectuales así como para el mantenimiento de la salud en general.

No obstante, el individuo en su afán de conciliar vida laboral y familiar afrontará este reto satisfactoriamente, junto con el apoyo por parte de las instituciones laborales y educativas que ven necesaria la implementación de políticas en salud.

6 Bibliografía

- Rioufol, M-O, (2010) Dossier Los efectos de la luz sobre la salud Nosocomio Nº 62 Pag 23-25

- Rioufol, M-O, Pasquet M-Ch. (2014) Dossier Los trastornos del sueño Nosocomio Nº 73 Pag13-19
- Rioufol, M-O, Blanchard A.(2009) Dossier El auxiliar de enfermería y el trabajo nocturno. Nosocomio Nº 57 Pag 11-17
- Ramirez Elizondo N, Paravicklijn T, Valenzuela Suazo S. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. Index Enferm [revista en internet] 2013 septiembre;22(3):152155. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962013002200008
- Lizarte Castillo, Miryam; Montero Madej, Alejandro; Peral Bueno, Natalia; Postigo Higueras, Emilio (2012) Efectos de la turnicidad sobre la ansiedad y la salud psicológica en profesionales sanitarios de centros hospitalarios.
- ReiDoCrea. Revista electrónica de investigación Docencia Creativa. Volumen 1. Páginas 21-28. Disponible en: http://www.ugr.es//ReiDoCrea-Vol.1-Art.3-Lizarte-Montero-Peral-Postigo.pdf

Capítulo 351

CÁNCER DE PRÓSTATA

MARÍA JIMÉNEZ ROSILLO

SANDRA PEREIRA GARCÍA

ANA PATRICIA GUARDADO DÍAZ

YOLANDA ESCALANTE TORRES

NOELIA FRAGOSO GARCÍA

1 Introducción

La próstata es la glándula sexual masculina que se encarga de producir líquido seminal. Es del tamaño de una nuez y se encuentra debajo de la vejiga de los hombres.

2 Objetivos

- Tratar de identificar los signos y síntomas que pudiesen indicar que existe algún tipo de problema que pueda estar asociado con el cáncer de próstata.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores próstata, síntomas de cáncer de próstata, factores de riesgo de cáncer de próstata y prevención de cáncer de próstata.

4 Resultados

Los síntomas de cáncer de próstata no suelen manifestarse en los primeros estadíos, sin embargo, cuando está más avanzado puede provocar una serie de signos y síntomas tales como:
- Molestias en la zona pélvica.
- Disminución de la fuerza del flujo de orina.
- Problemas para orinar.
- Sangre en el semen.
- Disfunción eréctil.
- Dolor de huesos.

Los factores de riesgo que pueden aumentar las posibilidades de padecer cáncer de próstata son:
- La edad, el riesgo aumenta cuanta más edad.
- La raza, los hombres afroamericanos tienen mayor riesgo de padecerlo.
- Los antecedentes familiares.
- La obesidad.

Algunas de las complicaciones que se pueden dar si no se controlan son la incontinencia, la disfunción eréctil y que se propague a otras zonas (metástasis).

5 Discusión-Conclusión

Existen factores que no se pueden controlar, sin embargo, mantener unos hábitos de vida saludables como una dieta equilibrada, realizar ejercicio periódicamente y mantener un peso adecuado, combinado con las revisiones médicas precisas y las consultas con especialistas, en caso de percibir algún signo o síntoma que indique que algo no va bien, puede resultar de vital importancia.

6 Bibliografía

- Cancer.gov.
- Cuidateplus.com.
- Medlineplus.gov.
- Mayoclinic.org.
- aecc.es.

Capítulo 352

RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO.

LORENA POSADO CARRO

MARIA GARCIA GUAZA

FRANCISCO RODRIGUEZ HERRERA

1 Introducción

Los medios sanitarios son lugares de trabajo cuya actividad se centra en el diagnostico, tratamiento y cuidado de los enfermos. A menudo la atención que prestan los profesionales sanitarios a los pacientes es con carácter urgente y esta situación provoca accidentes laborales.

La ley de Prevención de Riesgos Laborales establece en su Art.18 la obligación del empresario de informar a sus trabajadores sobre los riesgos que puedan afectar a su salud y las medidas preventivas que deben aplicar para aplicarlos.

2 Objetivos

- Disminuir los accidentes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científi-

fica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Principales riesgos y medidas adoptadas:
1. Riesgos biológicos: Se define como la presencia de un organismo o la sustancia derivada de un organismo que plantea una amenaza a la salud humana. Al hablar de medios sanitarios el principal riesgo es la transmisión de enfermedades contagiosas por la exposición de los trabajadores a diferentes agentes biológicos. Estos agentes pueden ser bacterias (clamidias, legionelas, etc.), virus (sarampión, VIH, virus del Ébola, etc.), hongos (cándidas), parásitos, etc.
Todas las medidas preventivas ante el riesgo biológico vienen reflejadas en el Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo.
Existen diferentes vías de entrada de los agentes biológicos como pueden ser vía respiratoria (aspiración de secreciones, toses, etc.), vía digestiva (por comer, beber o por ingestión accidental), vía sanguínea (cortes, salpicaduras, mordeduras…) y vía dérmica (contacto por la piel).

2. Riesgos químicos: Los centros sanitarios utilizan sustancias químicas que incluyen los medicamentos que se administran a los pacientes y que puede conllevar riesgos a los profesionales que los manipulan, anestésicos por vía aérea, agentes esterilizantes, productos destinados a la limpieza, formaldehído, sustancias para desinfectar material, productos químicos…
Existen los llamados medicamentos citostáticos que debido a su peligrosidad requieren un tratamiento especial. Se define medicamentos citostáticos como los fármacos que se utilizan para el tratamiento del cáncer. Estos medicamentos impiden o retardan la división celular pero no son selectivos para las células tumorales si no que afectan a todas las células del organismo. El personal expuesto a estos medicamentos tiene que estar registrado y vigilarse con mayor periodicidad siguiendo protocolos específicos.

3. Riesgos físicos: En este apartado se incluyen la exposición de las radiaciones ionizantes utilizadas en radiodiagnósticos, medicina nuclear y quirófano y la exposición a radiaciones no ionizantes como los campos magnéticos asociados a la resonancia nuclear, onda corta, infrarrojos, microondas y los láseres utilizados en cirugía.

Como prevención en radiaciones ionizantes se trabaja con los servicios de protección radiológica hospitalaria para detectar zonas de riesgo, clasificar a los trabajadores expuestos y realizar mediante dosímetros la vigilancia ambiental e individual de los trabajadores. Como medidas de seguridad están los aislamientos de los equipos emisores, la señalización, la utilización de equipos de protección individual (EPIs) específicos (mandiles y guantes plomados, protectores tiroideos…) y los controles periódicos a los trabajadores.

4. Riesgos psicosociales: Están relacionados con la organización y gestión del trabajo. Estos daños se manifiestan a través del estrés, situaciones de violencia, síndrome de Burnout, etc.

5. Riesgos ergonómicos: Es la principal causa del absentismo laboral en personal sanitario y están asociados a lesiones osteomusculares.

Para la prevención de estos riesgos es importante la formación del trabajador, el uso de ayudas mecánicas y la movilización en equipo.

Existen diferentes protocolos para actuar en caso de accidente o como medida de prevención ante situaciones de riesgo. Como ejemplo podemos destacar la "Guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios". Vamos a destacar algunos aspectos de esta Guía:
- El ámbito de aplicación afecta a todos los trabajadores del sector sanitario y hospitalario y a todos los centros, establecimientos y servicios del ámbito sanitario y hospitalario.
- Según establece el Art.16 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, dicha prevención deberá integrarse en el sistema general de la empresa.
- La bioseguridad como parte constitutiva de la prevención ha de integrarse en el sistema de gestión de la empresa, incluyéndola en todos los niveles de organización, en todas las actividades con riesgo de accidente biológico que se realicen y ordenen y en todas las decisiones que se adopten.
- Los principales procesos de gestión que han de integrar la prevención son adquisición/compras de productos, procedimientos e instrucciones de trabajo y comunicación de incidentes/accidentes, factores de riesgo o sugerencias de mejoras.
- Se define como materiales de bioseguridad aquellos equipos o instrumentos que eliminan o disminuyen el riesgo de sufrir una exposición percutánea y mucocutánea. Los materiales de seguridad se pueden agrupar en cuatro grandes grupos:

1. Contenedores para eliminar los materiales cortopunzantes después de su uso.
2. Los dispositivos que evitan el uso de aguja.
3. Los dispositivos que hacen menos peligroso el procedimiento de separación de la aguja.
4. Los dispositivos invasivos con mecanismos integrados de recubrimiento de la parte cortopunzante.

5 Discusión-Conclusión

El sector sanitario presta y es un servicio esencial para la sociedad. En dicho sector se dan gran parte de los peligros que puedan aparecer en un entorno laboral. Por todo ello es de crucial importancia estudiar los posibles riesgos que implica trabajar en un medio sanitario y poder establecer protocolos de prevención sobre los mismos.

6 Bibliografía

- www.seguridad-laboral.es
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- Guía básica de riesgos laborales específicos sector sanitarios CCOO.
- Guía de Bioseguridad para profesionales sanitarios.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 353

PSORIASIS

ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL

ANA ISABEL MUÑÍZ DÍAZ

1 Introducción

La psoriasis es una enfermedad que se encuentra en la piel, pero sin embargo se inicia dentro de cuerpo. Las placas rojas y escamosas que aparecen en la piel aparecen cuando el sistema inmunológico del cuerpo provoca inflamación y las células de la piel se multiplican con demasiada rapidez. Algunos de los factores de activación de esta reacción inmunológica, los traumatismos, las cicatrices o las infecciones, determinados fármacos o el estrés emocional. La gravedad de la psoriasis varia de una persona a otra. Las lesiones también llamadas placas aparecen con mayor frecuencia en le cuero cabelludo, los codos y las rodilla.

2 Objetivos

- Saber el mejor tratamiento adecuado a cada persona, para así poder prevenir los brotes de psoriasis.

3 Metodología

1. Tratamientos tópicos (aplicación directa sobre la piel) como por ejemplo corticoides o fármacos basados en vitaminas como las derivadas de la vitamina D o retinoiles. Los tratamientos tópicos se inician habitualmente cuando se trata de una psoriasis leve o moderada o que afecta solo a zonas reducidas.

2. Fototerapia, que emplea luz solar o luz ultravioleta artificial, puede ayudar a mejorar las lesiones de la piel. En ocasiones la fototerapia se combina con un medicamento sistémico o un tratamiento tópico.
3.Tratamiento sistémicos, sirven para tratar la formas mas persistentes de psoriasis. Algunos ejemplos son la ciclosporina y el metatrexato. Estos fármacos se consideran eficaces para el tratamiento de la causa subyacente de la psoriasis, esto es, un sistema inmune anormal que causa inflamación y aumenta la proliferación de las células de la piel.
- Los inmunologías supresiones como la ciclosporina se reservan por lo general a personas que parecen una psoriasis de moderada a severa y que necesitan una medicación mas fuerte.
- El metotrexato es un fármaco que afecta también al sistema inmunológico, se utiliza para tratar la psoriasis moderada o severa y la artritis psoriásica.
Estos tratamientos mas fuertes pueden tener rectos indeseables, asumibles siempre que estén bajo estricto control médico.
4. Tratamientos biológicos, constituyen una opción en el tratamiento de la psoriasis y artritis psoriásica. Algunos bloquean sustancias o células inmunes especificas producidas por el cuerpo que hacen que se produzca la inflamación y ayudar a restaurar el equilibrio en el sistema inmunológico.

Si se toman medicamentos sistémicos y los síntomas no remiten o se experimentan efectos secundarios la terapia biológica puede resultar adecuada.

4 Resultados

Para diagnosticar la psoriasis el médico pregunta historial médico y realizará un examen físico que se centrará en la piel, las uñas, y el cuero cabelludo. La mayoría de los dermatólogos realizan un diagnostico visual y estima la gravedad de la enfermedad basándose en la proporción de la superficie cutánea que esta enrojecida o cubierta por placas. Conocer el diagnóstico y obtener el tratamiento adecuado puede ayudar a controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

La psoriasis puede afectar a muy diversos aspectos de la vida de las personas. Se debe de afrontar no sólo la enfermedad y su tratamiento, sino también la mirada de los otros.

6 Bibliografía

- https://www.tucuentasmucho.com/informacion/que-es-la-psoriasis/
- https://www.cinfasalud.com/areas-de-salud/cuidado-diario/piel/psoriasis/
- https://www.accionpsoriasis.org/
- https://www.tupielytu.es/blog/que-es-la-psoriasis-y-como-tratarla
- https://www.accionpsoriasis.org/

Capítulo 354

CUIDADOS A PACIENTE CON AGORAFOBIA

LORENA GUTIÉRREZ GÓMEZ

LLESICA PEREZ MENENDEZ

ANGELES REDONDO MORO

1 Introducción

La agorafobia es un tipo de trastorno de ansiedad en el que tienes miedo a los lugares o las situaciones que podrían causarte pánico y hacerte sentir atrapado, indefenso o avergonzado, por lo que evitas este tipo de lugares o situaciones. Le temes a una situación real o anticipada, como usar el transporte público, estar en espacios abiertos o cerrados, hacer una fila o estar en una multitud.

La ansiedad se produce a raíz del miedo a que no haya medios de escape o ayuda accesibles si se intensifica la ansiedad. La mayoría de las personas que sufren agorafobia la padecen después de tener uno o más ataques de pánico, lo que los hace preocuparse por volver a tener un ataque, así que evitan los lugares donde puede volver a suceder.

A la hora de tratar con este tipo de pacientes, siempre estaremos atentos a sus necesidades, intentando comprender su situación y sus miedos.

Dejaremos que el paciente durante su ingreso pueda hacer lo que hace en su día a día, ayudándole a que esos miedos que padece vayan desapareciendo poco a poco.

Iremos ayudándole a que se relacione con la mayor gente posible en lugares nuevos para él.

2 Objetivos

- Presentar un caso de agorafobia.

3 Caso clínico

Paciente Señor de 55 años de edad, médico en situación de incapacidad total. Divorciado. Tiene una hija independizada con la que mantiene contactos esporádicos en fechas señaladas. En estos momentos el paciente vive con su padre de unos ochenta años.

Acude al servicio de psiquiatría porque refiere mareos o vahídos los cuales aparecen en varias situaciones. Verse en espacios abiertos y sin ayuda es la situación que mayor mareo le produce. El mareo o vahído va seguido de pensamientos de desespero y desamparo acompañado en muchos casos de ataque de pánico.

La aparición de los mareos no le permiten realizar una vida normal, se ve incapaz de realizar las actividades más básicas de la vida cotidiana como salir de compras o cualquier tarea fuera de casa.

Los síntomas de mareo y sensación de desamparo aparecieron posiblemente por primera vez sobre los 15 años de edad viajando en metro, posteriormente aparecieron varios episodios similares, en una avenida de Barcelona, en una playa, en grandes superficies, en principio no aparecían consecuencias graves, pero con el tiempo los síntomas se fueron agravando, hasta que, sobre los cuarenta años de edad, los síntomas fueron incapacitantes, prácticamente no ha salido de casa desde los cuarenta años hasta los cincuenta y cinco.

Exploración: El paciente se muestra muy nervioso, poco colaborador, tiene momentos de lloro sin motivo.
Podemos destacar que padece psoriasis en manos, brazos y piernas.

4 Discusión-Conclusión

El tratamiento de la agorafobia puede resultar desafiante porque, por lo general, implica la confrontación de los miedos. Sin embargo, con psicoterapia y medica-

mentos, puedes escapar de la trampa de la agorafobia y disfrutar más de la vida.

5 Bibliografía

- https://www.lavanguardia.com.
- https://www.elsevier.es.

Capítulo 355

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SU RELACIÓN CON EL GÉNERO DE LOS TRABAJADORES

INÉS MARÍA COLLAZO ARIAS

MARIA ANGELES BAZ MARTIN

ANA ISABEL MARTINEZ FERNANDEZ

RAQUEL GUTIERREZ TRAPIELLO

MARIA ELENA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Allá por los años 90, la ausencia en el trabajo por enfermedad, o no, causada por problemas de salud y circunstancias sociales, ha llamado la atención de tal manera, que se ha investigado por personal cualificado en ciencias de la salud, siendo las causas principales: el bienestar psicológico, físico y la tranquilidad del trabajador. Otra causa es la repercusión que ello conlleva la pérdida económica para el empresario y la pérdida económica para del país al tenerse que hacer cargo de el absentismo laboral.

2 Objetivos

- Valorar los factores de riesgo: psicológicos, sociales, laborales y la ausencia laboral por enfermedad.

3 Metodología

La EECT se apoya en una representación sobre los trabajadores activos de la UE. Se han incorporado a dicha representación a trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia, con edad superior a 20 años. De 21.703 empleados para la entrevista, 1.500 eran españoles.

4 Resultados

Se ha demostrado que la tasa de ausencia por razones de salud (ARS) ha sido más elevada en el hombre que en la mujer.
También están afectados los trabajadores que están a turnos, con una gran tasa significativa de ARS.

5 Discusión-Conclusión

Se ha concluido que las mujeres tienen cargos laborales de baja responsabilidad. Este dato se ha estudiado siendo el resultado positivo. También se ha demostrado que la mujer trabajadora padece discriminación y marginación en el ámbito de prevención, en comparación con los hombres y se tiene que exponer a trabajos que generan problemas de riesgo laboral.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 356

REFLEXOLOGÍA PODAL

JUDIT MORENO SUÁREZ

YOLANDA VIEITEZ GONZÁLEZ

EVA MARÍA RODRÍGUEZ AUGUSTO

SORAYA OLANO FERNANDEZ

ANA CRISTINA AUGUSTO SARMENTO

1 Introducción

El modo de vida, así como el estilo de esta, que lleva la población actual, hace que cada vez sea más habitual que la población sufra de estrés, lumbalgias, artrosis, estreñimiento crónico, ciáticas, cefaleas,... Todo esto, además de los fármacos que pueda recomendar el médico, pueden tratarse y de un modo más natural, a través de los masajes.

Resulta curioso cuando vas al fisioterapeuta por primera vez y, pese a que le digas que te duele el hombro, seguramente, no empiece a tratar el hombro. Esto es debido a que lo que nos provoca el dolor, seguramente, no esté focalizado en el hombro, sino en el cuello y se vaya hacia el hombro. La reflexología podal nos ayuda a combatir este tipo de dolencias a través de las terminaciones nerviosas que se encuentran en nuestros pies.

La reflexología podal tiene su origen en la medicina oriental, esta se basa en que, a través de los pies, se tiene acceso a la totalidad de los sistemas, órganos y vísceras

de nuestro cuerpo. Los orígenes históricos del masaje zonal se encuentran en muchas de las terapias médicas de la antigüedad, desde el Egipto clásico a la Antigua India. No obstante, no faltan tampoco ejemplos como el de Hipócrates, padre de la medicina occidental y defensor de la técnica del masaje en general.

Sin embargo, la reflexoterapia se redescubriría para Occidente a principios del S.XX gracias a las investigaciones del Doctor William H. Fritzgerald y de una enfermera norteamericana, Eunice D. Ingham, quien las divulgó a través de dos libros: "Historias que los pies pueden contar" e "Historias que los pies han contado".

2 Objetivos

- Paliar y tratar dolencias físicas por medio de un masaje adecuado en la planta de nuestros pies.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como técnica complementaria, para el tratamiento de distintas dolencias, es una terapia que se recomienda para el tratamiento sintomático del dolor postoperatorio, dolor postraumático localizado (lesiones provocadas por el deporte), etc., siempre que sea llevada a cabo por personal capacitado.

Además, a través del masaje podal realizado a personas con migrañas, estos afirman que sus episodios han disminuido y que no les duele en la misma intensidad.

Otras personas tratadas, que padecían dolores al caminar, también han mejorado su calidad de vida, ya que ya no sufren esa dolencia y, con pocas sesiones, pudieron sentir una recuperación total ganando así calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

Se trata de un tratamiento seguro, suave y sin efectos secundarios. Su carácter lo hace indicado incluso para niños y bebés o, también, como técnica de auto-masaje.
Es cierto que dentro de estos ámbitos hay muchos charlatanes pero, cuando te pones en manos de un especialista, la realidad es que la calidad de vida mejora ya que ayuda a suprimir dolores y molestias de distintas partes del cuerpo.

6 Bibliografía

1. Chris Stomer. Reflexología Podal.
2. Marisa Beekman. Reflexología: El arte del masaje reflejo.
3. Antonia Gómez Conesa. IX Jornadas nacionales de fisioterapia en atención primaria. EDITUM, 22 nov.
4. Manual de Fisioterapia. Módulo I Ebook. MAD-Euroforma.

Capítulo 357

CUIDADOS A PACIENTES CON SÍNDROME DE DIÓGENES

MARÍA MONTSERRAT GARCÍA GARCÍA

LLESICA PEREZ MENENDEZ

1 Introducción

El Síndrome de Diógenes es un trastorno del comportamiento que se caracteriza por el total abandono personal y social, así como por el aislamiento voluntario en el propio hogar y la acumulación en el mismo de grandes cantidades de basura y desperdicios domésticos. Afecta, por lo general, a personas de avanzada edad que viven y se sienten solas, aquellas que no han superado la muerte de un cónyuge o familiar muy cercano o que presentan cuadros depresivos.

2 Objetivos

- Realizar un seguimiento, especialmente si se ha observado algún factor de riesgo, como comportamiento huraño o aislamiento voluntario.

3 Caso clínico

Varón de 22 años que se inicia en el consumo de cocaína desde hace 3 años con fines lúdicos desarrollando rápidamente una dependencia. La misma ha deteriorado todas las áreas de su vida, especialmente sus hábitos de autocuidado. Tres

meses antes de su contacto con la Unidad de Salud Mental y debido a las denuncias por parte de sus vecinos por mal olor, se descubre que está viviendo en un piso donde ha ido acumulando toneladas de basura.

Exploración psicológica:
- Actitud, apariencia, conducta: actitud colaboradora. Aporta información profusa en detalles sobre el consumo y tráfico. Actitud suspicaz respecto a que esta información pueda trascender a sus familiares. Actitud de resistencia a hablar sobre la acumulación de basuras. Buena apariencia. Aspecto cuidado y limpio.
- Curso y contenido del pensamiento: no trastornos formales del curso del pensamiento. Conciencia de enfermedad parcial. Sensación de incontrolabilidad.
- Ideación heteroagresiva frecuente. No ideación delirante. No ideas de muerte ni ideación autolítica. Suspicacia, desconfianza, rigidez. Autorreferencialidad
- Esfera sensoperceptiva: en el contexto de consumo, ha presentado alucinaciones auditivas y visuales. En la actualidad, presenta ilusiones visuales y ocasionalmente auditivas de las que hace crítica.
- Lenguaje: lenguaje logorreico.
- Emoción y conducta: indiferencia afectiva, frialdad y aislamiento social. Conductas de autonegligencia y abandono extremo de hábitos de autocuidado.

4 Discusión-Conclusión

El mayor obstáculo para tratar a estos pacientes, es que ellos mismos no tienen plena conciencia de su problema y suelen rechazar la ayuda social. Si no están incapacitados por motivo de alguna enfermedad psiquiátrica de base o demencia, no pueden ser ingresados en una residencia sin su consentimiento, con lo que terminan volviendo a su tipo de vida anterior. Sin embargo, no deben ahorrarse esfuerzos para tratar con terapia a estos pacientes de modo que tomen conciencia de su trastorno y aprendan la importancia de tener no solo una higiene personal adecuada, sino un entorno libre de basura y especímenes que les pueden causar muchas enfermedades a si mismos, su familia y vecinos.

5 Bibliografía

- https://www.iberianpress.es
- https://psicologiaymente.com/clinica/sindrome-diogenes.

Capítulo 358

CUIDADOS A ANCIANO CON ALZHEIMER

BEATRIZ PELAEZ GARCIA

1 Introducción

El Alzheimer es la forma más común de demencia que causa problemas con la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Los síntomas generalmente se desarrollan lentamente y empeoran con el tiempo, hasta que son tan graves que interfieren con las tareas cotidianas.

El alzheimer es responsable de entre un 60 y un 80 por ciento de los casos de demencia. El Alzheimer no es una característica normal del envejecimiento. El factor de riesgo conocido más importante es el aumento de la edad, y la mayoría de las personas con Alzheimer son mayores de 65 años. Pero el Alzheimer no es solo una enfermedad de la vejez

2 Objetivos

Informar sobre el Alzheimer para facilitar un diagnóstico precoz y su tratamiento.

3 Caso clínico

Mujer de 60 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta acompañada de sus familiares porque le notan deterioro de memoria de al menos tres años de evolución.

Los primeros datos apuntan a que se olvidaba de recados que le dejaban, empezaba a aquejar trastornos afectivos .
Varias veces se había retrasado al llegar a casa porque había tenido dificultades al regresar, habiéndose perdido y precisando de ayuda para volver en una ocasión.

En su domicilio, fallaba en tareas como cocinar y se dejaba encendidos los electrodomésticos a menudo.

Por la calle recibía saludos de amigos que veía con relativa frecuencia a los que no respondía por considerarlos extraños.

- Tª: 36.5 ºC.
- TA: 150/80 mm de Hg
- Exploración física: Paciente alerta, con cierta indiferencia ante el motivo de preocupación de sus familiares. Escasa fluidez verbal. Miniexamen Cognoscitivo de Lobo: 17/35. Fallos en orientación temporal (no recordaba día del mes ni de la semana), en orientación espacial (fallos en la ubicación de planta del hospital), no recordaba 3 palabras a los cinco minutos. Fallos en la repetición de dígitos en orden inverso y en cálculo mental simple. Dificultades nominativas. Enlentecimiento en pensamiento abstracto y asociativo. Fallo en la comprensión y ejecución de órdenes escritas y en copia de gráficos.
TAC de cráneo: atrofia de predominio parietal bilateral

- Electroencefalograma: discreta lentificación difusa del trazado, sin manifestaciones de carácter paroxístico.

4 Discusión-Conclusión

Un diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer le cambia la vida no solo a la persona con la enfermedad, sino también a sus familiares y amigos. Sin embargo, hay información y recursos de apoyo disponibles. Nadie debe enfrentar la enfermedad de Alzheimer solo.

Clásicamente se ha situado a la enfermedad de Alzheimer como paradigma de las demencias corticales, considerándose definitorio o típico de la misma la asociación de un síndrome afaso-apracto-agnósico.

5 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org
- https://www.alz.org

Capítulo 359

CUIDADOS A PACIENTES CON LEPRA

MARÍA MONTSERRAT GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

La lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad infecciosa crónica producida por la bacteria Mycobacterium Leprae (bacilo ácido-alcohol resistente) que afecta, especialmente, al sistema nervioso periférico, la piel, la mucosa de las vías respiratorias superiores y los ojos.

Se caracteriza por la aparición de úlceras cutáneas, falta de sensibilidad en la piel y debilidad muscular.

Aunque el contagio es muy difícil, se produce de persona a persona por contacto directo cuando hay proximidad con un enfermo no tratado debido a que se transmite a través de gotículas nasales y orales.

En el momento en que un paciente entra en el medio hospitalario tendremos que tomar medidas de aislamiento por gotas.

Aunque el riesgo de contraer lepra es muy bajo, aún así la mejor manera de prevenir la enfermedad es el diagnóstico y tratamiento precoz de las personas infectadas y realizar controles a aquellas personas que han estado en contacto con los enfermos de lepra.

2 Objetivos

- Conocer las características principales de la enfermedad de Hansen.

3 Caso clínico

Mujer de 54 años que acude a su Centro de Atención Primaria por presentar lesiones en la piel de dos años de evolución.

Actualmente, presenta lesiones nodulares en región abdominal, pabellones auriculares, miembros superiores y región glútea con una fase avanzada de la enfermedad, a lo que se le añade su deplorable situación económica, crítico equilibrio y emocional.

Examen físico: piel infiltrada, eritematosa, con presencia de múltiples nódulos de color rojo violáceo de varios centímetros en pabellones auriculares, mejillas, malares, miembros superiores, abdomen y región glútea. Mácula hipopigmentada, de bordes irregulares de tres centrímetros en mejilla derecha. No presenta trastornos de la sensibilidad superficial y profunda, fuerza muscular conservada aún sin discapacidades.

Rama auricular del plexo cervical superficial engrosado.
Laboratorio: todos los resultados se encuentran dentro de los límites normales.

Biopsia cutánea: infiltrado celular intenso; se observan células de Virchow.

Baciloscopia: codificación 5 en ambas aurículas y codos.

4 Discusión-Conclusión

Cuando se diagnostica precozmente la lepra, el tratamiento cura el 95 % de los enfermos, sin dejar secuela alguna. Pero, cuando su diagnóstico es tardío, deja grandes mutilaciones y afección de vísceras, quedando el paciente con discapacidad.

La importancia de la búsqueda de los contactos de lepra es bien conocida y recomendada por la Organización Mundial de la Salud para el diagnóstico precoz de los enfermos, como lo señalan los trabajos consultados.

5 Bibliografía

- https://www.correofarmaceutico.com
- https://www.hospitalaleman.org.ar
- https://www.discapnet.es

Capítulo 360

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN EL ANCIANO. PAPEL DEL TCAE

BEATRIZ PAÑEDA IGLESIAS

1 Introducción

Debido al proceso de envejecimiento el uso de múltiples fármacos es inevitable. Aún más cuando la patología es crónica y la administración se vuelve continua. Los tcae cobran aquí una especial importancia ya que son los encargados de la adecuada administración de los mismos, de forma oral o a través de sonda nasogástrica.

Por lo que deben conocer las correctas formas de administración, las características de los medicamentos y las posibles interacciones entre ellos, y nunca olvidar las condiciones inherentes a los pacientes indicados como pueden ser los despistes o las negativas a las tomas, etc. El personal debe guardar la calma y tener paciencia al llevar a cabo la tarea.

2 Objetivos

- Ofrecer a los tcae que trabajen con población anciana un apoyo o guía a la hora de administrar la medicación

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Resultados

Existen cinco conceptos imprescindibles que se deben comprobar antes de proceder a administrar cualquier medicación:
– Fármaco correcto
– Dosis correcta
– Vía correcta
– Paciente correcto
– Momento correcto

El seguimiento o adherencia al tratamiento puede ser difícil para los ancianos, debido al posible deterioro cognitivo, falta de interés, de información o una simple imposibilidad física.
Los tcae deben ante todo promover la independencia del anciano, alentándole a que realice él la tarea. Sino pudiera, el auxiliar se convertirá en su apoyo, no sólo en la toma sino también enseñándole a adquirir el nuevo hábito.
Siempre habrá que vigilar que las tomas se hagan, no se puede dejar solo al anciano hasta que estemos seguros de que ha tomado la medicación.
El personal debe aprender a identificar donde está el problema de la adherencia al tratamiento.
El problema más importante y habitual al que se enfrentará el auxiliar es el de la perdida de memoria del anciano, en estos casos se pueden seguir unas consejos:
– Enseñarles a guardar los medicamentos en un único sitio, fácilmente visible y accesible
– Un truco muy útil es guardar los fármacos por orden de uso.
– Anotar en las cajas el uso del medicamento y las dosis
– Los pastilleros son un gran recurso para que estos paciente puedan llevar un autocontrol de sus medicación

5 Discusión-Conclusión

Ante las múltiples patologías y situaciones que se pueden encontrar al tratar con pacientes ancianos se pueden seguir unas simples pautas:

- Siempre intensificar el seguimiento de pacientes con deterioro cognitivo o con trastornos mentales.
- El orden y la limpieza del botiquín son indispensables. Hay que vigilar las caducidades.
- La información es un punto importantísimo. Hay que mantener informados a los pacientes sobre su medicación, el lenguaje debe ser claro y sencillo. De esta manera se les implica en la tarea.
- Se pueden emplear trucos, como calendarios, listas, notas. De todas formas las pautas de administración deben estar siempre por escrito y asegurarnos de que lo comprenden.
- Siempre ser pacientes y reforzarles de manera positiva.
- Es necesario implicar a al familia, por lo que a ellos también se les debe informar sobre el tratamiento y los cambios que se hagan.

Siempre que exista una correcta comunicación e información profesional-paciente-familia, la toma de medicación no debería presentar un gran problema. Y así, con el correcto engranaje de todos los elementos se mejorará significativamente la calidad de vida de nuestros mayores.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000300006
- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000100007
- http://www.ortoweb.com/blogortopedia/el-problema-de-la-medicacion-en-personas-mayores/
- http://espanol.arthritis.org/espanol/combata-el-dolor/relaciones-cuidar-enfermo-casa/relaciones-cuidar-progenitor-casa/relaciones-cuidar-progenitor-casa-administracion-medicamento

Capítulo 361

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA ROSA FRADE LOPEZ

MELISSA ALONSO FRADE

1 Introducción

La protección de datos ha sido recogida como un derecho fundamental recogido en el artículo 8 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea ”toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia” (1). No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás (2). Si esa información incorpora además revelaciones sobre datos de salud, las garantías deben ampliarse.

Hoy día es indiscutible que en prácticamente todos los ámbitos se producen manipulaciones de datos. La necesidad de que en la práctica se produzcan transferencias de datos viene acompañada por el avance que las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) han tenido en poco tiempo. Las nuevas tecnologías permiten que se superen las barreras espaciales y temporales que la realidad física impone y posibilitan que el tratamiento de la información, y en concreto su transmisión, se realice de forma más rápida y a cualquier lugar del mundo (2).

2 Objetivos

- Revisar y dar a conocer los principales puntos sobre la ley de protección de datos.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre la ley de protección de datos en centros sanitarios. Se consultaron las bases de datos PubMed, Scielo y Pubindex. También se hizo la revisión de reportes avalados por instituciones reconocidas a nivel internacional como la Organización Mundial de la Salud, BOE, Convenio Europeo de los Derechos Humanos. Las palabras claves que se incluyeron en la búsqueda fueron: Lopd, protección de datos, privacidad y ley orgánica. Para minimizar el posible sesgo de publicación, la búsqueda no tuvo limitaciones de tiempo o tamaño de muestra.

4 Resultados

En estos momentos nos encontramos inmersos en un proceso global del derecho a la protección de datos de carácter personal puesto que la imparable evolución tecnológica y el nuevo entorno digital plantean importantes retos para la privacidad frente a los que las normas existentes no proporcionan ni el grado de armonización ni la eficacia necesarios. Por este motivo, a comienzos de 2012, la Comisión Europea impulsó una modificación muy profunda de la legislación en esta materia. El nuevo paquete está compuesto por un Reglamento propiamente dicho, en sustitución de la Directiva 95/46/CE, que establecerá un marco general para la protección de datos procesados en la Unión Europea y una Directiva de mínimos que sustituirá a la Decisión marco 2008/977/JHA y establecerá normas sobre protección de datos personales tratados para los fines de la prevención, detección, investigación y enjuiciamiento de los delitos y las actividades judiciales (3).

Tras una larga e intensa reforma, la Unión Europea (UE) adoptó el nuevo Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, sobre la protección de las personas físicas en lo que respecta a la transformación 1 de datos personales 2 y sobre la libre circulación de dichos datos [reglamento general de protección de datos (GDPR), derogando la anterior Directiva de protección de datos 95/46 / CE de 1995. Con el RGPD, la UE reafirma su

apego a la protección de los derechos y libertades fundamentales de las personas, en particular las relacionadas con la protección de la privacidad de las personas, incluido el derecho fundamental específico a la protección de datos personales consagrado en la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE 3 y dentro del Tratado de Derecho primario de la UE sobre el funcionamiento de la UE 4, así como su voluntad de acelerar el logro del mercado interior para el que el libre flujo de datos personales es esencial, para fines comerciales y no comerciales (4).

La Ley Orgánica de Protección de Datos es obligatoria para todos los responsables de los ficheros que contengan datos de carácter personal, independientemente del soporte en el que se almacenen dichos datos. La Ley Orgánica de Protección de Datos define dato de carácter personal como cualquier información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo que identifique o haga identificable a una persona física. Así, el nombre y los apellidos de un paciente son datos de carácter personal, al igual que su no de DNI, su dirección de correo electrónico, sus antecedentes médicos, el tratamiento que se le realiza, sus facturas, etc, porque todos estos datos aportan información sobre una persona física. Hasta que no entró en vigor el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos, no existía en la legislación española una definición de dato de salud, por lo que se debía acudir a textos internacionales para delimitar este concepto. Hay que destacar que no solo los datos de salud que indiquen una enfermedad o una anomalía son datos de carácter personal de salud, también lo serán aquéllos que indican un buen estado de salud (5).

La Ley Orgánica de Protección de Datos afecta a toda organización, empresa o autónomo que tenga, utilice o trate datos de carácter personal ya sea en soporte informatizado o en soporte no automatizado. Por lo tanto, dicha ley afecta a todos los profesionales que operan en el sector sanitario que desarrollen su actividad de manera individual, a las clínicas, hospitales e Instituciones Sanitarias que con la incorporación de historiales clínicos para el ejercicio de su profesión tienen en su poder datos relativos a la salud del paciente, datos médicos a los que les será de aplicación las medidas de nivel alto que recoge la normativa (2).

La privacidad de los registros médicos del paciente y la confidencialidad del paciente se han puesto a la vanguardia de los problemas éticos y legales en la atención médica. Los avances tecnológicos, el crecimiento y la expansión de la atención administrada, la aparición del consumo y el aumento dramático en el número de individuos y organizaciones con acceso o necesidad de acceder a la

información médica del paciente han contribuido a las preocupaciones de los pacientes sobre quién tiene acceso a su registros y para qué fines (6).

Cabe entender el secreto profesional como un deber ético especial que incurre en una obligación legal intrínseca a determinadas profesiones y funciones, que están basadas en la lealtad y en la confianza.Las personas e instituciones que desempeñan tales funciones están obligadas a no revelar la información confidencial que reciben en el cumplimiento de sus obligaciones. El secreto profesional se aplica muy en particular a la profesión médica y al privilegio abogado-cliente, mientras que numerosas jurisdicciones reconocen así mismo la obligación de secreto profesional en el sector financiero (2).

El secreto profesional no es un derecho fundamental, pero está protegido como una forma del derecho al respeto de la vida privada. por ejemplo, el TJUE ha dictaminado que, en determinados casos, ”puede resultar necesario, en efecto, prohibir la divulgación de determinada información calificada de confidencial para preservar el derecho fundamental de una empresa al respeto de la vida privada,que está recogido en el artículo 8 del (CEDH) y en el artículo 7 de la carta”. El TEDH también ha tenido que resolver si las restricciones del secreto profesional constituyen una vulneración del artículo 8 del CEDH.

El concepto de tratamiento de datos personales es muy amplio tanto en el Derecho de la UE como en el Derecho del CdE (Reglamento general de protección de datos, artículo 4):

- Tratamiento: ”cualquier operación o conjunto de operaciones realizadas sobre datos personales o conjuntos de datos personales, ya sea por procedimientos automatizados o no, como la recogida, registro, organización, estructuración, conservación, adaptación o modificación, extracción, consulta, utilización, comunicación por transmisión, difusión o cualquier otra forma de habilitación de acceso, cotejo o interconexión, limitación, supresión o destrucción”.
- Limitación del tratamiento: el marcado de los datos de carácter personal conservados con el fin de limitar su tratamiento en el futuro
- Responsable del tratamiento o responsable: la persona física o jurídica, autoridad pública, servicio u otro organismo que sólo o junto con otros, determine los fines y medios del tratamiento. Si el Derecho de la Unión o de los Estados miembros determina los fines y medios del tratamiento, el responsable del tratamiento o los criterios específicos para su nombramiento podrá establecerlos el Derecho de la Unión o de los Estados miembros.
- Encargado del tratamiento o encargado: la persona física o jurídica, autoridad

pública, servicio u otro organismo que trate datos personales por cuenta del responsable del tratamiento.

La Ley Orgánica de Protección de Datos establece una serie de principios en los que se basan las obligaciones que los responsables de los ficheros deben cumplir. Con carácter general, será el responsable del fichero el titular de la clínica, ya sea una persona física o jurídica. Los responsables, para cumplir con la Ley, deben observar estos principios y cumplir las siguientes obligaciones (2):
- Principio de calidad de datos.
- Principio de información y consenso.
- Principio de seguridad.
- Principio de confidencialidad.
-Principio de comunicación de datos.
- Facilitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

El incumplimiento de la normativa de protección de datos puede acarrear la imposición de cuantiosas sanciones. De hecho, el Considerando 148 RGPD indica que, a fin de reforzar la aplicación de las normas presentes en el mismo, cualquier infracción deberá ser castigada con sanciones, incluidas multas administrativas. A esta idea responde el artículo 83 del mismo cuerpo legal, que recoge las condiciones generales para la imposición de multas administrativas por parte de la autoridad de control estatal (que, en nuestro caso, es la Agencia Española de Protección de Datos), la cual tiene, además, otras potestades correctivas sobre las entidades o personas infractoras en virtud de lo dispuesto por el artículo 58.2 RGPD. Estas potestades habrán de estar sujetas en todo caso a garantías procesales adecuadas, entre ellas la tutela judicial efectiva, como indican tanto el apartado octavo del artículo 58 como el Considerando 148 del Reglamento (7).

En relación a las entidades que recoge el artículo 77.1 (de carácter público o asimilado), se prevé que la autoridad competente dicte una resolución conteniendo un apercibimiento, así como las medidas de cesación de la conducta o correctoras que procedan (art. 77.2), disponiéndose además la posibilidad de proponer la iniciación de actuaciones disciplinarias, si procedieran, las cuales se regirían según lo dispuesto en la legislación sobre régimen disciplinario o sancionador que resultara de aplicación (art. 77.3) (8, 9).

5 Discusión-Conclusión

El objetivo final es crear seguridad jurídica y sostenibilidad de las medidas de protección de datos que garanticen la privacidad y preserven la confidencialidad de las personas para evitar mercantilización de los datos personales.

6 Bibliografía

- Aberasturi Gorriño, U.: "Movimiento Internacional de Datos. Especial referencia a las transferencia internacional de datos sanitarios" Revista de Administración Pública, núm. 186, 2011.
- Agencia de derechos fundamentales de la UE: Manual de legislación europea en materia de protección de datos, 2018.
- Abjrsson, B.: "Relación entre la protección de datos y la libertad de prensa y de expresión" en Troncos Reigada, A, (dir): Transparencia administrativa y protección de datos personales, Civitas, 2008, pp. 304-305.
- Chassang Gauthier (2017) El impacto de la regulación general de protección de datos de la UE en la investigación científica ecancer 11 709.
- Adsuar Y.: "Cloud computing vs protección de datos de carácter personal" Actualidad Jurídica de Aranzadi, núm. 846, 2012.
- McCarthy R.L.: Ethics and patient privacy (2008) Journal of the American Pharmacists Association, 48 (6) , pp. e144-e155.
DOI: https://doi.org/10.1331/JAPhA.2008.07144.
- Alonso Vega, M.T.: "La RED EURES: libre circulación de trabajadores y empleo en la UE", Boletín asturiano sobre la Unión Europea, núm. 82-83, 1999.
- Alastruey, R.: Empleo 2.0. Editorial UOC, 2009.
- Alguacil González-Aurioles, J.A.: "La libertad informática: aspectos sustantivos y competenciales (SSTC 290 y 292/2000)", UNED: Teoría y Realidad Constitucional, núm.7, 2001.

Capítulo 362

LA SALUD AMBIENTAL

MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI

ROCÍO SAAVEDRA SUÁREZ

JOSE ANTONIO GONZALEZ SARAS

MIREN LÓPEZ REDONDO

1 Introducción

La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.

El medio ambiente afecta nuestra salud. Nuestro promedio de vida casi se ha duplicado en el último siglo principalmente debido a que tenemos agua potable para beber. Sin embargo, la contaminación de algunas partes del medio ambiente, como el aire, el agua o la tierra puede causar problemas de salud. Por ejemplo, las crisis de asma pueden ser a consecuencia de contaminantes y otras sustancias químicas en el aire y dentro del hogar.

Otros son resultado de actividades humanas, como intoxicación por plomo en la pintura o la exposición al asbesto o al mercurio por su uso en la minería e industrias.

2 Objetivos

- Valorar los diferentes riesgos ambientales.
- Analizar la exposición de los riesgos ambientales.
- Adoptar medidas para evitar los riesgos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de salud ambiental, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, medio ambiente, riesgos ambientales, factores determinantes en la salud.

4 Resultados

La salud ambiental se ocupa de evaluar, controlar y corregir los factores que inciden negativamente en la salud de las personas. De esta forma, el concepto de salud ambiental se asocia a la lucha contra la contaminación.
El carácter interdisciplinario de los elementos principales de la salud ambiental, son: a) la forma en que los factores ambientales afectan a la salud, y b) la forma en que las tendencias ambientales actuales están cambiando los modelos de riesgos para la salud, que responden a eventos presentes en el entorno del hombre y que son la pobreza, el acelerado crecimiento demográfico y el consumo exacerbado de algunos países que mantienen estilos de desarrollo inapropiados.

Algunos de los factores ambientales que afectan a la salud son: el abastecimiento de agua potable y el saneamiento; la vivienda y el hábitat; la alimentación; la contaminación ambiental; el empleo de productos químicos y los riesgos ocupacionales. Mientras que algunas de las tendencias ambientales que afectan la salud son: la población y los modelos de asentamientos; la pobreza y el subdesarrollo; el incremento en el uso de los recursos; las políticas macroeconómicas; las tendencias transfronterizas; la carencia de equidad social.

Por ejemplo, una central que emite grandes cantidades de humo tóxico y cuyos vertidos contaminan el agua, es un problema de salud ambiental, ya que puede provocar desde intoxicaciones hasta un aumento en la incidencia de ciertos tipos de cánceres humanos.

La salud ambiental también tiene en cuenta el punto de vista sanitario, por ejemplo:
• Controlando el abastecimiento del agua
• Controlando el calendario de vacunación de los niños.
• Evaluando el sistema de alcantarillado.
• Revisando la higiene comunitaria o en el trabajo
Existen 3 grandes grupos que influyen en los factores ambientales y son los siguientes:
Factores físicos
Se diferencian en:
• Factores atmosféricos: son los factores relacionados con la calidad del aire y el cambio climático. Estos factores influyen en nuestros estados de ánimo y salud física. Un ejemplo son los dolores óseos como consecuencia de la humedad o las enfermedades respiratorias y alergias debidas a los cambios bruscos en la temperatura.
• Factores sidéricos: son aquellos factores generales de nuestro planeta como los factores solares, lunares y de los cometas de alrededor. Estos factores influyen en las condiciones ambientales y, por tanto, en la salud ambiental.
• Otros factores: como aquellos derivados del uso de electrodomésticos o equipos informáticos, maquinaria industrial, el acceso a la electricidad, el acceso a agua potable, el acceso a una alimentación variada o el acceso a la escolarización.

Factores químicos
Los factores químicos son los que más frecuentemente influyen sobre la salud ambiental, debido a que se encuentran en el aire, agua y en los productos de uso cotidiano y pueden penetrar en el organismo a través del sistema respiratorio, digestivo o por el contacto directo con piel o mucosas. La acción de estos factores puede ser de forma individual o combinada con otros factores.
Entre estos factores podemos encontrar metales o no metales, en estado sólido o líquido, alguno de los cuales son elementos naturales inorgánicos como el mercurio o el plomo y que pueden ser inhalados, ingeridos o absorbidos, otros son elementos orgánicos naturales y otros son compuestos sintéticos, como los plaguicidas o herbicidas utilizados en agricultura.

Factores biológicos
Entre estos factores encontramos a las bacterias, los virus, los parásitos (unicelulares o pluricelulares y sus toxinas), los micoplasmas, los hongos, levaduras y sus micotoxinas, los vegetales y los alérgenos de origen biológico.

5 Discusión-Conclusión

El medio ambiente puede ser causante de alteraciones en tu salud. El ruido, la contaminación, la calidad del agua o el exceso de químicos en tu vida pueden ser causantes del deterioro de tu organismo. Existen una serie de factores que no se pueden controlar porque están fuera de uno mismo.

La problemática ambiental que actualmente es patente, demanda la incorporación de nuevas aptitudes profesionales, la eliminación de la subordinación de numerosas disciplinas a la racionalidad de una sola, y finalmente que la interdisciplina no es una sumatoria de capacidades sectoriales sino que debe entenderse como una activa interacción, alrededor de una situación concreta de salud ambiental.

6 Bibliografía

1. Ludevid-Angalada,M. 1998. El cambio global en el medio ambiente. Introducción a sus causas humanas. Alfaomega Grupo Editor. 332 pp
2. Cantú Martínez, P.C. 1992. Contaminación Ambiental. Ed. Diana 80 pp
3. Cantú Martínez, P.C. 1998. Apreciación Ecológica de la Salud. Ambiente Sin Fronteras Vol. 1 No. 11/12; 4 pp
4. Garza-Almanza, V. 1997. Salud y ambiente en el desarrollo sostenible. Ambiente Sin Fronteras Vol. 1 No 6, 6 pp
5. Frenk, J. 1993. La Salud de la Población. Hacia una nueva salud pública. SEP/FCE/CONACYT 164 pp
6. Vega Franco, L. 2000. La salud en el contexto de la nueva salud pública. Ed. Manual Moderno. 148pp
7. Gosselin, P. C. Furgal y A. Ruiz 2001. Indicadores básicos de salud a pública ambiental propuestos para la Región de la Frontera México-Estados Unidos. Oficina Fronteriza México Estados Unidos, Oficina de Campo/Organización Panamericana de la Salud. 38 pp
8. Sánchez-Rosado, M. 1983. Elementos de Salud Pública. F.M. Cervantes Editores, 312 pp

Capítulo 363

ESTUDIAR A CUIDARSE PARA PODER ATENDER

MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA

LORETO DE PAZ MASCIAS

ROSA CRISTINA PEREZ ALVAREZ

MARIA JOSE PEREZ PEREZ

1 Introducción

Mostrar la importancia que tiene aplicar la inteligencia emocional para prosperar la practica asistencial y lograr una mayor satisfacción y bienestar laboral.

2 Objetivos

- Estudiar técnicas emocionales y destrezas para canalizar y emplear las emociones ayudándonos a mitigar el desgaste que pueda surgir en nuestro ejercicio profesional.
- Conseguir transformar tu práctica profesional alcanzando resultados que te permitan disfrutar de tu jornada laboral ayudando de esta manera a resolver las múltiples exigencias diarias.

3 Caso clínico

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de Fisterra, Google Académico, Biblioteca Metodológica de Investen. Se han consultado además, artículos ya publicados y resúmenes que abordan aspectos relacionados con el tema de la presentación.

4 Discusión-Conclusión

Emplear el entendimiento emocional consigue lograr:
- Crecer tus recursos a nivel profesional para hacer frente a obstáculos y exigencias logrando un bienestar y satisfacción en tu puesto de trabajo y previniendo de esta forma, el estrés y desgaste profesional.
- Los pacientes a los que se atiende serán beneficiados de la relación con un profesional satisfecho que sea capaz de sacar el máximo provecho a cada encuentro terapéutico.
- Profesionales emocionalmente inteligentes consiguen equipos más cohesionados y saludables.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 364

ATENCIÓN DE LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL

MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA

LORETO DE PAZ MASCIAS

ROSA CRISTINA PEREZ ALVAREZ

MARIA JOSE PEREZ PEREZ

1 Introducción

El ejercicio de un profesional sanitario como un enfermero, auxiliar de enfermería, etc. es la que se basa en atender al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su cura o a evitar padecimiento en la hora de su muerte, y a actividades que él realizaría por sí mismo, como lo son, en nefrología.

2 Objetivos

- Examinar las funciones y actuación de profesionales sanitarios en la consulta hospitalaria en nefrología (EN).

3 Metodología

Análisis bibliográfica de los últimos 5 años, consultado las siguientes bases de datos: Dialnet, PubMed, Medline, Cuiden y Scielo. También se han revisado otros documentos como manuales, libros especializados de nefrología. Los descriptores en Ciencias de la Salud fueron: calidad de vida, hemodiálisis, nefrología y cuidados de enfermería.

4 Resultados

El profesional sanitario de nefrología tiene como finalidad principal; potenciar los autocuidados y la autonomía del paciente, mantener el mayor tiempo posible la función renal (FR), mejorar en lo posible la progresión de la enfermedad y la calidad de vida del paciente en el periodo pretratamiento sustitutivo de la función renal (TSFR), disminuir la comorbilidad, ayudar al paciente en la decisión sobre el TSFR, ordenar la preparación del acceso vascular y/o catéter peritoneal, planear la entrada en la técnica sustitutiva elegida, prevenir complicaciones y uso de accesos temporales y bajar los costes sanitarios.

Otra cualidad importante del EN es tener habilidades de comunicación, debiendo informarle de forma clara, concreta, directa e individualizada de cuál es la situación de su función renal, impacto en el organismo, dieta a seguir y estilos vida saludable. En un estado de enfermedad renal avanzada, además de lo anterior, la información se centrará en las posibles terapias renales sustitutivas y siempre que no haya contraindicación, elegirá entre hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios debemos proporcionar unos cuidados individualizados centrados en los problemas que afectan a cada paciente visto desde los aspectos biológico, psíquico y social. Siempre debemos perseguir el mejorar la calidad de los cuidados prestados a las personas e implicarnos en la incorporación de nuevos conocimientos profesionales mediante la investigación y la formación.

6 Bibliografía

- Dialnet.

- PubMed.
- Medline.
- Cuiden.
- Scielo.

Capítulo 365

CAÍDAS EN LA TERCERA EDAD

LOURDES GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina e involuntaria. Puede ser referida por el paciente o por un testigo.

Las caídas son muy frecuentes entre los ancianos y afectan a los mayores más vulnerables, y tienen importantes repercusiones sobre la mortalidad y morbilidad de nuestros pacientes mayores.Las caídas tienen un origen multifactorial y requieren un abordaje geriátrico y una adopción de medidas preventivas y rehabilitadoras.

La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería cuyo seguimiento es común en todos los programas de calidad de los distintos hospitales. Las cifras de caídas tienden a minusvalorarse. A menudo tanto en el entorno familiar como en ámbitos profesionales se reportan, fundamentalmente, aquellas que han provocado lesiones físicas, quedando sin referenciar las que no han requerido atención sanitaria urgente.

Las caídas son la causa predominante de lesiones en personas de edad avanzada (65 o más años de edad) seguidas de:

- Los accidentes de tráfico
- Las quemaduras y los incendios
- El ahogamiento

- Las intoxicaciones

Factores de riesgo
Factores intrínsecos:
Son los factores propios del individuo, tales como la edad, agudeza visual, debilidad muscular, enfermedades crónicas y agudas o del uso de fármacos.

Factores extrínsecos:
Son los factores ambientales que rodean al individuo, un nuevo lugar que no reconoce, un suelo resbaladizo, existencia de alfombras, pantalones de pijama excesivamente largos, etc.

Factores circunstanciales:
Algunas actividades o decisiones pueden aumentar el riesgo de caídas y de lesiones relacionadas, estas dependen de la actividad que se esté realizando en ese momento. Algunos ejemplos son: apurarse para ir al baño por la noche (con poca luz cuando el individuo no está bien despierto) o correr a atender el teléfono.

Consecuencias
Consecuencias inmediatas:
Fracturas, traumatismo craneoencefálico y estancia prolongada en el suelo (deshidratación, infecciones e hipotermia).

Consecuencias tardías:
Inmovilidad (limitación funcional, estreñimiento, úlceras por presión..), síndrome de postcaída (miedo a volver a caer).

Consecuencias sociales:
La pérdida de la capacidad funcional ha de ser suplida por los cuidadores o familiares. La familia suele reaccionar con ansiedad y desarrollando una actitud sobreprotectora. Es comprensible que, en este contexto, las caídas de repetición sean un factor predictor de institucionalización. Hasta un 40% de los mayores de 70 años que caen serán ingresados en residencias.

2 Objetivos

- Mantener una iluminación adecuada en el área donde se mueve el anciano.
- Evitar colocación de objetos de baja altura con los que el anciano pueda tropezar, las alfombras deben estar bien colocadas, no dejar en el suelo herramientas o

juguetes, los animales domésticos no deben circular por las habitaciones, colocar barandas a ambos lados de las escaleras, etcétera.
- Enseñar a levantarse al anciano (se debe explicar que intente girar en el suelo hasta colocarse en decúbito prono, apoye las rodillas hasta la posición de gateo, de forma que pueda buscar el apoyo de algún mueble y trepe hasta levantarse), rehabilitar su estabilidad, reeducar la marcha, etc.

3 Metodología

Las intervenciones de enfermería que han de ponerse en marcha para ayudar al paciente a obtener estos resultados son las siguientes:

Prevención de caídas
Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.
- Ayudar a la deambulación a personas inestables.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastones, andador) para conseguir una deambulación más estable
- Enseñar al paciente a utilizar un bastón o andador
- Colocar los objetos personales al alcance del paciente sin que tenga que realizar esfuerzos.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.
- Colocar la cama a nivel más bajo.
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre).

Manejo ambiental: seguridad
Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Utilizar dispositivos de protección (restricción física, puertas cerradas) para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.

Enseñanza: medicamentos prescritos
Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.
- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.

- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso, nivel de glucosa, etc.).
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o interrumpir bruscamente la medicación.
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas a tomar si se producen efectos secundarios.

Ayuda con los autocuidados: aseo
Ayudar a otra persona en la eliminación.
- Ayudar al paciente en el uso de la cuña o botella.
- Facilitar la higiene de aseo después de la eliminación.
- Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.
- Enseñar al paciente/familia la rutina del aseo.
- Instaurar idas al baño si procede.

Ayuda con los autocuidados: baño / higiene
Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.
- Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama/en el baño.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
- Facilitar que el paciente se bañe el mismo.
- Aportar material necesario para el aseo de boca.
- Proporcionar la ayuda necesaria hasta su independencia.

4 Bibliografía

- https://www.msdmanuals.com/
- https://www.who.int/es
- https://medicina.uc.cl/

Capítulo 366

LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS

MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ

NURIA SANCHEZ LOBO

PABLO ALVAREZ MURCIANO

YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los residuos hospitalarios pueden producir contaminación y enfermedades si no se los maneja adecuadamente. Los residuos infecciosos, especialmente los cortopunzantes, presentan un riesgo para quienes puedan entrar en contacto con ellos. De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la carga global de las enfermedades por exposición ocupacional entre el personal de la salud corresponde en un 40% a las infecciones por hepatitis B y un 2,5% a las infecciones por VIH.

Los hospitales también generan residuos químicos, farmacéuticos y radioactivos, todos ellos en pequeñas cantidades, que requieren un manejo especial. Por otra parte, en los hospitales también se generan grandes cantidades de residuos comunes como envases, papel, comida, etc., que pueden llegar a representar alrededor del 80% de la corriente de residuos. Un hospital de gran tamaño puede producir hasta una tonelada de residuos por día.

2 Objetivos

- Reducir el impacto ambiental que genera el hospital.
- Promover la reducción del consumo de agua y de energía y el mejor reciclado de los residuos sólidos producidos por el hospital.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de residuos hospitalarios , se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, medio ambiente, riesgos ambientales, residuos hospitalarios.

4 Resultados

En muchos hospitales de países en desarrollo, todos estos residuos se mezclan y queman en incineradores de baja tecnología y alto grado de contaminación, o bien a cielo abierto sin ningún tipo de control. Hoy en día se sabe que la incineración de residuos hospitalarios genera grandes cantidades de dioxinas, mercurio y otras sustancias contaminantes.

Si los residuos hospitalarios no se queman, pueden terminar descartados junto con los residuos comunes. En los lugares donde esto sucede, los cartoneros enfrentan un peligro diario, especialmente en los países donde resulta posible revender algunos de los elementos presentes en los residuos, por ejemplo jeringas, para su uso ilícito. el tratamiento de los residuos del hospital corre a cargo de su Dirección de Servicios Generales –al igual que sucede, por otro lado, en los centros de Atención Primaria–, los cuales dirige por lo general un ingeniero, como se ha dicho, técnico o industrial, pues otras ramas de la carrera como la Bioingeniería todavía son muy recientes, y, por esa razón, apenas existe en el mercado disposición de estos especialistas para el ámbito de la salud, aspecto que se prevé cambiará a medio plazo en España. Por supuesto, se trata solo de una de las múltiples funciones de los ingenieros hospitalarios, pero aquí nos interesa desentrañarla.

Los ingenieros forman parte de grupos de trabajo específicos tanto en el primer como en el segundo nivel asistencial en los que se llevan a cabo experiencias de

benchmarking o intercambio de pareceres e iniciativas entre diversos centros sanitarios para beneficio de todos, existe un grupo especial de Medio Ambiente que se dedica a gestionar los procedimientos por seguir e indagar en cómo implantar mejoras en el cometido principal, la supresión ecológica de los residuos. Estos grupos los conforman responsables de tres centros de Atención Primaria, tres de hospitales y el técnico de Medio Ambiente de uno de los territorios en el caso de Cataluña y por división de áreas de salud. Cada comunidad autónoma regula, tipifica y trata sus desperdicios de forma diferente, pero, en términos generales, la normativa estatal en vigor hace que su eliminación sea un elemento común a toda organización sanitaria española.

En este itinerario, los ingenieros no solo intervienen en el filtrado de los residuos; los de la concesionaria que gestiona la ARC recogen el testigo para aplicar sus conocimientos en reciclar parte de la energía que se sustrae de ese proceso de eliminación y en asegurar que no se vierten a la atmósfera sustancias contaminantes.

Las dioxinas no pueden salir al exterior, sino que se deben eliminar antes con los tratamientos; no se puede permitir que el óxido de azufre escape a la atmósfera, y, después, se convierta en lluvia ácida o en ácido sulfúrico", aclara. Por último, se separan los sólidos resultantes y se trasladan a un vertedero especial para ellos.

En un hospital se generan todo tipo de residuos y cada uno de ellos ha de sufrir un tratamiento diferente, residuos urbanos, biosanitarios, citostáticos, químicos y radiactivos, entre otros. Estos se clasifican y eliminan por procedimientos especiales, previstos por distintas normativas, para garantizar la seguridad en el medio hospitalario y de la población.

Tipos de residuos hospitalarios:
- Categoría I: residuos generales o sólidos urbanos.
- Categoría II son los biosanitarios asimilables a urbanos.
- Categoría III, los biosanitarios especiales.
- Categoría IV, los cadáveres y restos humanos de entidad suficiente.
- Categoría V, los residuos químicos.
- Categoría VI, los citotóxicos.
- Categoría VII, los residuos radiactivos.
- Categoría VIII los vertidos industriales.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de residuos hospitalarios se pretende minimizar los riesgos para los seres humanos y el medio ambiente, aplicando los conocimientos adecuado para el manejo de las cantidades peligrosas de los residuos que llegan a los sitios de disposición final. También a partir de los procedimientos establecidos por la gestión de residuos hospitalarios se estudia el plan de recolección de residuos dentro del hospital y su almacenamiento, como a su vez el nivel externo donde se proceden a ser llevados a su destino final, sitios especializados en cumplimiento con la normativa vigente. Los residuos hospitalarios al ser clasificados en peligrosos y no peligrosos, deben ser identificados y ser tratados de distinta manera para evitar las contaminaciones. Todo material expuesto a riegos debe ser previamente desinfectado para eliminar los microorganismos antes de ser llevados a su disposición final. Todo esto con el fin de estar más comprometidos con el medio ambiente.

6 Bibliografía

1. INSALUD. Manual de Gestión de Residuos Sanitarios. Madrid: Instituto Nacional de Salud; 1992.
2. Rutala WA, Mayhall CG.Medical waste, Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13(1): p 38-48.
3. Consejería de Sanidad y Consumo. Gestión de Residuos en Centros Sanitarios. Mérida: Junta de Extremadura; 2003.
4. Confederación Sindical de CC.OO. Gestión de residuos sanitarios. Madrid: Departamento Confederal de Ecología y Medio Ambiente; 1993.
5. Díaz Peñalver N, Moyano Baldoire A, dir. Manual de gestión de los residuos especiales de la Universidad de Barcelona. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2000.
6. Halbwachs H. Solid waste disposal in district health facilities. World Health Forum 1994; Vol. 15 No. 4: p 363-367.

Capítulo 367

ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

EVA DONCEL PEDRAYES

BEGOÑA GARCIA VELARDE

MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ

1 Introducción

La actividad física aporta grandes beneficios a todas las personas que la realizan para así poder envejecer de una forma más saludable y evitar problemas, sobretodo sistema cardiovascular.

2 Objetivos

Identificar los beneficios de realizar actividades físicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La realización de actividad física está demostrada que sirve para mejorar y evitar problemas como hipertensión, obesidad, osteoporosis, estrés y depresión. Como actividad para comenzar a realizar ejercicio, sería la natación, perfecto para evitar problemas en articulaciones, al no tener impacto. También recomiendan combinar ejercicio aeróbico con anaeróbico.

5 Discusión-Conclusión

La práctica de deporte equilibra y mejora nuestra salud física y mental

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/cgi-bin/wxis.exe/iah/
- https://aepsad.culturaydeporte.gob.es/inicio.html
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 368

RESIDUOS SANITARIOS. CLASIFICACIÓN

CRISTINA PELAEZ BANIELA

ELVIRA LORENZO PRENDES

VERÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ

1 Introducción

Los Residuos Sanitarios con aquellos que se generan en la actividad sanitaria. La gestión de residuos la distribuiremos en varias fases: prevención (reducir la cantidad de residuo y disminuir el impacto sobre el medio ambiente), reutilización , reciclado (transformar residuos en productos con la finalidad original), valorización (usar materiales como combustible) y eliminación (desaparición de los residuos). Para clasificar los residuos nos basaremos en 4 criterios:
1. Riesgo para la salud.
2). Riesgo impacto medioambiental.
3. Riesgo por el soporte (punzantes o cortantes).
4. Sistema de gestión, tratamiento y eliminación aplicado a cada residuo.

2 Objetivos

- Entender el concepto de residuo sanitario y su clasificación.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en diversas bases de datos (Dialnet, Cuiden). No obstante también se ha buscado información en libros, revistas y protocolos de actuación.

4 Resultados

Los residuos sanitarios los podemos clasificar en:
- Grupo I: residuos asimilables a urbano que no son específicos de la actividad sanitaria (papel, cartón). Se recogen en bolsas negras y se depositan en contenedores de residuos urbanos.
- Grupo II: residuos no peligrosos procedentes de la actividad sanitaria y que no es necesario una gestión especial (pañales, restos de curas, etc.) Se recogen en bolsa verde y se depositan en contenedores de residuos urbanos
- Grupo III: residuos sanitarios especiales que se generan por la actividad sanitaria (infecciosos, restos anatómicos, punzantes y cortantes, sangre y hemoderivados, vacunas). Su recogida se realiza a través de un gestor autorizado en bolsas de color rojo y contenedores con cierre hermético.
- Grupo IV: residuos peligrosos no específicos de la actividad sanitaria (aceites usados, pilas, baterías), residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos, residuos de productos químicos.

En general, el tiempo de almacenamiento de los residuos peligrosos, no podrá exceder de 6 meses. En el caso de residuos del Grupo III, será de 48-72 horas como máximo.

Los medios de transporte deberán de cumplir una serie de características:
- Ser exclusivos para el traslado.
- Estar situados en las zonas de producción de los residuos.
- Fácil limpieza y desinfección.
- Resistentes a la corrosión.

5 Discusión-Conclusión

Una buena gestión y manejo de los residuos sanitarios lleva consigo proteger al medio ambiente.

6 Bibliografía

- www.medlinesplus.com
- www.ucm.es

Capítulo 369

MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN EN EL EQUIPO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

MARÍA ISABEL BERMÚDEZ ROBLES

1 Introducción

A la pregunta de por qué trabajamos se suele responder alegando motivos puramente económicos o de supervivencia. Pero la realidad nos demuestra que además, las personas buscan en su trabajo incentivos distintos de los económicos que permitan satisfacer una serie de necesidades y que determinan que se comporten de una manera determinada.

Desde el campo de la psicología de las organizaciones y del trabajo se han desarrollado diferentes teorías con el fin de explicar los mecanismos y factores que hacen que un trabajo sea motivador y genere satisfacción en los trabajadores: desde la primera teoría de Taylor, de carácter mecanicista, han surgido teorías más humanistas que implican las características del trabajo y las características y necesidades intrínsecas del sujeto. También se han creado diferentes cuestionarios con el fin de medir la motivación y satisfacción de los trabajadores en base a estas teorías.

En el campo de la enfermería, profesión sujeta a continuas fuentes de estrés por el trato humano y las diferentes situaciones de salud y enfermedad, de vida y muerte a las que hace frente, existen también instrumentos de medida de satisfacción laboral específicos. Se han realizado múltiples estudios que demuestran el nivel (moderado) de satisfacción de este colectivo y la importancia de las relaciones

interpersonales, la calidad de cuidados, la autonomía, el reconocimiento, etc., en el logro de dicha satisfacción.

2 Objetivos

- Enumerar y profundizar en las teorías de la motivación.
- Identificar los factores que demuestran una relación evidente entre motivación, el rendimiento, buen clima laboral y sobre todo la organización del trabajo.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y cuestionario de opinión sobre cómo la organización de las distintas unidades afecta al trabajo en equipo entre los profesionales de enfermería. Los estudios se realizaron en distintas unidades de un hospital comarcal. Revisión bibliográfica de artículos científicos existentes sobre motivación - satisfacción entre 2007 y 2017. Se consultaron bases de datos nacionales e internacionales. Utilizando palabras clave como: equipo de enfermería, buen clima laboral, satisfacción, motivación y frustración.

4 Resultados

¿Qué es la motivación en el trabajo? Podemos definirla como la sensación o energía que impulsa a la persona a actuar en una dirección determinada.. El proceso motivacional se define como el impulso que le lleva a actuar para satisfacer unas necesidades y conseguir unos objetivos. La habilidad para conseguir que los trabajadores quieran hacer el trabajo asignado y , además, lo realicen bien. Para ello deben tenerse en cuenta los principios de la motivación:

- Nadie está dispuesto a hacer algo que vaya en contra de sus intereses.
- Una persona acude a una organización para satisfacer sus necesidades de la forma más completa posible.

Tanto la motivación como la satisfacción son dos conceptos interrelacionados entre sí y suelen estudiarse juntos; incluso algunas veces se entienden como sinónimos. De hecho la motivación nos mueve a realizar cierto trabajo, que, si cumple con nuestras expectativas, nos produce satisfacción.

Se ha visto que factores como sobrecarga del trabajo, una insuficiente formación, los turnos y horarios, y complicada relaciones interpersonales en el equipo así

como cambios organizativos y de puestos de trabajo pueden conseguir que el profesional se desmotive. No se encuentra satisfecho con el trabajo desempeñado. Esto será causa del bajo rendimiento y a su vez de la baja calidad asistencial hacia el paciente.

Trabajar bien genera satisfacción y en el caso de la enfermería el trabajo permite ayudar a los demás, lo que se presenta como un elemento fuerte de satisfacción y motivación en el trabajo.

Técnicas de motivación.
Existen diversas técnicas que proponen variadas estrategias para aumentar la motivación laboral de las personas y favorecer la automotivación y el compromiso.
- Promoción en el trabajo.
- Política salarial.
- Ambiente de trabajo. Nos referimos a todo aquello que rodea al trabajador en su puesto de trabajo y al trabajo en sí mismo. Estos factore influyen directamente en la salud del trabajador y, por tanto, afectan a su motivación y rendimiento. Dentro del ambiente podemos hacer la siguiente clasificación:
1. Ambiente físico: temperatura, ruido, humedad, vibraciones , radiaciones, luz, aparataje…
2.Ambiente psíquico y social: la introducción de nuevas tecnologías y la automatización de los procesos productivos afecta a la falta de comunicación y de la relación de los demás. Los contratos temporales, las jornadas laborales sin descanso, los trabajos nocturnos, la peligrosidad, etc., son factores que no sólo desmotivan, sino que además afectan a la salud del trabajador.
- Valoración persona -puesto de trabajo. Muchas vece , la falta de satisfacción del trabajador procede de estar desempeñando un puesto inferior al que le corresponde, debido al desequilibrio que hay entre ofertas y demandas de trabajo.
- Contrato psicológico.
- Clima laboral . Las técnicas de motivación influyen en la satisfacción de los trabajadores y por tanto en su trabajo creando un buen clima laboral. Por ejemplo, dentro de un hospital pueden darse diferentes climas laborales ya que en un servicio puede darse un clima excelente y en otro no.
- Automotivación y autoestima. ”¿qué hago yo para motivarme por mí mismo”?. Es más fácil criticar y buscar las causas que producen esa desmotivación que reconducir la situación mostrando una posición activa, que es lo que se llama automotivación. La autoestima es la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo, cómo me veo, qué pienso de mí ,cómo reacciono ante mí, etc.Este

concepto tiene mucha importancia, ya que mi forma de ser, lo que haga en la vida y la participación en ella dependerá de la valoración que haga de mí.

En el ámbito profesional, una autoestima positiva facilita a la persona la comunicación con los compañeros, y asume riesgos, ve los fracasos, como experiencia para aprender, aprende de los errores, tolera mejor el estrés y los procesos de cambio, ve los retos como oportunidades, etc.

Violencia laboral con enfoque de género. Mobbing:
No podemos hacer este estudio sin mencionar este tema .La violencia en la actualidad es un fenómeno sociocultural que alcanza diverso ámbitos. Uno de ellos es el lugar de trabajo. Aunque este último en general ha sido considerado tradicionalmente como un ambiente relativamente benigno y libre de violencia, nuestra concepción del problem a ha evolucionado hacia el concepto de que la violencia laboral no es un problema individual episódico, sino que es un tema estructural estratégico enraizado en factores sociales, económicos, culturales y organizacionales más amplios que ha comenzado a preocupar a la sociedad por sus altos costos en salud y en la economía de los países. La mujer ,como parte del mundo laboral, está propensa a sufrir violencia de diversa índole, siendo frecuente por sus características de género el acoso sexual, la inequidad salarial y el mobbing, definido como acoso moral.
La mujer y su implicación para la enfermería como profesión típicamente femenina sufre en ocasiones esa violencia laboral

La frustración.
No siempre las personas logran satisfacer sus necesidades. Muchas veces se encuentran obstáculos que impiden el logro y ocasionan la frustración. La frustración puede definirse como un estado de tensión emocional que se produce cuando aparece un obstáculo que impide alcanzar un objetivo. La frustración crea situaciones desagradables en el trabajo y produce un clima laboral tenso para la persona y para los que están a su alrededor. Si la persona frustrada es un compañero de trabajo que actúa con agresividad, apatía o sin autocontrol, debemos ofrecerle nuestra ayuda. Mediante el diálogo lograremos que la persona afectada explique su situación u le aconsejaremos que busque otras soluciones. Nuestra actitud será de escucha activa.

Cuando nos afecta a nosotros mismos podemos aplicar los siguientes consejos para superar la frustración:
- Prevenir la situación frustrante.
- Ver la situación desde otro ángulo.

- Evitar la influencia en nuestra conducta.
- Conseguir apoyo en el diálogo con los demás.
- Evitar las conductas agresivas hacia los otros.
- Desarrollar la autoestima.
- Analizar objetivamente la situación desde diferentes puntos de vista.
- Definir un plan o una estrategia al respecto.

Formas de organizar el personal de enfermería.
Hay distintas formas de organizar el personal de enfermería. A continuación detallamos los más significativos:
- Por distribución de tareas o modelo funcional. Se trata de un sistema de prestación de cuidados centrado en los aspectos técnicos del cuidar. Las enfermeras se organizarían en función de su nivel de competencias. En general, hay una enfermera de nivel universitario para un número elevado de pacientes y el resto de cuidados, los administran enfermeras de menos cualificación o personal auxiliar.
- Modelo de prestación de cuidados en equipo. El liderazgo y prestación de cuidados se centran en el paciente tratando de responder a las necesidades de cuidados reduciendo la variabilidad y la fragmentación del cuidado. El equipo lo integran una enfermera y una auxiliar.
- Modelo de prestación de cuidados por paciente. También conocido como modelo primario, se centra en la gestión de cuidados y en la prestación profesional de los mismos. La atención parte de las necesidades del mismo paciente y desde la perspectiva de que la enfermera facilitará al paciente las herramientas para el cuidado.
- Modelo enfermera de referencia. En ese modelo, la enfermera se responsabiliza del cuidado del paciente desde su llegada a un centro hospitalario hasta el retorno a su medio de vida habitual, con un enfoque educacional de prestación en equipo, investigador e innovador.

Tras analizar las distintas formas de organizar el personal de enfermería hemos podido comprobar teóricamente que la organización que facilita la creación de equipos de trabajo e la organización por equipos. Esta afirmación ha sido avalada por la opinión de los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Buen clima, buena formación, organización satisfactoria, buenas relaciones entre profesionales, buena salud tanto física como mental de los profesionales son

factores importantes para aumentar la motivación de los profesionales sanitarios. Esto lleva a una mejor satisfacción tanto del profesional como del paciente. Y todo ello en un contexto de una asistencia sanitaria eficiente y eficaz.

El trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería es algo indispensable para ofrecer a los pacientes un buen cuidado. La forma en que se organiza las unidades hospitalarias debe favorecer la creación de estos equipos, ya que está en ellas que estos se creen.

6 Bibliografía

- Harvard Business Review: La motivación de personas. Ediciones Deusto.
- Winter, R.S.: Manual de Trabajo en Equipo, Ediciones Díaz de Santos.

Capítulo 370

LAVADO DE MANOS. PROCEDIMIENTO E IMPORTANCIA.

MARÍA LUISA CORTÉS ESCOSA

ESTHER ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

DELFINA CALDERÓN ÁLVAREZ

FRANCISCA DOMÍNGUEZ BERNAL

PABLO JESÚS BERNARDO MENÉNDEZ

1 Introducción

Entendemos como norma de prevención de infecciones a todo el conjunto de procedimientos que tienen como fin prevenir y controlar la contaminación por microorganismos durante la atención o manipulación de un paciente, su traslado y/o el almacenamiento de equipos y de material estéril.

El lavado de manos es la medida más básica e importante que existe con el fin de prevenir las infecciones intrahospitalarias, pero para que sea efectiva debe ser realizada de una manera eficaz por todos los miembros que forman parte del equipo de salud.

El objetivo principal de este procedimiento es eliminar la flora microbiana transitoria y disminuir la flora microbiana que reside en la piel.

Las vías para conseguir esto son dos:

- Por una acción mecánica de arrastre realizada con agua, jabón y el acto de fricción, es decir, frotar las manos.
- Mediante una acción germicida, que elimina la flora residente utilizando un agente o jabón antiséptico.

Para realizar el lavado de manos habitual, los pasos a seguir son los siguientes: humedecer las manos con agua corriente, a poder ser templada. Aplicar el jabón líquido y frotar las manos palma con palma, sobre el dorso, espacios interdigitales y muñecas. Aclarar con agua abundante, secar las manos con toallas de papel y por último cerrar el grifo con dicha toalla.

Este lavado lo realizaremos antes y después de mantener contacto con el paciente, entre dos procedimientos diferentes con el mismo paciente si existe sospecha de contaminación de las manos, después de mantener contacto con alguna fuente de microorganismos como por ejemplo fluidos corporales o después de quitarnos los guantes.

El lavado antiséptico o especial, se realiza de la misma manera que el anterior, la única diferencia es que en este caso utilizaremos un jabón antiséptico y lo llevaremos a cabo antes de realizar procedimientos invasivos como puede ser por ejemplo el colocarle a un paciente una sonda vesical, antes y después de mantener contacto con pacientes que sabemos a ciencia cierta o sospechamos que pueden estar infectados por microorganismos epideológicamente importantes y antes del contacto con pacientes que están inmunodeprimidos y que se encuentran en riesgo de transmisión.

Por último, para llevar a cabo un correcto lavado de manos quirúrgico, en primer lugar abriremos el grifo que suele ser de pedal o de codo, aplicaremos el jabón antiséptico y lavaremos bien las manos, antebrazos y debajo de las uñas con un cepillo de uñas desechable. Aclararemos con agua en abundacia y aplicaremos de nuevo jabón antiséptico en manos y antebrazos, frotando vigorosamente durante al menos un par de minutos. Aclaramos de nuevo con agua y finalmente, secaremos con una toalla o compresa desechable y estéril sin frotar, empezando por los dedos hasta los codos. Es importante mantener las manos por encima de los codos durante todo el proceso.

Este tipo de lavado, se realizará antes de una intervención quirúrgica y antes de cualquier procedimiento invasivo que requiera de un elevado grado de asepsia.

Como recomendaciones comunes a todo tipo de lavado de manos, podemos men-

cionar la importancia de mantener las uñas cortas y limpias y no utilizar anillos, relojes ni pulseras.

2 Objetivos

El objetivo principal es dar a conocer a todo el personal que forma el equipo de salud, el correcto procedimiento de lavado de manos con el fin de garantizar que se realice de una forma adecuada para garantizar que se reduce al mínimo la transmisión de gérmenes en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración de ésta investigación, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica así como sistemática de diferentes artículos en páginas como Medline. La palabras clave para realizar dicha búsqueda fueron: lavado de manos, lavado de manos quirúrgico, infecciones intrahospitalarias.

4 Resultados

En numerosos estudios se ha demostado la grandísima importancia que tiene este gesto tan simple y básico como es lavarse las manos después de ciertos momentos en el ámbito hospitalario. Aún así, estos mismos estudios han demostrado que en los hospitales del territorio español esta medida no se lleva a cabo todo lo necesario o no al menos de la manera correcta, por lo que es muy frecuente la aparición de infecciones intrahospitalarias.

Es por ello realmente importante inculcar esta sana costumbre a todo el personal que forma el equipo de salud.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia inculcar a todo el personal que trabaja en el hospital, la importancia que tiene este gesto en su salud así como en la de sus familiares, amigos y la del resto de pacientes del hospital, pero es cierto que aún queda mucho camino por recorrer hasta que todo el personal se conciencia de ésta situación.

6 Bibliografía

- https://medac.es/articulos-enfermeria/lavado-de-manos-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria/
- https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/InstrumentistasACS2003/agosto2004/2673
- https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/lavado-higienico-manos
- https://es.slideshare.net/LDRD/el-lavado-de-manos-tipos-indicaciones-materiales

Capítulo 371

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

BEATRIZ ALVAREZ BRAVO

1 Introducción

El síndrome de burnout también llamado síndrome del quemado es reconocido por la Organización Mundial de la Salud como enfermedad. Es un tipo de estrés laboral que tiene consecuencias importantes sobre la autoestima de la persona que lo sufre, debido a un agotamiento físico, mental o emocional. Se caracteriza por producir poco a poco un estado de desinterés por su trabajo y responsabilidades llegando a sufrir estados de depresión.

Descrito por primera vez en 1969, tomando más fuerza en 1974 por Freudenberger. Fue en 1986 cuando dos norteamericanas llamadas C.Maslach y S.Jackson lo definen como "un síndrome de cansancio emocional, despersonalización, y una menor realización personal que se da en aquellos individuos que trabajan en contacto con clientes y usuarios".

2 Objetivos

- Identificar las posibles causas y posibles consecuencias en la salud que produce el síndrome de burnout.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como posibles causas podemos identificar:
- Aumento de la carga de trabajo.
- Tensión entre los compañeros que crea conflictos y sentimientos de vacío hacia la persona que lo sufre.
- Desinterés hacia el trabajo que realiza, debido a una falta de crecimiento en el trabajo.
- Jornadas largas de trabajo.

Una de las características más importante del burnout son la depresión y la ansiedad, produciendo en muchos casos bajas laborales. Existen estudios que avalan una mayor incidencia de casos de burnout entre el personal sanitario. Los síntomas pueden ser leves, moderados, graves o extremos (dependiendo de su gravedad).

Tiene consecuencias importantes en la salud, tales como fatiga, problemas para dormir, dolor muscular, desarreglos hormonales en la menstruación, perdido de peso…etc. Para detectar el síndrome de burnout, existe un cuestionario de Maslach, llamado Maslach Burnout Inventory (MBI) creado en 1981 por la psicóloga Christina Maslach.

5 Discusión-Conclusión

Un mejor reparto de trabajo hace que exista menos posibilidad de conflictos entre los compañeros de trabajo, lo que hace que el trabajo salga adelante.

6 Bibliografía

- https://blogs.imf-formacion.com/blog/corporativo/prl/sindrome-de-burnout/
https://www.revistamoi.com/sube-godinez/sindrome-de-burnout-causas-y-consecuencias/
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/sindrome-de-burnout.html
https://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf
- https://www.manuelescudero.com/que-es-el-sindrome-de-burnout-o-sindrome-del-quemado/

Capítulo 372

ÚLCERAS POR PRESIÓN

LOURDES GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

Dolores es una anciana de 89 años que acaba de ingresar en una residencia especializada en alzhéimer, sufre de esa enfermedad desde hace unos años. Su movilidad es muy limitada, por lo que permanece la mayor parte del día sentada, sin actividad musculoesquelética. Muestra falta de apetito, decaimiento, apatía y desinterés por su entorno. Además está muy delgada y necesita absorbentes porque tiene incontinencia de esfínteres.

2 Objetivos

Valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión ya que pasa mucho tiempo sentada. Si presentase riesgo de padecerlas se hará todo lo posible para su prevención.

3 Caso clínico

Utilizaremos la escala de Norton para valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión. Esta escala comprende la observación y revisión de cinco aspectos: Estado físico general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia.
A menor puntuación, mayor es el riesgo de aparición de las úlceras por presión. Con menos de 14 puntos se considera paciente de riesgo de padecer úlceras por presión
- Riesgo muy alto: 12 o menos puntos.

- Riesgo apreciable: 14 o menos puntos.
- Sin riesgo o riesgo mínimo: más de 14 puntos.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS					
ESCALA DE NORTON					
Puntuación	Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4	Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna
3	Justo	Apatía	Camina con ayuda	Algo limitada	Ocasional
2	Pobre	Confusión	En silla de ruedas	Muy limitada	Normalmente, orina
1	Malo	Estupor	Encamado	Inmóvil	Doble
VALORACIÓN					
Fecha	Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia

4 Discusión-Conclusión

Para prevenir la aparición de úlceras por presión se procurará no prolongar en el tiempo el cambio de absorbentes. Se vigilará la zona de riesgo para descubrir las posibles lesiones en estadios precoces. Se realizaran cambios posturales cada 2 horas. Se realizarán 2 paseos diarios, uno a media mañana y otro a media tarde para fomentar la movilidad.

5 Bibliografía

https://scielo.org/es/
https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 373

LAVADO DE MANOS.

LOURDES GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

Lavarse las manos puede ayudar a prevenir enfermedades. Implica cinco pasos simples y eficaces (mojar, enjabonar, frotar, enjuagar, secar) que puede seguir para reducir la propagación de enfermedades diarreicas y respiratorias, a fin de mantenerse saludable. Lavarse las manos de forma regular, particularmente antes y después de ciertas actividades, es una de las mejores maneras de evitar enfermarse, eliminar los microbios y prevenir transmitirlos a otras personas. Es rápido, simple y puede evitar que cualquiera de nosotros se enferme. Lavarse las manos es ventajoso para todos, excepto para los microbios.

El contacto con otras personas, superficies y objetos a lo largo del día hace que se acumulen gérmenes en las manos. Puedes infectarte con estos microorganismos al tocarte los ojos, la nariz o la boca, o transmitirlos a otras personas. Si bien es imposible que las manos estén libres de gérmenes, lavarse las manos con frecuencia puede ayudar a limitar la transferencia de bacterias, virus y otros microbios.

Siempre lávate las manos antes de hacer lo siguiente:
- Preparar comidas o comer.
- Curar heridas o cuidar a un enfermo.
- Colocar o quitar lentes de contacto.

Siempre lávate las manos después de hacer lo siguiente:
- Preparar comida.
- Usar el inodoro, cambiar un pañal o limpiar a un niño que ha usado el inodoro.
- Tocar un animal, alimentos para animales o un desecho animal.

- Sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Curar heridas o cuidar a un enfermo.
- Manipular basura.
- Manipular alimentos para mascotas o golosinas para mascotas.
Además, lávate las manos cuando tengan suciedad visible.

2 Objetivos

- Dar a conocer mediante una revisión bibliográfica la importancia de la higiene de las manos.

3 Metodología

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

Marco teórico:
La duración del proceso del correcto lavado de manos le llevará entre 40 y 60 segundos.
1. Mójese las manos con agua.
2. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.
3. Frótese las palmas de las manos entre sí.
4. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
5. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
6. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
7. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapandolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
8. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
9. Enjuáguese las manos con agua.

10. Séquese con una toalla desechable.
11. Cierre el grifo con la toalla.
Sus manos son seguras.

4 Resultados

Mantener las manos limpias es una de las medidas más importantes que podemos tomar para evitar enfermarnos y transmitir los microbios a otras personas. Muchas enfermedades y afecciones se propagan por no lavarse las manos con agua corriente limpia y jabón.

Las heces (caca) de las personas o los animales son una fuente importante de microbios, como Salmonella, E. coli O157, y norovirus, que provocan diarrea, y pueden propagar algunas infecciones respiratorias, como el adenovirus y la enfermedad de pies y manos. Estos tipos de microbios pueden llegar a las manos después de que las personas usan el baño o cambian un pañal, pero también de formas menos obvias, como después de manipular carnes crudas que contengan cantidades invisibles de caca de animales. Un solo gramo de heces humanas - que es alrededor del peso de un clip- puede contener un billón de microbios. Los microbios también pueden llegar a las manos, si las personas tocan cualquier objeto que contenga microbios debido a que alguien haya tosido o estornudado sobre él o haya entrado en contacto con algún otro objeto contaminado. Si estos microbios llegan a las manos y no se eliminan pueden pasarse entre las personas y hacer que estas se enfermen.

5 Discusión-Conclusión

Lavarse las manos con jabón elimina los microbios de las manos. Esto ayuda a prevenir infecciones por los siguientes motivos:
- Con frecuencia, las personas se tocan los ojos, la nariz y la boca sin darse cuenta. Los microbios pueden entrar al cuerpo por los ojos, la nariz y la boca y pueden enfermarnos.
- Los microbios en las manos sin lavar pueden llegar a los alimentos y las bebidas cuando las personas los preparan o los consumen. Los microbios pueden multiplicarse en algunos tipos de alimentos o bebidas, bajo determinadas condiciones, y hacer que las personas se enfermen.
- Los microbios de las manos sin lavar pueden transferirse a otros objetos, como pasamanos, mesas y mesones, o juguetes y, luego, transferirse a las manos de

otra persona.
- Por lo tanto, eliminar los microbios mediante el lavado de manos ayuda a prevenir la diarrea y las infecciones respiratorias y podría incluso ayudar a prevenir infecciones en la piel y los ojos.
- Enseñarles a las personas a lavarse las manos les ayuda a ellas y a sus comunidades a mantenerse sanas.

La educación sobre el lavado de manos:
- Reduce la cantidad de personas que se enferman y presentan diarrea en un 23-40 %.2, 3, 6.
- Reduce la enfermedad diarreica en las personas con sistemas inmunitarios debilitados en un 58 %.4.
- Reduce las enfermedades respiratorias como los resfriados en la población general en un 16-21 %. 3, 5.
- Reduce el ausentismo causado por enfermedad gastrointestinal en los escolares en un 29-57 %.7.

6 Bibliografía

- https://www.cdc.gov/
- https://www.mayoclinic.org/
- https://www.who.int/

Capítulo 374

ANOREXIA

ELSA DIAZ CASTILLO

1 Introducción

La anorexia consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición. La anorexia se caracteriza por el temor a aumentar de peso, y por una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que el enfermo se vea gordo aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado. Por ello inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y la reducción de la ingesta de alimentos.

2 Objetivos

• Informar a los jovenes acerca de la enfermedad de la anorexia sus causas y sintomas y efectos secundarios.
• Transmitir la prevencion de la anorexia con una alimentacion sana junto con ejercicios.

3 Metodología

Busqueda bibliográfica bases de datos como Pubmed y bibliotecas electrónicas como google academy y editorial electrónica elsesiver.

4 Resultados

Su causa es desconocida, pero los factores sociales parecen importantes. Aunque hay muchos factores socioculturales que pueden desencadenar la anorexia, es probable que una parte de la población tenga una mayor predisposición física a sufrir este trastorno, independientemente de la presión que pueda ejercer el entorno. Por ello existen de factores generales que se asocian a un factor desencadenante o cierta vulnerabilidad biológica, que es lo que precipita el desarrollo de la enfermedad:

- La propia obesidad del enfermo.
- Obesidad materna.
- Muerte o enfermedad de un ser querido.
- Separación de los padres.
- Alejamiento del hogar.
- Fracasos escolares.
- Accidentes.
- Sucesos traumáticos.

5 Discusión-Conclusión

- Los adolescentes de hoy en día no deberían preocuparse por su apariencia física, si no por su salud ya que la anorexia puede destrozarte la vida.
- No hay que hacerle caso a las críticas de los demás y ser como tu seas.
- Se empieza por el comentario de alguien hacia tí y se acaba con anorexia nerviosa e internada en un hospital encerrada, y hay casos que llegan hasta la muerte.

6 Bibliografía

- Trastornos de la Alimentación: Guía básica de tratamiento en Anorexia y Bulimia. Fernández, F. y Turón, V. - Ed. Masson, S.A.1998
- Guía Teorico-Práctica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Chinchilla, M y Cols. Masson. -Barcelona. 1995

Capítulo 375

EL TCAE Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

SARA MARIA FERNANDEZ PEREZ

MARIA LUISA LÓPEZ MENENDEZ

TATIANA GARCIA CABALLERO

1 Introducción

El síndrome de Burnout o agotamiento extremo no es un diagnóstico médico sino una enfermedad laboral.El personal sanitario se considera entre los más afectados por este sindrome. El Burnout es la respuesta a la exposición prolongada a factores laborales con mucho estres y con consecuencias graves para los profesionales de la salud y las instituciones donde trabajan.

Sus sintomas como la baja autoestima, sentimiento de fracaso, agresividad, poca realización personal, insomnio, etc favorece otros problemas como el absentismo laboral, bajo rendimiento, poca comunicación.Se asocia con privación del sueño, errores médicos mala calidad en la atención médica y escasa satisfacción de los pacientes.

Las iniciativas para hacer frente a este problema aunque se suelen centrar en las personas debería centrarse también en el sistema ya que el Burnout es un fenómeno social que tiene su origen en las relaciones que las personas comparten en el equipo de trabajo.

2 Objetivos

- Explicar el síndrome de Burnout y sus consecuencias en el ámbito sanitario.
- Prevenir a tiempo sin tener que llegar a un tratamiento sería muy importante.
- Involucrar al paciente y mejorar los servicios ya que esto mejoraría la moral del personal.

3 Metodología

El síndrome de Burnout surge por problemas con la carga de trabajo y esto crea discrepancias en el área laboral, llegando a afectar al ámbito personal.

Se necesitan mejores estrategias para prevenir este síndrome en el ámbito sanitario ya que lo que suele hacerse es responsabilizar a los profesionales de la salud para que sean más fuertes y afronten solos el estrés, todo esto tan individualista pasa por alto el estrés crónico, la escasez de personal y medidas que se escapan al control individual.

El desgaste y agotamiento que sufren las personas suele ser la respuesta al estrés laboral y deberíamos tratarlo como un problema del sistema no solo individual. Las soluciones individuales son importantes pero también las soluciones que impliquen a todo el colectivo de la salud, teniendo en cuenta también a los pacientes y sus familiaresLa prevención debería comenzar por la empresa mejorando las condiciones en el trabajo sobre todo para no sobrecargar a los empleados. Los trabajadores deberían colaborar aceptando y asumiendo sus tareas, siendo más asertivos y con más empatía.

Como conclusión es conveniente la colaboración de todos para la prevención de este síndrome ya que mejoraría la calidad de vida y el rendimiento en el trabajo.

4 Bibliografía

- http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/sindrome-de-burnout.html
- https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/psicologia/estoy-quemado-el-sindrome-de-burnout/

Capítulo 376

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A ENFERMOS DROGODEPENDIENTES

SELENE MATELLÁN ROSA

ANA REY VARELA

JULIANA ROSA JIMENEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la toxicomanía o drogadicción es el estado de intoxicación periódica o crónica originada por el consumo repetido de una droga.

La misma OMS, estima unas 200.000 muertes al año relacionadas con el uso de drogas. Además del número tan importante de muertes y de patologías provocadas por el uso de drogas, hay que añadir el gasto económico que supone para la sociedad en prevención, tratamiento, policía, accidentes de tráfico, etc. De esta manera la drogodependencia se convierte en un problema importante en nuestras sociedades.

En España el aumento del uso de drogas se hizo más intenso en la década de los 70, cuando se produjo un incremento del consumo de alcohol y se intensificó el consumo de opiáceos, habitualmente relacionados con actitudes contraculturales

que estaban influenciadas por el momento histórico. Además de estos problemas, apareció el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, lo que contribuyó a que la atención se centrara en los consumidores de heroína. En los años 90, surgieron nuevas sustancias, nuevas conductas de consumo y se normalizó el uso de drogas.

En 1985, se aprobó el primer Plan Nacional sobre Drogas, que intentó dar respuesta a la petición social de atención a los conflictos generados por el consumo. El paciente drogodependiente llega un punto en el que ya no es libre para decidir detener su consumo. Se siente impulsado a consumir sustancias tóxicas a pesar del deterioro físico, psíquico y social que le ocasiona por ello la atención sanitaria al enfermo de toxicomanías se realiza desde un punto de vista biológico, psicológico y social.

2 Objetivos

Objetivo principal
- Dar a conocer la labor que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña con los pacientes drogodependientes.

Objetivos secundarios
- Detectar de forma sistemática y precoz a los pacientes con toxicomanías o drogodependientes, bien directamente o a través de su entorno.
- Explicar al paciente y/o su familia las características de su enfermedad así como los riesgos que supone su hábito tóxico
- Orientar sobre la forma de prevenir las toxicomanías y evitar recaídas.
- Intentar disminuir la carga de ansiedad y preocupación que tanto al paciente como a la familia le produce su toxicomanía.
- Ayudar en la valoración del estado orgánico del drogodependiente con un seguimiento apropiado del mismo.
- Proporcionar la ayuda necesaria en las situaciones urgentes derivadas del consumo tóxico.
- Motivar al paciente para que abandone la drogodependencia informándole de los mecanismos y recursos disponibles, así como de los posibles tratamientos a seguir.
- Animarle en la participación de programas de educación sanitaria y prevención de drogodependencias.

3 Metodología

Se realiza protocolo estandarizado de revisión bibliográfica, para encontrar las mejores evidencias disponibles o, en su defecto, los mejores resultados.

La búsqueda inicial se centra en la "Atención del equipo de enfermería al paciente drogodependiente "utilizando como palabras clave las siguientes: "toxicomanías" "paciente drogodependiente" "cuidados del paciente" "Actuación sanitaria" "técnico en cuidados auxiliares de enfermería".

4 Resultados

Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo se estima que aproximadamente cada año, más de 20.000 personas fallecen de forma prematura y más de 4.000 ingresan en los hospitales españoles por psicosis debidas al consumo combinado de alcohol y drogas.

Estos datos revelan la necesidad existente de que los estamentos públicos implicados en la organización de los recursos y servicios sanitarios colaboren con la atención primaria de salud, a fin de poder establecer estrategias de abordaje de los pacientes drogodependientes que resulten efectivas. Para ello deben de organizarse los oportunos circuitos asistenciales, que garanticen a los pacientes drogodependientes un correcto acceso al manejo de su enfermedad.

Los/Las técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pueden desempeñar un papel clave en el seguimiento y manejo de las pautas de desintoxicación propuestas por el psicólogo. Siendo conscientes de que su papel como profesionales sanitarios en el proceso terapéutico del paciente drogodependiente es crucial. El psicólogo debe impartir periódicamente unas sencillas nociones y habilidades en el centro de trabajo para ayudar a mantener la competencia de los profesionales en el manejo de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Es importante una buena cualificación por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para que puedan abordar con éxito la atención especializada que requieren los pacientes toxicómanos, ayundando a los psiquiatras y psicólogos a avanzar en su recuperación, evitando errores que puedan retrasar, estancar o empeorar sus situaciones.

Los toxicómanos son pacientes de difícil trato pero no hay que olvidar que presentan una múltiple y grave patología somática. Una vez en tratamiento, su actitud suele cambiar, tornándose colaboradores y agradecidos ante cualquier manifestación de interés por parte de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

6 Bibliografía

-https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Atencion_a_la_Salud_Mental_y_Dispositivos-2010.pdf
- http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervencionEnfermeriaCAD2015.pdf
- https://books.google.es/books?id=3h0xPo5OZw4C&pg=PA74&lpg=PA74&dq=funciones+de+la+auxiliar+de+enfermeria+con+drogodependientes&source=bl&ots=S99vf-O35f&sig=ACfU3U0kB-wdhqZVOpRIE9L1Jp3ZjXB7vA&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjIu7iel7rnAhVLzhoKHeAACA8Q6AEwEHoECAoQAQ#v=onepage&q=funciones%20de%20la%20auxiliar%20de%20enfermeria%20con%20drogodependientes&f=false
- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T19-AE-SCS-2007.pdf

Capítulo 377

RELACIÓN Y COMUNICACIÓN DEL TCAE EN EL ANCIANO

MARIA LUISA LÓPEZ MENENDEZ

TATIANA GARCIA CABALLERO

SARA MARIA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

Loa pacientes en general y los ancianos en particular, muestran en diferentes momentos distintas actitudes y comportamientos tanto emocionales como de independencia o autonomía, y por ello el TCAE y demás personal sanitario tendrán que saber qué tipo de relación debe de establecer con el paciente en cada momento. La comunicación tiene que ser bilateral, y por lo tanto es importante mantener una escucha activa.

Hay que tener en cuenta que escuchar es mucho más que oír, mientras que escuchamos ponemos atención a lo que otra persona quiere comunicarnos, cosa que no sucede cuando se oye. Además,"saber escuchar", no es lo mismo que "escuchar".

Para saber escuchar es necesario respetar una serie de conductas que nos llevarán a desarrollar esta habilidad, no todas las personas tienen la misma capacidad de absorción de las noticias que se les comunican, por eso el aprendizaje de escuchar será distinto para cada persona.

A la hora de comunicarse hay una serie de obstáculos, ya que no todas las personas tenemos la misma capacidad para comunicarnos con los demás, es decir, no todos tenemos la misma empatía.

Los malentendidos hacen fracasar, en ocasiones, las relaciones, y pueden ser tanto por parte del emisor,(al no tener en cuenta la persona a la que va dirigido el mensaje) como del receptor. La sordera, los ruidos del entorno y las construcciones gramaticales incorrectas, son otros de los factores que facilitan el fracaso. La comunicación es la base de todas las relaciones sociales.

2 Objetivos

- Captar cualquier tipo de información sobre el paciente.
- Cmunicar de manera inmediata a un superior cualquier anomalía.
- Saber situarse en el lugar del enfermo y comprender sus puntos de vista.
- Tratar de ayudar facilitándolas palabras o terminando sus frases.
- Reducir la ansiedad contestándole a sus preguntas, tratar de llegar a una situación cordial entre ambos, pero sin fraternizar demasiado.
- Demostrar una serie de características: respeto, comprensión, empatía y seriedad.

3 Metodología

Entre las diferentes técnicas de comunicación con el anciano, el TCAE debe aplicar :
- Técnica del disco roto o rallado: repita su punto de vista con tranquilidad, manifestando acuerdo, sin dejarse ganar por otros aspectos.
- Técnica del acuerdo asertivo; responda a la crítica admitiendo que ha cometido un error, pero separándolo del hecho de ser una buena o mala persona.
- Técnica de la pregunta asertiva: consiste en pedir explicación de la conducta que hemos manifestado para obtener información con la que defendernos de los reproches injustificados.
- Técnica para procesar el cambio: discuta con la otra persona lo que ha sucedido en el momento actual, centrándose en el presente y en los hechos originarios del problema surgido.
- Técnica de la claudicación simulada: aparentar ceder terreno sin cederlo realmente. Múestrese de acuerdo con el argumento de la otra persona pero no consienta en cambiar de postura.

- Técnica de ignorar: ignore la razón por la que su interlocutor parece estar enfadado y aplace la discusión hasta que éste se haya calmado.
- Técnica del quebrantamiento del proceso: responda a la crítica que intenta provocarle con una sola palabra o con frases breves o sencillas.
- Técnica de la ironía asertiva: responda positivamente a la crítica hostil.
- Técnica del aplazamiento asertivo: aplace la respuesta a la afirmación que intenta desafiarle hasta que se sienta tranquilo y capaz de responder a ella apropiadamente.

4 Bibliografía

- https://revistamedica.com/comunicacion-paciente-geriatrico0/
- http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf
- https://www.msdsalud.es/informacion-practica/comunicacion-pacienteprofesionales-sanitarios.html
- http://www.aecs.es/3_2_7.pdf

Capítulo 378

TÉCNICAS DE ASEO E HIGIENE DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

MARIA IRENE GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

V. Henderson y otras autoras encuadran la higiene dentro de las necesidades básicas de las personas. De hecho, Maslow establece como prioritarias las necesidades fisiológicas, dentro de las cuales están la necesidad de termorregulación y la necesidad de eliminación, funciones ambas en las que la piel tiene especial importancia, por lo que es imprescindible que esta se mantenga en buen estado. Si a todo esto sumamos la función de barrera y protección que tiene la piel, vemos que la higiene, como medio imprescindible para mantenerla en buen estado, es una actividad básica y fundamental que habrá que incluir en nuestro plan de cuidados, cuando el paciente tenga disminuidas o anuladas las facultades para realizar estas actividades por sí mismo. En este capítulo se tratarán los procedimientos de cuidados relacionados con la higiene, más habituales en las unidades de hospitalización.

Durante los años de estudios y las prácticas realizadas nos hemos concienciado de la enorme importancia que tiene la higiene corporal en los pacientes encamados, tanto por la información que recibimos sobre su estado de salud y su estado de ánimo, como por los múltiples beneficios que le podemos proporcionar al paciente. Pero al mismo tiempo hemos percibido en la realidad cotidiana de los centros hospitalarios una pérdida de la importancia de la higiene, reducida a una simple rutina. Por ello, planteamos una reflexión a tener en cuenta: devolverle a

la higiene del paciente la trascendencia que tiene, participando del proceso, realizándolo metodológicamente. E incluso ir más allá: que el paciente siga los ciclos diarios de lavarse y vestirse como cuando estaba sano.

2 Objetivos

- Mantener la piel, primera barrera del organismo, saludable para evitar diversas complicaciones.
- Aportar otros beneficios al paciente y favorecer su valoración por parte del personal de enfermería. La higiene tiene distintos propósitos según el tipo de higiene a realizar, y la función de dicho personal variará en función del tipo de paciente.
- La higiene provoca en el paciente sensación de bienestar, favoreciendo su satisfacción con esta técnica.
- Mejorar la relación paciente-personal de enfermería.
- Remarcar en este cuidado básico, debido a su intimidad, que el personal de enfermería que asiste a los pacientes con actividades básicas de higiene debe respetar las preferencias individuales del paciente y proporcionar sólo las medidas de atención que el paciente no puede proporcionarse a sí mismo.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de las principales bases de datos, entre ellas: Dialnet, Scielo, Elsevier, Pudmed, Cuiden, etc. Las palabras clave utilizadas para el desarrollo de la búsqueda fueron: “técnicas de aseo”, “aseo en pacientes hospitalizados”, “aseo hospitalario”, “aseo en cama” y “higiene bucal”.

4 Resultados

Beneficios de la higiene
Mediante la higiene obtenemos una serie de beneficios para nuestros pacientes:
1. Beneficios físicos:
- Mantener la piel en buen estado para cumplir su función de barrera.
- Aprovechar el momento de la higiene para valorar el estado de la piel.
- Realizar actividades que mejoren el estado de salud del paciente.
2. Beneficios psicológicos:
- Mejorar la autoestima del paciente.

- Aumentar la sensación de bienestar.
- Favorecer la relación y comunicación del paciente con el equipo de enfermería.
- Transmitir técnicas de autocuidado, permitiendo que el paciente participe en su higiene en la medida de lo posible.

Consideraciones previas

Antes de realizar cualquier técnica de higiene, es imprescindible que tengamos en cuenta una serie de consideraciones:

- Valorar el tipo de técnica a realizar en función de las necesidades higiénicas del paciente.
- Conocer el estado de salud del paciente.
- Mantener la intimidad del paciente: usando elementos de separación con el resto de los pacientes, como biombos y cortinas; asegurándonos que la puerta está cerrada; asegurándonos de tener todo el material preparado antes de empezar, se invitará a salir a los familiares que pueda haber en ese momento.
- Realizarla siempre que sea necesario y como mínimo una vez al día.
- Colaborar, si es posible, entre dos personas, con el fin de facilitar la movilización y aumentar la seguridad del paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente.
- Evitar las corrientes de aire.
- Descubrir únicamente la parte del paciente sobre que la que estemos actuando, manteniendo el resto del cuerpo cubierto.
- Mantener una temperatura adecuada en la habitación.
- Utilizar jabones adecuados para mantener el pH de la piel
- Mantener la temperatura del agua según el gusto del paciente. Si el paciente no puede opinar, se mantendrá uno o dos grados por encima de la temperatura corporal.
- Seguir un orden establecido, el cual, salvo contraindicación, será de limpio a sucio y de arriba hacia abajo.
- Cuidar especialmente las sondas o sueros que pueda tener puesto el paciente para evitar su desinserción.

Aseo en ducha o bañera

La técnica de aseo en ducha o bañera es la técnica de aseo que se usa cuando el paciente es autosuficiente o requiere mínima ayuda. Así, se trata del conjunto de actividades de supervisión y evaluación, que realiza el personal de enfermería, y de las medidas higiénicas que lleva a cabo el paciente para preservar su piel limpia y en buen estado.

Los objetivos de este procedimiento son los mismos que en cualquier técnica de higiene: prevenir alteraciones en la piel, prevenir infecciones, contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente y estimular la circulación sanguínea.

Procedimiento:
1. Preservar la intimidad del paciente.
2. Informar al paciente.
3. Observar el estado de higiene y valorar la frecuencia habitual de higiene general.
4. Explorar los factores culturales que puedan estar influenciando en las creencias sobre el significado, frecuencia y forma de llevar a cabo la higiene.
5. Comunicar al paciente la necesidad del baño y cómo ha de llevarse a cabo, teniendo en cuenta las creencias y valores culturales detectados con anterioridad sobre la higiene.
6. Proporcionar todo el material necesario para la higiene.
7. Indicar al paciente que no cierre por dentro el aseo por si la enfermera ha de ayudarle. Señalar el timbre del aseo y explicarle su funcionamiento por si requiere ayuda.
8. Evaluar si las medidas higiénicas llevadas a cabo por el paciente han sido efectivas.
9. Registrar en la documentación de enfermería incidencias y respuesta del paciente.

Observaciones:
A. Si el paciente no puede realizar su higiene de forma independiente, se le prestará la ayuda necesaria para: desvestirse, bañarse y aplicarse crema, vestirse y acomodarse.
B. Vigilar las medidas de seguridad, sobre todo si el suelo está mojado.
C. La higiene puede realizarse de pie o sentado en una silla de baño, si el paciente no necesita.

Aseo del paciente encamado
Esta técnica de aseo es la técnica que se emplea en los pacientes que por su estado no pueden levantarse de la cama, aunque conserven su movilidad. Se considera la higiene del paciente en cama como el conjunto de medidas higiénicas que realiza el personal de enfermería cuando el paciente presenta limitación para realizar su propia higiene y requiere estar encamado.

Los objetivos relacionados con este procedimiento son:
A. Mantener limpia y en buen estado la piel y sus anejos.

B. Prevenir alteraciones de la piel e infecciones.
C. Contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente.
D. Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y comodidad.
E. Educar al paciente y familia en los cuidados de higiene.

Procedimiento:
1. Explicar al paciente que es la hora del baño y pedir su colaboración.
2. Ofrecer la cuña o la botella antes de iniciar el aseo.
3. Situar el material necesario de manera que esté a nuestro alcance.
4. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
5. Colocar al paciente en decúbito supino.
6. Desvestir al paciente y cubrirlo con la sábana o con una toalla para preservar su intimidad.
7. Iniciar el lavado por la cara con agua sin usar jabón.
8. Continuar con un orden descendente: cuello, hombro, axilas, manos, tórax abdomen, piernas y pies.
9. Colocar al paciente en decúbito lateral para el lavado y secado de la espalda. Aplicar crema hidratante masajeando a la vez.
10. Posicionar de nuevo en decúbito supino y lavar la zona genital.
11. Enjabonar, aclarar y secar a fondo, realizando toques suaves con la toalla sin arrastrarla por la piel. Evitar enjabonar en exceso.
12. Al asear insistir en los espacios interdigitales, debajo de los pechos, en la zona umbilical y en los pliegues inguinales.
13. Cambiar la ropa de cama.
14. Vestir al paciente con pijama o camisón.
15. Peinarlo y dejar al paciente en una posición cómoda.

Observaciones:
- Para mayor comodidad podemos emplear una toalla a modo de manopla.
- Realizar la higiene del enfermo una vez al día y siempre que sea necesario porque se haya ensuciado.
- Descubrir únicamente la zona sobre la que se está actuando.
- Cambiar el agua y la esponja tantas veces como sea necesario.
- En pacientes con miembro superior inmovilizado o con acceso vascular, se les desvestirá comenzando por el brazo libre. Para vestirlos, hay que comenzar por el brazo portador de la vía.
- Si el paciente lleva una infusión intravenosa, para quitarle la bata hospitalaria se procederá de la siguiente forma:

A. Extraer completamente la manga del brazo sin la infusión y llevarla hasta el tubo conectado al brazo con la infusión.
B. Sujetar el recipiente por encima del brazo del paciente, tirar de la manga hacia arriba sobre el recipiente para quitar la bata usada
C. Colocar la manga de la bata limpia del brazo con la infusión sobre el recipiente, como si fuera una prolongación del brazo del paciente y pase el recipiente por el puño de la manga.
D. Volver a colocar el recipiente. Deslizar cuidadosamente la bata sobre el tubo y la mano del paciente.
E. Deslizar el brazo y el tubo por la manga, procurando no tirar del tubo.
F Ayudar al paciente a colocarse la otra manga.
G. Comprobar que la velocidad de goteo de la infusión es la adecuada.

Aseo del cabello
Las técnicas de aseo parcial pueden realizarse junto al aseo general o bien por separado, puesto que su frecuencia variará dependiendo de las necesidades del paciente. Cuando el paciente pueda, las realizará por sí mismo y si no, supliremos esta necesidad.

En cuanto al aseo del cabello, los pacientes encamados necesitan realizar la higiene del cabello al menos una vez a la semana, para evitar la suciedad y mejorar el confort.

Así adoptaremos un conjunto de medidas higiénicas, que realiza el personal de enfermería, para mantener la higiene del cabello en un paciente encamado, con los objetivos de: proporcionar al paciente encamado el aseo necesario para mantener la higiene del pelo y cuero cabelludo, proporcionar bienestar al paciente, evitar la proliferación de parásitos y activar la circulación sanguínea del cuero cabelludo.

Procedimiento:
1. Realizar el lavado de manos y preparar el material.
2. Preservar la intimidad del paciente al mismo tiempo que lo informamos de la técnica que nos disponemos a realizar.
3. Informar y solicitar la colaboración del paciente y la familia.
4. Mantener una temperatura ambiente adecuada y evitar las corrientes de aire.
5. Proteger al paciente de caídas.
6. Colocarse los guantes.
7. Poner la cama en posición horizontal y al paciente en decúbito supino.
8. Retirar el cabezal de la cama.

9. Colocar al paciente en el borde de la cama en posición de Roser.
10. Colocar el empapador debajo de los hombros del paciente.
11. Poner una toalla alrededor del cuello y las torundas de algodón taponando los oídos.
12. Colocar la palangana o lavacabezas debajo de la cabeza del paciente, sobre una silla.
13. La temperatura del agua de la jarra ha de ser de 35-37 ºC. Proceder al lavado.
14. Secar bien con una toalla. Peinar y secar con un secador de mano.
15. Retirar las torundas de algodón de los oídos.
16. Dejar al paciente en una posición cómoda.
17. Recoger el material, realizar el lavado de manos y registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

Observaciones:
A. El lavado de cabeza con palangana, debido a la posición de Roser, está contraindicado en algunos casos: Aumento de la presión intracraneal, pérdida de líquido cefalorraquídeo, incisiones abiertas en cuero cabelludo, lesiones cervicales, traqueotomía, dificultad respiratoria.
B. Si detectamos alguno de estos casos en el que la posición de Roser está contraindicada, podemos limpiar el cabello por mechones, con gasas empapadas en agua, a los enfermos a quienes no se les puede lavar la cabeza en la cama mediante el procedimiento habitual.

Higuiene bucal
Una higiene oral deficiente lleva implícita problemas de salud tales como caries, enfermedad periodontal, etc. Los pacientes necesitan un control estricto de la higiene oral para prevenir enfermedades, aumentar el bienestar, mantener la mucosa en buenas condiciones y evitar contaminaciones de la vía respiratoria en pacientes intubados.

Como norma general, se realiza después de las comidas. En pacientes inconscientes o que no puedan comer, dependerá del protocolo de la unidad. Siempre que un paciente pueda colaborar, hay que procurar que realice sus cuidados en la medida que se lo permitan sus posibilidades.

Consideraremos la higiene de la boca como el conjunto de medidas higiénicas que realiza el personal de enfermería en la cavidad bucal, cuando el paciente tiene limitación para realizar su propia higiene.

Podemos diferenciar cuatro procedimientos:
1. Valorar la autonomía del paciente y fomentar el autocuidado.
2. En pacientes autónomos: informar y facilitar el material necesario.
3. En pacientes conscientes que precisan ayuda:
A. Realizar lavado de manos.
B. Preparar el material
C. Preservar la intimidad del paciente.
D. Informar al paciente.
E. Solicitar la colaboración del paciente y familia.
F. Colocarse guantes y mascarilla.
G. Colocar al paciente sentado o semiincorporado.
H. Cubrir tórax con toalla o empapador.
I. Cepillar dientes, lengua y encías.
K. Aplicar bálsamo labial hidratante en labios.
4. En pacientes inconscientes:
A. Posición con la cabeza ladeada.
B. Enrollar una gasa alrededor de unas pinzas y empapar con un antiséptico.
C. Limpiar la cavidad oral. Cambiar la gasa a menudo.
D. Aclarar la boca con agua (jeringa 10 c.c.) y aspirar.
E. Secar los labios.
F. Aplicar bálsamo labial hidratante en los labios.
5. En pacientes con prótesis dental: retirar dentadura y enjuagarla con agua tibia y cepillarla. Dejarla en recipiente con agua.
6. Dejar al paciente en una posición cómoda.
7. Recoger el material.
8. Retirar guantes y mascarilla.
9. Realizar lavado de manos.
10. Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

Observaciones:
A. Indicar al enfermo la importancia de mantener una higiene correcta de la boca y estimularle a que lo realice después de cada comida.
B. Si un paciente inconsciente muerde el cepillo dental no hay que extraerlo por la fuerza. Hay que esperar a que el paciente relaje la boca antes de retirar el cepillo y continuar con el cuidado de la cavidad bucal.

Higiene de los genitales

La higiene de los genitales se define como el conjunto de medidas que realiza el personal de enfermería para conservar, limpia y en buen estado, la piel de la zona perineal, cuando el paciente tiene limitación para realizar su propia higiene.

El objetivo de esta técnica es mantener limpios los genitales del paciente para cubrir las necesidades de higiene, a la vez que prevenir infecciones urinarias y ulceraciones. Además, se contribuye a proporcionar al paciente una sensación de bienestar y comodidad. Se realiza siempre al final del aseo general, después de las deposiciones y cada vez que sea necesario.

Procedimiento:
1. Explicarle al paciente la técnica que vamos a realizar y pedir su colaboración.
2. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
3. Colocar al paciente en posición ginecológica de encamado si es mujer y en decúbito supino con piernas separadas si es hombre.
4. Dejar al descubierto la zona genital, cubriendo el resto del cuerpo.
5. Colocar un empapador debajo de los glúteos y colocar la cuña.
6. Verter agua templada sobre los genitales.
7. Realizar la higiene genital en función del sexo:
- Higiene genital masculina:
A. Lavar primero el pene y los testículos. Enjuagar.
B. Si el paciente no está circuncidado, retraer el prepucio del pene y lavar el glande realizando movimientos circulares desde el meato hacia fuera. Enjuagar. Subir de nuevo el prepucio a su posición para evitar edema de glande.
C. Aclarar con abundante agua y secar suavemente.
D. Si no se ha hecho la higiene general, colocar al paciente en posición decúbito lateral y proceder al lavado y secado de la zona perianal: ano y pliegue interglúteo.
E. Aplicar solución antiséptica si el paciente presenta sonda vesical o heridas.
- Higiene genital femenina:
A. Enjabonar y lavar la zona genital en el siguiente orden: pubis, zona interna de los muslos, meato urinario, labios menores, labios mayores, hendidura vulvar, ano y pliegue interglúteo.
B. Separar los labios mayores con una mano y con la otra lavar de arriba abajo y de dentro hacia fuera, utilizando esponja o torundas para cada maniobra. Prestar especial atención a los pliegues que hay entre los labios mayores y menores.
C. Aclarar con abundante agua y secar suavemente.
D. Si no se ha hecho la higiene general, colocar a la paciente en posición decúbito lateral y proceder al lavado y secado de la zona perianal: desde la hendidura

vulvar hasta el ano y pliegue interglúteo, con un solo movimiento.
E. Aplicar antiséptico en caso de sonda vesical o heridas.
8. Colocar pañal si se precisa.
9. Dejar al paciente en posición cómoda.
10. Recoger el material
11. Retirarse los guantes.
12. Realizar el lavado de manos.
13. Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, motivo, incidencias y respuesta del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los aspectos a tener en cuenta en la higiene del paciente son:
- La etapa de preparación (antes) es fundamental para el éxito de la higiene corporal del paciente.
- Es necesario crear un ambiente de intimidad con la finalidad de contar con una mayor participación del paciente.
- La participación de familiares en el proceso debe ser una elección del adulto mayor.
- Una piel limpia, sana, integra y cuidada ayuda al paciente a protegerse de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo, además le ayuda a mantener su autoestima elevada, a verse y sentirse mejor.
- La ejecución de la técnica requiere de un espíritu de humanidad y profesionalismo, buscando generar un ambiente cordial y amistoso entre el paciente y el TCAE.
- Es labor del TCAE enseñar y educar al paciente para que logre conciencia de su estado y de los cuidados que debe asumir en esta nueva etapa de su vida y que le servirán para evitar complicaciones futuras.
- Concienciar a todos los niveles del personal de salud acerca de la valía y derechos del paciente encamado así como la importancia del aseo personal y la necesidad de la aplicación técnica de la higiene corporal.
- Mientras se efectúa el aseo, cuidar siempre la privacidad del paciente, tomando en cuenta su cultura, creencias, valores e individualidades.

6 Bibliografía

1. CASTANEDO C, García M. Guía de intervención rápida en Enfermería Geriátrica. Ediciones DAE. Madrid.2004.
2. Dirección de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y procedimientos de enfermería. 3ª Edición 2001.
3. GUILLAMAS C. GUTIERRES e. HERNANDO a. MENDEZ Ma j. SANCHEZ g. Técnicas básicas de enfermería edición 2007.
4. http://enfermeriaua0811.wetpaint.com/page/NORMAS+GENERALES+PARA+LA+
HIGIENE+DEL+PACIENTE+ENCAMADO.
5. KOZIER b. ERB g. BLAIS k. WILKINSON j.m. 5ta edición volumen. 1 Fundamento de enfermería.
6. Manual de Fundamentos de Enfermería Universidad Escuela Politécnica Javeriana del Ecuador. Quito-Ecuador. 2007
7. Manual de procedimientos de enfermería. Hospital General de Galicia, Gil Casares, Clínico Universitario marzo 1989
8. Nueva Constitución de la República del Ecuador, 2008.
9. POTTER Perry. Fundamentos de Enfermería, Teoría – Práctica. 2000, http://www.saludalia.com
10. www.cuidadoresdeancianos.com

Capítulo 379

ACTITUDES ANTE LA MUERTE Y EL ENFERMO AL FINAL DE LA VIDA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

SARA ESTEBAN RODRIGUEZ

ANA BELEN GARCÍA VILLARROEL

ISABEL MARÍA ALONSO FERNÁNDEZ

ESTEFANIA FERNANDEZ GARCIA

VERONICA GONZALEZ BLANCO

1 Introducción

Un tema de profunda reflexión y meditación para el hombre ha sido siempre la muerte, tanto desde el plano filosófico como religioso o el científico. Los avances en el mundo tecnológico y medico en las sociedades industriales hacen más difícil la aceptación de la muerte. Es una clara evidencia que "si la muerte explica la vida, no ocurre lo mismo a la inversa, y de este modo la muerte permanece como un problema o si se quiere, como una realidad problemática para lo cual no parece encontrarse ninguna fundamentación adecuada".

William Gilbert filósofo natural y médico inglés señalo que "la muerte, al igual que el nacimiento, son fenómenos naturales, inherente a la condición humana, que comparte aspectos biológicos, sociales, culturales, así como psicológico-emocionales, y quizás, ellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto

emocional generan, tanto en la propia persona, como en sus redes de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social que se da también es antagónica".

La muerte o su proximidad, genera un amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Además se señala que entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte se encuentran la ansiedad, el miedo y la depresión. Varios autores señalan que, en la sociedad occidental, la muerte se vive "como algo extraño, imprevisto, que trunca nuestras vidas, y que la mayoría de las veces no está en nuestros pensamientos".

Esta negación social de la muerte también se traslada al ámbito médico: la medicina se ha centrado básicamente en eliminar la enfermedad o todas las causas posibles de muerte, a partir de la idea que ésta es en teoría evitable, y que cuando se presenta se vive como un fracaso médico. Se ha observado que "la tendencia de la sociedad actual es esconder y medicalizar la muerte; se prefiere una muerte rápida, súbita, que se produzca cuando uno está durmiendo y sin o con un bajo nivel de conciencia".

La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería, es un acontecimiento único y muy difícil de confrontar para el profesional, así como para la familia del ser querido que acaba de morir. Se teme no sólo a la muerte, sino al proceso que conduce a ella, a la agonía lenta, al dolor y a la pérdida de facultades mentales.

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la inquietud de conocer cuan preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella. Siguiendo en esta línea, otros autores señalan que los profesionales de enfermería no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos.

Para todo persona, presenciar una muerte ocasiona una experiencia extraña, única y muy personal aunque poco usual, pero para el profesional de enfermería es una experiencia más habitual ya que la muerte, en la actualidad, se ha institucionalizado, se elige una muerte en un hospital más que en el hogar.

Esta institucionalización de la muerte hace que el profesional de enfermería tenga una importante participación de este suceso, tanto con el paciente moribundo como con sus familias; se hace partícipe todo el equipo de salud, pero el equipo de enfermera son quienes tienen una intervención más directa, ya que son quienes satisfacen las necesidades inmediatas de estos pacientes.
Cada persona percibe su propio proceso de morir como único e irreversible y, por tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte, por lo que un primer paso en la mejoría de la formación de los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás.

Se hace indispensable, entonces, entender que "las actitudes son el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo. Son la antesala directa de la conducta manifiesta. Al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección, lo que es uno de los caros anhelos de las ciencias sociales". Es evidente que para prestar la mejor atención posible al paciente en situación de enfermedad avanzada y terminal y a sus familiares, es necesaria una formación específica en enfermería, en los aspectos asociados con la muerte, la enfermedad terminal, el duelo y los cuidados paliativos, tanto en su formación, como durante su desempeño profesional. El conocerlas actitudes del profesional de enfermería ante la muerte reviste gran importancia por la forma en como éstas actúan en la relación interpersonal y atención de enfermería con pacientes y familiares.

2 Objetivos

- Conocer la actitud de los profesionales sanitarios ante la muerte y los factores que influyen en dicha actitud, como también identificar instancias de preparación en esta temática.
- Dominar las técnicas de comunicación verbal y no verbal más convenientes en el proceso de la muerte por parte del personal sanitario.
- Determinar el conocimiento del personal sanitario en las fases previas a la muerte.

3 Metodología

Se efectúan búsquedas bibliográfica en buscadores como Google académico, Editorial Elsevier, bases de datos como Scielo y diferentes fuentes bibliográficas. La

búsqueda se realizará en idioma castellano, utilizando palabras claves: muerte, duelo, comunicador asertivo, comunicación verbal y no verbal.

4 Resultados

Recomendaciones sobre cómo actuar en la relación y los cuidados al paciente terminal; las actitudes y conductas del personal sanitario tienen efectos directos para el paciente.

Aceptar que le personal sanitario tiene la oportunidad especial de ayudar y confortar al moribundo, así como de proporcionar consuelo y comprensión a sus familiares, en un momento muy difícil y de acuciante necesidad de apoyo humano.

Equipo de Salud se proporcionen respaldo y comprensión mutuamente, ya que asumir que el personal sanitario principalmente el equipo de Enfermería tiene la responsabilidad de un proceso terminal que puede resultar sumamente estresante. Este "espíritu de equipo incidirá directamente en la calidad de los cuidados al paciente terminal, optimizando por ello la satisfacción de sus necesidades".

Alentar a todo el personal sanitario a escuchar a los pacientes que quieran hablar de sus miedos y temores. Establecer una relación franca y sincera entre el personal sanitario, el paciente y sus familiares.

Ser flexible con las normas y protocolos del hospital donde trabajemos a la hora de aplicarlos, sino más bien ajustarlos a las necesidades de cada enfermo. Rehuiremos así la desorientación y pérdida de autocontrol en el paciente y los consiguientes efectos estresantes, depresivos y de indefensión.

En cuanto a dar información al paciente sobre el pronóstico de su enfermedad, no podemos negar al enfermo tanto el derecho a saber la verdad como de no querer saberla. Así pues, habrá que valorar si lo desea y es conveniente o no, por medio del trato directo con él, a través de sus preguntas, actitudes y también valorándolo con la familia. No se puede decir ni negar la verdad por sistema.

Apresurar si estuviera hospitalizado, si el paciente y/o familia lo desean y resulta conveniente, el alta voluntaria. De manera que el paciente puede morir en su hogar, en un ambiente íntimo con sus familiares y amigos.

No prolongar las medidas terapéuticas para alargar la vida a costa de aumentar

el sufrimiento del paciente o alejarlo del contacto humano. Quizá, así, en lugar de alargar la vida se está alargando la muerte.

Proporcionarle al paciente la posibilidad de ayuda religiosa en las horas finales de su vida, si así lo quiere.
Ayudar y orientar a los familiares en las formalidades post-mortem: cumplimentación de impresos, derivación a otros profesionales (trabajador social, sacerdote, etc.).

Trabajar con profesionalidad: si personalmente no queremos plantearnos el tema, al menos como algo cotidiano en nuestro trabajo debemos aceptar que el fin de toda vida es la muerte. Comprendiendo el sufrimiento tanto del enfermo como de la familia.
Por último, contemplamos la asistencia a la familia en el duelo, intentando en la medida de lo posible evitar la aparición del duelo patológico.

5 Discusión-Conclusión

En la formación reglada de los profesionales sanitarios no se les adiestra para estar frente al sufrimiento y el dolor. Sin embargo la atención, el cuidado y el entrenamiento a nivel técnico en el uso de herramientas y procedimientos es tan importante como el entrenamiento del profesional a nivel personal. El duelo es un proceso profundamente humano, que requiere de un acompañamiento de profunda humanidad. Serán importantes las técnicas y herramientas que pongamos a disposición del enfermo, pero no serán efectivas ni movilizadoras si no se sustentan sobre una base de empatía, autenticidad, congruencia y presencia por parte del profesional sanitario.

6 Bibliografía

- Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. (2010). Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos.
- Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2003.
- Cejudo López Á, López López B, Duarte Rodríguez M, Crespo Serván M, Coronado Illescas C, de la Fuente Rodríguez C. (2015).

- El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. Enfermería Clínica. Secpal.com, (2016). SECPAL. [online] Available at: http://www.secpal.com

Capítulo 380

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

MANUEL CRESPO ALONSO

ALEJANDRA DELGADO NIETO

1 Introducción

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente. Comprende actividades como promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en los centros de atención primaria para poder desarrollar nuestro trabajo de forma precisa sin cometer errores.

3 Metodología

Basada en la evidencia científica, en la búsqueda de bases de datos mas importantes, asi como revisión en libros, artículos especializados y material formativo.

4 Resultados

1. Mantener el abastecimiento de medicamentos, material fungible y del instrumental preciso para la atención primaria:
- Recuento de las existencias.
- Pedidos periódicos y urgentes.
- Pedidos de material especial.
- Colocación de los pedidos recibidos.

2. Revisión y reposición de medicamentos, material fungible y del instrumental necesario:
- Reposición de la medicación y del material fungible en la sala de urgencias.
- Mantenimiento de los carros de material de la sala de urgencias.
- Colaboración en la revisión periódica del carro de urgencias.
- Reposición de material fungible en las consultas.
- Control de las caducidades de los productos de farmacia y del material fungible.

3. Recepción de las vacunas, control de la temperatura y colocación en las neveras.

4. Mantenimiento de los aparatos (aerosoles, ECG, botellas de oxígeno, etc.).

5. Desinfección y esterilización del material y del instrumental sanitario.

6. Mantenimiento del circuito de lavandería.

7. Uso adecuado de la gestión de los residuos.

8. Participación en el proceso de análisis clínicos conjuntamente con otros miembros del equipo:
- Información y entrega de material para las pruebas de análisis clínicos.
- Preparación de analíticas programadas a domicilio y en residencias de ancianos.
- Recogida de muestras:
-Preparación de tubos y etiquetado.
-Codificación y registro.
-Preparación adecuada de la nevera de transporte.

9. Colaboración en los procesos asistenciales:
- Apoyo en técnicas diversas (curas, sondajes, etc.).
- Suministro de material de curas.

10. Apoyo en la instrumentalización en equipos de salud bucodental y de atención a la mujer.

11. Colaboración en las actividades de prevención y promoción de la salud:
- Rutas saludables, Semana sin Humo, meriendas saludables, etc.

12. Participación en otras actividades acordadas por los equipos de los centros de salud que contribuyan a mejorar la cartera de servicios.

13. Participación en las actividades formativas del centro de salud (sesiones docentes, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Hemos conocido cuales son todas las funciones que tenemos como TCAE en un centro de atención primaria, ofreciendo una atención integral al paciente.

6 Bibliografía

- Cartera de servicios comunes de atención primaria- web ministerio de sanidad del gobierno de españa- disponible en https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm
- Funciones de los Auxiliares de Enfermería en los centros de salud- Publicado el 14 noviembre, 2017- Elena- disponible en https://www.fp-santagema.es/funciones-los-auxiliares-enfermeria-los-centros-salud-publicos/

Capítulo 381

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR ANTE EL MALTRATO INFANTIL.

INES GUTIÉRREZ GÓMEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES GALÁN AGUIRRE

CRISTINA ROMERO GARCIA

1 Introducción

El maltrato infantil es un grave problema social y de salud pública con consecuencias a largo plazo. Los adultos que lo sufrieron corren riesgo de problemas conductuales, físicos y mentales que contribuyen al desarrollo de enfermedades. La OMS define el maltrato infantil como los "abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder." La exposición a la violencia de pareja también se incluye como una forma de maltrato infantil.

"Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que, por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad" (Art.13 Ley orgánica 1/1996). Por ello, es obligación legal y profesional del personal sanitario la notificación del caso de riesgo o maltrato a los organismos oportunos (Servicios Sociales de Atención Primaria, Servicio de Protección a la Infancia, Fiscalía o Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado).

2 Objetivos

- Conocer pautas estandarizadas de actuación ante los casos de maltrato infantil para poder dar una respuesta rápida, y a la vez prudente, que respete la prevalencia del interés del menor como máxima prioridad.
- Facilitar y ser eficaces en detección, actuación-intervención y en la notificación del maltrato infantil.

3 Metodología

El método seguido ha sido la denominada como práctica clínica basada en evidencia (elaboración de cuestión a investigar, búsqueda de literatura, lectura crítica, aplicación de resultados y evaluación).

La literatura utilizada ha consistido en lo siguiente:
- Publicaciones sobre maltrato infantil, indicadores y tipos de maltrato.
- Documentación sobre protocolos de actuación ante maltrato infantil. Detección y Notificación. Normativas y Leyes vigentes en maltrato Infantil.

4 Resultados

Prevención y detección precoz mediante identificación de los indicadores de maltrato:
-Indicadores físicos: desnutrición, deshidratación, retraso en el desarrollo, falta de higiene, quemaduras, alopecia, equimosis, hematomas, cicatrices, fracturas, embarazo, I.T.S, etc.
-Indicadores conductuales: tristeza, miedo, rechazo al contacto afectivo, aislamiento, conducta antisocial, agresiva, pánico ante exploración de genitales, baja autoestima, etc.
-Indicadores en el comportamiento del familiar: desinterés, no transmite afectividad, explicación incoherente sobre el origen de las lesiones, celoso ante la retirada del menor, etc.
Rápido diagnóstico y clasificación del tipo de maltrato:
- Maltrato físico, maltrato emocional, negligencia, abandono emocional, abuso sexual.

Actuación sanitaria/Intervención eficaz: Anamnesis, exploración, parte de lesiones, tratamientos, profilaxis/Ingreso (peligro de la integridad del menor).

Notificación: remitir (conjuntamente con el trabajador social) la "Hoja de notificación" a los servicios sociales y el parte de lesiones o informe médico al Juzgado o a la Fiscalía.

5 Discusión-Conclusión

Deben desarrollarse programas de sensibilización y formación continua del personal sanitario para mejorar en diagnóstico precoz y asistencia a los niños y adolescentes maltratados. Es muy importante que todos conozcan los indicadores físicos y conductuales de maltrato en el menor y en la conducta del familiar/acompañante para detectarlo y comunicarlo lo antes posible.

Es necesaria una atención multidisciplinar (médicos, psicólogos, enfermería, TCAE, trabajador social) e interinstitucional (ámbitos sanitario, educativo, policial, social y judicial). Se hace imprescindible coordinar por ello la intervención conjunta de todos los actores según el momento en que se encuentre la atención al niño.
Seguimiento del caso elaborando un informe de seguimiento, en un plazo máximo de seis meses.

6 Bibliografía

- Maltrato infantil –WorldHealthOrganization https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. "Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar" http://www.upm.es
- Gil Arrones, J.[et al.] Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil. Junta de Andalucía.2014
- https://www.juntadeandalucia.es
- Pérez Candás, J.I. [et al.] Guía de actuación sanitaria para la atención al maltrato infantil. SESPA
- https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/guiamaltratoinfantil.pdf
- BecedónizVázquez, C.; Álvarez Muñoz, M.B.,Maltrato infantil. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social. https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/MAN_2006_Ambito%20sanitario_Asturias.pdf

Capítulo 382

LA EMPATÍA EN EL PROFESIONAL DEL ÁMBITO SANITARIO

YOANA FERNANDEZ ALVAREZ

OLAYA CUE BERNARDO

LUCÍA CORBACHO GALLARDO

AITANA ESPÍN MEDINA

SORAYA ÁLVAREZ GARCÍA

1 Introducción

La empatía puede definirse como la capacidad de ponerse en el lugar de alguien, de comprender al otro como sujeto con una experiencia propia. Es una habilidad que se inicia en nosotros mismos y que resulta fundamental para la vida en general, pero también, de forma concreta, en determinados ámbitos, como puede ser la relación que se establece entre el profesional del ámbito sanitario y el paciente.

En el caso de los profesionales del ámbito sanitario es importante potenciar con voluntad y motivación esta habilidad que se va desarrollando a lo largo de la vida y que forma parte de nuestra competencia social. No existe el gen de la empatía, pero sí la disponibilidad para adquirir la capacidad de la misma y para poder desarrollar esa capacidad tiene que darse en contextos adecuados.

Son muchos los profesionales del ámbito sanitario que admiten carecer de una formación específica en una capacidad tan básica. Es importante que la atención

del personal sanitario/no sanitario gire en torno al paciente con lo que deben tomar conciencia de la responsabilidad respecto a la necesidad de trabajar la comprensión empática, para que pueda resultar de gran utilidad. El comportamiento empático favorece una buena alianza terapéutica posibilitando que los pacientes den más información sobre sus síntomas; se muestren más comprometidos con el tratamiento y con mayores niveles de satisfacción, y disminuye la ansiedad e incrementa la calidad de vida.

2 Objetivos

El objetivo estaría encaminado a determinar el grado de conocimiento de todos los profesionales sanitarios y no sanitarios en la importancia de mantener una actitud empática en su entorno laboral a la hora de tratar con los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La Empatía necesita de un primer paso que consiste en que el profesional escuché atentamente lo que el paciente dice y, observe lo que expresa sin palabras: con gestos, actitudes, tonos de voz, énfasis, silencios, etc., y pueda sentir la emoción que el paciente está sintiendo. La empatía es una actitud afectiva en la que el profesional percibe el estado emocional del paciente.

Pero la empatía requiere también tomar distancia, salirse del estado afectivo en el que se estaba inmerso hasta ese momento para entender el mundo de creencias, vivencias, concepciones e ideas del paciente para que la empatía pase a ser una actitud primordialmente cognitiva.

Después de lograr una actitud empática con el paciente: las observaciones, orientaciones, consejos, que se den deben ser a partir de ese mundo de creencias,

que es el mundo del paciente, dado que, de otra manera no tendría significado para dicho paciente; le resultaría extraño, ajeno, no sería capaz de comprender y por lo tanto no se conseguiría el efecto buscado.

5 Discusión-Conclusión

Está claro que no todos los profesionales tienen la misma capacidad empática; llegando a tener enormes dificultades para entenderse con el paciente y ponerse en su lugar.

Así, es importante saber que las habilidades empáticas se pueden potenciar y desarrollar. Algunas actitudes que se deben tener para desarrollar, potenciar y expresar la empatía serían:
• Escuchar con la mente abierta y sin prejuicios.
• Prestar atención y mostrar interés por lo que nos están contando, ya que no es suficiente con saber lo que el otro siente, sino que tenemos que demostrárselo.
• No interrumpir mientras nos están hablando y evitar convertirnos en un experto que se dedica a dar consejos en lugar de intentar sentir lo que el otro siente.
• Habilidad de descubrir, reconocer y recompensar las cualidades y logros de los demás. Esto va a contribuir, no solamente a fomentar sus capacidades, sino que descubrirán también nuestra preocupación e interés por ellos.
• Hacer preguntas abiertas. Preguntas que ayuden a continuar la conversación y le hagan ver a la otra persona que estamos interesados en lo que nos está contando.
• Intentar avanzar lentamente en el diálogo, así, estamos ayudando a la otra persona a que tome perspectiva de lo que le ocurre, dejamos que los pensamientos y sentimientos vayan al unísono y nos dé tiempo de asimilar y reflexionar sobre el tema.
• Antes de opinar, debemos esperar a tener información suficiente, asegurarnos de que la otra persona nos ha contado todo lo que quería y de que nosotros hemos escuchado e interpretado correctamente lo esencial de su mensaje. A veces, el paciente no necesita una opinión, sino saber que le están entendiendo con respecto a lo que necesita transmitir. Si es necesario dar una opinión debe hacerse de manera constructiva, sincera, siendo respetuoso con los sentimientos del paciente.
• Es importante tener una buena predisposición aceptando las diferencias con los demás, siendo tolerantes y pacientes con uno mismo y los que nos rodean.

6 Bibliografía

- https://www.redalyc.org/pdf/3440/344033718003.pdf
- https:/w.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671500058X
- https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=6870
- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000200121
- https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40440319/acadm7.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa_comunicacion_entre_el_profesional_de.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200128%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200128T123903Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=0b78d5355e9170b26eedeb66d50c2496419a7f34d24ad01c51f695fb9ca5cc0a
- https://www.redalyc.org/pdf/4835/483557806006.pdf
- https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1078/2/Una-vision-de-la-antropologia-filosofica-de-enfermer%EDa.-La-empatia-como-cuidado-trascendental

Capítulo 383

AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO: PLANES DE ACTUACIÓN

LORENA POSADO CARRO

FRANCISCO RODRIGUEZ HERRERA

MARIA GARCIA GUAZA

1 Introducción

La Organización Interna de Trabajo (OIT) considera que los trabajadores relacionados con el sector servicios tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los usuarios.

La definición de violencia laboral según la OIT es ”toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante la cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”.

En los últimos años la violencia hacia los profesionales sanitarios ha ido en aumento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una cuarta parte de la violencia laboral se concentra en el sector sanitario.

2 Objetivos

- Abordar de forma integral la defensa de nuestros profesionales y la de proporcionar a los ciudadanos una ambiente relajado en el entorno sanitario.

3 Metodología

La normativa que sustenta los Planes de Prevención y Actuación frente a situaciones conflictivas en centros sanitarios es:
- Convenio sobre discriminación y empleo.
- Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores.
- El Art. 40.2 de la Constitución Española.
- El Art. 17.1 d) de la ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal de los Servicios de Salud.

Actuaciones, infraestructurales, organizativas, informativas que generan un clima de cordialidad, confianza y respeto:
- Mejorar la señalización e información de los Centros Sanitarios.
- Los puntos de información a los ciudadanos en los Centros Sanitarios tienen que estar muy visibles.
- Se debe establecer el lugar y la periodicidad con la que transmitir la información a los pacientes ingresados o en urgencias.
- Establecer circuitos protocolizados de derivación entre Atención Primaria, Atención Especializada, Geriatría, Salud Mental y Servicio Sociales.
- Optimizar los sistemas de cita previa.
- Todos los profesionales deben de estar identificados de forma clara.
- Formar a los profesionales en manejo de conflictos.
- Campañas para que los pacientes utilicen de forma mas eficiente el servicio de Cita Previa.
- Las Gerencias en coordinación con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales deben tratar los problemas que puedan padecer los profesionales que desarrollan su trabajo en los centros sanitarios.
- Las salas de espera deben tener la decoración adecuada e información de educación para la salud.
- Detención y actuación de los llamados puntos críticos en lo que a masificación de publico se refiere: consultas, salas de espera, urgencias, salas de analíticas y servicios de citas.
- Educar a los pacientes para que en caso de no poder a una cita avisen al centro sanitario.
- Mensajes que informen al ciudadano sobre Derechos y Deberes.

4 Resultados

Como ejemplo de Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios podemos destacar el que elaboró el Sistema de Salud del Principado de Asturias.
Vamos a destacar algunos puntos de este Plan:
- Cuando el profesional se encuentra ante una situación en la que previsiblemente se pueda producir un acto violento es aconsejable que abandone el lugar en el que se encuentra.
- Si se consuma la agresión hay que dejar los objetos tal y como estaban en el momento de los hechos. El agredido rellenará el documento de Registro de comunicación de incidentes y lo comunicará al responsable del Servicio. Este responsable enviará una copia a Gerencia y otra al departamento de Prevención Riesgos Laborales de su Area Sanitaria. Se emitirá un parte de lesiones (si hubiera) como Accidente de Trabajo. Finalmente la Gerencia lo comunicará al Coordinador del Plan de Prevención y Actuación.
- La funciones del Coordinador estan relacionadas con los Servicios Jurídicos, los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, la Secretaria General, la Dirección de RRHH y Financiera, la Dirección de Interior, apoyo a las gerencias y recogida de datos del profesional agredido.

5 Discusión-Conclusión

Los Planes de Actuación y Prevención deben de facilitar cobertura sanitaria y asistencia legal a todos los trabajadores de nuestra la red publica. Ante una agresión hemos de actuar como firme soporte para el profesional que lo sufre y proporcionarle asistencia medica y legal. La violencia en el lugar de trabajo atenta contra la dignidad y los derechos del trabajador.

6 Bibliografía

- www.seguridad-laboral.es
- www.astursalud.es
- Organización Interna de Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud.

Capítulo 384

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

OLAYA CUE BERNARDO

YOANA FERNANDEZ ALVAREZ

SORAYA ÁLVAREZ GARCÍA

AITANA ESPÍN MEDINA

LUCÍA CORBACHO GALLARDO

1 Introducción

Podemos definir el síndrome de burnout o estrés laboral como un conjunto de síntomas que aparecen en una situación de estrés crónico que se sufre en el ámbito laboral. Se entiende como un síndrome tridimensional que se caracteriza por:
- El agotamiento emocional y físico que se caracteriza por una ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos.
- La despersonalización o deshumanización que se caracteriza por tratar a los pacientes y compañeros como objetos.
- La disminución de la realización personal en el trabajo que se caracteriza como una tendencia del trabajador a auto evaluarse de forma negativa.

A causa de este síndrome obtenemos una serie de consecuencias:
- Consecuencias físicas puede influir en diferentes aspectos relacionados con nuestra salud.

- Consecuencias psicológicas nos puede afectar en diversos aspectos como son autoestima, bienestar y calidad de vida de la persona.
- Consecuencias sociales puede producir actitudes negativas, aislamiento social e incluso problemas relacionados con la familia y la pareja

2 Objetivos

- Determinar el conocimiento del personal sanitario acerca del síndrome de burnout, para poder solucionarlo o incluso prevenirlo

3 Metodología

Para ello hemos realizado una revisión sistemática en artículos científicos. Las bases de datos utilizadas fueron Scielo, Pubmed y Google académico. Aplicamos un filtro de idioma (solo artículos en español).

4 Resultados

En cuanto a nuestra profesión, debemos tener en cuenta que se trata de un tipo de trabajo en el que existe el riesgo de generar altos niveles de estrés, debido al contacto tan directo y estrecho con el paciente y la motivación y vocación con la que desempeñamos nuestro trabajo, que puede llevarnos a una implicación excesiva con los problemas de los pacientes y considerarlo como un reto personal solucionarlos. Como consecuencia podemos llegar a sentir fracaso con nuestros propios errores e incluso con los de los demás.

Al igual que las relaciones con los pacientes pueden suponer estrés, también las relaciones dentro del mismo equipo de trabajo entre todos el personal sanitario, ya sea por falta de apoyo o de compañerismo.
Por ultimo encontramos diferencias en cuanto a la edad, el sexo, los horarios,el lugar de trabajo e incluso la cantidad de pacientes a nuestro cargo.

5 Discusión-Conclusión

Encontramos dos vías para solucionar este problema:
- Nivel individual: consiste en el empleo de estrategias que nos ayuden a identificar el problema y así poder afrontarlo. Esto nos ayudaría a evitar su desarrollo.

Otra estrategia a llevar a cabo es dejar los problemas laborales al finalizar la jornada.

- Nivel grupal: consiste en el apoyo mutuo de los compañeros de trabajo así como de la supervisión. El trabajo en equipo es un rasgo muy importante dentro de nuestra profesión, apoyarse unos en otros disminuye la carga individual.

Al margen de todo esto, que ya no dependería tanto del factor humano, corresponde a las administraciones la revisión de horarios, turnos y el numero de personal trabajando en cada servicio. Debido a que muchas veces el estrés es producido por una sobrecarga de trabajo a causa de falta de personal.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006
2. http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12317
3. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113023991930046X
4. https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/149803?show=full
5. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300011&lang=es

Capítulo 385

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

MARIA IRENE GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

El Alzheimer es una enfermedad degenerativa la cual provoca la pérdida de neuronas. La razón por la cual aparece la enfermedad no ha sido descubierta. Se sabe que el 1% de los casos está determinado por el factor genético y en el resto de casos influye el estilo de vida.

Por lo general, la enfermedad es detectada después de los 65 años con la aparición de algunos síntomas, los cuales avanzan gradualmente con el paso del tiempo y que dificultan la realización de actividades de manera autónoma. La enfermedad es más común en mujeres y el riesgo se incrementa con la edad.

Los síntomas más comunes son los fallos en la memoria, dificultad para encontrar palabras o recordar el nombre de personas u objetos, cambios en la personalidad y confusión. En una fase más avanzada, pueden perder el control del cuerpo, no reconocer a nadie y estar postrados en cama.

A la fecha, no existe una cura para la enfermedad. Sin embargo, para retrasar su avance se debe hacer ejercicios físicos, tener una alimentación equilibrada y realizar actividades cognitivas. Además, se debe complementar con tratamiento farmacológico que ayuda a ralentizar el avance y a aliviar algunos síntomas.

Es importante la detección temprana de la enfermedad para que el paciente pueda recibir el tratamiento adecuado y así ofrecerle mejores condiciones y calidad de vida. No obstante, uno de los principales problemas es que no suele realizarse a tiempo.

Esta es la enfermedad que más discapacidad genera en personas mayores, y es por ello que se debe acudir al médico al observar alguno de los síntomas para que puedan realizarse los análisis necesarios y así determinar si se padece de Alzheimer. Con frecuencia, los familiares pasan desapercibidos los síntomas, y los pacientes, pese a que los detectan, no manifiestan tenerlos por miedo o vergüenza.

En España, actualmente 800.000 personas padecen de Alzheimer y cada año se diagnostican 40.000 casos nuevos, según la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Cabe mencionar que la enfermedad puede ya estar presente y no haber sido detectada. Se calcula que el 80% de los casos de Alzheimer leve aún no se han diagnosticado.

Usualmente, quienes se encargan de cuidar a los pacientes con Alzheimer son los familiares, quienes sufren los efectos secundarios y cuya salud y calidad de vida se ve debilitada a consecuencia de la carga emocional, física, social y económica que supone. El 50% de los cuidadores sufre de ansiedad y un 27% de depresión clínica. Además, son personas que no han recibido una formación para cuidar a su familiar. Por ello, es ideal contar con la asesoría y apoyo de profesionales que estén formados para atender pacientes dependientes para que reciban una atención y cuidado acorde a sus necesidades.

2 Objetivos

Objetivos principales
- Conocer los fundamentos teóricos, principales técnicas de cuidado y las fases del desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.

Objetivos secundarios podemos diferenciar
- Diferenciar entre los distintos tipos de demencia, más característicos.
- Conocer las posibles causas del Alzheimer y su síntomas más frecuentes.
- Describir cada una de las fases de las que consta el Alzheimer.
- Reconocer los diferentes tratamientos existentes para la enfermedad de Alzheimer y clasificar los diagnósticos de enfermería aplicables a la enfermedad de Alzheimer, en función de las necesidades creadas por dicha enfermedad.

3 Metodología

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

Las palabras clave utilizadas para el desarrollo de la búsqueda fueron: "demencia", "enfermedad de Alzheimer", "cuidador Alzheimer", "síntomas", "causas", "estadíos demencia"

4 Resultados

La demencia se define como un síndrome neurológico, caracterizado por la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, gracias a los daños o desordenes cerebrales que provoca la enfermedad, lo cual origina la incapacidad para realizar actividades diarias y la pérdida de la capacidad para resolver problemas o para mantener el control emocional, incluso pueden tener cambios de personalidad y problemas de conducta, lo que lleva a la desadaptación social.1'3

Por tal razón, el diagnóstico de demencia se basa en una comprobación de deterioro mental, a partir de los datos clínicos que ofrecen los familiares y sobre todo el paciente, así como de la evaluación del funcionamiento cognitivo del mismo, aunque la alteración de memoria puede no ser un síntoma inicialmente dominante, presentándose en una minoría de casos.

Existen muchos trastornos que causan demencia, tal como la enfermedad de Alzheimer, que conduce a una pérdida progresiva de funciones mentales.

Tipos de demencia
Los tipos de demencia se clasifican en:
1. Degenerativas o primarias. Causadas por:
- Enfermedad de Alzheimer: Es una enfermedad neurodegenerativa, de origen desconocido, caracterizada por el deterioro cognitivo y alteraciones conductuales.

Su forma típica se manifiesta por la pérdida de memoria inmediata, causada por la muerte de células nerviosas, teniendo una evolución de aproximadamente 10

años, después de su diagnóstico, es irreversible y hasta la fecha no se conoce ninguna cura.

Esta enfermedad es considerada una de las enfermedades más costosas y comunes para el ser humano, por lo que en la actualidad es la cuarta causa de muerte en Estados Unidos de América.

- Demencia fronto - temporal (Enfermedad de Pick): Es una enfermedad neurodegenerativa poco frecuente, que se refiere a un conjunto de síndromes clínicos con síntomas que llevan a una disfunción de los lóbulos cerebrales temporales y frontales.

Las personas con demencia fronto - temporal tienen antecedentes familiares y afecta tanto a hombres como a mujeres, afectando a pacientes en edad media de la vida, siendo algunos de sus síntomas: dificultad en las relaciones personales, comportamiento compulsivo, alteración en el control de las emociones, rigidez muscular, etc.

A la fecha no se conoce la causa de la demencia fronto - temporal, habiéndose implicado al aspecto genético como una de las causas de su aparición.

- Demencia por cuerpos de Lewy: Enfermedad neurodegenerativa, con etiología poco clara. El diagnóstico solo puede hacerse post mortem, observándose en la corteza frontal, parietal, temporal y en la sustancia negra, la presencia de los cuerpos de Lewy, que son depósitos anormales de proteínas fundamentalmente de alfa-sinucleina.

Los síntomas que lo caracterizan son: presencia de deterioro cognitivo muy similar al de la demencia de tipo Alzheimer, aparición de síntomas de parkinsonismo, respuestas anormales a diversos fármacos, alucinaciones y delirio.

Es la tercera causa de demencia que se presenta en las personas ancianas, después de la enfermedad de Alzheimer y de la demencia vascular.

2. No Degenerativas o secundarias. Causadas por:
- Demencia Vascular o Demencia Multiinfarto: Considerada la segunda causa de demencia en adultos, después de la enfermedad de Alzheimer, provocadas por accidente cerebro vascular, lo que provoca que la circulación sanguínea deje de irrigar una parte del cerebro, con la muerte de las neuronas afectadas.

Este cuadro es una de las pocas demencias que pueden prevenirse, en sentido de

que se pueden controlar los factores de riesgo, como la hipertensión arterial o la diabetes.

- La demencia asociada al VIH: Esta demencia resulta de una infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que causa el SIDA; este tipo de demencia puede provocar una destrucción masiva de la sustancia blanca del cerebro, lo que lleva a un deterioro de la memoria, apatía y dificultad para concentrarse, de igual modo, las personas con demencia asociada al VIH desarrollan problemas de movimiento.

En la actualidad no se conoce un tratamiento especifico para la enfermedad, sin embargo, los medicamentos para tratar el SIDA, pueden retrasar el inicio del cuadro patológico, como también pueden ayudar a reducir los síntomas.

- Pseudodemencia depresiva: está agrupada entre las demencias que son llamadas ”demencias curables”, al no ser una demencia verdadera, considerándose más como un trastorno del estado de ánimo, que posteriormente llega a un grado de depresión, con predominio de comportamientos que evaden la ejecución de acciones. Los pacientes que presentan este tipo de depresión, abandonan sus quehaceres habituales, buscar estar recostados en sus camas, tienden a permanecer quietos y no muestran el mínimo interés por el entorno que les rodea. Frecuentemente se la asocia con la demencia por presentar los síntomas cognitivos tales como la desorientación espacio -temporal, confundiéndose en pacientes de la tercera edad con la apatía y abulia descritas en el cuadro de la demencia por Alzheimer, corriendo riesgos de dar un diagnóstico errado.

- Hidrocefalia normotensiva: se le asocia a la demencia, puesto que es una entidad poco conocida causada por el aumento de liquido cefalorraquídeo, manifestándose por el deterioro intelectual y comportamental progresivo, con alteración en la marcha e incontinencia urinaria y fecal, de ésta manera, la suma de alteración de marcha, incontinencia urinaria y demencia se denomina triada de Hakim, que caracteriza a este cuadro.

En casos muy raros se puede presentar demencia causada por las siguientes enfermedades: Enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, síndrome de Down, enfermedad de Creutzfeldt - Jakob, deficiencias de vitamina B12 o B6, tumores y trauma encefálico.

Diagnóstico y tratamiento
El profesional en salud emplea una variedad de estrategias para diagnosticar la

demencia; primero se realiza el examen físico que se enfoca a detectar enfermedades sistémicas que pudieran dar como resultado el deterioro cognitivo, también debe realizarse un examen neurológico exhaustivo buscando signos de focalización, reflejos arcaicos, alteraciones sensitiva o motoras, alteración del tono muscular, examen de pares craneales para descartar otra causa menos frecuente de demencia.

Una vez realizado el examen físico se procede con el examen mental, que debe incluir una evaluación en las áreas cognitiva y afectiva, para ello se recomienda el uso de instrumentos estandarizados como el Mini - Mental de Folstein, ampliamente aceptado en el mundo, pudiéndose recurrir en algunos casos a otros métodos conocidos por el profesional.

Para el diagnóstico diferencial de las demencias, en algunos casos es útil hacer una evaluación neuropsicológica más detallada.

La evaluación de laboratorio incluye: hemograma y VHS, perfil bioquímico (calcio, fósforo, pruebas hepáticas, glicemia), electrolitos, nivel plasmático de vitamina B12, hormonas tiroideas, tamizaje para neurosífilis y otras enfermedades inflamatorias e infecciosas, que puedan estar asociadas a la demencia. También se puede recurrir a los medios tecnológicos tales como: las imágenes del cerebro, scanner o resonancia nuclear magnética que son útiles para descartar lesiones estructurales que puedan contribuir a la demencia.

No existe un tratamiento específico para cada una de las enfermedades demenciales, ya que algunas son crónicas e irreversibles, sin embargo, en los últimos años se han producido avances tecnológicos, tanto en técnicas de intervención quirúrgica, como en fármacos que permitan retrasar la evolución de la enfermedad, mejorando la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

Fases del alzheimer

La fase inicial de la enfermedad puede durar unos dos años y en ella suelen aparecer fallos en la memoria reciente, desinterés, humor deprimido, cambios en la personalidad, episodios leves de desorientación y falta de adaptación a situaciones nuevas.

Sin embargo, en la fase intermedia puede desarrollarse durante 3-5 años. El detrimento de la memoria es más comprometido y afecta no solo a la memoria reciente, sino también a la remota. Emergen alteraciones del lenguaje, la escritura, la lectura, el cálculo, apraxias y agnosias. Muestra dificultad con el aseo, el ve-

stir o la comida. Pueden aparecer síntomas psicóticos. Además, en esta fase el paciente tiene dificultad para mantener sus relaciones sociales y es incapaz de mantener una discusión sobre un problema.

Mientras, en la fase terminal (demencia grave), el enfermo es incapaz de andar, se inmoviliza, se hace incontinente y no puede ejecutar ninguna actividad de la vida diaria. El lenguaje se hace ininteligible o presenta mutismo. A veces se produce disfagia y hay riesgos de neumonías, deshidratación, malnutrición y úlceras por presión. Los enfermos pueden permanecer en cama y suelen fallecer de una neumonía u otra infección.

Causas de las conductas propias del enfermo de alzheimer
A medida que la demencia va progresando, el enfermo se vuelve más inseguro de lo que le rodea y de los que le rodean o lo que los demás quieren de él. Muchos pacientes se refugian en las personas que transmiten mejor el sentimiento de seguridad.

Hay una gran cantidad de comportamientos que aparece a medida que la enfermedad de Alzheimer o el nivel de deterioro cognitivo avanza. La presencia o ausencia de estos comportamientos varía mucho de una persona a otra y viene muy determinada por la progresión de la enfermedad. Entre las posibles causas de las conductas del anciano con enfermedad de Alzheimer se encuentran las siguientes:

Causas relacionadas con la salud física y el estado de ánimo:
- Efectos de la medicación: Los ancianos con Alzheimer son muy sensibles a los efectos de la medicación, tanto por la sobremedicación como por los efectos secundarios. Entre ellos, se encuentran las caídas, los mareos y los temblores en las extremidades.
- Dificultades en la visión y/o audición: el paciente con demencia de Alzheimer sufre de cambios en la visión y la audición, las cuales van aumentando a medida que se van haciendo mayores por causas que se pueden corregir si son identificadas a tiempo y correctamente.
- Enfermedades agudas y crónicas: estos pacientes están expuestos a una gran variedad de enfermedades agudas, las que, identificadas y tratadas a tiempo, no tienen mucha importancia. Las enfermedades crónicas son de larga duración y, aunque no producen la muerte, disminuyen considerablemente la calidad de vida. Por consiguiente, los ancianos sufren cambios de comportamientos manifestados por: irritabilidad, ansiedad, discusiones constantes, ganas de salir de la casa, entre otros.

- Estreñimiento: entre los cambios normales del proceso de envejecimiento se encuentran las dificultades con la evacuación; por lo que, un período continuado puede causar una gran sensación de malestar y puede llegar a producir estados delusorios.
- Depresión: los enfermos de Alzheimer pueden sufrir depresiones; sus síntomas tienen un parecido a los de la demencia inicial. La falta de memoria, los problemas de concentración y los problemas para conciliar el sueño están presentes en ambas enfermedades.

Causas relacionadas con el entorno de la persona enferma:
- Un espacio demasiado grande con demasiada o poca iluminación: Los espacios medianos o pequeños facilitan la adaptación. Sin embargo, los espacios grandes se pueden volver confusos y difíciles de comprender y entender por parte del anciano.
- Falta de información o señales de orientación: A medida que las capacidades cognitivas (orientación en el tiempo, orientación en el espacio, percepción, memoria, comunicación) disminuyen, el enfermo necesita nuevas formas de información para orientarse en el entorno donde vive.

Causas relacionadas con las tareas o actividades que realiza el enfermo:
- La tarea es demasiado complicada: Hay que tener presente que, a medida que la enfermedad avanza, cualquier tarea se hace más y más difícil. Pedir al enfermo que haga cosas que superen sus posibilidades es una situación frustrante. La pérdida de memoria hace que el enfermo no recuerde aquello que hace cinco minutos se le ha dicho. Así que una explicación que consista en tres o cuatro instrucciones a la vez representa una dificultad, ya que solo puede memorizar la última.

Intervenciones de enfermería
A continuación, aparece una serie de intervenciones que deben realizar nuestros profesionales de enfermería, quienes laboran en la atención primaria de salud, a la hora de brindar acciones de promoción y prevención a los cuidadores de los ancianos con demencia de Alzheimer.
- Evitar reorientar al paciente más de una vez en cada encuentro con él, para evitar la frustración que le puede producir el hecho de no poder recordar.
- Permitir al paciente comportamientos habituales, como el acaparamiento de objetos y vagabundeo siempre que se realicen en un ambiente seguro.
- Valorar al paciente en busca de signos y síntomas de depresión.
- Para evitar la agitación e intranquilidad del paciente, se debe mantener el ambiente estructurado, coherente y establecer una rutina fácil de seguir para él: se

puede mostrar un álbum de fotos para recordar el pasado, fomento de la actividad física y la terapia artística.
- Colocar etiquetas con el nombre de los objetos y habitaciones, para ayudar a recordar su nombre y su función, y proporcionar pistas sobre la identidad de los objetos y las tareas.
- Colocar un reloj y un calendario grande en su cuarto y marcar con una "X" los días pasados, para ayudarle a recordar la fecha correcta.
- Mostrarle la localización del retrete, si es necesario identificar la puerta con un dibujo de un servicio sanitario para ayudarlo a encontrar. Además, valorar los hábitos intestinales; llevarlo al cuarto de baño a la misma hora todos los días, suele posibilitarle defecar.
- En relación con el patrón del sueño, se deben espaciar las actividades a lo largo del día intercalando períodos de reposo. Además, es necesario evitar que los pacientes se queden dormidos durante el día, empleando paseos cortos o actividades planificadas que le ocupen parte de su tiempo.
- Para mejorar la comunicación con él, se deben mantener breves y sencillos los mensajes verbales; evitar temas complejos, distracciones y ruidos. Además, ayudarlo con las palabras que se le olvidan.
- Para la conservación de una nutrición adecuada, se debe vigilar la ingestión de alimentos, fomentar la ingesta adecuada de líquidos, establecer un horario regular para las comidas y mantener un ambiente favorable.
- Para satisfacer sus necesidades de socialización, se debe cuidar la cercanía con el enfermo, abrazarlo y demostrarle afecto en todo momento.
- Si hay momentos de agitación o de violencia, se debe cambiar la actividad o la conversación y hacer todo lo posible por distraerlo. Además, no hacerle muchas preguntas cuando esté enfadado y observar qué le ha provocado ese comportamiento e intentar que esta situación no se repita en un futuro.
- Planificar actividades que estén relacionadas con el pasado laboral, para que se sienta capaz, valorado y respetado por todos aquellos que le rodean.
- Mostrar respeto por sus sentimientos, aunque se manifiesten como un comportamiento infantil y recordar que se trata de un adulto con pérdidas de capacidades.
- Conservar su autonomía y evitar la sobreprotección, las caídas y accidentes. Además, evitar dejar solo al paciente en el hogar, pues el riesgo de accidentes es bastante alto.
- Ser prudente en la administración de fármacos para controlar la conducta. Ante la presencia de alucinaciones, ilusiones y delirios, no razonar con el paciente lo irracional de su conducta, no ser partícipe del delirio o ilusión.

- En caso de depresión, no señalar los errores y fallos al anciano; recordar que es portador de una enfermedad y que sus síntomas no son propios de la vejez o de su carácter.

5 Discusión-Conclusión

El Alzheimer es una enfermedad degenerativa la cual provoca la pérdida de neuronas. La razón por la cual aparece la enfermedad no ha sido descubierta. Se sabe que el 1% de los casos está determinado por el factor genético y en el resto de casos influye el estilo de vida.

A la fecha, no existe una cura para la enfermedad. Sin embargo, para retrasar su avance se debe hacer ejercicios físicos, tener una alimentación equilibrada y realizar actividades cognitivas.

Es importante la detección temprana de la enfermedad para que el paciente pueda recibir el tratamiento adecuado y así ofrecerle mejores condiciones y calidad de vida. No obstante, uno de los principales problemas es que no suele realizarse a tiempo.

En España, actualmente 800.000 personas padecen de Alzheimer y cada año se diagnostican 40.000 casos nuevos, según la Sociedad Española de Neurología (SEN).

La enfermedad de Alzheimer no solo afecta a la persona que la padece, sino que también repercute de manera muy importante en la familia. Son los familiares cuidadores los que, de forma mayoritaria, se hacen cargo de la atención de estos enfermos con una dedicación de 24 horas.

Los profesionales de enfermería cumplen un papel importante en la detección de la enfermedad gracias a su formación y a la cercanía que tienen con los pacientes. Diariamente ven a muchos de ellos por distintas razones, sea para toma de tensión, curas, medición de temperatura, entre otros y, en ese momento, son capaces de notar síntomas del Alzheimer para luego derivarlo a un especialista.

Son las personas de referencia de los pacientes, más próximos y con quienes muchas veces se sienten más en confianza para expresar sus dudas y problemas. Cuando ven con frecuencia a los mismos pacientes, pueden advertir cambios en la conducta, olvidos en la toma de medicamentos o de las citas que tenían programadas.

Al mismo tiempo, desempeñan una labor significativa en la atención de los pacientes con Alzheimer, debido a que son cuidadores profesionales y que han recibido una preparación que les permite actuar acorde a las necesidades del paciente y, así también, aliviar la carga de los familiares. Buscan optimizar su calidad de vida por medio de actividades que permitan el ejercicio de la memoria, al igual que las competencias cognitivas y comunicativas para ralentizar los efectos de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Bover Bover, A. Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones ligadas al género y a la generación. [tesis]. Illes Balears: Universitat de les Illes Balears; 2004.
2. Guía de la enfermedad de Alzheimer. : Lo que usted necesita saber.2008.
3. M. A. Díaz, Doménech, C. Elorriaga, S. Elorriaga, A. Ortiz, M.S. Perex, B. Sendagorta. En casa tenemos un enfermo de Alzheimer.2000,
4. Lugos. Minguez, E. González, García. A.I. Blanco, R. López E. Sota, T.Isla, S. Gallinas, A. Rodríguez, M. Hernández. Alzheimer. Familiares y cuidadores. 2001
5. Flores Lozano JA, Adeva Cárdenas J, García MC, Gómez Martín MP. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. Jano 1997.
6. García Tirado MC, Torío Durantez J. Repercusiones de la demencia en la familia y en el cuidador principal del paciente. Medifam 1996.
7. Pérez Laura L, Díaz Díaz M, Herrera Cabrera E, Silvera Hernández P. Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinar de atención geriátrica. 2000.
8. La tensión de las personas encargadas del cuidado de los enfermos de Alzheimer. 2006
9. García Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit 2004.
10. García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez AM. Enfermería del Anciano. Madrid: 2001.
11. Demencia: información y consejos para quienes proveen cuidados. 2005.
12. Bermejo F, Rivera J, Pérez del Molino F. Aspectos familiares y sociales en la demencia. Med Clín (Barc) 1997.
13. Pérez Trullen JM, Abanto Alda J, Labarta Mancho J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). Aten Primaria, 1996.

Capítulo 386

AGRESIONES EN EL ÁMBITO DEL PROFESIONAL SANITARIO

SORAYA ÁLVAREZ GARCÍA

YOANA FERNANDEZ ALVAREZ

AITANA ESPÍN MEDINA

OLAYA CUE BERNARDO

LUCÍA CORBACHO GALLARDO

1 Introducción

Las agresiones a sanitarios viene siendo un gran problema en la sanidad, ya que cada vez son más los profesionales que se ven agredidos y cada vez aumentan más las denuncias por este tipo de casos.

Son varias las causas que motivan las agresiones: tensión motivada por largas esperas, diagnósticos no previstos por el paciente, intentar conseguir tratamientos o ciertos medicamentos, estar bajo los efectos de las drogas o el alcohol al acudir a la consulta, resentimientos debidos a algún diagnostico anterior ya sea real o equivocado.

Las agresiones en algunos casos podrán ser prevenidas si el sanitario sabe actuar frente a ellas siguiendo unas pautas o protocolos, deberá solicitar ayuda a la seguridad del centro a los mediadores sociales o bien directamente llamar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o Policía.

2 Objetivos

- Saber poner en marcha los procedimientos siguiendo unas pautas y distinguiendo cuando puede haber amenaza.
- Observar en la sala de espera o en alguna consulta alguien dando voces o alterado.
- Dirigir de manera grosera o amenazante hacia algún profesional sanitario.
- Observar a alguien en estado de embriaguez o bajo los efectos de alguna droga.
- Apuntar a alguien que lleve en la mano algún objeto contundente y se vea que está amenazando con el o que lleve algún tipo de arma.
- Ver a una persona que ya sea reconocida como agresora por antecedentes en este tipo de situaciones.
- Informar sobre las intenciones que pueda llegar a tener la persona agresora.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los procedimientos a seguir ante una persona agresora son muy importantes a la hora de actuar ya que se podrán evitar muchas situaciones desagradables y peligrosas.

- El sanitario deberá de relajarse e intentar llevar la situación a su terreno dominando la situación, actuando con mucha tranquilidad y decisión.
- No se deben realizar movimientos bruscos ya que eso podría poner nervioso al agresor y llevarlo a que actúe de una manera impulsiva y ponga en peligro al sanitario o a personas que pueda haber alrededor.
- Utilizar siempre un tono de voz bajo con una actitud serena intentando buscar la tranquilidad de la situación.
- No discutir con la persona agresora ni quitarle la razón, no se puede responder con la misma actitud que el está teniendo.

- Siempre se debe de guardar una distancia de seguridad con el agresor y nunca darle la espalda siempre estando en estado de alerta.
Intentar en la medida de lo posible no quedarse a solas con el agresor en ningún sitio cerrado y si se pudiese avisar a un compañero.
- A un agresor no se le puede mirar fijamente a los ojos ni señalarlo con el dedo ni hacer ningún gesto en el que el se sienta amenazado ya que eso podría llevarlo a un estado de agresividad mayor.
- Si se ve peligro inminente de agresión se deberá pedir auxilio en voz alta e intentar escapar del sitio donde nos encontremos con el agresor intentando dejarlo encerrado si pudiese ser hasta que llegue la ayuda necesaria.

5 Discusión-Conclusión

Si se ha producido la agresión a un sanitario se deberán de seguir unas pautas muy rigurosas:
- No tocar ni mover ningún objeto hasta la llegada de las fuerzas de seguridad o policía.
- Finalizada la crisis se deberá intentar tranquilizar tanto el sanitario como las personas que estén alrededor y hayan presenciado la situación.
- Se deberá de elaborar un informe sobre lo sucedido anotando en el todos los detalles posibles y nombres de los testigos que hayan presenciado la situación.
- Siempre se debe denunciar una agresión ya sea física o verbal ya que esto ayudara a poder luchar contra este problema que cada día afecta más al sistema sanitario.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 387

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

ANDREA FERNANDEZ SUAREZ

1 Introducción

El trastorno por déficit de atención, es un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por impulsividad, hiperactividad excesiva y déficit de atención. Todas estas características son normales en cualquier niño, pero en el caso de niños con TDAH se dan con mayor frecuencia e intensidad y pueden interferir en su proceso de aprendizaje y/o en sus relaciones sociales. Se calcula que tiene una prevalencia entre el 5 y el 10% de la población en edad escolar y es más frecuente en niños que en niñas.

El déficit de atención supone que el niño no presta atención, tiene dificultad para mantener la atención y se distrae con facilidad, parece no escuchar y no sigue instrucciones, que tiene dificultad para organizar la tarea y evita aquellas que requieren esfuerzo mental sostenido, pierde cosas con facilidad y es descuidado. La hiperactividad se manifiesta en que mueve en exceso las manos o pies, abandona su asiento en clase, tiene dificultades para estar quieto. Mientras que la impulsividad se refiere a no poder esperar su turno, interrumpir las conversaciones o las actividades de otros y a precipitarse en las respuestas. En los adultos suelen predominar la inatención y la impulsividad, ya que la hiperactividad suele disminuir con la edad. Además, el TDAH en adultos se asocia a diferentes trastornos psiquiátricos (el 60-70% de los casos). Los más frecuentes son: trastorno depresivo mayor, trastorno antisocial de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias.

Para que la triada sintomática característica (déficit de atención, hiperactividad e impulsividad), se asocien al trastorno por déficit de atención se tienen que dar las siguientes condiciones: 1. Deben presentarse antes de los siete años. 2. Deben mantenerse en el tiempo al menos durante seis meses. 3. Afectaran a dos o más ámbitos en la vida del niño, como en la casa y el colegio. 4. Tienen que tener un impacto significativo, deteriorando su rendimiento de manera importante.

En función de que estos síntomas se manifiesten en mayor o menor grado, podemos diferenciar tres subtipos: A. Inatento, cuando predomina la dificultad de atención. Es el más frecuente entre las mujeres y tiene un gran impacto a nivel académico. B. Impulsivo-hiperactivo, predomina la dificultad en el autocontrol. Los niños suelen ser más hiperactivos y agresivos. C. Combinado, presenta síntomas de inatención, de impulsividad y de hiperactividad. Suele ser el más frecuente y tiene un impacto a nivel global.

El origen del trastorno es multifactorial, se considera una alteración heterogénea con varios subtipos, resultando de la combinación de diversos factores de riesgo que actúan conjuntamente. Tiene una elevada carga genética con una heredabilidad del 76 %, además se conocen varios factores de riesgo como son el bajo peso al nacer, el consumo de alcohol o tabaco durante el embarazo y el hecho de vivir en un ambiente de adversidad psicosocial. Un buen diagnóstico será fundamental para intentar evitar la aparición de problemas asociados y lo ha de realizar un profesional clínico conocedor del tema. Una evaluación a nivel médico, psicológico y pedagógico permitirá determinar cuál es la condición del niño a nivel físico, emocional y de aprendizaje. Es fundamental el diagnóstico precoz para poder abordar adecuadamente los diferentes problemas que puedan surgir a lo largo de su desarrollo será mediante el establecimiento de un diagnóstico que confirme o descarte el trastorno, cuando se podrá comenzar a proporcionar la ayuda adecuada. Se establecerá un plan terapéutico individualizado en función de cada paciente y de cómo afecte el trastorno a su vida cotidiana que tendrá por objetivo mejorar los síntomas y reducir la aparición de otros trastornos asociados, el tratamiento no cura, pero favorece una mejor adaptación social, académica, familiar y personal. Se recomienda el tratamiento combinado que incluye tratamiento psicopedagógico, conductual y farmacológico.

La intervención psicopedagógica es un pilar fundamental en el tratamiento, las intervenciones educativas tienen como objetivo que el paciente se haga consciente de las limitaciones que produce la enfermedad y del cambio que ésta va a producir en su vida diaria, así como de los cuidados que va a requerir, comprenderá las in-

tervenciones encaminadas a mejorar su rendimiento académico. El tratamiento conductual, es un tratamiento de eficacia probada que consiste en evaluar las conductas problemáticas del niño, determinar qué le estimula a cambiar y decidir qué cambios podrían ser más útiles. Es especialmente útil en niños con problemas de conducta, y es menos eficaz en adolescentes y adultos en general. Mientras que con el tratamiento farmacológico, se consiguen reducir los síntomas fundamentales, se mejora su rendimiento escolar y el comportamiento del niño, además de potenciar el efecto de las intervenciones psicopedagógicas. Los fármacos utilizados pueden ser psicoestimulantes, fundamentalmente se utiliza el metilfenidato y las anfetaminas; y los fármacos no estimulantes donde podemos distinguir dos grandes grupos como son la atomoxetina y los antidepresivos.

2 Objetivos

- Sensibilizar con este trastorno a todas las personas, instituciones y dispositivos relacionados con la infancia y la adolescencia, para que ante cualquier signo de alarma estos niños sean remitidos a evaluación por un médico especializado que determine si padece o no este trastorno, ya que la mejor prevención es el diagnóstico precoz. El desconocimiento de esta enfermedad puede afectar a la autoestima de estos niños, ya que la falta de formación, información y atención sobre el trastorno tiene consecuencias directas sobre los pacientes, familiares y amigos, ya que al no estar informados sufren el estigma, la insensibilidad y la falta de consideración hacia el trastorno.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica y sistemática a través de Google y Google académico, analizando distintas páginas web y textos científicos, utilizando para ello las palabras clave “desarrollo”, “síntomas” y “tratamiento”.

4 Bibliografía

- https://www.trastornolimite.com/trastornos/el-trastorno-por-deficit-de-atencion
- https://www.infosalus.com/enfermedades/psiquiatria/deficit-atencion/que-es-deficit-atencion-39.html
- https://mejorconsalud.com/trastorno-por-deficit-de-atencion

www.tdahytu.es/que-es
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/adult-adhd/symptoms-causes
- https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-tratamiento-del-trastorno-por-deficit-13113962

Capítulo 388

EL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARÍA MAGDALENA GUERRA CACHIMUEL

GLADYS GUERRA CACHIMUEL

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define urgencia sanitaria como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia". En el servicio de urgencias es necesaria una correcta planificación, organización y trabajo en equipo, el TCAE debe ser capaz de trabajar en equipo de una manera metódica y ordenada y debe ser capaz de brindarle confianza, tranquilidad y seguridad al paciente, además de estar familiarizado con las diversas tareas que se deben realizar en la unidad.

Las funciones del auxiliar de Enfermería son muy extensas y diferentes dependiendo del servicio donde se encuentre. Por ello, el Servicio de Urgencias, quizás, es el lugar donde todas esas funciones se reúnen. Es un área donde existe el contacto con todas las patologías y edades, y donde se han de poner en práctica todos los conocimientos adquiridos. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), junto al Enfermero y al Médico forma el equipo que atiende al paciente hasta el momento del alta o traslado de la unidad. Con la ayuda, en muchas actuaciones, de los celadores.

2 Objetivos

- Conocer el papel que desempeña el TCAE en el equipo de enfermería del área de urgencias hospitalarias.
- Estudiar las funciones del TCAE en el servicio de urgencias para ofrecer unos cuidados adecuados al paciente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados funciones del TCAE en urgencias, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cuidados, urgencias, funciones del TCAE.

4 Resultados

El TCAE es generalmente la primera persona que recibe al paciente en urgencias, una vez admitido y triado. En este momento, el tcae lo identifica, acomoda y valora el grado de dependencia, se debe observar si es o no consciente, autónomo, debe colaborar con otros profesionales sanitarios, preparar al paciente antes de la exploración, ayudarle en sus necesidades básicas, mantener, reponer y revisar los boxes y el material del aparataje y carro de paradas, limpiar y mantener el material, instrumental y aparatos clínicos. Tramitar las pruebas y solicitudes, muestras analíticas, radiografías, etc. Informar al paciente y familiares sobre la normativa del centro y la unidad, colocar la pulsera identificativa a los pacientes en el caso de su ingresado en hospitalización y controlar su ubicación en el Servicio de Urgencias. Mantener el secreto profesional.

El personal TCAE debe de estar totalmente implicado y preparado para actuar, junto con el equipo multidisciplinar ante cualquier complicación que pueda surgir. Es fundamental, por su cercanía con el paciente, que sea un profesional capaz de transmitir confianza y tranquilidad al paciente. Una buena atención en la relación tcae-paciente llevará a una humanización en el servicio.

El TCAE es el profesional sanitario más cercano a las necesidades fisiológicas de cada paciente, es, por tanto, el encargado de la toma de muestras (orina, esputo, heces, vómito), y del control de las excreciones, valorando y apuntando los valores según las órdenes médicas. Es también tarea del de enviar o llevar las citadas

muestras, u otras extraídas por el enfermero o por los facultativos, al laboratorio. En caso de pacientes incontinentes, es el responsable de su higiene. Así como de la administración de enemas.

Nos encontramos con todo tipo de afecciones, y trabajaremos junto a los médicos especialistas en cada una de ellas, es por esto que en este servicio existen todos los protocolos necesarios de técnicas a realizar. Preparar dichas técnicas, y colaborar conjuntamente con el enfermero y/o el equipo médico, así mismo es también el encargado de preparar al paciente para cualquier procedimiento. En todo momento, es el responsable del instrumental utilizado, de su limpieza y de su posterior traslado a esterilización, así como de ir a recogerlo, y mantener ordenado el stock de material estéril.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en este servicio ha de ser capaz de trabajar en equipo ordenadamente, transmitir seguridad y confianza al enfermo, haciendo sentir al paciente perfectamente atendido y a su vez respetado salvaguardando su intimidad.

El TCAE debe saber actuar ante cualquier situación, debe conocer los protocolos de técnicas de diversas especialidades y debe trabajar en constante comunicación con el resto del equipo. También debe saber priorizar sus tareas en función de las necesidades del servicio y de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Manual de protocolos asistenciales. Plan Andaluz de Urgencias y emergencias. http://auxiliaresenferm.blogspot.com.es/
2. Manual de protocolos y actuación en emergencias. 2ª ed. Madrid: Nilo Gráfica 2005.p.1-6
3. Protocolo de actuación del TCAE en urgencias. http://www.revistaportalesmedicos.com/revistamedica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/
4. Funciones del auxiliar de enfermería en las distintas áreas o servicios .com http://auxiliarenfermeria /funciones_auxenf.htm
5. Cuidados de enfermería y su importancia en el servicio de urgencias

Capítulo 389

HIGIENE DEL MATERIAL DEL HOSPITAL

CARMEN ESTELA CAMPAL ORTIZ

1 Introducción

El material descontaminado tiene como objetivo la supresión de los gérmenes para la contaminación accidental del personal que lo tiene que manipular o de los propios pacientes, así tenemos el mínimo riesgo de infección en la ejecución de procedimiento médico – quirúrgico. Existen protocolos de desinfección, limpieza o esterilización, destinados para eliminar cualquier tipo de suciedad que aparezca sobre, piel, objetos, superficies, etc.

La habitación del paciente debe estar ventilada con todos los medios que sean pertinentes, vaciar las papeleras, eliminar casi todo lo que se haya usado y lo desechable, pasar aspiradores, mopas húmedas para el suelo, no se debe barrer para no levantar polvo, las bayetas deben estar mojadas para todas las superficies, no se debe utilizar paños secos, ni plumeros y el orden de limpieza debe ser de arriba abajo.

A los enfermos inmunes deprimidos se limpiará primero la habitación y los infecciosos los últimos. Utilizaremos guantes de goma y bata siempre con los EPIS correspondientes si hubiese aislamiento. También en la habitación, esta el baño para los pacientes independientes, en ellos están los orinales de cada cama, que deben ser vaciados y limpiados tras su uso de inmediato, se precisa guantes para su uso diario. Se limpiará con lejía y una vez que el paciente se vaya, se desinfectará su aparato correspondiente. Para cuando llegue un nuevo paciente tenga todo limpio y desinfectado. También tenemos material desechable y reutilizable.

El uniforme debe estar limpio, pelo limpio y recogido, las uñas deben ser cortas y sin esmaltes, no poner joyas, pueden engancharse y lastimar tanto al paciente como a el sanitario, además son fómites, no solo en el hospital sino también en el propio hogar. El uniforme se debe de lavar en el lugar del trabajo y así no arrastrar nada al domicilio. Se lavará siempre a una temperatura de más de 60 grados y se usará lejía además del detergente. Si se tuviese que lavar el uniforme en el domicilio, se deberá lavar por separado de la demás ropa.

Lavado del instrumental: el lavado del material es algo muy importante, tres tipos de lavado manual mecánico y mixto. Por fricción: lo realiza un operador, procura la remoción de la suciedad por fricción sobre la superficie del material. Se usa detergente, detergente enzimático si hubiese materia orgánica, un cepillo y agua. El operador siempre llevara los epis correspondientes para las salpicaduras y material corto punzante. El efecto del lavado manual es medido en forma indirecta y ello está sujeto al desempeño, responsabilidad y capacidad del operador, deben tener protocolos que se revisarán y aprobarán en conjunto que realiza esta actividad.

Los materiales necesarios para que se pueda llevar a cabo el lavado son:
- Delantal impermeable, lentes, mascarillas y guantes.
- Escobillas y cepillos de cerdas de diferentes tamaños, bandejas perforadas.
- Diversos detergentes (ácidos, neutras, enzimáticos)
- Bandejas o recipientes de diferentes tamaños.
- Recipientes para lubricantes.
- En caso de lavado manual realizaremos un protocolo:
- El instrumental se debe colocar en una bandeja perforada y sumergida dentro de un barreño que tenga detergente, casi siempre enzimático así se descontamina.
- Se lleva la bandeja al chorro de agua, así eliminaremos lo máximo de biocarga o bioburden.
- Procedemos al escobillado y cepillado dando especialmente a las cremalleras, tubos o luces y espacios internos de las pinzas.
- Aclaramos con abundante agua, para eliminar todo residuo del detergente.
- Realizaremos el último enjuague con agua desmineralizada, que no deje restos calcáneos.
- Se secaría con un paño limpio.
- Lavado por inmersión: algunos instrumentos se sumergen en agua y detergente y se aclaran.
- Lavado por loción o en seco: se hace a material que no puede tener mucho contacto con el agua, limpiando con una compresa húmeda y detergente, luego

con otra húmeda sin detergente, se finaliza con el secado.
- Lavado mecánico: es un procedimiento automático para quitar la suciedad por medio de lavadoras de varias acciones física, química y térmica. La evaluación y certificación de este proceso estarán centrados en estos parámetros, existen tipos de test para el control de calidad.

2 Objetivos

- Eliminar suciedad, en un proceso de descontaminación.
- Desinfectar y sanear para eliminar la mayoría de los gérmenes de una superficie u objetos.
- Utilizar varios agentes físicos y químicos. La esterilización permite eliminar todos los gérmenes presentes.
- Mantener las habitaciones y espacios limpios: siempre que lo precise y a diario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las ventajas son que eliminan la suciedad más tupida. Son más seguras para los operadores cuando se limpia y desinfecta térmicamente el material. La limpieza es más fiable y reproducible.

Desventajas, equipos de fibra óptica no se puede limpiar por ser material muy delicado. Los instrumentos con cremalleras después deben ir a lavadoras de ultrasonidos para completar su limpieza.

Además, también se pueden usar lavadoras ultrasónicas. Son muy utilizadas en otras clínicas para limpieza de material pequeño, por ejemplo en odontología. La acción de lavadora ultrasónica se lleva acabo generando pequeñas burbujas de

gas, que producen vacío alrededor de la suciedad (cavitación) y vibraciones ultrasónicas para remover la materia orgánica. El contenedor debe mantenerse tapado para realizar el proceso, al finalizar la lavadora debe dejarse limpia y seca. Es muy eficaz ya que penetra en sitios de mucha dificultad. Tiene algunas desventajas como que tiene que tener mantenimiento con frecuencia. También es incompatible con algunos materiales.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día cada vez se utiliza más el material desechable, una vez que se utiliza se elimina como residuo sanitario en la categoría que le corresponda. En el caso que el material no sea desechable debe descontaminarse y otros además los que puedan estar en contacto con mucosas, los de circulatorio, etc., deben ser esterilizados.

Los circuitos tiene normas de circulación, señalización, gestión de espacios en el hospital para evitar la diseminación de microorganismos. Las zonas sucias se separan de las limpias para evitar cruces de material y personas.

6 Bibliografía

- Mañana Vázquez, Ramón (1932-) La racionalidad en la gestión de los riesgos para las personas /por Ramón Mañana Vázquez (1992).Publ.: Oviedo : Hospital Central de Asturias, D.L. 1992 (Gijón : Mercantil).
- Salud laboral : boletín informativo (1991). Producción/Publ.: Gijón : Hospital de Cabueñes, [1991-1994] (Colloto [i.e. Granda, Siero] : Astur-Graf).
- Fernández Peñarroya, Jesús. Consejos y cuidados de enfermería al alta autocuidado del paciente ostomizado / [autor, Jesús Fernández Peñarroya ; colaboradores, Barbado Sanmartín, E. ... (et al.)] (1997). Producción/Publ.: [Oviedo] : Unidad de Enfermería Cirugía General, Hospital Central de Asturias : Consejería de Servicios Sociales, [1997] ([Granda, Siero]: Asturgraf).
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 390

EL ICTUS (CAUSAS, SÍNTOMAS, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN).

BARBARA SOLIS ALONSO

1 Introducción

Al ictus también se le puede llamar accidente cerebrovascular (ACV), embolia o trombosis. Ocurre cuando en una zona del cerebro se corta bruscamente el flujo sanguíneo. Puede suceder por dos motivos:

- Porque se produzca un ictus isquémico (es el más común), es un taponamiento de una arteria cerebral.
- Por un ictus hemorrágico, producido por una hemorragia o derrame cerebral al romperse una arteria.

2 Objetivos

Conocer los síntomas para poder actuar rápidamente ya que cuanto más corto sea el tiempo de reacción menor serán los daños ocasionados en el cerebro llegando incluso a salvar la vida.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática por las diferentes bases de datos consultadas como PubMed, Dialnet y páginas de internet usando el descriptor ”ictus”.

4 Resultados

Causas:
- Edad avanzada: Suele aparecer a personas mayores de 55 años, aunque en los últimos años se producen a gente mucho más joven debido a la calidad de vida y al estrés al que estamos sometidos.
- Sexo: Más común en mujeres.
- Herencia familiar: Se dobla el riesgo de aparecerlo con antecedentes familiares.
- Haber sufrido un ictus: Se tienen más posibilidades de que se vuelva a repetir.
- Tensión arterial alta: La hipertensión es un factor de riesgo muy importante.
- Tabaco: Fumar daña el sistema cardiovascular.
- La diabetes y el colesterol alto es otro factor de riesgo.
- Tener enfermedad carótida.
- Antecedentes cardiacos: El ataque del corazón es muy común.

Entre los síntomas más comunes que podemos observar se puede encontrar:
- Perdida repentina de la fuerza o tono muscular de una parte de la cara, de una extremidad o de una zona del cuerpo.
- Pérdida de la visión.
- Alteración del habla, dificultando la capacidad para entenderles.
- Dolor intenso de cabeza sin causa aparente.
- Vértigo, desequilibrio incluso caída brusca.

Cuando se observa se tiene que llamar al 112 y darle datos del estado en el que se encuentra el paciente lo más exacto que podamos.

Consecuencias: Discapacidad, parálisis de una zona del cuerpo, en el déficit cognitivos y algún trastorno en el habla.

5 Discusión-Conclusión

El médico administrará una medicación que haga que se deshagan los coágulos producidos o que frene la hemorragia.

Se necesitará rehabilitación para poder recuperar movilidad perdida en el ictus.

6 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/ictus.html
- https://rithmi.com/que-es-un-ictus/

- https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ictus
- https://www.anticoagulante.es/ictus_patologias_cardiovasculares_cardiologia_pacientes&tipo=pc
- https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/causas-tratamiento-ictus.html

Capítulo 391

EL TCAE ANTE LOS CUIDADOS DE PERSONAS DEPENDIENTES EN LA COMUNIDAD

ASTRID SUAREZ MARTINEZ

SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA

1 Introducción

La definición según el consejo de Europa en cuanto a los pacientes dependientes hace referencia a la asistencia o la necesidad de ayuda primordial en las actividades de la vida diaria.

2 Objetivos

- Conocer la actuación del TCAE en los cuidados del paciente dependiente.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Mayo Clinic y Medline Plus, utilizando las palabras clave como descriptores.

4 Resultados

El auxiliar de enfermería deberá enseñar a realizar por sí mismos o prestar ayuda en la mayor cantidad posible de actividades, potenciar buena comunicación, no

exigirle más de lo que puede hacer, mantener rutinas, reforzar positivamente su autonomía, no provocar frustación ni exponerlo a riesgos innecesarios, aconsejar la supresión de barreras arquitectónicas, así como evitar dispositivos o artefactos que pongan en peligro su integridad física en el hogar. Otras funciones del TCAE son efectuar las actividades en el hogar así como la orientación de carácter personal, guiarlo para la normalización en actividades de la vida diaria, la estimulación del protagonismo y la autonomía de la persona dependiente no supliéndolo en las tareas que pueda hacer por él mismo y proporcionar canales de comunicación del usuario con su entorno.

5 Discusión-Conclusión

Toda persona está expuesta a necesitar a lo largo de su existencia asistencia para la realización de los actos más simples en la vida diaria, y las personas dependientes necesitan una ayuda continuada, e incluso a veces permanente. Por tanto, la actuación del auxiliar de enfermería es imprescindible para estas personas.

6 Bibliografía

1. Czaja SL. Eisdorfer.C, Shulz R.Future directions in caregving: implications for intervention resarch. En : Beigel D, Blum a, editores 2000 p 295-325.
2. Gold D, Cohen C, Shulman K, Caregiving and dementia: predighing negative and positive outcomes for caregiving. Int J.Aging hum. Develop 1995;41;183-201

Capítulo 392

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y DIVERSIDAD DE DIETAS

ASTRID SUAREZ MARTINEZ

SANDRA MARIELA FERNÁNDEZ NORIA

1 Introducción

Tratar los procesos de digestión, transformación y utilización de los nutrientes presentes en el alimento por el organismo humano.

2 Objetivos

Conocer los tipos de dietas existentes, tanto en textura y consistencia, dietas absoluta y líquidas, trituradas, pastosa y blanda.

3 Metodología

Se ha realizado la búsqueda de la bibliografía en base de datos de la Organización Mundial de Salud (OMS) utilizando como descriptores las palabras clave.

4 Resultados

El primer paso para realización de una dieta, es conocer en qué situación se encuentra el paciente, mediante su valoración nutricional. Para ello es necesario estudiar la relación entre el ingreso y el gasto de nutrientes, es decir, entre las necesidades del organismo y la mediad en que éstas están cubiertas.

No es fácil conocer estas necesidades nutricionales y hay muchos factores a tener en cuentas para satisfacerlas entre ellos: enfermedad, conducta alimentaria, economía, ambiente emocional y patrón cultural.

A la hora de elegir un método para la evaluación debemos tener en cuenta: ningún dato aislado es un valor determinante, los valores pueden estar afectados por edad, condiciones fisiológicas y razón. Hay parámetros que se afectan por la ingesta inmediata de nutrientes. Algunos fármacos pueden afectar los resultados de los análisis.

5 Discusión-Conclusión

La función de la auxiliar de enfermería deberá ser conocer y distinguir los tipos de dietas adecuadas a cada paciente, tales como:
- Dieta absoluta, donde no se debe ingerir ningún alimento.
- Dieta líquida basada en alimentos que pueden ser bebidos.
- Dieta hídrica aquella en la que sólo se permite tomar agua.
- Dieta semilíquida basada en aquellos alimentos incluidos en la dieta líquida más otros con mayor consistencia pero de textura fluida.
- Dieta triturada en los que los alimentos se presentan en forma líquida y de puré.
- Dieta blanda, aquellos alimentos que poseen textura suave.
- Dieta de fácil digestión es el último en el progreso normal de dietas, puede ser completa y equilibrada.

6 Bibliografía

1. Resolución WHA55. 23. Régimen alimentario, actividad física y salud. En: 55ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 13-18 de mayo de 2002. Volumen 1.
- Resoluciones y decisiones, Anexos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (documento WHA55/2002/REC/1): 30-32.

Capítulo 393

CÁNCER PULMONAR

ESTEFANÍA RUIZ ESPINA

MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ IGLESIAS

ANA BELÉN POCEIRO DE LA FUENTE

IRENE VEGA LLAMAZALES

NURIA RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

El cáncer de pulmón se trata de uno de los cánceres más comunes entre la población mundial.

Es una enfermedad en la que las células del cuerpo comienzan a multiplicarse sin control, si esto se origina en el pulmón, se denomina cáncer de pulmón.

2 Objetivos

Identificar los factores que puedan suponer un riesgo de desarrollo de cáncer de pulmón, conocer los síntomas y el tratamiento posible en caso de padecerlo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores cáncer de pulmón, síntomas de cáncer de pulmón, factores de riesgo para desarrollar un cáncer pul-

monar y tratamiento para el cáncer de pulmón.

4 Resultados

Entre los síntomas más comunes del cáncer de pulmón se incluyen:
- Dolor constante en el pecho
- Problemas repetidos por neumonía y bronquitis
- Tos que no desaparece y empeora con el tiempo
- Falta de aire, ronquera, silbidos al respirar
- Inflamación del cuello y la cara
- Tos con expectoración de sangre
- Pérdida de peso
- Falta de apetito
- Fatiga

Entre los factores que pueden predisponer al desarrollo de un cáncer de pulmón, se encuentran:
- Fumar
- Estar expuesto a ciertos agentes cancerígenos
- La contaminación ambiental
- Antecedentes familiares
- La edad
- El sexo, los hombres poseen una tasa hasta tres veces mayor que las mujeres, de diagnóstico de cáncer de pulmón.

Una vez que el cáncer pulmonar ha sido diagnosticado, el especialista explicará al paciente los posibles tratamientos. Los más utilizados son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Cada paciente recibirá el que el especialista, considere más óptimo para intentar lograr su curación.

5 Discusión-Conclusión

Existen factores que entrañan un riesgo de desarrollo de cáncer de pulmón que son incontrolables, sim embargo, evitar hábitos tóxicos como fumar, estar expuesto a ciertos agentes cancerígenos y otra serie de cuidados pueden suponer una gran diferencia.

Es muy importante acudir a la mayor brevedad para realizarse las pruebas y controles necesarios en el caso de presentar alguno de los síntomas descritos con

anterioridad, ya que un diagnóstico precoz de la enfermedad aume las probabilidades de curación.

6 Bibliografía

- aecc.es
- Medlineplus.gov
- Mayoclinic.org
- Cancer.gov
- Scielo.es

Capítulo 394

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

SONIA MESA GONZÁLEZ

Mª ISOLINA ALONSO GARCÍA

1 Introducción

Son aquellas enfermedades causadas por agentes infecciosos específicos, o por productos tóxicos en un huésped susceptible. Estas enfermedades también son conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas.

Existe una gran variedad en los tipos de enfermedades transmisibles y sus agentes causales, los cuales mencionaremos con más de detalles posteriormente para poder explicar la cadena epidemiológica de las enfermedades transmisibles, es decir el camino que sigue el agente infeccioso desde esa fuente de infección hasta que llega a un huésped susceptible. Para ellos vamos a conocer los principales eslabones que intervienen en el mecanismo de transmisión de una enfermedad, e identificar donde suelen actuar, para poder prevenir y controlar su aparición.

Los eslabones o factores epidemiológicos primarios son:
Reservorio y fuente de infección.
• El reservorio es el hábitat o huésped natural del microorganismo patógeno en el que se encuentran las condiciones necesarias para su supervivencia.
• Períodos epidemiológicos:
- Período de transmisibilidad: período durante el que la enfermedad es contagiosa (no tiene por qué coincidir con la aparición de síntomas).
- Período de latencia: tiempo comprendido entre la exposición y el inicio de la transmisibilidad (en esta fase el sujeto no es infectivo).

- Período de incubación: tiempo comprendido entre la exposición y la aparición del primer síntoma de enfermedad.
• Portadores: Son aquellas personas que liberan microorganismos pero que no manifiestan signos ni síntomas de la enfermedad y pueden estar en contacto con personas susceptibles de ser infectadas. Pueden clasificarse en:
- Portador precoz: cuando aún no padece la enfermedad porque la está incubando.
- Portador convaleciente: es aquel que está clínicamente curado.
- Portador sano: es aquella persona que nunca ha padecido la enfermedad porque es resistente a ella.

Huésped susceptible.
Al otro lado del portador está la persona candidata a enfermar, llamado Huésped susceptible y resulta un factor fundamental en la transmisión de un agente infeccioso. Hay una serie de factores que influyen para que el huésped pueda ser más o menos susceptible como son: La edad, (niños y ancianos son los más vulnerables); La base genética; El estado general del organismo y la malnutrición; El estilo de vida, (si hubiera consumo de sustancias inmunodepresoras como son el tabaco el alcohol y los somníferos); el clima y el medio ambiente.

El medio que emplea el microorganismo para llegar al huésped susceptible desde la fuente de infección se llaman Mecanismos de transmisión. Estos mecanismos pueden ser directos o indirectos:
• Mecanismos de transmisión directa: se produce de forma inmediata como el contacto físico, el aire, los arañazos y mordeduras
• Mecanismos de transmisión indirecta: entre la fuente de infección y el huésped hay separación espacio-temporal. En ellos es necesario un vehículo de transmisión como, por ejemplo: agua, alimentos, animales, etc.

La importancia de la cadena epidemiológica radica en que identificando los posibles eslabones en cada enfermedad se puede interrumpir la cadena de transmisión y prevenir el desarrollo y propagación de las enfermedades transmisibles.

2 Objetivos

- Citar los tipos de enfermedades transmisibles y describir sus características para prevenir y controlar las infecciones y sus factores de riesgo.

Hacer un seguimiento y evaluar las intervenciones para lograr la máxima efectividad en la protección de la salud, tanto individual como colectiva. Como per-

sonal sanitario, tenemos la obligación de informar sobre los acontecimientos que puedan afectar a la salud pública.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica y electrónica sobre las enfermedades transmisibles empezando por la cadena epidemiológica y sus factores, y describiendo los principales tipos de enfermedades.

Se han empleado la siguiente base de datos: Scielo, Pubmed, Google académico y Cochrane. Se utilizaron los términos de búsqueda: enfermedades transmisibles, tipos, factores, microorganismos, cadena epidemiológica y agentes causales.

Se ha consultado el libro de publicación científica y técnica de enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. Volumen I. Bacteriosis y Micosis. Pedro N. Acha y Boris Szyfres.

4 Resultados

Existe un elemento que propicia el desarrollo de una enfermedad, el agente causal o también conocido como agente etiológico. Es un organismo vivo con capacidad de reproducción que, a través de los mecanismos de transmisión, es capaz de entrar en contacto con un huésped susceptible y causarle una infección.

Los más conocidos son los virus y las bacterias, pero existen una gran variedad de agentes etiológicos causantes de enfermedades. Vamos a citar los más relevantes.

Clasificación de los principales agentes causales
Formas acelulares: virus y priones.
Son entidades biológicas cuya estructura básica no es una célula y, por tanto, carecen de muchas de sus funciones.
- Virus: Son parásitos intracelulares dado que carecen de la maquinaria propia para la síntesis de proteínas, obtención de energía y replicación de su material genético. Están formados por una molécula de ácido nucleico (ADN o ARN) y una cápside de proteína.
- Priones: Los priones son partículas no celulares, son proteínas sin ácido nucleico, no son organismos vivos, pero tienen también características patógenas e infecciosas y pueden producir enfermedades del sistema nervioso central como

Encefalitis espongiformes, lesiones en el cerebro que causan demencia progresiva y espasmos musculares.

Ej: enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. La contaminación se produce por trasplante de córnea, meninges de cadáver, administración de hormona de crecimiento de cadáver, ingestión de carne contaminada con priones (enfermedad de las vacas locas).

Formas celulares: bacterias, hongos, protozoos y metazoos.
- Bacterias: son microorganismos unicelulares procariotas, que se reproducen por división simple. No tienen núcleo, presentan un cromosoma formado de ADN, y tienen pared celular para protegerse. Ej: Yersinia, Escherichia, Salmonella, Chlamydia, Streptococcus.
- Hongos: forman un reino de seres vivos, pueden ser unicelulares y pluricelulares. Son organismos heterótrofos y se pueden reproducir sexualmente o por esporas. Ej: pie de atleta, Candida albicans, etc.
- Protozoos: son organismos unicelulares, frecuentes parásitos de plantas y animales. Ej: Plasmodium falciparium.
- Metazoos: animales propiamente dichos, son parásitos de otros seres vivos. Ej: nemátodos, platelmintos, etc.

Principales bacterias productoras de enfermedades
Estreptococo (Streptococcus):
-Las bacterias invaden tejidos corporales, pudiendo pasar a la sangre y vasos linfáticos (bacteriemia).
- Los estreptococos del grupo A pueden producir fascitis necrotizante y síndrome del shock tóxico estreptocócico, ambas enfermedades muy graves.
- Otras enfermedades causadas por estreptococos son escarlatina, impétigo e infección de garganta.
- Síntomas: enrojecimiento, pústulas, fiebre, descamación de la piel.
- Tratamiento: antibióticos.

Estafilococo (Staphylococcus):
- Se encuentra en los orificios nasales y la piel del 30% de adultos sanos (sin causar problemas). La diseminación más común es a partir de las manos o por vía aérea.
- El estafilococo que produce más infecciones es el S. aureus.
- Enfermedades que puede producir: infecciones dermatológicas neonatales, neumonía, ántrax, endocarditis, mastitis…
- Tratamiento: antibióticos.

Neumococo (Streptococcus neumoniae):
- Habita frecuentemente en el tracto respiratorio. Se contagia al toser; son transportados en las gotas respiratorias que expulsamos.
- Enfermedades que produce son: neumonía, otitis media aguda, sinusitis y meningitis purulenta aguda.
- Tratamiento: antibióticos y vacuna.

Meningococo (Neisseria meningitidis):
- La transmisión es de persona a persona por vía aérea. Estas infecciones son de comienzo brusco, presentan alta mortalidad y peligro de epidemia.
-Enfermedades ocasionadas: meningitis y metástasis sépticas.
- Síntomas: rigidez de nuca, fiebre elevada, fotosensibilidad, confusión, cefalea y vómitos.
- Tratamiento: vacuna y antibióticos.

Salmonela:
- La Salmonella typhi provoca la fiebre tifoidea. La enfermedad cursa con cefaleas, fiebre alta, erupción en la zona abdominal y estupor. - Tiene vacuna.
- La Salmonella enteridis provoca infecciones no tifoideas (salmonelosis), sus síntomas son: fiebre, diarrea, cefalea, cólicos abdominales.
- Tratamiento: hidratación y antibióticos si fuera necesario.

Brucella (B. canis, B. melitensis):
- Provoca la fiebre de Malta o brucelosis. Se adquiere por contacto directo con las secreciones de animales infectados, o por ingerir carne y leche contaminados.
- Genera una serie de episodios febriles que pueden llegar a ser fatales (fiebres ondulantes).
- Tratamiento: antibiótico.

Legionela:
- La más peligrosa para el hombre es la Legionella pneumophila, ampliamente distribuida en la naturaleza. Vive en ríos y lagos y en el agua clorada de consumo humano.
- Se disemina suspendida en aerosoles, por lo que se adquiere la enfermedad por vía respiratoria.
- Síntomas: fiebre, cefalea, mialgias, disnea.
- Tratamiento: antibióticos y clorado del agua.

Clostridios:

- Bacilos muy abundantes en el polvo, suelo, vegetación tracto digestivo de humanos y animales.
- Normalmente ocasionan intoxicación alimentaria leve o contaminación de heridas. Sin embargo, las enfermedades graves incluyen tétanos (Clostridium tetani), gangrena gaseosa (C. perfringens) y botulismo (C. botulinum). El tétanos cursa con espasmos musculares, rigidez, dificultad para tragar, fiebre y pulso rápido.
- Tratamiento del tétanos: antibióticos y vacuna (con refuerzo cada 10 años).

Mycobacterium tuberculosis (bacilo de Koch):
- Produce tuberculosis, enfermedad crónica recurrente que afecta a los pulmones. Se transmite por vía aérea.
- Síntomas: fiebre, sudoración, adelgazamiento, expectoración purulenta y sudoración.

Principales virus transmisores de enfermedades
- Virus del sarampión.
Provoca manchas de color rojizo en la piel (exantema), fiebre, debilidad. En los casos complicados, inflamación en pulmones y cerebro. Se transmite por el aire. No hay terapia específica para la enfermedad, pero sí vacuna.
- Virus de la rubeola. Si es contraída por la madre durante el embarazo puede provocar aborto espontáneo. Se presenta erupción en la piel, inflamación de glándulas y dolor articular. Se transmite a través del aire. No tiene tratamiento específico, pero sí vacuna.
Virus de la parotiditis (paperas). Cursa con inflamación de diversas glándulas del cuerpo (parótidas, sistema nervioso central y testículos). Tiene vacuna.
- Virus que producen enfermedades respiratorias:
A. Resfriado común: tos, estornudos, secreción nasal, dolor de cabeza.
B. Gripe: fiebre, dolor muscular, tos seca.
C. Faringitis/laringitis: dolor de garganta, molestia al deglutir, ganglios linfáticos del cuello inflamados y dolorosos al tacto.
- Virus que producen enfermedades del hígado:
A. Virus de la hepatitis: todos provocan inflamación del hígado. Todas cursan con dolor de estómago, fiebre, diarrea, pérdida de apetito, náuseas, cansancio, ictericia y orina oscura.
B. Hepatitis A: transmisible por contacto fecal-oral y por fluidos corporales. Tiene vacuna, pero lo más efectivo es la prevención.
C. Hepatitis B: transmisible por sangre contaminada, agujas compartidas, contacto sexual. Puede degenerar en cirrosis y fallo hepático. Tiene vacuna.
D. Hepatitis C: transmisible de igual modo que la B. Tiene vacuna.

Principales hongos transmisores de enfermedades (micosis)
- Histoplasma capsulatum: provoca la histoplasmosis, enfermedad que lesiona el pulmón y se disemina a la sangre. La infección es consecuencia de la inhalación de esporas del hongo (polvo contaminado por guano de murciélago).
- Criptococcuss: puede causar criptococosis, enfermedad pulmonar, o diseminarse a otros tejidos (especialmente las meninges).
- Candida albicans: provoca candidiasis en mucosas, especialmente boca, vagina, pene y faringe. Cursa con picor, ardor, irritación y descarga blanquecina.

El tratamiento en todos los casos es con fármacos fungicidas.

Principales protozoos transmisores de enfermedades
- Oxoplasma gondii: provoca toxoplasmosis, que ocasiona desde afectación leve de los ganglios linfáticos hasta enfermedades del SNC graves, o malformaciones en el feto. El método de transmisión más común es por excremento de gato. Se puede tratar con fármacos (sulfamidas).
- Plasmodium malariae y P. falciparum: provocan la malaria o paludismo, responsable de la muerte de entre 200.000 y 2,7 millones de personas al año. Se transmite por picadura de mosquito. Tratamiento con quinina y cloroquina

Pinciales metazooz (helmitos) productores de enfermedades
- Ascaris lumbricoides: pruduce ascariasis (lombrices), la infección provocada por helmintos con más prevalencia. Se suele producir por heces contaminadas.
- Céstodos: producen hidatidosis, formación de quistes en hígado u otros órganos importantes. La vía de entrada es digestiva, favorecida por hábitos poco higiénicos. El contagio se produce por huevos presentes en excrementos de cánidos que son ingeridos por herbívoros u otros humanos.

Tratamiento: combinación de fármacos y cirugía (dependiendo del caso).

Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
Constituyen un grupo de enfermedades producidas por diversos agentes infecciosos, en las que el contacto sexual desempeña un papel importante (pero no es el único medio de contagio). Existen al menos 25 agentes capaces de desarrollar ETS.
- ETS de origen bacteriano:
Agentes causales: Chlamydia, Neisseria (gonorrea), Treponema (sífilis).
La clamidia se produce por bacterias que, debido a alteraciones en la vagina, sustituyen a la flora habitual de esta (lactobacilos). Se caracteriza por prurito vulvar, quemazón, en ocasiones dispareunia (coito doloroso) y disuria (dolor al orinar).

Destaca el mal olor del flujo vaginal, gris, poco viscoso y de olor a pescado (las aminas liberadas por las bacterias producen ese olor).
Suele remitir fácilmente con tratamiento, pero puede complicarse.
Sífilis: producida por Treponema pallidum, ocasiona lesiones llamadas chancros y puede ser mortal si no se trata.
Gonococia: causada por Neisseria gonorrhoeae, que infecta la uretra y el cuello del útero y se puede diseminar por la sangre a otras partes del cuerpo. En hombres provoca una secreción uretral amarillenta o verde.
- ETS de origen vírico:
Herpes genital: infecta la piel y las mucosas del huésped.
Aparecen vesículas en el tracto genital inferior que se rompen y dan lugar a úlceras. Se acompañan de prurito, quemazón, adenopatías y disuria, fiebre y malestar general.
En el hombre también pueden aparecer vesículas dolorosas en prepucio y glande.
Este virus puede ser transmitido al feto, provocando abortos, partos prematuros y malformaciones.
Condiloma: producido por el virus del papiloma humano (VPH).
Produce lesiones en cuello del útero, vagina, ano y pene, las llamadas verrugas genitales.
Se ha detectado en algunas ocasiones lesiones precancerosas y carcinomas de las citadas áreas. No todas las mujeres portadoras del virus desarrollarán cáncer en vagina o útero; sólo en pocos casos.
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
Enfermedad causada por el virus VIH, que destruye un tipo de leucocitos (T4).
Con el tiempo, la respuesta inmune se ve comprometida y otras enfermedades, llamadas oportunistas, terminan matando al paciente.
Los síntomas pueden pasar inadvertidos por ser débiles y poco específicos.
En países occidentales se ha conseguido cronificar la enfermedad con fármacos, pero en países del tercer mundo puede ser la primera causa de mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

Gran parte del éxito de la lucha contra las infecciones o cualquier enfermedad transmisible radica en su prevención.
- Prevención primaria: acciones destinadas a disminuir los nuevos casos de una enfermedad como por ejemplo las vacunas.
- Prevención secundaria: acciones destinadas a reducir la evolución y duración de una enfermedad como la aplicación de tratamientos más efectivos.

- Prevención terciaria: acciones destinadas a disminuir las incapacidades derivadas de la enfermedad.

El Instituto Nacional de Salud, mediante una buena coordinación, orientación y asistencia técnica; dispone de equipos totalmente funcionales para fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica a nivel nacional, y crear programas de Prevención y Control que disminuyan la posibilidad de brotes, o de epidemias.

Nosotros como personal sanitario debemos tener asertividad y empatía, tener muy presente las emociones que puede experimentar un paciente, además de las que le produzca directamente la enfermedad (está enfermo, en un lugar desconocido, dependiente de gente que no conoce y su estado de ánimo en la mayoría de los casos es muy bajo).

Por este motivo tanto el paciente como su entorno familiar serán tratados de manera correcta y educada, la habitación deberá estar limpia, en orden y en perfectas condiciones antes del ingreso y se les informará sobre las normas del centro (horario de visitas, comidas, limpieza, uso de teléfono…) para facilitar en todo lo posible la estancia de los pacientes.

6 Bibliografía

- https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Transmisibles.aspx
- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775318303312
- https://www.franrzmn.com/la-cadena-epidemiologica/
- https://www.monografias.com/trabajos91/cadena-epidemiologica/cadena-epidemiologica.shtml#cadenaepia
- http://ula.ve/medicina/images/MedicinaPreventiva/epidemiologia/epid_tema_-9.pdf
- https://temas.sld.cu/traducciones/2019/06/06/agente-etiologico/
- https://concepto.de/virus-en-biologia/
- http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/709/9275315809.pdf

Capítulo 395

EL COLESTEROL: QUÉ ES Y CÓMO EVITARLO.

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

1 Introducción

El colesterol es una sustancia que está en la sangre y que es necesaria para producir células sanas, pero tener altos niveles del mismo, puede elevar el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca. Cuando el colesterol está alto, es probable que se formen depósitos grasos en los vasos sanguíneos, que van creciendo con el tiempo y hacen que sea más difícil que fluya un caudal suficiente de sangre a través de las arterías. Si esos depósitos se rompen, se formarán un coágulo que causa un ataque cardíaco o un accidente cerebro vascular.

2 Objetivos

- Determinar actitudes que nos hagan mantener unos niveles saludables de colesterol.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Anualmente se describen muchísimos casos de muertes en pacientes que han sufrido alguna de las enfermedades relacionadas con el colesterol alto, y por ello es tan importante educar desde edades tempranas y fomentar ciertas actitudes sanas como la práctica de ejercicio regular y la adopción de una dieta equilibrada para evitar llegar a desarrollar dichas enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, quizá es realmente difícil cumplir con estos requisitos en estos tiempos donde todo son prisas, pero cabe destacar que es vital importancia llevarlo a cabo si queremos estar sanos y evitar el dramático final que conlleva el desarrollo de las enfermedades ligadas al colesterol.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov,
https://www.mayoclinic.org,
https://fundaciondelcorazon.com.

Capítulo 396

LA IMPORTANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL

ANA FERNÁNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

La salud ambiental es una disciplina que estudia la relación existente entre la salud de las personas y el medio ambiente. Incluye tanto su bienestar social como su calidad de vida, así como también cualquier cambio ambiental que se produzca tanto de forma natural como inducido por cualquier tipo de agente. Por lo tanto, la salud ambiental está dirigida a proteger y promover la salud y asegurar unas mejores condiciones de vida, evitando la aparición de enfermedades y riesgos ambientales que pueden afectar a la población.

La salud ambiental se relaciona, por lo tanto, con todos los factores tanto de carácter físico como químicos y biológicos que pueden afectar a la salud humana, y por lo tanto, es una parte importante del control y prevención de las enfermedades.

A lo largo de la historia, ha ido evolucionando la importancia de los problemas de salud ambiental en cualquier contexto geográfico, tanto a nivel local como regional o de nivel mundial, y así los términos utilizados para referirse al medio ambiente han ido variando; ya que no se incluía al hombre, iba referido a la naturaleza y a lo que nos rodea.
Actualmente, se engloba al hombre con la naturaleza en el concepto de salud ambiental, y así es como existe la preocupación a nivel global de los problemas de salud ambiental y su impacto sobre la salud humana.

Así pues, el concepto de salud ambiental ha ido variando de acuerdo al pensamiento en cada época de la historia. Y así, en la actualidad, se concibe total

relación del hombre y de la naturaleza, existe una total relación entre los problemas ambientales y la acción del hombre, y todo lo que sucede en el medio ambiente se vincula, por lo tanto, con el hombre y su salud.

2 Objetivos

- Identificar todos los factores ambientales que pueden afectar negativamente a la salud, y así poder adoptar todas la medidas necesarias para poder corregirlas, mediante todo tipo de actuaciones tanto de carácter ambiental como sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva en diferentes enciclopedias médicas, revistas y páginas web relacionadas con la salud ambiental: Medline, Organización Mundial de la Salud (OMS), Revista de Salud Ambiental (SESA), Scielo, Science Direct. Las palabras clave utilizadas han sido: salud ambiental, contaminación, salud ambiental y riesgos para la salud, enfermedades causadas por la naturaleza.

4 Resultados

En la actualidad, sabemos que el medo ambiente puede ser el causante de alteraciones en nuestra salud, así como de enfermedades de distinta gravedad. El entorno en el que vivimos puede ser beneficioso o perjudicial,y está comprobado que existen una serie de efectos que se atribuyen a factores ambientales y que nos afectan de manera negativa en nuestra salud.

Está comprobado que cada año mueren millones de personas (12 millones aproximadamente), de enfermedades que están directamente relacionadas con el medio ambiente, esto es, fallecen por vivir o trabajar en un ambiente poco saludable.

También el medio ambiente es un factor desencadenante de graves enfermedades respiratorias, como el asma y las alergias, cardiovasculares, neurodegenerativas o pulmonares, así como diferentes tipos de cáncer. Es además, causa de reducción en la esperanza de vida y de muertes prematuras, hiperactividad y falta de atención en niños y adolescentes.

Sabemos, por lo tanto, que la salud está estrechamente relacionada con el medio

ambiente que nos rodea, ya que respiramos el aire en el que nos desarrollamos, comemos los alimentos con todo tipo de sustancias y sufrimos el ruido de nuestro entorno. Y, es por todo ello, por lo que se puede desencadenar una enfermedad "ambiental", y enfermar.

Diagrama de contaminación e impacto ambiental y salud ambiental.
Riesgos y consecuencias de la salud ambiental, contaminación:
- Ser humano: enfermedades, riesgos para la salud.
- Del suelo: urbano, industrial, agrícola, radioactivo.
- Del aire: emisión de sustancias acústicas, lumínicas, electromagnéticas.
- Del agua: urbana, industrial, agrícola, térmica.
- De la biosfera: degradación de ecosistemas.

5 Discusión-Conclusión

Se debe pues, prevenir riesgos utilizando para ello todo tipo de instrumentos políticos o procedimientos necesarios para evaluar las situaciones.

Y así, estos programas existen a nivel global, para intentar reducir la contaminación ambiental, y así poder mejorar la salud de las personas y del planeta. Es por ello por lo que, en la actualidad, la salud ambiental tiene gran importancia.

Se ha convertido en una prioridad de gobiernos y de la sociedad en general, la protección de ambiental y la reducción de los efectos nocivos del ambiente en la salud; diseñando, organizando y ejecutando todas las acciones posibles tendentes a impedir o a revertir los efectos nocivos del ambiente sobre la salud de las personas.

Todo ello se realiza mediante la teoría y práctica de toda evaluación, corrección y control de prevención de los factores ambientales que puedan afectar de cualquier forma a la salud.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS); artículos relacionados con la salud ambiental y los impactos sobre la salud de las personas.
- Instituto de la Salud Global (ISGLOBAL).
- Revista de Salud Ambiental (SESA), consecuencias salud ambiental.
- Cochrane: Calidad del aire ambiental.

- Agencia Internacional para a Investigación del Cáncer (IARC), cáncer y salud ambiental.
- Isglobal.org, Cáncer de mama y salud ambiental.
- Hearth and Human service.
- Artículos y bases de datos: Scielo, Science Direct, Medline, EBS Cohost.

Capítulo 397

LA DEPRESIÓN POSTPARTO: UN PROBLEMA MUY FRECUENTE

ANA FERNÁNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

Se define como la depresión postparto, a una situación de extrema tristeza, cansancio o ansiedad, después de que la mujer haya dado a luz. Es un trastorno del estado de ánimo que se da durante el puerperio (los 40 días siguentes después de dar a luz), puede presentarse inmediatamente después de haber dado a luz o incluso un año más tarde, y afecta en torno a un 15 por ciento de las mujeres. Ante tal gravedad, se tiene que pedir ayuda e iniciar un tratamiento que indique el médico.

Es normal que después de dar a luz se planteen muchas dudas sobre como cuidar al bebé, y si lo está haciendo bien o no, y todas esas dudas hacen que la mujer se agobie.

Esta situación, impide realizar las actividades diarias más básicas, ya que la persona siente tal grado de tristeza que no tiene ganas ni ánimos, dificultando la realización de dichas actividades. Es normal que aparezcan sentimientos de culpabildad, al sentirse inútiles por no poder llevar una vida normal y encontrarse con ese estado de ánimo.

Las causas de la depresión postparto pueden ser debidas a que, al dar a luz, los niveles de hormonas (estrógenos y progesterona) descienden muy rápido, lo que puede llegar a desencadenar en cambios en el estado de ánimo. Además, todo ello se junta a que, en los primeros meses de vida el bebé pide atención constante y

la falta de sueño en la mujer hace que esté más irritada, contribuyendo así a que aparezca la depresión postparto.

No se ha de confundir con la tristeza postparto, que es una mezcla de sentimientos entre preocupación por pensar que no está haciendo bien las cosas con el bebé, tristeza y cansancio, que suele durar unas semanas, y es consecuencia de un cambio de vida en la mujer, hasta que poco a poco se va adaptando. Suelen tener sentimientos leves y desparecen por sí solos. En torno a un 80 por ciento de las mujeres padecen la tristeza postparto.

2 Objetivos

- Conocer lo que le ocurre a la mujer y saber de qué se trata para poder acudir al médico y poder tratarse adecuadamente.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en enciclopedias médicas, bases de datos y en artículos de revistas sobre la depresión postparto, causas y síntomas; Medline, Mayoclinic, Organización Mundial de la Salud (OMS).

4 Resultados

Hay que poder diferenciar la tristeza postparto de la depresión postparto, con algunos de los síntomas que son:
- Llorar a menudo sin motivo aparente, cambios en el humor frecuentes.
- Sentirse triste.
- Sentir una preocupación excesiva.
- Dudar de la capacidad de poder cuidar al bebé.
- Comer mucho o muy poco.
- Dormir en exceso o falta de sueño.
- No relacionarse con amigos o familiares.
- No poder o no querer establecer un vínculo con el bebé.
- Sentir irritabilidad, extremo cansancio.
- Problemas para concentrase o para recordar situaciones o cosas.
- Incapacidad de cuidar del bebé y tener poco interés por él.

Las causas por las que se puede llegar a desencadenar una depresión postparto más frecuentes son las siguientes:
- Se puede deber a los niveles de hormonas, que durante el embarazo son muy elevadas, tras dar a luz descienden rápidamente, lo que puede crear un descontrol de las emociones y sentimientos.
- Tener un embarazo no deseado.
- No tener ayuda ni apoyo de pareja o familiares.
- Haber padecido anteriormente una depresión.
- Tener cambios físicos que en ocasiones, tienen una influencia negativa en la mujer y hace que se sienta triste por su nuevo estado físico.
- Estrés, ansiedad, cansancio y preocupaciones por las nuevas responsabilidades que tiene que asumir.

Hay ciertas actitudes y recomendaciones que se pueden realizar para poder minimizar el riesgo de padecer la depresión postparto:
- Descansar todo lo que se pueda, ya que, en el momento en que se da a luz, no se va a poder descansar todo lo que queramos.
- Alimentarse de la manera más saludable y sana que se pueda.
- Hablar con padres y madres que vayan a tener un bebé, personas que estén en la misma situación con las compartir miedos, preocupaciones y sensaciones.
- Pasar tiempo con familia y amigos.
- Dedicar tiempo a tu pareja, ya que, con la llegada del bebé, tendréis menos tiempo para estar juntos a solas.
- Distraerse, ir al cine, de compras, etc.

Hay formas de superar la depresión postparto:
- No hay que intentar ser una súper mujer, nadie lo es, hay que pedir ayuda cuando se necesite y si se ve agobiada, relajarse y pedir a un familiar que cuide al bebé por ti.
- Evita esfuerzos desmesurados, ya que un exceso de cansancio favorece la aparición de la depresión.
- Relajarse en algún momento del día, es decir, no hacer nada e intentar desconectar.
- Hablar con la pareja, amigos o familia, de todas las inquietudes o preocupaciones que se sientan, no guardarlas para uno mismo.
- No hacer más de lo que se pueda.
- Hacer ejercicio físico, como por ejemplo, el yoga, es muy beneficioso y recomendable para el equilibrio entre el cuerpo y la mente.

- Dar de amamantar al bebé, ya que se dice que es una herramienta terapéutica para prevenir o tratar la depresión postparto.

5 Discusión-Conclusión

En ningún momento la madre puede pensar que sentirse de tal manera es culpa suya, es un problema que tiene que conocer para poder acudir al médico para tratarlo. Es un problema muy común y frecuente entre las madres, sobre todo, en las madres primerizas.

Habrá que tener en cuenta si se padecen alguno de los síntomas, y si se observan, se pondrá en contacto con el médico que le ofrecerá pautas y medicaciones para poder solventar la depresión postparto.

El profesional le recomendará lo mejor para la mujer, desde grupos de apoyo, psicoterapia o medicamentos antidepresivos, etc. Así como también, se deben de tener en cuenta las formas de intentar prevenirla y saber pedir ayuda cuando haga falta.

6 Bibliografía

- Medline y Mayoclinic: dpresión postparto.
- Revistas sobre cuidado del bebé: Mi bebé y yo, Ser padres.
- Natalben.com: depresión postparto.
- NIMH: National Institute of Mental Health, información sobre la depresión postparto.
- Clubdelasmadres.com: ¿Qué es la depresión postparto?
- Blog Gynea.com: la depresión postparto.

Capítulo 398

LA FAMILIA Y EL TABACO.

MARGARITA TEJÓN DEL CUADRO

1 Introducción

Cómo puede influir la familia en que los jóvenes no caigan en el hábito del tabaco.

2 Objetivos

- Evitar que los adolescentes comiencen a fumar.

3 Caso clínico

Basado en darles apoyo e información para que comprendan la problemática del tabaco y no caigan en él.

4 Discusión-Conclusión

Disponer de información suficiente hace que los adolescentes piensen en las consecuencias y no caigan en el tabaquismo.

5 Bibliografía

- Regueiro Suárez DA, Morales Espinosa N, Hernández Leiva AM, González Soto YM. Tabaquismo. Mediciego [Internet]. 2012 [citado 23 dic 2014];18 (No. Esp.) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noespc_2012/rev/t-32.html.

- González Pino MJ, Morales Rigau JM, Fernández Alfonso JM, Achiong Estupiñán F,
Díaz Hernández O. Prevalencia del hábito de fumar y factores asociados. Municipio
Matanzas 2009-2010. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 [citado 23 dic 2014];35(6). Disponible en: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol6%202013/tema03.htm.

- Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no trasmisibles. Cuba 2010-2011 [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 7 abr 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/indice_p.htm.

Capítulo 399

ENFERMEDADES MENTALES MÁS COMUNES EN ADOLESCENTES.

MARIA DE LOS ANGELES FERNANDEZ RUBIO

1 Introducción

Las enfermedades mentales y los enfermos mentales son los grandes olvidados de la preparación del TCAE sin embargo como cualquier otro sanitario todos/as pasamos en algún momento de nuestra vida laboral por las plantas de psiquiatría tanto de adultos como de adolescentes.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha avisado de que la mitad de las enfermedades mentales comienzan a los 14 años, si bien la ”mayoría” de casos ni se detecta, ni se trata. La adolescencia es una época de la vida en la que ocurren muchos cambios. Para parte de estos jóvenes, son tiempos emocionantes, si bien para otros puede causar estrés y aprensión y, en algunos casos, si no se reconocen y manejan, estos sentimientos pueden conducir a una enfermedad mental.

2 Objetivos

Conocer un poco más las enfermedades mentales en adolescentes, con el fin de que a través del conocimiento de la situación real de pacientes y familias a los que atendemos, podamos empatizar con ellos, logrando de esta forma comenzar a quitar e estigma y ”miedo” a desarrollar nuestra labor en estas unidades.

3 Metodología

Para la realización de la presente revisión bibliográfica, se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos como ClinicalKey y Pubmed, al igual que en diferentes buscadores como Google Académico y Dialnet. En dicha búsqueda se han combinado las palabras con el fin de ajustar la selección de los trabajos al objetivo del presente trabajo.
Palabras clave : enfermedad mental, adolescencia, estigma social.

4 Resultados

Entre los trastornos más comunes podemos encontrar:
- Trastornos de ansiedad; estos son los más comunes en la adolescencia. Debido a este trastorno experimentan preocupaciones excesivas, que incluyen ataques de pánico, fobias ,TOC…Puede padecer síntomas físicos y cognitivos (insomnio, dolor de estómago, irritabilidad..).
- Depresión y suicidio,La expresión de un cuadro depresivo en adolescentes puede ser muy variada.Algunos síntomas son: tristeza, llanto, visión negativa de la vida, autoimagen deficiente…Cuando se asocian síntomas ansiosos a los depresivos, estos suelen tener una mayor duración, con un incremento de conductas de riesgo (drogas, suicidio).Con respecto al suicidio, hay que señalar que se trata de un problema no siempre asociado a la depresión. La impulsividad del adolescente juega un papel importante. Hay que estar atentos a la pérdida de iniciativa, la baja autoestima, las alteraciones del sueño.
- Trastornos de alimentación, anorexia ,bulimia..Este tipo de trastornos se asocian a la adolescencia de manera frecuente, pero pueden aparecer en cualquier momento de la vida.La anorexia nerviosa afecta de manera aproximada al 1% de las chicas adolescentes. En chicos afecta a un menor número.Es un trastorno que debe ser tratado con prontitud para que no afecte gravemente. La bulimia afecta entre el 1 y el 3% de la población. En el caso de este trastorno se evita ganar peso a través del vómito.
- Fobia social, se caracteriza por un temor acusado y persistente por una o más situaciones en público, en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar, o a la posible evaluación por parte de los demás. La exposición a dichas situaciones suele acompañarse de algún tipo de respuesta de ansiedad.
- Trastornos de conducta: trastorno disocial, trastorno negativista desafiante. Se caracterizan por la actuación de los adolescentes de manera impulsiva y destruc-

tiva. Lo jóvenes que padecen este trastorno utilizan la violencia física y verbal contra personas, animales, roban..

- Trastorno por estrés postraumático,se trata de una respuesta tardía a un acontecimiento traumático, con una sintomatología ansiosa importante, que impide al paciente realizar, con normalidad, sus actividades habituales, pues existe una intrusión del pensamiento ansioso.
- Esquizofrenia ,se trata de enfermedades graves y estigmatizantes que causan un grave deterioro cognitivo y funcional, siendo este mayor cuanto más precoz sea la aparición de la enfermedad. La característica discriminante de la esquizofrenia son los síntomas psicóticos (alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje incoherente, excitación o estupor catatónico y conducta desorganizada), a pesar que estos no son exclusivos de esta patología.
- Consumo de tóxicos, aunque cada tipo de droga puede presentar signos propios ,las señales de alerta más importantes son : disminución del rendimiento académico ,ausencias al centro escolar, cambio al vestir y hablar, cambios de conducta…

5 Discusión-Conclusión

Las falsas creencias sobre las enfermedades mentales hacen que estos pacientes están estigmatizados y ”mal vistos” por la sociedad que a veces les tienen miedo y generalizan al hablar del enfermo mental como una persona violenta o conflictiva.

Algunos de los efectos nocivos del estigma comprenden:

- Resistencia a buscar ayuda o tratamiento.
- Falta de comprensión por parte de familiares, amigos, compañeros de trabajo u otras personas
- Menos oportunidades laborales, o para participar en actividades escolares o sociales, o problemas para encontrar una vivienda.
- Hostigamiento, violencia física o acoso.
- Un seguro médico que no cubre adecuadamente el tratamiento de la enfermedad mental.
- La creencia de que nunca superarás ciertos desafíos o de que tu situación no mejorará.

Para muchos profesionales del medio sanitario las enfermedades mentales son grandes desconocidas y debería formarse mejor en este campo al personal para poder afrontar mejor su trabajo sin miedos y con más armas para ayudar al paciente y a sus familiares.

6 Bibliografía

- Redacción Médica . España 2004-2020
- Guia Infantil . España 2000-2019
- Pediatría Integral. SEPEAP. Órgano de Expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. España 2011-2020
- Mayo Clinic. España 1998-2020.

Capítulo 400

EL ENFERMO HOSPITALIZADO EN CUIDADOS PALIATIVOS Y EL TCAE.

ESTHER ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

DELFINA CALDERÓN ÁLVAREZ

FRANCISCA DOMÍNGUEZ BERNAL

PABLO JESÚS BERNARDO MENÉNDEZ

MARÍA LUISA CORTÉS ESCOSA

1 Introducción

Los cuidados paliativos son una rama de la medicina que busca prevenir y aliviar el sufrimiento con el fin de prestarle una mayor y mejor calidad de vida a aquellos pacientes que sufren una enfermedad grave y/o terminal buscando su mayor bienestar, así como el de sus familiares.

Por tanto, se puede decir que el fin de éstos cuidados es ayudar a éstos pacientes a sentirse mejor dentro de su complicada situación. Con ellos, se previenen y/o tratan tanto los síntomas como los efectos secundarios de la enfermedad o de los tratamientos, así como los problemas psicológicos y sociales que pueden desarrollarse, y se tratan además aquellos problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea.

Los cuidados paliativos pueden comenzar a darse cuando se diagnostica la enfermedad, durante el tratamiento, el seguimiento y el final de la vida de personas

que padecen enfermedades como el cáncer, demencia o enfermedades cardiacas.

Este tipo de cuidados pueden proporcionarse en hospitales o en el propio domicilio del paciente gracias al equipo de atención médica domiciliaria y los llevan a cabo un equipo muy amplio: desde médicos, equipo de enfermería, psicólogos, asistentes sociales, etc.

2 Objetivos

El objetivo principal de los cuidados paliativos es brindarle la mejor calidad de vida posible al paciente dentro de su situación, evitando que sufra dolor normalmente con la toma de analgésicos opiáceos.
También se busca el darles un apoyo psicológico y emocional, siendo la empatía el valor fundamental para ello. Es vital también facilitar la comunicación entre paciente, familia y equipo multidisciplinar que le trata y respetar los valores y creencias del enfermo.

Uno de los grupos que pasa gran parte del tiempo con el paciente son los TCAE, y por eso es importante que conozcan y sepan tratar y lidiar con este tipo de enfermos.

La persona que trabaje en esta unidad ha de ser empática, tener paciencia, dedicarle el tiempo suficiente a cada enfermo y querer ayudarle y darle lo mejor posible en el final de su vida tanto a él como a sus familiares.

3 Metodología

Para realizar este capítulo, se han analizado varios artículos llevando así a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos referentes a la medicina, así como ciertas enciclopedias médicas. Además, para la búsqueda, las palabras clave que se han utilizado son: cuidados paliativos.

4 Resultados

Según datos, en España fallecen unas 380.000 personas, lo que supone el 1% de la población total del país. De éstos, el 55% padecen una dolencia terminal, lo que significa que unos 250.000 necesitarían cuidados paliativos para controlar el

dolor y los síntomas de la enfermedad. En cambio, sólo la mitad de ellos reciben los cuidados paliativos específicos que necesitan.

En total, en España contamos con 419 unidades específicas de cuidados paliativos, pero aún queda mucho camino por recorrer, pues se estima que serían necesarias unas 300 unidades más.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos son fundamentales en este periodo de la vida de un paciente. Tanto para él, como para sus familiares y acompañantes.

Pues es importante que en esta última etapa el paciente pase los menos dolores posibles y que llegado el momento, la muerte sea lo más digna posible.

Por todo esto, es muy importante que el TCAE sea empático con el enfermo y con sus familiares, que sea una persona serena, amable, simpática y muestre afecto a los pacientes con el fin de hacerlos sentir mejor.

6 Bibliografía

- http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST3145ZI178957&id=178957.
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm.
- https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-c%C3%A1ncer/%C2%BFen-qu%C3%A9-consisten-los-cuidados-paliativos.

Capítulo 401

HIGIENE DE MANOS: SU IMPORTANCIA

MARIA ANGELES GARCIA GOMEZ

MARIA ANTONIA CUETO GARCÍA

GRETA LÓPEZ URÍA

1 Introducción

La actividad sanitaria es una actividad compleja que entraña cada vez más peligros potenciales. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria afectan a millones de personas en todo el mundo; y cada año, más de 1,4 millones llegan a contraer una infección contraída en el hospital. Como resultado, se convierten en un importante problema de salud pública por su elevado coste y son una importante causa de morbilidad y mortalidad.

Las infecciones nosocomiales afectan tanto a los países desarrollados como aquéllos que carecen de recursos. Existen muchos factores que contribuyen a la infección en los pacientes que se encuentran hospitalizados: la inmovilidad del paciente se ve alterada disminuyéndose, el mayor espectro de procedimientos médico-quirúrgicos y técnicas invasivas, hacen posibles nuevas vías de infección, que junto con las prácticas deficientes e incluso a veces, inexistentes, facilitan de manera exponencial la transmisión de enfermedades. Otro factor que eleva su frecuencia es la necesidad de atender, cada vez más, a pacientes más graves y debilitados, que necesitan largos períodos de ingreso para recuperarse de su enfermedad.

El paciente está expuesto a una enorme variedad de microorganismos durante su hospitalización. Estos pueden ser de muy diversa índole, como bacterias, virus, hongos y parásitos. Todos ellos tienen la capacidad de causar infecciones nosocomiales. Asimismo, las infecciones pueden ser causadas por un microorganismo contraído de otra persona en el hospital (infección cruzada) o por la propia flora del paciente (infección endógena).

Tanto desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), que diseñó en octubre de 2004 un programa de seguridad del paciente, con el fin de minimizar los sucesos adversos originados como una atención insegura; como en nuestro país, a través del Ministerio de Sanidad en colaboración con las CC.AA., se lleva a cabo en el año 2008, el programa de Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud, con el fin de que todos los centros sanitarios que conforman el Sistema Nacional de Salud optimicen su participación.

Al respecto, la jornada mundial de Higiene de Manos en atención sanitaria se celebra el 5 de mayo de manera anual, promoviendo la campaña "Salve vidas: límpiese las manos", resaltando que una "atención limpia es una atención segura". Por esta razón, porque es la forma más sencilla y eficaz que todos tenemos para evitar la propagación de infecciones que se transmiten a través del contacto, la higiene de manos cobra relevada importancia.

En nuestro país, según datos publicados del programa EPINE 2018-2019 (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España), la localización de las infecciones nosocomiales son : en primer lugar, las infecciones urinarias (22,09%), las respiratorias (21,39%), las quirúrgicas (20,09%), otras localizaciones (19,04%) y por último, las bacterimias e infecciones asociadas al catéter (17,39%). Como ya hemos dicho, la mayoría de las infecciones son prevenibles y la higiene de manos se convierte en una medida crítica para la prevención y control de infecciones asociadas a la intervención sanitaria.

El hombre que sospechó las causas de la muerte por supuración y de los buenos resultados del lavado de manos, fue un médico de Budapest llamado Ignaz Philipp Semmelweis, su defensa de la asepsia salvó vidas observó cuidadosamente cómo las mujeres embarazadas que daban a luz en los hospitales tenían un índice de mortalidad muy superior a las que lo hacían en sus casas. Lo atribuyó a que las manos de los médicos podían portar partículas que enfermaban a los pacientes. Obligó a lavarse las manos con agua y jabón a sus compañeros al entrar en la sala, y las infecciones se redujeron por debajo del 10% de las ingresadas. Fue el primero en tomar medidas profilácticas ante una infección puerperal.

2 Objetivos

- Dada la relevancia de la higiene de manos en la transmisión de enfermedades.
- Mejorar la higiene de manos en los centros sanitarios.
- Hacer de la desinfección de manos una prioridad para la seguridad.

3 Metodología

La bibliografía consultada se ha realizado en las principales de datos primarias y secundarias a nivel nacional e internacional. Los descriptores utilizados fueron higiene de manos, seguridad paciente, infección nosocomial, hand hygiene, hygiène des mains, utilizando diferentes combinaciones, seleccionando los documentos publicados entre 2017 y 2019, escritos en los idiomas castellano, inglés y francés.

4 Resultados

Después de revisar la bibliografía, se constata que las infecciones asociadas al cuidado de la salud están atrayendo una atención creciente de parte de pacientes, aseguradoras, gobiernos y organismos reguladores. Esto no es sólo por la magnitud del problema en términos de morbilidad, mortalidad y costo del tratamiento, pero también debido al reconocimiento creciente de que la mayoría de ellos se pueden prevenir. La comunidad médica está siendo testigo de avances sin precedentes en la compresión de la patofisiología de las enfermedades infecciosas y la diseminación global de infecciones multirresistentes en los centros sanitarios.

Si se realiza correctamente conseguiremos: eliminar la suciedad evidente y la flora transitoria, disminuir la flora residente y dejar sobre nuestra piel un medio ambiente que retrasará el crecimiento de la flora transitoria y residente.

Son varias las técnicas de lavado de manos como el lavado higiénico de manos que es básico y rutinario, el lavado de manos especial o antiséptico que requiera un alto grado de asepsia, el lavado de manos quirúrgico que se realiza antes de cualquier intervención quirúrgica, y el lavado por fricción utilizando una base alcohólica que sustituye al lavado convencional por su rapidez y sencillez.
Ninguna nueva publicación ha venido a contradecir los elementos citados en las recomendaciones para la higiene de manos. Cualquier joya, alianza incluida, puede estar en el origen de la contaminación de las manos, y deben por lo tanto

estar prohibidas en el contexto de los cuidados. Asimismo las falsas uñas también pueden albergar colonias bacterianas. Todo esto ha sido demostrado con fotografías originales realizadas con microscopio electrónico.

Todos los profesionales de la salud que practiquen cuidados deben realizar una higiene de manos eficaz y bien tolerada, a fin de evitar la transmisión de microorganismos. El lavado de manos con jabón neutro está indicado solamente en casos de manos visiblemente contaminadas, o en aquellas indicaciones que son objeto de recomendaciones específicas (clostridium difficile). No es un procedimiento de desinfección de manos a pesar de que ciertos estudios recientes se han interesado en la disminución de de los microorganismos y de materias orgánicas con o sin jabón o sin el tiempo de contacto. Numerosos profesionales siguen apegados al lavado de manos por razones culturales y de educación, y su reticencia a privilegiar la fricción de manos debe de tenerse en cuenta en las campañas de sensibilización.

La higiene de manos con solución hidroalcohólica debe ser completa, y no debe hacerse con agua y jabón ni antes ni después de la frotación para vitar las irritaciones. No debe ser hecho con un limpiamanos de uso múltiple para evitar la recontaminación después del lavado. Se debe elegir entre el papel de uso único que sea lo menos irritante posible. Los 5 momentos de la OMS persisten como la referencia consensuada.
Como normas generales para el lavado de manos enunciaremos las siguientes: deberemos lavarnos las manos lo más cerca posible al lugar donde vayamos a ejercer nuestra tarea; antes del lavado nos quitaremos los relojes, pulseras, anillos y demás abalorios; hemos de cuidar nuestras uñas manteniéndolas cortas, bien limadas y sin esmalte; el lavado de manos debe estar protocolizado en cuanto a duración, tipo de sustancia química utilizada, momento y lugar de su ejecución y técnica de realización; cuando utilicemos cepillo lo haremos sólo si es estéril.

Estas indicaciones son la base más utilizada. Sin embargo, las campañas de promoción de este tiempo de desinfección son a menudo integradas en los programas de reducción de infecciones asociadas a catéteres o a sondaje vesical. Es importante tener en cuenta el ambiente en que se encuentran los pacientes. Estudios recientes demuestran que los numerosos intercambios que ocurren entre este ambiente, los profesionales de la salud, los visitantes y los pacientes, influyen tanto para los gérmenes comensales como para las cepas patógenas.

En cuanto a los productos para la desinfección de manos deben ser bien tolerados y eficaces. Deben ser objetos de ensayos de tolerancia y de seguimiento por parte

de la medicina del trabajo. La dosis y la duración son dos criterios estrechamente ligados. La dosis necesaria para una desinfección que cubra completamente la mano y que permite asegurar en todo momento el tiempo de contacto eficaz, varía en función de los productos y las personas. El tiempo de contacto pertinente está lógicamente condicionado por el tiempo de contacto necesario para obtener un efecto microbicida. Este tiempo nunca debe ser inferior a 30 segundos, y puede ser necesario dos minutos para ciertas técnicas. En un protocolo de fricción de higiene de manos es preciso mencionar el tiempo de contacto necesario y destacar que la dosis es persono dependiente.

El estudio Wilkinson muestra que para una parte importante de los profesionales, el tiempo de contacto aceptable es inferior a 30 segundos Así, es necesario orientarse hacia productos rápidamente activos. En una publicación de 2014 se señala que la presencia de moléculas como la clorhexidina o el grado alcohólico de producto aumentan la rapidez de acción Un grado alcohólico más elevado se asocia a una actividad acrecentada a un secado más rápido, pero el riesgo tolerancia aumenta, si los emolientes no son mojados en relación a una formulación de menor grado alcohólica, y si la formulación incluye moléculas antisépticas. Se recomienda vigilar este tipo de moléculas irritantes, que su porcentaje no sea demasiado elevado en alcohol para evitar dermatitis profesionales.
Otra medida de protección recomendada es el uso de guantes. Los guantes constituyen una barrera de protección que se utilizan para evitar que se contaminen tanto el paciente como el personal sanitario. La no correcta utilización de los mismos propicia la transmisión de microorganismos a otros pacientes y objetos o superficies que se encuentran relativamente limpios. Después de quitarse los guantes hay que lavarse las manos inmediatamente. Sobre su uso, colocación y retirada es muy importante señalar que si los guantes se manchan con material altamente contaminado, hay que cambiarlos entre tareas que se realizan en el mismo paciente. Cualquiera que sea el tipo de guantes que utilicemos siempre tenemos que lavarnos las manos antes de colocárnoslos. Los guantes hay que quitárselos rápidamente tras su empleo y, por supuesto, antes de dirigirse a otro paciente. Es importante subrayar que el uso de guantes no exime de la realización de la higiene de manos.

La higiene de manos requiere la implicación y participación de todo el personal. El lavado de manos es una técnica sencilla, económica y se considera que tiene un enorme eficacia en la prevención de infecciones nosocomiales. El problema es que lavarse las manos es un acto habitual al que pocas veces se reconoce su importancia y, o no se realiza o se hace incorrectamente.

5 Discusión-Conclusión

La atención hospitalaria requiere el internamiento clínico. En un hospital se ingresa al paciente en servicios distintos según la enfermedad que padezca y del tipo de tratamiento que necesite. Dentro de la amplia variedad de enfermedades que son atendidas, merecen una atención especial las enfermedades infecciosas que son las que se transmiten con cierta facilidad de una persona a otra. Por lo que en el hospital deberán extremarse las medidas de higiene para evitar la transmisión. Hoy día hay una indiscutible evidencia de que la adherencia estricta de la higiene de manos reduce el riesgo de la transmisión cruzada de infecciones.

Dado que en el lavado convencional y en el lavado antiséptico se utilizan agua y jabón antiséptico y preparados de base alcohólica respectivamente, es el alcohol el producto de elección adecuado porque elimina más y más rápidamente los microorganismos que el agua y el jabón, requiere menos tiempo, puede estar en el punto de atención al paciente y estropea menos la piel de las manos.
Podríamos afirmar que prácticamente la totalidad de los entes públicos envían de manera continua mensajes de concienciación y recomendaciones a los profesionales que forman parte de las instituciones sanitarias, a través de miles de folletos donde se recuerda la trascendencia de realizar la higiene de manos, los momentos en los que está indicada y cómo realizar la higiene de las manos, para contribuir a una asistencia sanitaria más segura.

Igualmente se desarrollan actividades y distribución de información entre el personal por diferentes canales de comunicación (correo electrónico, panales informativos, redes sociales, intranet corporativas, murales colocados de manera estratégica que permitan una fácil visualización por parte de todos incluidos pacientes y familiares; puntos de información, etc., con el propósito de difundir de manera lo más amplia posible la correcta aplicación del lavado de manos insistiendo en los momentos que debe realizarse. Al mismo tiempo, se celebran regularmente talleres y sesiones clínicas.

Como profesionales de la sanidad, deberíamos conseguir que está sencilla técnica quede totalmente instaurada mediante el refuerzo y la concienciación, mejorando la seguridad del paciente y, por consiguiente, salvando muchas vidas en todo el mundo.

6 Bibliografía

- Programa higiene de manos, seguridad del paciente.
- Intervención en las segundas y terceras víctimas en el ámbito de la seguridad del paciente (Osakidetza).
- Higiene de manos, curso on-line de Osakidetza.
- Guía higiene de manos para profesionales sanitarios (Osakidetza).
- Importancia de la higiene de manos en el ámbito hospitalario.
- Prevención infecciones nosocomiales 2ª edición.
- OMS: Material y documentos sobre la higiene de manos.
- Sante public.Iu, hygiene-main.
- Hand hygiene: back to the basics of infection control- NBCI.

Capítulo 402

IGUALDAD DE GÉNERO POR EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MARÍA JOSÉ CASES SANTÍN

1 Introducción

Hace 250 años concebir la igualdad de derechos para la mujer, era impensable, ya que se pensaba que las mujeres eran inferiores, dependientes y subordinadas al hombre.

Ni siquiera en la Revolución Francesa, que era la representación del prototipo de libertad e igualdad; rechazó este derecho a las mujeres.

Hoy en día existen en la Constitución Española y en el Estatuto de Autonomía, Leyes específicas sobre igualdad entre hombres y mujeres, tanto la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, como la Ley 2/2011, de 21 marzo para la igualdad de las mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de genero.

La igualdad de género en cuanto a sanidad implica que tanto mujeres como hombres tienen idénticas oportunidades y derechos para beneficiarse del sistema nacional de salud.

Algunos ejemplos de discriminación y desigualdad se pueden observar en todos los ámbitos de la vida como el deporte, política, economía, vida doméstica etc.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Considerar por igual el valor del conocimiento, capacidad, experiencias y maneras de ser de hombres y mujeres.

Objetivos secundarios:
- Ofrecer a unos y a otras, las mismas oportunidades de participar en el desarrollo económico, político y social.
- Fomentar el uso de lenguaje no sexista.
- Asegurarse de que todas las personas se benefician por igual de los resultados de las acciones y políticas sanitarias públicas.

3 Metodología

A través del acceso a planes de políticas de igualdad de las administraciones, charlas, cursos y páginas web, recopilamos las normas adecuadas a nuestro trabajo.

4 Resultados

La interpretación tanto de la ciudadanía como de los trabajadores son ampliamente importantes y debemos garantizar que estos puntos se cumplan:
- La respuesta de la Ley.
- Crecer en Justicia Social.
- Ofrecer servicios de mejor calidad.
- Favorecer el desarrollo en los distintos puestos de trabajo.
- Mejorar en la economía.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad fundamental de la igualdad de género, es promover medidas y establecer prácticas tendentes a la superación de todo tipo de obstáculos que impidan alcanzar una igualdad “REAL” y convertir la igualdad en una situación real y “en efecto igualitario” para hombres y mujeres.

6 Bibliografía

- https://www.unicef.org>spanish>gender.
- https://www.sam.gva.es>documentos>.
- https://www.violenciadegenero.igualdad.mpr.gob.es.

- https://www.easp.es.

Capítulo 403

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO AGENTE HUMANIZADOR EN LA ASISTENCIA SANITARIA

MARIA LUISA YAÑEZ CLARO

1 Introducción

Dentro del equipo multidisciplinar existe un miembro que se erige como pilar fundamental en el cuidado integral del paciente, que es el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Esta figura imprescindible a la hora de prestar cuidados de calidad, adopta en su rutina un papel de cuidador humanizado en todas sus actividades y, sirviendo de apoyo emocional al paciente. El TCAE es uno de los principales profesionales del equipo multidisciplinar, dada la cercanía con el paciente desde el principio del proceso hasta el final. Proporcionando apoyo en sus necesidades tanto físicas como psicológicas aportando apoyo emocional como agente humanizador de los cuidados.

2 Objetivos

- Reconocer el papel del TCAE en su trabajo cotidiano como ejemplo humanizador y empático dentro del equipo multidisciplinar.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Proceso asistencial integrado. Cuidados paliativos. Consejería de salud de Andalucía. 2002. Sociedad española de enfermería oncológica. Guía de cuidados paliativos sexual.www.seeo.org.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 404

TRATAMIENTO DEL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y/O HIPERACTIVIDAD

VANESSA GONZALEZ VELASCO

MERCEDES FERNANDEZ GOMES

LAURA GARAY NOVO

Mª VICTORIA GARCÍA BARRANCO

1 Introducción

El Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad, en adelante TDAH es el trastorno neurobiológico más frecuente en la infancia. Se estima que lo padece el 5% de la población infantil-juvenil, lo que equivale a 1 ó 2 niños por aula. La convivencia con un niño o adolescente con TDAH no suele ser fácil. Éste trastorno puede ocasionar serios problemas en el desarrollo de una persona, entre ellos una disminución del rendimiento académico, dificultades en la adaptación social y como resultado, serios desajustes emocionales.

Se establece generalmente como un niño con poco autocontrol, muy sociable, buen carácter, extrovertido, alegre, muy expresivo y cariñoso, engatusador, conversador, amigable, agresivo, que presenta faltas de atención en la escuela con un comportamiento muy impulsivo, con problemas para acatar las normas y lo que más preocupa es la infelicidad y frustración que todo esto pueda provocar en

él. Los problemas se agravan cuando no consigue inmediatamente lo que quiere, cuando algo le sale mal, cuando tiene que hacer deberes, se pone nervioso ante los exámenes y se queja de dolor de barriga.

El paciente, una vez reconocida la existencia del TDAH, el médico realiza un plan de tratamiento. Éste deberá adaptarse a las características individuales del niño, como el sexo o la edad, y a agentes externos como el entorno familiar y social.

2 Objetivos

- Proporcionar una serie de recomendaciones para controlar y canalizar de forma adecuada los síntomas del niño o adolescente.
- Adoptar el tratamiento más adecuado para el paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados a nivel atencional y conductual refieren una gran mejoría. Desde que inició la medicación sus tiempos de atención han mejorado significativamente mostrándose como un alumno motivado y participativo, lleva los deberes y trabajos hechos, prefiere trabajar de forma individual, en silencio y concentrado, hay un uso efectivo de la agenda y sigue muy bien el ritmo de trabajo del aula consiguiendo un buen rendimiento escolar. También mejoraron notablemente las relaciones sociales con su familia y compañeros y/o amigos.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento multimodal es el que ofrece mejores resultados. Esto supone coordinar simultáneamente tratamientos de tipo farmacológicos, psicológico y psi-

copedagógico. Ninguna de estas intervenciones es exclusiva; no puede, ni debe, sustituir a las demás.

Se le pauta el medicamento denominado Mediknet 30 mg. Una dosis diaria con el desayuno. También con la ayuda de un psicólogo y psicopedagogo intentamos lograr poner en práctica una serie de técnicas para modificar su conducta (refuerzo positivo con alabanzas y premios, prestar atención positiva manteniendo contacto físico con él, simplificar las reglas de la casa, ayudarlo a hacer las cosas paso a paso, asegurarnos de que las instrucciones que le son dadas son comprendidas e incluso utilizar un sistema de puntos, etc.), para lo cual los padres deben proponerse aplicarlas con constancia. Las técnicas de modificación de conducta producen un efecto rebote. Cuando se comienza a aplicarlas se aprecia una mejoría que disminuye rápidamente. En ese momento los padres suelen abandonar las técnicas pensando que no han dado resultado. Por lo tanto, hay que ser pacientes y tener muy claro que todos los niños tienen altibajos.

6 Bibliografía

- Federación Española de Asociaciones para la Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Artigas-Pallarés, J. y Narbona J. (2011). Trastornos del Neurodesarrollo. Barcelona: Viguera.
- Miranda, A., Amado, L y Jarque, S. (2001). Trastornos por déficit de atención con hiperactividad: Una guía práctica. Málaga. Aljibe.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 405

LENGUAJE NO VERBAL Y ASERTIVIDAD PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

GRETA LÓPEZ URÍA

MARIA ANGELES GARCIA GOMEZ

MARIA ANTONIA CUETO GARCÍA

1 Introducción

Tanto el personal sanitario como el no sanitario se relacionan en su trabajo con usuarios y compañeros con los que trata y a veces surgen conflictos. Es por ello, que la comunicación adecuada, correcta, eficaz y humana es un eslabón importante en la que se pone de manifiesto el lenguaje verbal y no verbal.

Los conflictos interpersonales son inevitables y afrontarlos de forma correcta y con fórmulas de cortesía con soluciones consensuadas, contribuyen al manejo eficaz y evitan o disminuyen que pueda haber consecuencias negativas en situaciones difíciles.

2 Objetivos

Identificar los elementos que intervienen en la comunicación y la resolución de conflictos mediante la negociación o la mediación. Y el uso de la comunicación

no verbal para resolver conflictos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos como Medline, Scielo, Dialnet, Cochrane, y Pubmed, se emplea criterios de búsqueda en publicaciones académicas revisadas. Se consulta artículos científicos y se utiliza descriptores con las palabras claves como información, atención, barreras de comunicación, escucha, comunicación, conflicto, no verbal, asertividad y profesional de la salud.

4 Resultados

La comunicación es un proceso en el que actúan emisor, que es quien transmite el mensaje al receptor que lo recibe por medio de un mensaje codificado común que pretende transmitir y que puede ser verbal y/o no verbal.

En la comunicación intervienen varios factores entre los cuales se encuentran los anteriores a la par que el contexto, atendiendo a las circunstancias temporales, socioculturales y el espacio que nos rodea durante el proceso comunicativo facilitando o no que se entienda adecuadamente el mensaje recibido o facilitado. Es decir, el contexto, aporta significado al mensaje y facilita o perturba la información, es por ello, que la retroalimentación que puede ser tanto verbal como no verbal puede ayudar o facilitar a entender si el contenido del mensaje se ha recibido correctamente.

En la comunicación pueden intervenir obstáculos que dificulten la misma, obstáculos semánticos por el idioma, vocabulario, tecnicismos, simbología empleada,... obstáculos físicos como varias personas hablando a la vez, obstáculos psicológicos en los que actúa la forma de percibir e interpretar, las emociones, la personalidad, las ideas basadas en experiencias anteriores, los estereotipos y prejuicios o incluso la posición jerárquica dentro del contorno laboral, dependiendo si es una comunicación vertical u horizontal entre los mismos. Todos estos obstáculos actúan interfiriendo y/o bloqueando la comunicación. El canal de la comunicación puede ser verbal, no verbal o escrito y ser vertical u horizontal dependiendo del nivel o posición jerárquica que se ocupe. La comunicación puede ser formal en la que la jerarquía y la oficialidad del canal vuelve a tenerse en cuenta o informal en la que prima la espontaneidad y las relaciones interperson-

ales. Ambas comunicaciones, tanto la formal como la formal, se complementan entre sí, y son necesarias tanto en la esfera laboral como en la personal.

La comunicación verbal puede ser tanto verbal como no verbal, siendo la primera a través de comunicación oral y escrita. El lenguaje oral, debe relacionarse con la comunicación no verbal para adquirir una coherencia, un significado y el contexto adquiere un papel muy importante para su interpretación pues se acompaña con expresiones y movimientos faciales y corporales y adquieren importancia la postura, los tics, los gestos, incluso el aspecto personal que se ofrece. Así pues, cruzar los brazos es un gesto defensivo que expresa lejanía, distancia. La risa, la sonrisa y la mirada pueden producir confianza o desconfianza y facilitar o no la comunicación interpersonal dependiendo de su matiz a la hora de comunicarse con el interlocutor.

En la comunicación, para expresar nuestros deseos, intereses y necesidades, interviene la actitud que se muestra durante la comunicación, pudiendo ser asertiva, agresiva o pasiva. Siendo la asertiva la que fomenta relaciones positivas, favorece la resolución de conflictos, habla en primera persona, coopera, facilita y defiende con respeto sin renunciar a sus derechos de forma firme y directa sin vacilaciones, con gestos firmes, sin invadir espacios pero con contacto ocular y postura relajada y no interrumpe y respeta el turno de palabra. Por otro lado, la agresividad genera tensión, conflictos, impone e interrumpe, es competitivo, imperativo, enfatiza y no escucha, critica y cuestiona, invade espacios, hace un uso excesivo del turno de palabra y se produce cuando existen además gestos de amenaza, postura hacia adelante, voz elevada, mirada fija y se violan los derechos de los demás. La posición pasiva por el contrario, pierde oportunidades y también genera conflictos, pues no defiende sus derechos, es vacilante, titubea, es inexpresivo, se acomoda a los demás, infravalora sus opiniones, hace pocas preguntas, interviene poco, es cortado, distante y emplea monosílabos y muletillas, frases entrecortadas, emplea escaso contacto físico, evita posicionarse frente a frente y utiliza movimientos y gestos nerviosos y repetitivos, recoge su postura, rehúye la mirada y prácticamente no se le oye cuando verbaliza su escasa manifestación de opinión.

El lenguaje no verbal es difícil de ocultar o manipular cuando surgen conflictos, a pesar de que el lenguaje verbal nos esté indicando colaboración. Así pues nuestra postura corporal, la expresión facial, el contacto ocular, la distancia interpersonal adoptada, el contacto físico, los gestos, los elementos paralingüísticos donde actúan tono, volumen y velocidad de la voz, el ritmo de la conversación con o sin

silencios, las esperas de turno y/o las interrupciones, se encuentran dentro del contexto de interacción entre personas.

Para tomar decisiones y resolver conflictos hay que conocer la causa que ha originado un conflicto ya que son claves para dar una solución más temprana que tardía. La personalidad del que tiene que afrontar la situación, influirá en que se alcance o no la resolución de conflictos de forma positiva. Para ello, debe crear posibles soluciones estudiando las consecuencias, potenciando un diálogo abierto, sin posturas sumisas, ni radicales, flexible y dejando claro lo que piensa sin ofender. Aprender a ceder sin renunciar a nada esencial o por el contrario tomar una decisión que produzca el menor daño posible a ambas partes. Defender su posición, durante el diálogo, negociando y manteniendo su postura, su opinión, su objetivo con perseverancia explicando y expresando sus necesidades sin imposiciones. La actitud, es decisiva a la hora de alcanzar objetivos, pues no es lo mismo mostrarse agresivo imponiendo nuestras necesidades o mostrarnos pasivos permitiendo que decidan por nosotros. Debemos respetar el punto de vista de nuestro interlocutor y mostrarnos directos, claros y colaboradores para así ser valorados y respetados y crear un buen clima entre interlocutores evitando la hostilidad y la agresividad. Crear un buen clima o ambiente, fomentar el diálogo común, consensuado y positivo y la escucha activa, siendo asertivo durante las críticas y con respuestas claras, concisas y de esfuerzo común, respeto y compromiso por ambas partes, pondrán fin al conflicto de la forma más adecuada para alcanzar posibles soluciones teniendo en cuenta, desde un inicio cuál es la postura a adoptar y distinguiendo entre lo irrenunciable y lo que se está dispuesto a renunciar para alcanzar los objetivos y soluciones finales entre ambos, aportando alternativas al problema planteado, empatizando, sin culpabilizar ni ofender al receptor.

La negociación y la mediación sirven para poner una solución alternativa cuando los métodos tradicionales resultan inefectivos. Con ellos, se llega a acuerdos de forma autónoma o con la ayuda de un tercero. Así pues, en la negociación ambas partes del proceso intentan alcanzar un acuerdo mediante el compromiso y establecimiento de unas condiciones decididas entre ambos para de esta forma resolver diferencias. Sin embargo, en la mediación, interviene una tercera persona que facilita que se llegue a acuerdos, para que establezcan sus bases de acuerdo haciendo ver de forma neutral los puntos de vista de ambos interlocutores y alcanzar el éxito, pues coopera, es hábil y equilibra la conversación mediante su lenguaje verbal y no verbal, es imparcial, neutro. La comunicación verbal y no verbal, también está presente durante este proceso y puede o no interferir en la

elaboración de los acuerdos. Así pues, gestos de duda, expresiones de cierre con brazos y/o piernas cruzados, contradicciones e incoherencias entre el mensaje verbal y el no verbal, la falta de atención, interrupciones,... así como el espacio, la posición y el lugar empleados para la misma, puede contribuir y/o abocar al fracaso negociativo. El mediador actúa como tercera persona ajena, sin posicionarse con las partes ni de forma verbal ni de forma no verbalmente de ahí su éxito.

Favorece un adecuado manejo en los conflictos, tanto el lenguaje no verbal como el no verbal y para ello tendremos en cuenta nuestros gestos y actitudes para favorecer y facilitar la colaboración y la comunicación mutua, cooperando y manteniendo una congruencia postural. La escucha activa ayuda a controlar la situación de conflicto manteniendo contacto ocular mientras hablamos, una expresión facial atenta teniendo en cuenta las emociones y lo que nos están comunicando, la sonrisa ayuda a reforzar la comunicación siempre y cuando no sea irónica ni implique superioridad, la postura corporal debe estar orientada hacia quien nos habla, no interrumpir, usar silencios, respetar turnos de palabra, y usar un tono de voz y velocidad adecuados acorde con la conversación y la situación sin generar tensiones, emplear elementos paralingüísticos que impliquen aprobación y atención, gestos positivos que indiquen confianza e interés en la conversación y mostrar seguridad sin ser amenazante son claves para el éxito en la comunicación.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es fundamental para cualquier persona tanto en su ámbito personal como laboral, pues los resultados dependen del lenguaje verbal y/o no verbal que se haya utilizado ofreciendo amplias posibilidades que van desde el valor de la confianza, el respeto, incluso de la predisposición y la adherencia que pueda o no tener un paciente a su tratamiento. Las relaciones interpersonales se hacen necesarias en el día a día y muy especialmente en servicios sanitarios donde una situación delicada como afrontar una enfermedad tanto por el paciente, como para familiares o acompañantes, requiere de un factor humano sensible, asertivo, empático, de escucha activa, con respeto y de calidad humana, cordialidad y amabilidad que hacen que mejore la imagen de la institución sanitaria y la de sus profesionales.

La información que se aporta debe ser clara y sin tecnicismos, para propiciar la participación y tomar decisiones y en ella influye tanto el qué se dice como el cómo se plantea la información que se transmite. Un servicio de calidad, humano,

y eficiente requiere de paciencia, compromiso y habilidades de comunicación profesional interpersonales.

Cuando un conflicto no se resuelve, puede interferir de forma negativa, pues produce malestar, disminuye la productividad, la calidad en la atención a los pacientes, a los usuarios y a los compañeros, se deterioran las relaciones y con ello la imagen del servicio o de la institución aumentando al mismo tiempo las reclamaciones y las quejas de todos ellos.

La resolución de conflictos debe hacerse de forma respetuosa y debemos asegurarnos que nuestra interpretación ha sido la correcta favoreciendo la cooperación, el respeto, la escucha activa y la asertividad y la empatía, dialogando y respetando, siendo coherente entre lo que decimos y lo que no expresamos verbalmente.

La comunicación es por tanto, fundamental, vital e inherente al ser humano pues nos permite transmitir información, intercambiar y compartir con los demás, enriqueciendo nuestra experiencia desarrollando nuestras potencialidades en cualquier ámbito de nuestra vida.

6 Bibliografía

- González Sánchez, I. El dominio de las habilidades de relación facilita la resolución de conflictos entre profesionales sanitarios. 2016.
- Pérez Carrión, A. Comunicación y calidad de información entre profesionales sanitarios y con sus pacientes. 2016
- Merayo Pérez, A; Bravo Pérez, E; Gordon, F. La comunicación con el paciente: habilidades profesionales de la salud. 2014
- L.Ferrari. Cómo conocer a las personas por su lenguaje corporal. Más allá de las palabras el cuerpo no miente.
- Junta de Andalucía. Calidad de servicio y atención al cliente. 2013
- Mark. L.Knapp. Paidós Comunicación. La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. 1980
- A.Pease. Comunicación no verbal. El lenguaje del cuerpo. Paidós. 2009

Capítulo 406

LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN EL CENTRO HOSPITALARIO.

MIGUEL ÁNGEL BRAÑA ÁLVAREZ

CLARA ÁLVAREZ RUBIO

1 Introducción

Un EPI (Equipo de Protección Individual) es cualquier dispositivo o medio que vaya a llevar o del que vaya a disponer una persona, con el objetivo de que la proteja contra uno o varios riesgos que puedan amenazar su salud y su seguridad.

2 Objetivos

- Usar estos equipos de protección individual para evitar el contacto con fluidos potencialmente infectados o contagiosos y productos químicos.
- Proteger el sistema respiratorio frente a la inhalación de aerosoles perjudiciales.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, utilizando como descriptores las palabras clave relacionadas con el tema tratado. Se consultaron distintas búsquedas por Internet, así como revistas con acceso abierto y revistas de investigación científica.

4 Resultados

Entre estos EPI, encontramos los guantes de protección, los equipos de protección respiratoria y los de protección ocular/facial. A la vez, en este sector, se usan Productos Sanitarios (PS), para la prevención de una infección en los pacientes que también incluyen guantes, batas, mascarillas y otros productos.

Según el documento Guía de la OMS para la prevención y control en el cuidado de pacientes con EVE en centros sanitarios, el personal deberá ir equipado con los siguientes EPI:
- Guantes: Deben usarse guantes de examen no estériles de un solo uso, debiendo usarse dos guantes cuando se entre en contacto con los fluidos del paciente. Así mismo es necesario cambiarlos cuando éstos estén muy contaminados de sangre o cualquier otro tipo de fluidos corporales. Una vez quitados los guantes también es necesario realizar una limpieza exhaustiva de las manos para completar la reducción de riesgos.
- Protección Respiratoria: Es necesario utilizar este tipo de equipos para el personal sanitario que entre en contacto con el paciente o sus fluidos. Se pueden usar mascarillas, mascarillas con filtros, medias máscaras o máscaras completas según sea el nivel de riesgo. Las máscaras completas ofrecerán adicionalmente protección ocular al usuario.
- Protección ocular: Se deben usar pantallas faciales o gafas de montura integral junto con una mascarilla para prevenir las salpicaduras de fluidos, líquidos, etc. Evitan el contacto con las mucosas.

En el Real Decreto 1407/1992 se establecen los requisitos de diseño y fabricación de los equipos de protección individual.

Uno de los requisitos que establece este Real Decreto es que todos los equipos de protección deben cumplir con el marcado CE. De esta manera, cada equipo lo llevara estampado de forma visible y legible, acompañado de la Declaración de Conformidad CE, esta declaración certifica que el EPI comercializado cumple con lo dispuesto en el RD 1407/1992.

Otro de los requisitos es que cada equipo debe ir acompañado de las instrucciones de uso donde aparezcan los datos del fabricante, rendimientos del equipo, caducidad, etc.

5 Discusión-Conclusión

La protección de los trabajadores potencialmente expuestos a un riesgo de contagio por este virus debe hacerse según lo dispuesto en el Real Decreto 664/1997, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

6 Bibliografía

- http://blog.anade.com/que-son-los-epis-y-productos-sanitarios/
- https://www.acprevencion.com/equipos-de-proteccion-individual-y-los-protocolos-sanitarios-de-actuacion/

Capítulo 407

IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN EL PERSONAL SANITARIO

EVA MARIA LOBO GONZÁLEZ

VANESA GONZÁLEZ GARCÍA

LUCIA MENENDEZ MARTINEZ

CARMEN LOBO GONZÁLEZ

FLORINDA ARGÜELLES BLANCO

1 Introducción

La gripe es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias causada por el virus de la gripe, que puede afectar a personas de todas las edades y causar epidemias.

Su sintomatología suele ser leve, pero en grupos de riesgo como ancianos, pacientes inmunodeprimidos o pacientes con otra enfermedad de base puede causar complicaciones que conlleven ingreso hospitalario e incluso la muerte.

La OMS y los Center for Disease Control and Prevention recomiendan la administración anual de la vacuna antigripal entre el personal sanitario, ya que este puede trasmitir el virus de la gripe a los pacientes durante el periodo de incubación o en la fase de infección subclínica. A pesar de esta indicación y de

que disponemos de vacunas cada vez más seguras y efectivas observamos que la tasa de cobertura de la vacuna antigripal suele estar muy por debajo de lo recomendado.

2 Objetivos

- Conocer las motivaciones del personal sanitario tanto para vacunarse como para no hacerlo.
- Elaborar una estrategia para intentar alcanzar las recomendaciones de la OMS y demás sociedades científicas sobre las tasas de la vacunación antigripal en el personal sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo hemos hecho una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, hemos consultado artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas en las principales bases de datos como Elsevier, Dialnet, documentación editada por el Ministerio de Sanidad.

4 Resultados

Encontramos varios estudios que intentan conocer los motivos por los que el personal sanitario se vacuna de la gripe, así como las razones para la no adhesión a la vacuna.

Son estudios realizados en diferentes centros sanitarios como centros de salud, hospitales y residencias geriátricas, en distintos años y en varias comunidades autónomas. En todos sorprende la baja tasa de vacunación entre el personal sanitario y las razones que esgrimen para no hacerlo.

Se encontraron tasas de cobertura global menores del 50%, y entre los motivos más frecuentes para vacunarse estaba el de proteger su salud, así como la de sus familiares y pacientes. Entre los motivos para no vacunarse encontramos la no disponibilidad de tiempo, el hecho de no considerarse un transmisor superior al resto de la población, así como dudas sobre la actividad de la vacuna, temor a los efectos secundarios y miedo al pinchazo. También podemos concluir que haberse vacunado con anterioridad es un incentivo para seguir haciéndolo.

5 Discusión-Conclusión

Existen numerosas evidencias científicas que hace incuestionable la recomendación de vacunación frente a la gripe en el personal sanitario. Estos resultados nos demuestran la necesidad de diseñar una estrategia de vacunación que consiga una mayor adherencia del profesional.

Por un lado, mejorar el acceso a la vacunación facilitando la flexibilidad de horario y acudiendo a sus unidades evitando el desplazamiento del personal. Por otro lado, deben reforzarse los programas de formación continuada y las intervenciones dirigidas a aquellos sanitarios no convencidos, como por ejemplo talleres y conferencias.

No debemos olvidar que la prevención primaria de la patología laboral se basa en el conocimiento del riesgo y una adecuada aplicación de las medidas de prevención.

6 Bibliografía

- www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones.
- Vacunación antigripal en personal sanitario, Adriana del Villar Belzunce, María Jesús Fernández Navarrete. Enferm Infecc Microbiol Clin 2007;25(4):247-9.
- Comité asesor de vacunas (CAV-AEP) Vacunaciones del personal sanitario (SECCIÓN III. Inmunización en circunstancias especiales. Actualizado en enero de 2020).
- Actitud del personal sanitario frente a la vacunación antigripal en el hospital de referencia del Principado de Asturias, Queipo-Herias Y, Sanchez-Zaballos M, Zuazua-Rico D, Mosterio-Diaz MP, Maestro-Gonzalez A. REV ESP Salud Publica 2019;93: 8 de agosto e201908057.

Capítulo 408

AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

SARA RODRIGUEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos son aquellos que no tienen respuesta al tratamiento curativo y que tienen como fin ayudar a conceder una muerte digna y sin dolor. son requeridos por los pacientes y sus familiares en la última fase de la enfermedad.

2 Objetivos

Determinar las tareas del auxiliar de enfermería en los cuidados paliativos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El equipo auxiliar de enfermería sera el encargado de: Mantener la intimidad y dignidad del paciente. Proporcionarle un ambiente confortable , ventilando en la

medida de lo posible la habitación, adecuar la luz, descargar a la familia física y psíquicamente y brindar el apoyo emocional que normalmente necesitan tanto el paciente como la familia.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que el auxiliar de enfermería tenga una buena formación para poder acompañar al paciente. De este modo, mediante los cuidados paliativos, en sus últimos días se le proporcionara al paciente el estado de confort necesario para aliviar y prevenir el dolor.

6 Bibliografía

- http://www.auxiliar-enfermeria.com/auxiliar_paliativos.htm
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 409

CONDICIONES LABORALES ADVERSAS QUE AFECTAN A LA SALUD DEL TCAE

MARIA JESUS MARTINEZ FERNANDEZ

MARTA ROSA PÉREZ GARCÍA

ISABEL LAFUENTE GARCÍA

MARIA DEL CARMEN VAZQUEZ ANTUÑA

MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ HEVIA

1 Introducción

Actualmente, las investigaciones más recientes se están centrando en analizar las diferentes formas en que distintos factores laborales pueden afectar a la salud y vida del trabajador, ya sea de forma positiva o negativa. Una exposición continuada a riesgos laborales de diversa índole, podrá dar lugar a la aparición de patologías multidimensionales en la vida y salud del trabajador. Por ello, detectar con prontitud dichos factores de riesgo, apoyará la creación de protocolos con el fin de evitar las mismas. Sin embargo, la flexibilidad de la que disponen diversas empresas y servicios, y el deseo de optimizar recursos y fomentar la producción, puede dar lugar a que los derechos de los trabajadores no siempre se respeten en su totalidad (Amable y Benach, 2000).

De manera añadida, hoy en día, la sociedad se ha encargado de incorporar nuevas metodologías en sus espacios de trabajo, cuya base son innovaciones tecnológicas que, aunque aligeran la carga laboral en ciertas situaciones, también conllevan una mayor necesidad de actualización por parte del trabajador, así como deber gestionar diversas tareas de manera simultánea. Por ello, la incorporación de estos recursos sobre la carga de trabajo final no acaba de ser aclarada por la literatura científica. Esto, unido a la creación de nuevos modelos de trabajo y nuevas situaciones contractuales, ha generado que la vida familiar y social de muchos profesionales se haya visto afectada de manera negativa (Cruz y Poutou, 2004).

Por todo lo anteriormente expuesto, la literatura más reciente ha centrado su atención en el ámbito sanitario, dando lugar a la detección de numerosas enfermedades y trastornos psicológicos asociados directamente con aspectos laborales. Entre otras categorías, el colectivo de enfermería y TCAE, son los más frecuentemente analizados (dadas las características especiales de sus funciones y sus tareas a nivel sanitario). Entre otras variables, son la turnicidad y nocturnidad las más habitualmente ligadas a diversos problemas de salud en estos profesionales (Valero Segura, 2015; Nogales, 2017).

2 Objetivos

- Identificar cómo afectan los turnos y la nocturnidad al desempeño laboral del TCAE y otros profesionales sanitarios, así como los efectos que pueden conllevar sobre la salud del trabajador.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de las bases de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar, TCAE, nocturnidad, turnos, efectos, consecuencias. A través de estos tópicos, se encontraron 14 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 7 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 7 artículos que recogían los criterios de inclusión de la

investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 2 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 5.

4 Resultados

Se detecta que, en el ámbito laboral sanitario, el modificar el horario laboral de uno diurno a uno nocturno da lugar, en un alto porcentaje de casos, a enfermedades y patologías físicas y orgánicas a causa de que el cuerpo es incapaz de adaptarse a ese cambio de manera continuada. A la base de este desajuste, además, se hallan otras variables mediadoras, tales como:

- Malos hábitos alimenticios.
- Pérdida de sueño y desarrollo de trastornos, tales como insomnio.
- Poca actividad física.
- Afectación de la vida familiar y social.

Asimismo, otros factores como la edad de la persona, también han de ser tenidos en cuenta. En este sentido, se encuentra que, a más edad, se hallan más patologías asociadas a la turnicidad y nocturnidad.

De las dimensiones mencionadas previamente, la vida familiar es la que los sanitarios verbalizan como más deteriorada, pues son incapaces de adecuarse a las rutinas que habitualmente realiza su entorno más próximo. Por ello, detectan que sus interacciones son menores, y de una menor calidad.

De esta forma, los turnos y la nocturnidad influyen a nivel psicológico y emocional, siendo un claro origen de los trastornos de ansiedad y depresivos que afectan a un alto porcentaje de profesionales, lo que puede generar un aumento en el consumo de ansiolíticos u otras drogas, así como fomentar la automedicación.

Entre otras, las enfermedades orgánicas que pueden destacarse como directamente asociadas a la turnicidad y nocturnidad, son: trastornos digestivos, dolores musculares, problemas gastrointestinales o de colon irritable y aparición de síntomas psicosomáticos ligados directamente con altos niveles de ansiedad.

Todos estos factores, unidos, pueden dar lugar a problemas en el ámbito laboral, como son:

- Falta de productividad.
- Menor calidad asistencial.

• Olvidos.
• Fallos humanos y errores.

De entre los anteriormente citados, es habitual encontrar que errores y negligencias que revisten gravedad son cometidas, precisamente, por un agotamiento mental y físico causado por la turnicidad. Asimismo, se debe tener en cuenta que determinadas áreas sanitarias son fuente, por si mismas, de una carga laboral constante.

Como ejemplo, las urgencias, cuidados paliativos o la UCI. En estos casos, los efectos negativos de los turnos se ven multiplicados.

En el caso de los TCAE, además, deben tenerse en cuenta otros aspectos, tales como: la gran carga de trabajo diaria, una baja remuneración y, en general, una baja satisfacción con el feedback obtenido por parte de los supervisores.

Todo esto dará lugar, unido a los turnos, a un agravamiento de los síntomas antes descritos, siendo habitual encontrar en estos profesionales fatiga, nerviosismo y una gran frustración consigo mismos y con el entorno laboral.

5 Discusión-Conclusión

Por lo anteriormente expuesto, se concluye que implantar medidas de prevención que minimicen las consecuencias de la turnicidad y nocturnidad son necesarias. Estas, deben ir dirigidas a modificar la manera en que el trabajador vive y percibe el trabajo, dotándole de cierta flexibilidad y autonomía en la selección de sus turnos laborales.

Asimismo, capacitar a la persona en la optimización de sus descansos, apoyándose en otras áreas tales como la alimentación, a través de pautas para llevar una vida mas saludable sin descuidar el ejercicio físico, pueden tener efectos beneficiosos.

Finalmente, dada la sobrada evidencia que determina que la turnicidad y nocturnidad afectan de manera implacable en la salud del trabajador, realizar evaluaciones y seguimientos periódicos también ayudará a detectar casos de riesgo de manera temprana, pudiendo implementar las medidas oportunas con antelación.

6 Bibliografía

- Amable, M., & Benach, J. (2000). La precariedad laboral¿ un nuevo problema de salud pública?. Gaceta Sanitaria: Organo Oficial de La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 14(6), 418-421.
- Cruz, H. V., & Poutou, E. L. C. (2004). Efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepción de salud la percepción de salud. Revista Cubana de Salud y Trabajo, 5(1), 10-9. del Carmen, P., & Isabel, A. (2010). La turnicidad laboral. Impacto en la satisfacción y estrés. Enfermeria, 169, 61-66.
- Díez Movilla, G. (2016). Calidad del sueño en la enfermera: repercusión en la calidad y seguridad en los cuidados.
- Frutos Martín, M. (2014). Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada.
- Liaño, V. M. B., & Laso, A. F. G. (2011). Estudio sobre automedicación con benzodiacepinas en equipos de Enfermería Hospitalaria. Nuberos Científica, 1(4).
- Montesinos López de Rodas, J. M. (2015). Conflicto trabajo-familia en trabajos de enfermería a turnos.
Nogales, J. M. (2017). La influencia de la turnicidad en relación con el Burnout en los profesionales de enfermería.
- Trabajo de fin de grado. Escuela Universitaria de Enfermería de Logroño. Publicado por la Universidad de la Rioja.
Ramírez-Elizondo, N., Paravic-Klijn, T., & Valenzuela-Suazo, S. (2013). Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. Index de Enfermería, 22(3), 152-155.
- Valero Segura, G. (2015). Alimentación en el trabajo a turnos y nocturno del personal de enfermería en atención especializada.

Capítulo 410

LA SALUD SOCIOAMBIENTAL Y EL BIENESTAR SOCIAL

FRANCISCO JAVIER PEDRACES FRESNO

BEATRIZ MARTINEZ ÁLVAREZ

ADRIÁN LÓPEZ QUINTANILLA

BEGOÑA AMIROLA GOIKOETXEA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es ”aquella disciplina que comprende los aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores ambientales físicos; químicos, biológicos, sociales y psico-sociales”.

También se refiere a la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones.

La Cumbre de la Tierra, promulgando el desarrollo sustentable, adentrándose definitivamente en la intrincada trama de lo ambiental y lo social, acaba por definir rotundamente la pobreza, la miseria y las inequidades de los grupos poblacionales, como problemas ambientales, tan ambientales como la erosión, la desertificación, la deforestación o la contaminación.

Hoy en día la noción de crisis socioecológica, se sitúa en el centro del análisis,

y resulta común la referencia al impacto negativo de la explotación acelerada y desigual de los recursos de la Tierra.

La percepción actual es económica, política y social, además de ”ambiental aparece así el concepto de crisis socioambiental. La cuestión ambiental evoluciona en la dirección de la profundización de la dimensión social, privilegiando lo humano en su doble condición de protagonista y espectador de los cambios.

2 Objetivos

- Identificar la preocupación por la salud socioambiental.
- Identificar la búsqueda de la naturaleza con el hombre.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico y Medline. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de salud socio-ambiental y el bienestar social. Se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, ambiente, relaciones humanas, naturaleza, dimensión social.

4 Resultados

Las amenazas al bienestar humano se gestaban lenta y geográficamente aisladas sobre una plataforma de desajustes naturales y sociales. La dimensión socioambiental de los problemas humanos, se establece como vía esclarecedora no sólo para las interpretaciones, sino para las acciones, acompañada del torrente de posibilidades de lo local, de la participación comunitaria y de las organizaciones no gubernamentales.

Lo socioambiental sugiere una precisión, expresión de un nuevo y obligado contexto, de una vieja y relegada realidad. Se identifica como dimensión o cuestión dentro de la atención mundial. La prioridad de la cuestión socioambiental, no debe condicionarse a alguna prioridad profesional, y debe suscitar una revisión de las teorías y prácticas de las diversas disciplinas, en la medida que demanda un análisis comprensivo y totalizante, un análisis en el cual las personas venidas de horizontes diversos y que trabajan con la realidad presente, tengan un paso acertado a través del mundo.

Desarrollo sostenible, desarrollo sustentable y racionalidad ambiental, son conceptos que pretenden precisar o enmendar los errores del desarrollo hasta ahora, sin adjetivos. Debemos confiar, aunque con lógico recelo, que ellos colaborarán a un esclarecimiento común de las vías necesarias para producir resultados inmediatos y mediatos en favor del bienestar humano; ese bienestar que continúa perturbado por la Naturaleza cuando sus leyes rítmicas, cíclicas y periódicas provocan desastres sociales que el hombre ha bautizado como desastres naturales, que también está evidentemente perturbado por los deterioros de las relaciones hombre-naturaleza provocando desajustes en la dinámica de sus componentes y recursos, expresados en desastres sociales inducidos por actividades humanas, algunos de los cuales alcanzan hoy escalas planetarias y ese bienestar rotunda y mundialmente perturbado, por los desastres sociales provocados por los deterioros de las relaciones entre los propios hombres.

5 Discusión-Conclusión

Comienza a aparecer lo ambiental y lo social como caras de una misma moneda, pero las caras de una moneda siempre son distintas, inseparables y con un mismo valor. El reto está precisamente ahí, en lograr que todos los hombres estén dispuestos a dar el mismo valor a esta irrebatible realidad, sobre todo los hombres que en este asombroso Mundo, acumulan las monedas y deciden su valor.

No hay una sola razón que pueda escamotear el hecho y además la urgencia no lo permite. No pueden procurarse por separado el mejoramiento social y el ambiental, porque tal como surgieron y evolucionaron los deterioros, ”juntos e indisolublemente unidos”, así tendremos que enfrentar las enmiendas, si en verdad en esta nueva aurora, estamos dispuestos a luchar por el bienestar humano.

6 Bibliografía

1. Santos M. Espacio y método. París: Publissed 1989;120.
2. Smith D. Geografía humana. Barcelona: Oikos Tau, 1980;14.
3. Christofoletti A. Impactos en el medio ambiente ocasionados por la urbanización en el mundo tropical en geografía, teoría y realidad. Sao Paulo: Hucitec-Anpur, 1993:127.
4. Espinosa ME. La Cumbre de la Tierra: economía, política y ecología. En: Investigaciones sobre Medio Ambiente. FLACSO-CUBA SODEPAZ, 1993:2.

5. Iñiguez RL, Olivera S. Medio ambiente, condiciones de vida y salud. Un abordaje sobre la calidad de la vida en la región metropolitana de Río de Janeiro. Río de Janeiro: FEEMA,1994:3.
6. Smith N. Desenvolvimiento desigual. Río de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1988:78-95, 250.
7. Dietrich PH. Sistema de naturaleza. Holbach. La Habana: Editorial Ciencias Sociales, 1989:100,112,113.

Capítulo 411

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE GRIPE “A”.

MARÍA ÁLVAREZ GONZALEZ

Mª DEL CARMEN LACALLE ÁLVAREZ

1 Introducción

La nueva gripe A es una enfermedad aguda de las vías respiratorias, provocada por una nueva variedad de virus gripales de tipo A. El contagio es de persona a persona, principalmente por el aire, en las gotitas de saliva y secreciones nasales que se expulsan al toser, al hablar o al estornudar. Al estornudar, toser o hablar se emiten pequeñas gotitas de saliva, secreciones nasales que en aquellas personas que padezcan gripe, tendrán virus en su interior. Estas microgotas respiratorias pueden quedar en las manos, en las superficies o dispersas en el aire.

Por tanto, el virus se puede transmitir también indirectamente por tocarse los ojos, la nariz o la boca después de haber tocado las microgotas o secreciones respiratorias procedentes de una persona infectada que han quedado en las manos o depositadas en superficies. Los síntomas son similares a los de una gripe habitual, fiebre, tos, dolor de garganta, de cuerpo, de cabeza, escalofríos y fatiga…

2 Objetivos

- Detectar la enfermedad lo antes posible para paliar los síntomas.

- Evitar posibles complicaciones y el agravamiento de procesos patológicos concomitantes en el paciente.
- Destacar la importancia del aislamiento para evitar la propagación al resto de población.

3 Caso clínico

Mujer de 46 años de edad que acude a urgencias refiriendo fiebre tos sin expectoración a predominio diurno y asociada al esfuerzo físico, disnea y clínica respiratoria. En la exploración física se observa regular estado general, hidratada, despierta. Piel no ictérica, no cianosis, leve eritema en zona de articulaciones metatarso falángicas sin aumento de temperatura, ni edema, ni dolor. Múltiples lesiones "acneiformes" en la región dorsal. No se palpan adenopatías significativas, no aumento de glándula tiroides.

Tórax y Pulmones: murmullo vesicular levemente disminuido en base de hemitórax derecho. Presencia de crepitantes tipo "crackles" en ambas bases.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad. Abdomen blando depresible, no se palpan masas, no dolor, no signos de irritación peritoneal. Se le realiaza analítica de sangre completa, exudado de virus dando positivo en gripe A. Ecocardiograma y radiografía de tórax.

Se avisa al internista de guardia que tras revisar los resultados y a la paciente decide ingreso hospitalario con aislamiento aéreo y tratamiento con fármacos antivirales. Tras 16 días de ingreso hospitalario la paciente es dada de alta a domicilio por curación de la enfermedad. Se cita para revisión en 1 mes.

4 Discusión-Conclusión

Los cuidados prestados a la paciente fueron eficaces dado que evolucionó favorablemente. El ingreso con aislamiento de un paciente ocasiona trastornos a la familia a nivel psicológico y social, pero esto no debe suponer a los sanitarios una dificultad a la hora de tomar la decisión, ya que en este tipo de patologías aparte de la recuperación del paciente también detenemos la vía de contagio y propagación.

5 Bibliografía

- Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur; 2014. Comunicado de NEUMOSUR en relación a la Gripe-A;
Sistema de vigilancia de la gripe en España [internet].
- Banda-Lara MI, Hidalgo-Loperena H, Rivera-Benítez C. Severidad de la neumonía asociada a H1N1: evaluación de escalas de severidad en Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [internet]. Atlanta, GA: CDC; 2014. Datos de la vacuna contra la influenza estacional.
- Pérez Méndez, C; Oña Navarro, M; Ballesteros García, S; Llaneza Ruiz, J; Lagunilla Herrero, L; Pérez Castro, S; Fernández Zurita, C; Solís Sánchez, G. Meningitis por enterovirus An Pediatr

Capítulo 412

LAS FUNCIONES DEL TCAE ANTE LA INTIMIDAD Y PRIVACIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La privacidad y la intimidad son dos conceptos a los que toda persona que por motivos de salud se vean con la necesidad de permanecer en un centro hospitalario, tienen derecho.

La entrada en vigor el 6 de Diciembre de 2018, de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, deroga la anterior Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).

El secreto profesional de todo personal sanitario y no sanitario que conforman la plantilla de un hospital, ha formado siempre parte de la atención al paciente, lo que con el paso del tiempo ha pasado a ser un derecho de todo ciudadano, siendo su divulgación penado por la ley, y un deber respetarlo y llevarlo a cabo por parte del personal.

2 Objetivos

- Ofrecer la tranquilidad necesaria al paciente ante la ”NO” revelación de datos, haciéndole ver que su intimidad está protegida.

3 Metodología

Se consultan bases de datos como la ”Guía de Intimidad, Confidencialidad y Protección de datos de carácter personal”.

4 Resultados

Ahora nos vamos a centrar en las funciones del tcae en cuanto a la intimidad personal del paciente, éste desde el mismo momento del ingreso, bien sea a través del servicio de urgencias o a través de una cita programada se siente amenazado en su intimidad, cuando se le proporciona un camisón abierto por atrás, o al tener que compartir habitación con otro paciente.

El tcae es uno de los profesionales sanitarios que más tiempo está en contacto con el paciente y debe de ofrecerle el máximo respeto, bien cuando se le realiza el aseo personal si fuera necesario (en pacientes dependientes siempre), con los cambios de pañal, con el uso de cuñas etc, como cuando se le practican los controles necesarios: (de diuresis, cambio de bolsas de sondajes vesicales, recoger datos sobre heces, controlar el buen funcionamiento de bolsas de colostomia).

5 Discusión-Conclusión

El derecho a la intimidad del paciente desde que llega hasta que se va del hospital, debe de ser respetado, tanto desde la confidencialidad de datos como desde la intimidad personal.

6 Bibliografía

- Scielo.org.co/scielo.php.
- Revistamédica.com/asistencia-intimidad-del-paciente/.

Capítulo 413

LOS EPIS: MÉTODOS DE PROTECCIÓN PARA EL TCAE FRENTE A RIESGOS BIOLÓGICOS

ROSA ANA ESPINA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los EPIs (Equipos de Protección Individual) son definidos en el artículo 2 del Real Decreto 773/1997, como cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que pueden amenazar su seguridad o su salud. En el mismo Real Decreto en su artículo 7, se clasifican los EPIs, en tres categorías:

- Categoría I : los modelos de EPI de diseño sencillo, podrán fabricarse sin someterlos a examen de Tipo CE.
- Categoría II : los modelos de EPI que, no reuniendo las condiciones de la categoría I, no estén diseñados para la magnitud de riesgo de Categoría III pero deberán superar el examen y aportar el logotipo del las siglas CE.
- Categoría III : son los EPIs destinados a proteger de todo peligro mortal o que pueda dañar de forma irreversible la salud, están obligados a superar el examen CE de tipo mas el número distintivo de cuatro dígitos del organismo de control para el control de la fase de producción.

2 Objetivos

- Identificar y utilizar los diferentes EPIs necesarios para la protección del TCAE ante riesgos biológicos.

3 Metodología

Bibliografia de diferente guías, así como la utilización del buscador Google Académico utilizando las referencias, " EPIs, nosocomial, tcae, riesgos biológicos".

4 Resultados

El principal riesgo en los centros sanitarios es la posible transmisión de enfermedades infecto-contagiosas por la exposición a riesgos biológicos, que pueden ser (bacterias, virus, parásitos,etc.) y se pueden transmitir por diversas vías (aérea, sanguinea, contacto...).

El personal sanitario está potencialmente expuesto a dichas enfermedades, bien por contacto directo con enfermos infecciosos o bien con fluidos procedentes de los mismos. Para protegerse de dichas infecciones es imprescindible la utilización de uno o varios EPIs, teniendo en cuenta la elección correcta de éstos según la parte del cuerpo que se necesite proteger:
- Protección de vías respiratorias: mascarillas, máscaras.
- Protección de cabeza, cara y ojos: gafas, pantallas y capuces.
- Protección de manos y brazos : guantes y manguitos.
- Protección de pies y piernas: calzas
- Protección total del cuerpo: ropa de protección.

Se consideran de uso general las batas y los guantes impermeables a muestras biológicas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos destacar que una correcta utilización de los EPIs es fundamental para la protección del personal sanitario, minimizando en lo posible el riesgo de contagio y para la no propagación de las infecciones.

6 Bibliografía

- Canales sectoriales " Equipamiento Médico y Hospitalario.
- Curso: Bioseguridad y prevención de riesgos laborales para personal sanitario. Logoss

Capítulo 414

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

MARIÁN GARCÍA MENÉNDEZ

MARÍA AURORA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARÍA TERESA ALONSO HERNANDO

ROGELIA SIMÓN GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer debe su nombre a Alois Alzheimer que, en 1906, analizando el cerebro de una paciente fallecida por una rara enfermedad mental cuyos síntomas incluían pérdida de memoria, problemas de lenguaje y comportamiento impredecible, descubrió las placas amiloideas y ovillos o nudos neurofibrilares que, junto con la pérdida de las conexiones entre las neuronas y el cerebro, caracterizan esta enfermedad. En 1910, Emil Kraepelin categoriza esta enfermedad como un subtipo de demencia senil que denomina "Demencia Senil de Tipo Alzheimer" (DSTA) o simplemente "Alzheimer".

Desde 1977, la nomenclatura médica utiliza oficialmente el término "Enfermedad de Alzheimer" (EA), para describir esta enfermedad neurodegenerativa, irreversible, progresiva y terminal, que se caracteriza por la degeneración de las células nerviosas del cerebro y la disminución de la masa cerebral, se manifiesta con pérdidas de memoria y desorientación temporal y espacial, y genera un deterioro intelectual, conductual y personal.

Aunque se desconoce la causa que inicia el proceso de la enfermedad, se cree que su origen puede ser multifactorial: edad, sexo, herencia familiar, mutaciones genéticas y factores ambientales y de estilo de vida. En cualquier caso, algunos datos corroborados son:

- Se han diferenciado tres tipos: Alzheimer asociado a la edad, Alzheimer familiar y Alzheimer asociado al Síndrome de Down.
- El daño cerebral empieza de 10 a 20 años antes de que el problema sea evidente y tiene un pronóstico de supervivencia de unos 10-12 años tras el diagnóstico.
- Afecta más a mujeres, personas con enfermedades cardiovasculares y fumadores.
- En España, el 30-40 % de los enfermos estaría sin diagnosticar, cifra que se elevaría al 80% en los casos de Alzheimer en fase leve.
- Aunque puede desarrollarse a partir de los 40 años, la prevalencia (número de afectados) y la incidencia (número de casos nuevos en un período determinado) de esta enfermedad se incrementa exponencialmente del 5% en personas de 60-65 años, al 20% en mayores de 80 y el 30% a partir de los 90 años.

La detección precoz, y un tratamiento que incluya un cambio de hábitos, pueden reducir en un 20% el desarrollo de la enfermedad. En este sentido, la Alzheimer's Association ha creado una lista de señales de advertencia que aconsejarían la consulta inmediata con un neurólogo:

- Cambios de memoria que dificultan la vida cotidiana.
- Cambios en el humor o la personalidad.
- Colocación de objetos fuera de lugar y falta de habilidad para retrazar sus pasos.
- Desorientación de tiempo o lugar.
- Dificultad para desempeñar tareas habituales en la casa, el trabajo o en su tiempo libre.
- Dificultad para planificar o resolver problemas.
- Dificultad para comprender imágenes y cómo los objetos se relacionan en el ambiente.
- Disminución o falta del buen juicio.
- Nuevos problemas con el uso de palabras habladas o escritas.

- Pérdida de iniciativa para tomar parte en el trabajo o en las actividades sociales.

En la enfermedad de Alzheimer podemos diferenciar 3 etapas:
1. Leve o etapa temprana: La persona aún puede desenvolverse de forma independiente, realizar actividades cotidianas de la vida diaria, como ir a trabajar, conducir o participar en cualquier actividad; aunque empiezan a aparecer episodios de perdida de memoria que comienzan a dificultar la realización de estas actividades.
2. Moderada o etapa media: Es la etapa más prolongada, pudiendo abarcar muchos años. A medida que la enfermedad avanza, la persona va requiriendo un mayor nivel de atención y apoyo, ya que va teniendo más dificultades para realizar tareas concretas, aunque aún pueden recordar detalles significativos de su vida. Psicológicamente es la etapa más delicada, ya que el paciente se va frustrando al ser consciente del avance de sus limitaciones y es frecuente que reaccione mostrando alteraciones en su carácter.
3. Grave o etapa final: Esta última fase se caracteriza por un deterioro cognitivo y comportamental severo. Los enfermos pierden la capacidad de responder a su entorno, son incapaces de valerse por si mismos y de interrelacionar con otras personas. En esta etapa requieren cuidados específicos y supervisión constante.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (en adelante TCAE), individualmente o como miembro del Equipo de Enfermería, trabaja directamente con este tipo de pacientes en Asistencia Domiciliaria, Hospitales, Centros Residenciales de Personas Mayores y Centros de Día, proporcionándoles cuidados y colaborando en la realización de tratamientos no farmacológicos que tienen como objetivo contribuir a ralentizar, en lo posible, el avance de la enfermedad y a prologar la autonomía de estos pacientes en las actividades de la vida diaria.

En la tercera etapa de la Enfermad de Alzheimer, cuando la terapia ya no actúa eficazmente, las funciones del TCAE se centran, básicamente, en la vigilancia y el cuidado constante del enfermo, tanto para facilitarle la actividad diaria como para garantizar su seguridad, al tiempo que siguen siendo apoyo y referencia para los familiares del mismo.

2 Objetivos

- Dar seguridad e incrementar la autonomía del enfermo en las actividades de la vida diaria.

- Disminuir la carga de la familia como cuidadora del paciente, aportando información acerca de la actividad terapéutica y el tipo de tratamiento a seguir.
- Conocer métodos o habilidades para una correcta comunicación con el paciente que contribuya mejorar la relación de ayuda.
- Contribuir a evitar la desconexión con su entorno y fortalecer sus relaciones sociales.
- Estimular la propia identidad y autoestima del paciente, minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas, como agitación o comportamiento agresivo.
- Mantener o potenciar las capacidades preservadas del enfermo, para retrasar todo lo posible la progresión del deterioro cognitivo.
- Mejorar la calidad de vida de la persona enferma y sus cuidadores principales.
- Retrasar o ralentizar la evolución de la enfermedad, mejorando el rendimiento cognitivo y funcional del enfermo de Alzheimer.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos, como: Google Académico, Medline, Pubmed y Scielo, utilizando como descriptores: “Alzheimer”, “Cuidados”, “Terapias”, “Tratamiento no farmacológico”.

Como criterios de inclusión, se han utilizado: textos en español o traducidos, de acceso libre, sobre contenido referidos a la Enfermad de Alzheimer y a su tratamiento no farmacológico.

Como criterios de exclusión se han utilizado: los contrarios a los de inclusión, y contenidos relacionados con tratamiento farmacológico, higiene, vestido y alimentación del enfermo.

4 Resultados

La Enfermedad de Alzheimer no tiene cura y, aunque se han dado avances en la detección de la causa de la pérdida de memoria y el tratamiento farmacológico, actualmente solo se puede actuar sobre la prevención y la ralentización de la enfermedad. Por ello, se utilizan también tratamientos no farmacológicos, que han mostrado una eficacia probada en la mejora de la calidad de vida del enfermo.

Se denomina tratamiento no farmacológico a aquellas terapias, basadas en modelos psicológicos, que tienen como objetivo estimular el cerebro, ayudando a atenuar los síntomas neurológicos más habituales de la Enfermedad de Alzheimer:
- Afasia: Dificultad en la expresión y comprensión del lenguaje, hablado o escrito.
- Agnosia: Incapacidad para identificar un objeto o persona, incluida la propia familia, en las fases mas avanzadas. Puede ser visual, auditiva, táctil o gustativa.
- Amnesia: Pérdida de la memoria u olvido inusual, en la que la persona no es capaz de recordar hechos nuevos o acceder a uno o más recuerdos del pasado, o ambos.
- Anomia: Incapacidad o dificultad para poder recordar o reconocer nombres de personas u objetos. Pude ir acompañada de agrafia (pérdida o trastorno de la capacidad para expresar ideas por escrito) y alexia (pérdida de la capacidad de leer).
- Apraxia: Incapacidad para realizar tareas o movimientos, pese a preservar sus capacidades motoras y haber comprendiendo la orden (alimentación, baño, vestido…).

Es crucial, por tanto, ayudar a las personas con Enfermedad de Alzheimer en actividades como alimentación, higiene, vestido, calzado, continencia o movilidad, así como estimular la comunicación utilizando el contacto visual, usando frases cortas y repetitivas, hablándole despacio y vocalizando y poniendo atención al tono emocional con el que se le habla.

Para trabajar todo esto de manera adecuada, es muy recomendable incluirles en actividades terapéuticas que mejoren su autonomía, les orienten a la realidad y trabajen la reminiscencia y la psicoestimulación. Las terapias más representativas y utilizadas son:

Estimiulación cognitiva:
Es el conjunto de estrategias y técnicas que pretenden activar, entrenar y estimular las distintas capacidades y funciones cognitivas mediante actividades dirigidas a mantener y/o mejorar el funcionamiento cognitivo en general.
Sus áreas de intervención son: atención (concentración y percepción), cálculo y lógica (reconocimiento numérico y operaciones), funciones ejecutivas (juicio, planificación de actividades y razonamiento abstracto), escritura, gnosias (reconocimiento de estímulos auditivos, táctiles, visuales…) lenguaje (capacidad lectora, comprensión oral y escrita, expresión verbal), memoria (a corto y largo plazo, episódica, semántica…), orientación (espacial, personal y temporal) y praxias (ejecución de actos motores voluntarios).

Actividades de la vida diaria:
Son todas aquellas tareas que realizamos de forma cotidiana, y cuya no realización genera en mayor o menor medida un grado dependencia. Hay tres tipologías:
- AVD Básicas (AVDB). Son las referentes al autocuidado y movilidad: alimentación, aseo personal, baño e higiene, continencia, movilidad funcional (deambulación, transferencias, transporte de objetos), uso de productos de apoyo, vestido, etc.
- AVD Instrumentales (AVDI). Son las que realizamos para interactuar con nuestro entorno más inmediato: cuidado de la salud, del hogar y de los demás, limpieza, manejo de dinero, manutención (toma de medicación), movilidad en la comunidad (uso del transporte público), preparación de comida, realizar compras, etc.
- AVD Avanzadas (AVDA): Son las relacionadas con la autorrealización: actividades prosociales, estilo de vida, tiempo libre, trabajo, etc.
Sus áreas de intervención son: atención/concentración/orientación/comprensión, autonomía personal, coordinación visuo-motriz-manual, denominación de objetos y reconocimiento visual, memoria a corto y largo plazo (reminiscencias), motricidad fina y gruesa, etc.

Geronrogimnasia:
Tiene como funciones específicas: estimular los sistemas respiratorio y cardiocirculatorio, incrementar o mantener la movilidad articular y la fuerza, introducir actitudes y hábitos saludables, mejorar la forma física de quienes presentan algún tipo de deterioro físico o problema locomotor y fomentar una actitud positiva ante sus limitaciones físicas.
- Sus áreas de intervención son: atención y comprensión de órdenes, coordinación, equilibrio, fuerza muscular, motricidad fina y gruesa, movilidad articular, psicomotricidad, reconocimiento del esquema corporal, secuencia de movimientos con memoria a medio plazo, sistemas cardiocirculatorio y respiratorio y relajación.

Arteterapia:
Es la utilización de la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y las emociones y ayudar a conservar o potenciar las capacidades y destrezas, especialmente en quienes tienen problemas de lenguaje que les impiden expresarse verbalmente o por escrito.
- Sus áreas de intervención son: atención, autoestima, creatividad, comprensión, concentración, expresividad, gnosias (espacios, formas, etc.), intuición, memoria, motivación, motricidad fina y gruesa, percepción, relajación y reminiscencia.

Musicoterapia:
Es el uso de la música y sus elementos como una intervención, individual o grupal, que pretende optimizar la calidad de vida y mejorar la salud emocional, física, mental y social. El uso de la musicoterapia produce mejoras en capacidades cognitivas, perceptivas o físico-motrices, comunicación y socialización, y es una poderosa herramienta terapéutica porque les permite acceder a sus emociones y recuerdos, ya que las canciones escuchadas a lo largo de la vida tienen un gran significado personal, perviven en la memoria y pueden ser un vehículo para expresar pensamientos y emociones.
- Sus áreas de intervención son: Comunicación y lenguaje: comprensión, expresión, lectura y repetición. Perceptivo-cognitiva: atención/concentración, auditiva, identidad personal, memoria (a largo plazo, episódica, inmediata) orientación espacio-temporal, percepción y resolución de problemas. Psicomotriz: coordinación (ritmo), esquema corporal (equilibrio), motricidad fina, praxias (ideatorias, ideomotoras, etc.). Socio-emocional: autopercepción, expresión emocional, habilidades sociales y motivación.

El TCAE, como miembro del Equipo de Enfermería, en la realización de estas u otras terapias, que forman parte del tratamiento no farmacológico de los enfermos de Alzheimer, interviene formando parte en la actividad de los diferentes equipos terapéuticos y desarrollando, entre otras, las siguientes funciones:
- Ayudar en la integración de enfermo de Alzheimer con los demás participantes.
- Colaborar en la cumplimentación de protocolos y otros sistemas de información.
- Colaborar en la elaboración del plan de cuidados.
- Cooperar con los profesionales del propio equipo y con otros colaboradores.
- Favorecer la autonomía del paciente, su salud y su bienestar.
- Fomentar el desarrollo de las habilidades básicas de la vida diaria (AVDB).
- Participar en la acogida y orientación de pacientes y familiares.
- Participar en las reuniones de equipo y en las actividades de formación continuada.
- Preparar, distribuir, recoger y guardar los materiales empleados en las actividades.
- Proporcionar asistencia en actividades diarias que no puedan realizar autónomamente.
- Recoger los signos y manifestaciones espontáneas de los pacientes sobre sus síntomas.
- Reforzar la vinculación terapéutica del paciente y su familia con el equipo de salud.

5 Discusión-Conclusión

La realización de tratamientos no farmacológicos, basados en terapias que ayudan a atenuar los síntomas neurológicos más habituales de la Enfermedad de Alzheimer, contribuye a que el paciente se sienta necesario y útil. Además, hablar con él de los acontecimientos del día y de las noticias, recordarle los eventos importantes de su vida o fomentar la actividad física, ayuda a atenuar algunos de sus síntomas más comunes como insomnio, agitación, deambulación, ansiedad y enojo; lo que revierte en una mejor calidad de vida para él, al tiempo que facilita el trabajo de sus cuidadores.

Los enfermos de Alzheimer, especialmente durante las primeras fases de la enfermedad, con frecuencia son cuidados en sus hogares por sus familiares más próximos o por cuidadores sin formación específica que, en ocasiones, desconocen la forma adecuada de ayudarle o de estimularle cognitivamente. A esto, se suma el hecho de que ser el cuidador principal de un enfermo de Alzheimer supone un enorme esfuerzo físico y psicológico. Por todo ello, no es inusual que terminen generándose situaciones que afectan a la calidad de vida y a la salud, tanto del paciente como del propio cuidador.

Dada la complejidad de esta patología, que cada vez es más prevalente en la sociedad actual, afrontar el proceso de la enfermedad mediante intervenciones programadas, basadas en estrategias terapéuticas, favorece que el enfermo mantenga su autonomía, por limitada que esta sea, el mayor tiempo posible y facilita la labor de sus cuidadores.

Por todo lo antedicho, el conocimiento de las peculiaridades de la enfermedad, las opciones terapéuticas y la forma óptima de aplicar los cuidados específicos que el enfermo requiere, hacen que la labor del TCAE sea fundamental dentro del equipo multidisciplinar sanitario, para ofrecer una atención integral y de calidad.

6 Bibliografía

- Álvarez, C. (2002) .Alzheimer, la enfermedad y su entorno. Ed- Madrid: Eneida.
- Amador-Marín B; Guerra-Martín MD. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida Gac Sanit vol.31 no.2 Barcelona mar./abr.2017
- Camacho, A. L. F., & Coelho, M. J. (2009). Cuidados de enfermería al anciano enfermo de alzheimer (2003-2008). Enfermería Global, 8(3).
- Céspedes, S. (1995). Manifestaciones clínicas de la Enfermedad de Alzheimer.

Revista de Neuropsiquiatría, 58, 190-196.
- De Benito. F. Sobrecarga familiar en las enfermedades neurodegenerativas. Utopía (revista electrónica), Enero;13 (1) (2003). Base de datos Scielo.
- Franco M; Suárez A; Bustamante A; Gil E. Enfermedad de Alzheimer. Medicine 2011; 10(76):5129-37.
- Gallardo Vargas, R., Barón Hernández, D., & Cruz Menor, E. (2012). El cuidado informal en enfermos de Alzheimer: evaluación a partir de un modelo teórico. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 16(1), 188-199.
- González JM; Corpas MAG; Pérez MDCA; Marín AMF. La enfermedad de Alzheimer no se puede curar, pero sí saber cuidarla. 2014. Nosocomio.
- González, R., Martín, C., Martín, M., González, M., García de Blas, F., & Riu, S. (2000). Enfermedad de Alzheimer. Clínica, tratamiento y rehabilitación.
- Jané F. Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer: situación actual y perspectivas. Rev Neurol (Barc) Torredonjimeno, S.L.
- Mañós, Q. (1998). Animación estimulativa para personas mayores discapacitadas. Madrid, España: Narcea.
- Rodríguez del Álamo, A. Factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. Alzheimer, 28 (4): 44-6 (2002)
- Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., & Parquet, C. (2007). Enfermedad de alzheimer. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina, 75, 9-12.
- Sans, L., & Gázquez, E. (2013). Cuidados al paciente con Alzheimer. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. (1ª edición, pp235-240). Almería: Artes Gráficas Salvador.

Capítulo 415

ENFERMEDADES NOSOCOMIALES, DEFINICIÓN Y PREVENCIÓN

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

SUSANA ALONSO POSADA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

1 Introducción

Las enfermedades nosocomiales o Inefcciones nosocomiales (IN) se pueden definir como: Las infecciones que obtienen los pacientes ingresados en un centro sanitario por una causa diferente por la que se efectuó el ingreso, en quien la infección no se había manifestado, ni estaba en período de incubación en ese momento, puede ser producida por exógena (objetos animados e inanimados del hospital) u organismos endógenos (flora normal).

Entre los agentes perjudiciales capaces de desencadenar las infecciones nosocomiales destacan “, S. aureus, P. aeruginosa, S. epidermidis, E. faecalis, K. pneumonie y E. coli”. En la realidad, las infecciones nosocomiales más frecuentes son las relacionadas con el tracto urinario.

2 Objetivos

- Como objetivo principal destacamos el poder identificar los principales focos de infección, en otras palabras, determinar, que bacterias son las causantes de la contaminación, y así poder fortalecer las medidas de protección contra la proliferación de enfermedades, aunque lo realmente importante y capaz de minimizar los riesgos es analizar la competencia que tiene la participación de todo el personal sanitario y no sanitario en el desarrollo de las medidas higiénicas y las protectoras, para poder tratar de reducir las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos y revistas científicas a través de varias plataformas on-line como: Elsevier, Pubmed , Google, Scielo, sempsph y también se consultan distintos libros sobre biología y microbiología.
Los términos utilizados: paciente ingresado, incubación, Infección nosocomial, foco de infección, proliferación.

4 Resultados

La epidemiología intrahospitalaria permite ayudar con unas medidas higiénicas, también existen unos protocolos que eviten la aparición de las infecciones, el control sanitario contribuyendo a no empeorar el estado de la salud. Una de las infecciones derivadas de una mala epidemiología intrahospitalaria es ésta, y alguno de los factores que facilitan la infección hospitalaria son: Una mala técnica de lavado de manos, un uso inadecuado o abusivo de fármacos , una mala manipulación de la medicación, y, sin dejar atrás el mal uso que damos a las medidas preventivas como podrían ser los EPI´s. (Equipos de protección Individual).

Sería primordial que el personal sanitario mantenga una correcta manipulación de los recursos materiales, la medida preventiva considerada las más eficiente, es la limpieza, así como la esterilización, y la higiene personal. No podemos olvidar la importancia del uso de batas, guantes, mascarillas, gorros, y seguir concienzudamente el cumplimiento de los protocolos establecidos por el centro sanitario y la correcta utilización de fármacos.

5 Discusión-Conclusión

En España se cuenta con una organización que se encarga del estudio de prevalencia de Infecciones Nosocomiales llamado EPINE desde el año 1990, y que anualmente publica un informe sobre las infecciones más importantes en el sistema sanitario, siendo esto una herramienta fundamental para establecer programas de control de infecciones y los protocolos de actuación del personal sanitario.

Como ya hemos dicho, las enfermedades nosocomiales se consideran como las infecciones que aparecen durante la estancia en el hospital o centro sanitario o que pudieran estar en el período de incubación en el momento del ingreso. Por norma general las infecciones que aparecen después de 48 horas del ingreso del paciente, también se considerarán infecciones nosocomiales. Las más comunes son las urinarias, respiratorias, quirúrgicas y bacteriemías según el epine del año 2018. Hay que tener muy en cuenta las medidas de prevención, podemos citar algunas, las más relevantes que son: como norma indispensable; la higiene de manos antes y después de estar en contacto con el paciente, sin restar importancia a la limpieza hospitalaria, la esterilización del material, etc.

6 Bibliografía

- analesdepediatria.org
- sempsph.com/es/noticias/boletines-mensuales/boletin-informativo. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH)
- gacetamedica.com/especializada/las-infecciones-nosocomiales-son-todo-un-reto-sanitario. Gaceta médica.
- em-consulte.com
- scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n4/puesta2. Medicina Intensiva.
- redaccionmedica.com/opinion/las-infecciones-nosocomiales-en-espana. 6 Diciembre de 2019
- seimc.org/documentos-cientifico. Sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica.
- fesemi.org/grupos/infecciosas. Sociedad española de medicina interna.
- paho.org/hq/dmdocuments/2018/infecchospital-legislal. Infecciones hospitalarias USAID.
- astursalud.com Portal de salud del Principado de Asturias.
- tuasaude.com
- larazon.es/atusalud/salud

Capítulo 416

EL TÉCNICO EN CUIDADADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO APOYO AL DUELO ANTICIPADO DEL ENFERMO TERMINAL Y SU FAMILIA.

MARIÁN GARCÍA MENÉNDEZ

MARÍA AURORA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARÍA TERESA ALONSO HERNANDO

ROGELIA SIMÓN GARCÍA

1 Introducción

Se define una enfermedad como terminal, cuando concurren en ella una serie de características: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte; y pronóstico de vida limitado generalmente 6 meses.

Tradicionalmente, en España el cuidado de los enfermos terminales, mientras la situación lo permite, es una tarea esencialmente doméstica, que recae sobre una o varias personas, normalmente cónyuges y/o hijos, y desarrollada por las mujeres en un porcentaje mucho más alto (86%) que por los hombres. Esta función,

además de por el afecto que sienten hacia el enfermo, es realizada por una combinación de principios éticos, sentido del deber y carencia de recursos económicos para contratar cuidadores profesionales.

Holly Skodol Wilson, investigadora y enfermera psiquiátrica, define al cuidador principal como aquella persona, procedente del sistema de apoyo informal del enfermo (familiar o amigo), que reúne las siguientes características:

- Asume las principales tareas de cuidado, con la responsabilidad que ello conlleva.
- Es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo.
- No recibe remuneración por la realización de dichas tareas de cuidado.
- Debe haber realizado tareas de cuidado un mínimo de seis semanas.

Actualmente, aunque los roles del cuidado familiar y los recursos sanitarios han evolucionado, pervive la figura del cuidador principal familiar, en quien se mezcla la ambivalencia entre el afecto por el enfermo y el resentimiento, a menudo inconsciente, por las limitaciones que su cuidado suponen para desarrollar su propia vida. Si a esto se añade que no siempre recibe, o puede recibir, suficiente apoyo de su entorno; que el enfermo cada vez requiere más cuidados al ir agravándose su enfermedad y que la situación puede alargarse en el tiempo; nos encontramos con que el cuidador principal, normalmente de edad madura, se enfrenta a una sobrecarga de trabajo que va mermando su salud física y psicológica y que, si no recibe apoyo profesional a tiempo, se convertirá a su vez en una persona enferma que necesitará cuidados.

Cuando un paciente y/o su familia reciben el diagnóstico que la enfermedad ha entrado en fase terminal, se produce lo que se denomina duelo anticipado, es decir, un duelo previo al propio hecho de la muerte. Se trata de un momento caracterizado por una intensa carga emocional que, frecuentemente, requiere de apoyo profesional para poder ser resuelto adecuadamente, por lo que es importante identificar las variables que intervienen en él, para poder desarrollar intervenciones preventivas, individuales o en grupos de apoyo, con las personas afectadas.

El duelo anticipado es el proceso por el que pasa una persona cuando se ve enfrentada al dolor de una perdida futura, próxima y cierta (perdida de trabajo, ruptura sentimental, muerte de un ser querido, etc.) que, aunque aún no ha ocurrido, sucederá a corto plazo.

El Técnico en Cuidados de Enfermería (en adelante TCAE), individualmente o como miembro del Equipo de Enfermería, trabaja directamente con pacientes terminales en Asistencia Domiciliaria, Hospitales y Centros Residenciales de Personas Mayores; proporcionando apoyo psicológico y cuidados que tienen un objetivo fundamentalmente paliativo, basado en la necesidad de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del enfermo; además de ofrecer un apoyo cercano y efectivo a sus familiares y, muy especialmente al cuidador principal del paciente.

2 Objetivos

- Conocer las herramientas de que disponen los TCAE para apoyar a los enfermos y familiares que atraviesan el duelo anticipado.
- Conocer métodos o habilidades para una correcta comunicación con el paciente terminal y su familia, que contribuya mejorar la relación de ayuda.
- Determinar la relevancia y predicción de los factores de riesgo de duelo complicado de los cuidadores familiares primarios de los enfermos en fase terminal.
- Determinar el conocimiento del personal sanitario en las etapas del duelo anticipado.
- Disminuir la carga emocional de la familia como cuidadora del paciente terminal, aportando información acerca del proceso de duelo anticipado.
- Establecer las pautas para una relación terapéutica con familiares con duelo anticipado.
- Identificar las técnicas de comunicación verbal y no verbal más adecuadas para ser utilizadas por los TCAE en el apoyo el proceso del duelo anticipado.
- Mejorar la calidad de vida de la persona enferma terminal y sus cuidadores principales.
- Verificar la existencia de la entidad duelo anticipado en los cuidadores familiares de personas en fase terminal.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de libros y artículos en las principales bases de datos, como: Google Académico, Medline, Pubmed y Scielo, utilizando como descriptores: “Comunicación”, “Duelo”, “Duelo anticipado”, “Cuidadores familiares”, “Enfermo terminal”.

Como criterios de inclusión, se han utilizado: textos en español o traducidos, de acceso libre, sobre contenido referidos al proceso de duelo en pacientes con en-

fermedad terminal, y en su familia o cuidadores principales, y las técnicas y habilidades comunicativas del equipo de enfermería respecto al duelo anticipado

Como criterios de exclusión se han utilizado: los contrarios a los de inclusión, y contenidos relacionados con la fisiopatogía de las enfermedades terminales.

4 Resultados

El duelo es una experiencia de dolor, lástima, tristeza, aflicción o resentimiento que se manifiesta con ocasión de la pérdida de algo o de alguien significativo. Es un proceso normal, una experiencia por la que pasa toda persona que sufre la pérdida de un ser querido.

El duelo no es un estado, sino un proceso de afrontamiento de la muerte de ese ser querido y depende de la interacción de varios factores: el tipo de vínculo con el fallecido, las circunstancias de la muerte, y la personalidad, estado de salud o enfermedad y recursos personales, familiares y sociales del doliente.

No se trata de ningún suceso patológico sino de un proceso normal que pasa por unas fases:
- Es un proceso porque evoluciona a través del tiempo.
- Es normal porque ocurre siempre que perdemos a alguien a quien queremos.
- Es dinámico porque la persona experimenta a lo largo del proceso cambios en las distintas dimensiones (emocionales, físicas, cognitivas y sociales).
- Está relacionado con el entorno social porque se enmarca en un contexto cultural concreto.
- Es personal porque cada uno reacciona de manera individual según su personalidad.

Las diferentes teorías sobre las etapas del proceso del duelo postulan que los enfermos terminales, y sus familiares o personas más queridas, pasan por una secuencia de reacciones emocionales que les permiten protegerse de la amenaza de esa pérdida inminente.

En este sentido destaca el modelo aportado por la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross que, en 1969, en su libro On death and dying ("Sobre la muerte y los moribundos") señala cinco fases, que duran diferentes periodos de tiempo, se suceden unas a otras o, en ocasiones, se solapan:
1. Negación: es solamente un sentimiento de defensa temporal, que suele ser reemplazado por una hipersensibilidad hacia las situaciones e individuos que

perviven a la muerte.
2. Ira: aparece cuando el individuo reconoce que la negación no puede continuar. Este sentimiento dificulta la tarea del cuidado debido a que suele ir acompañado de envidia y resentimiento hacia cualquiera persona que, a su juicio, simbolice vida o energía.
3. Negociación: involucra la esperanza de que puede, de alguna manera, retrasar la muerte. Normalmente consiste en recurrir a un poder superior a quien se propone un cambio de conducta a cambio de más tiempo de vida.
4. Depresión: la persona empieza a entender la seguridad de la muerte. Suele manifestarse en silencios, rechazo de visitas y periodos largos de llanto y lamentos. Esta fase le permite desconectarse de todo sentimiento de amor o cariño, mientras va procesando la evidencia de la muerte No es recomendable intentar alegrar a quien la sufre porque se perjudicaría el proceso.
5. Aceptación: Esta etapa se describe como el fin de la lucha contra la muerte. Al comprender de que la muerte se acerca, surge una paz interior donde sentimientos y dolor físico pueden incluso desaparecer. La persona suele preferir estar sola.

No todas las personas pasan por todas las etapas, ni lo hacen en ese orden; pero todas sufrirán varias de ellas y, frecuentemente, una vez aparentemente superadas, volverán atrás repitiendo el proceso varias veces. En este sentido, algunos psicólogos señalan que cuanto más se luche, más tiempo se permanecerá en la etapa de negación y, en consecuencia, es posible que la persona enferma tenga más dificultades para tener una muerte digna.

Podemos diferenciar cinco tipos principales de duelo ante la muerte, según las circunstancias en que esta se produce y la forma en que la familia del enfermo aborda la pérdida.
- Duelo anticipado: se vive antes de la pérdida. La persona prevé el fallecimiento y se va desapegando emocionalmente y preparando para la ausencia.
- Duelo normal o no complicado: hay un impacto normal por la pérdida, de duración muy variable según cada persona y sus circunstancias.
- Duelo complicado: puede ser un duelo retardado, inhibido o negado, con retraso temporal al reaccionar emocionalmente y manifestar el dolor. El familiar no muestra sufrimiento aparente. A veces pasa a ser un bloqueo permanente en forma de duelo no resuelto.
- Duelo crónico: aquel que no se resuelve y permanece con dolor mantenido. Suele deberse a una gran dependencia emocional previa y agravarse si va asociado a sintomatología depresiva o a fantasías de reencuentro con el ser querido en el más

allá, que aumentan el riesgo de suicidio. Es frecuente en padres de niños fallecidos, que no son capaces de aceptar el fallecimiento y la intensidad del sufrimiento no mejora a corto plazo y, en ocasiones, nunca.
- Duelo traumático: es consecuencia de un fallecimiento inesperado o traumático, que no permite despedidas, cierre de ciclos vitales, ni realización de proceso de duelo anticipado que faciliten la aceptación de la pérdida. Aparecen recuerdos intrusivos, pesadillas y flashbacks como manifestaciones típicas.

El duelo anticipado es el proceso vivido por el paciente y su familia de forma previa al fallecimiento. Se inicia con el diagnóstico de que el paciente está en fase terminal y finaliza con su muerte.

A menudo, este tipo de duelo es padecido, al menos en un primer momento, solamente por los familiares ya que es habitual (salvo que el paciente lo pida expresamente) ocultar la crudeza del diagnóstico al enfermo, especialmente en el caso de niños y ancianos, con la esperanza de paliar, en lo posible, su sufrimiento durante el tiempo que les queda de vida.

El duelo anticipado por un ser querido presenta dos componentes: la angustia por la muerte próxima y la adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación. Por eso, se le considera una respuesta adaptativa positiva, que permite comenzar a trabajar los profundos cambios que acompañarán a la pérdida y mitigar el trauma asociado al duelo post mortem.

Para los familiares, el duelo anticipado puede ser un proceso más largo y doloroso que el que sigue a la muerte real, porque empiezan a anticiparse a esa pérdida con diferentes respuestas emocionales: se visualiza el fallecimiento del familiar, se genera una mayor preocupación por la familia, y se piensa en planes de futuro sin el paciente. Esto contribuye a que cuando se produzca realmente la muerte tenga menos impacto en la familia porque, al haber empezado ya el proceso de duelo, ha podido ir rompiendo el vínculo de dependencia con el fallecido. Además, ofrece tiempo para una la resolución de asuntos pendientes, si fuera el caso.

Para el enfermo, consciente de que afronta la certeza de su muerte a corto plazo, el duelo anticipado no existe como tal, más allá de que es un duelo previo a la muerte y no posterior a ella. Eso no significa que no pueda elaborarlo y llegar una aceptación que le proporcione paz interior. Pero no es infrecuente que las personas luchen, hasta el final, contra la idea de morir.

En el duelo anticipado pueden diferenciarse, en general, tres etapas en la reacción

de la familia y otros seres queridos del paciente:
- Primera etapa: Shock emocional. En el momento inicial, al recibir el diagnóstico de que la enfermedad está en fase terminal, las reacciones más frecuentes son aturdimiento, bloqueo mental, entumecimiento emocional e incredulidad. Esta noticia nunca es asimilada inmediatamente, se necesitan horas o días para procesarla. Es habitual mostrar sentimientos de ira contra el médico que les ha dado el diagnostico. Puede reaparecer este estado en momentos puntuales de etapas posteriores.
- Segunda etapa: Intentos de revertir el desenlace. A medida que se empieza a asimilar la realidad, van alternándose la rabia y la tristeza y se caracteriza, aún, por la incredulidad. Paralelamente, se buscan responsables o se cuestiona el diagnóstico de la enfermedad y se buscan soluciones alternativas. También se cuestiona el grado de probabilidad de que el desenlace sea fatal y se manifiestan brotes de enojo contra el equipo médico, que van disminuyendo a medida que se va aceptando la realidad del diagnóstico. En esta etapa se suele dar un especial interés hacia la persona que va a morir y se buscará resolver conflictos y sentimientos inconclusos.
- Tercera etapa: Reorganización. Al ir avanzando la enfermedad, los familiares y el paciente van asimilando lo irremediable y adaptándose lentamente a idea de la muerte, aunque nunca pierdan totalmente la esperanza. También es un tiempo para intentar cerrar temas pendientes y compartir sentimientos acerca de cómo será la vida sin él, en un intento de ir adaptándose a su ausencia y asumir la soledad.

Evidentemente, aunque se pueden diferenciar estas tres etapas, cada persona experimenta el duelo de manera única y personal. Lo importante es que este duelo anticipado permita ir preparándose para la separación física del ser querido cuyo desenlace es inevitable.

Para que este duelo anticipado sea positivo es fundamental que la familia vaya realizando una serie de tareas adaptativas:
- Permanecer involucrado con el paciente, teniéndole en cuenta en eventos familiares.
- Permanecer separado emocionalmente del paciente, rompiendo la dependecia.
- Adaptarse al cambio de roles y asumir nuevas responsabilidades.
- Soportar los efectos del duelo anticipado. Controlar los sentimientos.
- Despedirse. Dejar partir. Resolver asuntos pendientes.
- Aceptar la realidad de la inevitabilidad de la muerte.

A la hora de comunicar al paciente y/o sus seres queridos, la certeza de la proximidad del fallecimiento, existen varias recomendaciones para que el personal sanitario comunica la noticia del mejor modo posible.

Uno de los protocolos más referenciados y utilizados es el del oncólogo Buckman, que se basa en 6 etapas que deben ser realizadas de forma sucesiva:
1. Preparación: La primera consideración debe ser encontrar un lugar tranquilo. Además, es muy importante el interés, la conducta, el comportamiento y la postura física de proximidad del profesional sanitario que vaya a dar la noticia. Con esto se pretende que la persona se sienta segura y evitar interrupciones por el contexto.
2. Percepción: Se basa en conocer qué sabe el paciente sobre su estado de salud mediante preguntas abiertas y fijarse en el lenguaje que emplea para ello. Se debe de huir del paternalismo profesional y no dar nada por entendido.
3. Invitar a qué pregunte qué quiere saber: Con esto se pretende que conocer cuál es realmente la preocupación de la persona y qué es exactamente lo que le gustaría saber. Puede pasar que se muestre poco receptivo a ser informado, por lo que se le debe dar tiempo a que lo piense y darle la opción de hablar más tarde.
4. Conocimiento: Es el momento de hacerle entender que se le va a dar una mala noticia, de tal modo que vaya comprendiendo y asimilando la noticia poco a poco, para no repetir la información varias veces. El principal objetivo es que comprenda la nueva situación.
5. Empatía: Una vez comprendida la información por parte del paciente, comienza a manifestar respuestas conductuales de ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, negación o ambivalencia. Por ello, se debe de iniciar un proceso de escucha activa y empatía. Lo importante es saber cómo se siente, para intentar ayudarle en la medida de lo posible.
6. Resumen y planes de futuro: Finalmente el paciente estás suficientemente preparado como para conocer la nueva situación y poder establecer un plan terapéutico o medidas de futuro.

5 Discusión-Conclusión

En la documentación consultada se ha constatado que pocos estudios han examinado el duelo anticipado de los cuidadores durante la fase terminal de la enfermedad. Quienes lo han hecho, han señalado su complejidad y el hecho de que es difícil de sistematizar ya que, cada persona es distinta y cada enfermo y cada cuidador familiar conforman una realidad diferente.

Actualmente, se va acotando un perfil funcional, apoyado en dos factores básicos: el tiempo de cuidados y el perfil psicopatológico previo, a los que se añaden variables como la organización de la tarea de cuidados, la relación vincular, las competencias y el perfil psicológico del cuidador.

En el caso de las familias con pacientes en fase terminal se producen, al menos, dos tipos de duelo consecutivos: el duelo anticipado, donde predomina la angustia, y el duelo normal (o no complicado) donde predomina la tristeza.

La revisión documental realizada ha mostrado la importancia de las técnicas y habilidades comunicativas del profesional de enfermería respecto al duelo anticipado, ya que la comunicación, es la base principal para la resolución de cualquier tipo de duelo.

El TCAE, como parte del equipo de enfermería, debe tener en cuenta algunos aspectos clave en el momento de comunicar malas noticias:
- El duelo anticipado es una situación presente en el vínculo afectivo del paciente y su abordaje y manejo es fundamental para su resolución.
- Las técnicas no verbales constituyen una parte primordial en el proceso comunicativo vinculado con el duelo.
- Los factores ambientales constituyen un aspecto necesario para una comunicación más humanizada.

En este sentido, las habilidades comunicativas más recomendables para ser utilizadas con el paciente o su familia son:
- Escucha activa: escuchar concentrándose en el interlocutor y proporcionándole respuestas que demuestren que se le ha entendido. Implica ofrecer disponibilidad y mostrar interés.
- Mimésis: adaptación imitativa a los gestos, forma de hablar y comportamiento del otro.
- Proxemia: uso del espacio personal basado en la naturaleza de la relación, teniendo como objetivo evitar la invasión indeseada del espacio personal del interlocutor.
- Uso del silencio: la pausa y el silencio permiten que se desarrolle el pensamiento reflexivo y proporcionan tiempo para que la mente se relaje y deje aflorar lo que necesita decir, proponer o preguntar.

El TCAE, dada su cercanía física con el paciente, tiene la oportunidad de acompañar y ayudar al paciente en su proceso de duelo anticipado, mediante técnicas y conductas de apoyo:

- Buena disposición para comunicarse con el paciente, cuidando tanto la comunicación no verbal (gestos, postura corporal, contacto físico, distancia, etc.), como la verbal.
- No evitar la conversación sobre la muerte, si el paciente necesita hablar. No dar sensación de tener prisa, apatía o despreocupación.
- Promover actividades de ocio que sean de su agrado (ver TV, leer…) y encuentros con familiares y amigos.
- Proporcionar atención espiritual, si la demanda, porque es muy relevante en estos momentos.
- Aceptar las manifestaciones emocionales del paciente y sus familiares en relación con la vivencia de la perdida inminente.

6 Bibliografía

- Almanza Muñoz JJ, Holland JC. La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. I. Guía clínica práctica basada en evidencia. Rev Sanid Milit Méx. 1999; 53(2): 160-164.
- Bowlby, J: La pérdida afectiva . Editorial Paidos Iberica, Ediciones S. A. 1983.
- David Kessler, Kübler-Ross, E: Sobre el duelo y el dolor. Editorial Luciernaga2016.
- Kübler-Ross, E: Sobre la muerte y los moribundos. Editorial B de bolsillo. 2016.
- Núñez S, Marco T, Burillo G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. Med Clin. Barcelona. 2006; 127(15): 580-583.
- Sobrino López, A. Comunicación de malas noticias. Semn Fund Esp Reumatol. 2003; 9: 111-122.
- El duelo en cuidados paliativos. www.secpal.com/guias.

Capítulo 417

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

SUSANA ALONSO POSADA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

1 Introducción

Lo definimos como cuidados que recibe cualquier persona que se encuentra en la última etapa de la vida,normalmente se debe a una enfermedad terminal, estos cuidados les ayudarán a aceptar la enfermedad y a su vez, aliviar el sufrimiento, ante síntoma de dolor, el ofrecer apoyo psicológico tanto al enfermo como a los familiares, y mejorar en medida de lo posible la calidad de vida de una persona, tratando que los pacientes estén conscientes y libres de dolor.

Esta asistencia en realidad no es capaz de acelerar ni retrasar el proceso de morir, pero sí se hará más llevadero si con la ayuda de los profesionales adecuados se logra aliviar el sufrimiento.

2 Objetivos

- Determinar la importancia de los cuidados paliativos en enfermos terminales, principalmente para el propio paciente, pero sin ignorar a los acompañantes.

3 Metodología

- Se realiza una búsqueda bibliográfica y se ha utilizado el buscador Google y bases de datos como: Dialnet, Medline, Scielo.
- Se utilizan como descriptores:Dolor, Cuidados, aliviar, calidad de vida, Terminal.

4 Resultados

Tiene como objetivo principal mejorar tanto la calidad de vida del paciente como la de los cuidadores o acompañantes. Primordialmente, liberando de carga de trabajo al más expuesto, e implicando al que menos se implica, de esta manera se obtendrá un equilibrio y el paciente recibirá un trato más adecuado, conservando su buena imagen física, procurando mantener un ambiente agradable con unos cuidados de confort y bienestar, esta es la única manera de proporcionar una muerte digna, sin sufrimiento ni dolor.

Las funciones que debe desempeñar el TCAE son muy importantes en los cuidados paliativos, ya que cubrirán cualquier necesidad física, como emocional y/o espiritual del paciente terminal y de sus acompañantes. Siguiendo en todo el proceso facilitando los cuidados físicos y psicológicos necesarios, ante una enfermedad avanzada e incurable.

En fin, se debe realizar una valoración integral, estableciendo un plan de cuidados individualizados para cada paciente, adecuándolos a sus necesidades y a las necesidades de sus acompañantes. De ésta manera, se proporcionará una atención de calidad, asentando sistemas de evaluación para mejorar la práctica asistencial.

5 Discusión-Conclusión

En estos cuidados es imprescindible un aprendizaje continuo y perseverante ya en unión entre los cuidadores o acompañantes y el equipo sanitario, serán importantísimos para poder mitigar cualquier dolor, y aplicar los conocimientos

aprendidos tanto en el propio centro sanitario como en domicilio, teniendo siempre como prioridad las decisiones del enfermo.

Se ha comprobado, que los enfermos que permiten recibir cuidados paliativos sobrellevan de mejor manera la enfermedad y afrontan con más entereza la muerte; y por otro lado, los acompañantes están seguros de haber estado a su lado hasta el final, respetando sus deciones.

Hay que matizar que como trabajadores del equipo de enfermería, deberíamos partir con una información y formación en las relaciones interprofesionales para poder comprender al paciente y así proporcionarle unos cuidados adecuados y personalizados, teniendo en cuenta que cada paciente necesita unos determinados, no se debe generalizar.

Una comunicación apropiada avalan tanto al paciente como a sus acompañantes una solución sincera, es muy importante para evitar el sufrimiento del paciente.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 418

LOS RESIDUOS SANITARIOS

FERNANDO MUÑIZ VARELA

SUSANA MARTÍNEZ HUERTA

Mª JOSÉ GONZÁLEZ BRAÑA

1 Introducción

Se entiende por residuo sanitario aquél generado en el desarrollo de las actividades sanitarias realizadas en cualquier establecimiento o servicio donde se realicen actividades de atención a la salud del ser humano y de animales, incluidos los envases y residuos de envases que los contengan o los hayan contenido.

Los hospitales y otros centros sanitarios generan volúmenes considerables de residuos, algunos hasta varias toneladas diarias. Por lo tanto es de especial importancia incorporar este plan para la gestión de los residuos a todo el sector sanitario.

Los residuos sanitarios abarcan aquellos productos (sólidos, líquidos o gases), incluidos los envases, derivados o generados en los centros sanitarios como consecuencia de las actividades de atención a la salud humana. Algunas de estas actividades son:

- Actividades asistenciales o personas enfermas en hospitales o centros sanitarios.
- Actividades de prevención de la salud llevadas a cabo con personas sanas.
- Obtención y manipulación de productos biológicos, procesamiento y estudio analítico.

• Procesos de investigación con manejo de productos biológicos y productos químicos.

2 Objetivos

Conseguir una gestión avanzada de los residuos que se generan en un centro hospitalario, mediante la adecuada segregación de los mismos en base a la legislación vigente, para garantizar su correcta eliminación y por lo tanto prevenir el riesgo laboral. Esta gestión intracentro se basa en la formación e información del personal sanitario.

3 Metodología

Se procede a la elaboración de un plan de gestión de residuos sanitarios, en el cual, uno de los puntos destacados es la realización de unos carteles de formación e información sobre la segregación de cada tipo de residuo. Estos carteles se colocarán en cada uno de los puntos generadores de residuos del Hospital y se realizarán sesiones formativas para el personal sanitario.

4 Resultados

La formación e información de la segregación de los Residuos mediante carteles identificativos para la rápida consulta visual en cada una de las plantas y Servicios que los genera, garantiza la correcta gestión de los mismos, y por lo tanto contribuye a optimizar la gestión tanto en su vertiente económica como en la preventiva.

El incremento de la utilización de productos sanitarios desechables, sobretodo en Servicios como Quirófano, con la utilización de la ropa de un solo uso, ha supuesto un aumento en la cantidad de residuos de tipo II. La correcta ordenación y normalización de los residuos sanitarios, mediante una eficiente gestión intracentro, permite disminuir tanto el riesgo hacia la salud, como los costes de la gestión global de los residuos sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

La elaboración de un plan de gestión de residuos sanitarios procedentes de la actividad hospitalaria, unida a la realización de un programa de formación e información sobre la segregación de los mismos, a través de carteles identificativos, en las plantas y Servicios productores, contribuye a garantizar la salud pública, la defensa del medio ambiente y la preservación de los recursos naturales. La clasificación adecuada de los residuos facilita la asignación de tratamientos específicos para su eliminación, de esta forma, ayuda a prevenir tanto los riesgos para la salud del personal sanitario y resto de usuarios, como los riesgos para el medio ambiente. La eliminación adecuada de los residuos, permite contribuir al plan de minimización de costes, al ahorrar gastos innecesarios de su gestión.

6 Bibliografía

- http://www.auxiliar-enfermeria.com
- https://www.astursalud.es
- http://celadoresonline.blogspot.com
- https://www.ambientum.com

Capítulo 419

QUÉ ES EL AUTISMO.

ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

FRANCISCO JOSÉ MOROTE MORENO

LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ

1 Introducción

El autismo es un síndrome que causa alteraciones en la capacidad de comunicación, interacción social y comportamiento del niño, lo que provoca señales y síntomas como dificultades en el habla, bloqueos en la forma de expresar ideas y sentimientos, así como comportamientos no comunes, como que no le gusta interactuar, se agita repentinamente o repite movimientos.

Las señales del autismo surgen, generalmente, alrededor de los 2 a 3 años de edad, período en el que el niño tiene una mayor interacción y comunicación con las personas y el ambiente. Sin embargo, en algunos casos, ya es posible observar algunos síntomas de alerta en bebés como la ausencia de expresiones faciales o la falta de reacción a los sonidos, por ejemplo. Vea más sobre los síntomas de autismo en bebés y niños.
Los síntomas del autismo también se pueden notar en adolescentes y adultos, y algunos de los más comunes son el aislamiento, no mirar directamente a los ojos, agresividad y dificultad para adaptarse a una nueva rutina. Es importante recordar que tan solo algunas de estas señales no confirman el autismo, por lo

que es importante consultar al pediatra o un psiquiatra infantil que podrá hacer una evaluación clínica más específica.

Cómo saber si es autismo.
En el autismo leve, el niño presenta pocos síntomas que pueden inclusive pasar como desapercibidos como por ejemplo relaciones interpersonales afectadas; risa inapropiada; no mirar a los ojos; frialdad emocional; jugar con el mismo juguete u objeto, entre otras. Vea cómo identificar las primeras señales de autismo leve.

Ya en los casos de autismo moderado y grave, la cantidad y la intensidad de los síntomas son mayores.
Los síntomas que pueden presentarse por cualquier niño autista son:
Dificultad en la interacción social.
• No mirar a los ojos o evitar hacerlo cuando una persona habla con él, estando bien cerca.
• Risas y carcajadas inadecuadas o sin sentido como durante un velorio o durante una boda o bautizo, por ejemplo.
• No le gusta el cariño y afecto y por esto no se deja abrazar y besar.
• Dificultad para relacionarse con otros niños y por esto prefiere mantenerse solo y no jugar con nadie.
• Repetir siempre las mismas cosas, jugar siempre con los mismos juguetes.

Dificultad para comunicarse
• El niño sabe hablar, pero prefiere no hablar nada y se mantiene callada por horas, así le hagan preguntas.
• El niño se refiere a sí mismo como si se tratara de otra persona.
• Repite la pregunta que se le ha hecho varias veces seguidas sin importar molestar a los otros.
• Mantiene siempre la misma expresión en la cara y no entiende gestos y expresiones faciales de los otros.
• No hace caso cuando se le es llamado por su nombre, como si no estuviese escuchando nada, a pesar de no ser sordo y de no tener ningún problema auditivo.
• Mirar de reojo cuando se siente incómodo.
• Cuando habla la comunicación es monótona y con un tono pedante.

Alteraciones en el comportamiento.
• No tiene miedo de situaciones peligrosas como atravesar una calle sin mirar hacia los carros, acercarse mucho a los animales aparentemente peligrosos como perros grandes.
• Tiene juegos extraños, dándole funciones diferentes a los juguetes que tiene.

• Juega con una parte del juguete como por ejemplo la rueda de un carrito, y se puede mantener mirándola y moviéndola constantemente.
• Aparentemente no siente dolor y parece que le gusta golpearse o golpear a los demás a propósito.
• Dirige el brazo de otra persona para recoger el objeto que desea.
• Mira siempre hacia la misma dirección como si estuviese detenido en el tiempo.
• Se balancea hacia adelante y hacia atrás durante varios minutos u horas, o tuerce las manos o los dedos constantemente.
• Dificultad para adaptarse a una nueva rutina, agitándose, y pudiendo lastimarse o lastimar a los demás.

Síntomas.
Los síntomas del autismo pueden ser más leves en la adolescencia y en la edad adulta, porque las señales pasaron desapercibidos durante la infancia, o por la mejoría al realizar el tratamiento. Es común que el joven autista presente señales como:
• Ausencia de amigos, o en los casos en que se tiene alguno no hay contacto regular o presencial. Generalmente, el contacto con personas se limita al círculo familiar, colegio o relaciones virtuales por Internet.
• Evitar salir de casa, para actividades del día a día como utilizar transportes y servicios públicos, actividades de ocio, prefiriendo siempre actividades solitarias y sedentarias.
• Muchos no pueden tener autonomía para trabajar y desarrollar una profesión.
• Suelen tener síntomas de depresión y ansiedad.
• Dificultad de interacción social, e interés sólo en actividades específicas.

La posibilidad de tener una vida adulta normal y autónoma varía de acuerdo con la gravedad de los síntomas y de la realización de un tratamiento adecuado. El apoyo familiar es esencial, principalmente en los casos más graves, en que el autista puede depender de los familiares y de las personas que lo cuidan para atender sus necesidades sociales y financieras.

Los objetivos generales de las estrategias educativas en niños autistas deben estar dirigidos a la consecución de las siguientes metas:
• Potenciar al máximo la autonomía e independencia personal de los chicos y chicas.
• Desarrollar el autocontrol de la propia conducta y su adecuación al entorno.
• Mejorar las habilidades sociales de los alumnos, fomentando su capacidad de desenvolvimiento en el entorno y de comprensión y seguimiento de las normas,

claves y convencionalismos sociales y emocionales.
• Desarrollar estrategias de comunicación funcional, espontánea y generalizada.
• Fomentar la intención comunicativa y la reciprocidad en la comunicación.
• Desarrollar procesos cognitivas básicos como el pensamiento abstracto, la atención y la memoria.

2 Objetivos

- Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica, para un adecuado conocimiento de la misma que permita realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: Autismo, autismo en niños, síntomas, dificultad y prevención.

4 Bibliografía

- https://www.universidadviu.es/principales-estrategias-educativas-para-ninos-con-autismo/.
- https://www.tuasaude.com/es/sintomas-de-autismo/.
- https://www.redalyc.org/jatsRepo/778/77854690005/html/index.html.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 420

FUNCIONES IMPORTANTES DE UNA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL DEPARTAMENTO DE ESTERILIZACIÓN

ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ

ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La esterilización es el proceso mediante el cual se destruyen todos los microorganismos del material sanitario e instrumental quirúrgico y esté apto para su posterior uso clínico, es fundamental para evitar infecciones y transmisiones de microorganismos resistentes, que es el principal problema de salud para el paciente y para el centro hospitalario.

Las auxiliares de enfermería se aseguran de que los dispositivos médicos reutilizables (incluyendo los instrumentos quirúrgicos) sean estériles. Están involucrados en este proceso, desde la recepción de los elementos utilizados para los equipos estériles, hasta el momento de su utilización. Llevan a cabo registros exhaustivos de cada etapa del proceso.

El objetivo principal para llevar a cabo una buena esterilización del material la auxiliar debe tener en cuenta las singuientes zonas y que se hace en cada una de ellas.

- Zona sucia. Revisión, limpieza, secado, clasificación y comprobación del material donde se recepciona, se limpia y se desinfecta el material sucio y contaminado.
- Zona de empaquetado. Disposición, controles y empaquetado del material.
- Zona de esterilización: Manejo de autoclaves y cámaras de esterilización.
- Zona de ropas: Tratamiento de ropa que precise esterilización.
- Zona de ropas: Tratamiento de ropa que precise esterilización.

Con la esterilización se consigue:
- Proteger al paciente.
– Determinar la responsabilidad si apareciese alguna incidencia.
– Demostrar la calidad.
– Limitar la extensión ante un problema.

2 Metodología

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

3 Resultados

En primer lugar, recibe el equipamiento utilizado. Después debe manipular el equipo con cuidado, porque puede ser delicado. También debe protegerse y proteger a los demás miembros del personal frente a cualquier contaminación. El técnico debe asegurarse de que el equipo recibido está completo. Si falta algún elemento, debe informar a su supervisor. Cada elemento o conjunto de dispositivos está codificado, así se puede localizar mediante un sistema de reprocesamiento.

Antes de limpiar el equipamiento, hay que desmontar cada elemento y colocar los dispositivos en una lavadora-desinfectadora mecánica automatizada, que limpia, desinfecta y seca el equipamiento. Una vez limpios y desinfectados, los elementos se transfieren a la zona de producción, donde el técnico de servicios de esterilización los inspecciona para asegurarse de que están limpios, secos y de que pueden funcionar correctamente de acorde con el uso previsto.

Asimismo, el técnico revisa y vuelve a montar los materiales, en el momento que sea necesario, antes de su envasado, sellado y etiquetado para prepararlos para la esterilización. A continuación, los paquetes pasan a la zona de esterilización, donde el técnico los coloca en el esterilizador.

Los métodos de esterilización físicos son;
- Térmicos. Aire caliente: calor seco como la estufa Poupinel que elimina los microorganismos por coagulación de las proteínas, su efectividad depende de la difusión, cantidad y nivel de calor, se usa fácilmente en líquidos no acuosos como aceites, siliconas, vaselinas.
- Calor húmedo: vapor como el autoclave.
- Radiaciones no ionizantes: físicos como microondas.
- Radiaciones ionizantes: rayos beta, rayos gamma, se utiliza industrialmente y para un solo uso.

Los métodos de esterilización químicos son: peróxido de hidrógeno (plasma), ozono gaseoso, óxido de etileno gaseoso (material termosensible), formaldehído gaseoso, solución de ácido paracético, solución activada de glutaraldehído líquido.

El autoclave elimina los microorganismos por desnaturalización de las proteínas. Es el método de esterilización más efectivo, también es el más seguro, no es tóxico y el de costo más bajo. El autoclave es un recipiente metálico de cierre hermético que trabaja con alta presión de vapor y alta temperatura (134°C) a un tiempo determinado.
- Controles físicos: papel registrador del autoclave.
- Controles biológicos: con esporas que es el microorganismo más resistente.
- Controles químicos: dispositivos especiales impregnados de compuestos químicos sensibles a los parámetros (temperatura, tiempo y presión) de esterilización, viran de color, test de Bowie-Dick.

Después de la esterilización, el técnico deja enfriar los materiales antes de colocarlos en el almacén de artículos procesados, donde permanecen hasta que deban distribuirse o utilizarse.

4 Discusión-Conclusión

Para ser un técnico de esterilización, se necesita:
- Ser detallista y poner mucha atención en el trabajo.

- Seguir los procedimientos correctamente en cada etapa del proceso.
- Tener capacidad de hacer parte del trabajo sin supervisión.
- Tener habilidades para el trabajo en equipo.
- Tener capacidad de trabajar con rapidez y precisión, bajo presión, con el fin de tener listo equipo para ser utilizado cuando se necesita.
- Tener una buena condición física, ya que el trabajo en ocasiones implica empujar carritos y levantar material diverso.
- Tener habilidades para mantener registros al día. Los técnicos a veces usan el ordenador para actualizar registros.

5 Bibliografía

- Mosquera, R., & Arley, K. (2006). Mejoramiento de la eficiencia del proceso central de esterilización y de la unidad de cirugía (Bachelor's thesis, Universidad Autónoma de Occidente).
- Guillamás, C., Gutiérrez, E., Hernando, A., Méndez, M. J., Sánchez-Cascado, G., & Tordesillas, L. (2017). Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Novedad 2017. Editex.
- Ravasi, C. A. (2016). Programa integral en central de esterilización.

Capítulo 421

CUIDADOS A PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

JOSEFINA BALLESTEROS CASTILLA

AZAHARA CASTELLANOS BALLESTEROS

1 Introducción

La esquizofrenia es un trastorno grave del neurodesarrollo que dura toda la vida y que afecta la forma cómo una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esta enfermedad pueden tener delirios, alucinaciones, lenguaje o comportamiento desorganizado y capacidad cognitiva alterada. Pueden escuchar voces o ver cosas que no están allí. Pueden pensar que otras personas están leyendo sus mentes, controlando sus pensamientos o intentando hacerles daño. Estos comportamientos pueden asustar y desconcertar a las personas con la enfermedad y hacer que se aíslen de los demás o se pongan sumamente agitados. También puede hacer que sea aterrador o desconcertante para las personas que los rodean.

2 Objetivos

- Intentar no desafiar las creencias de las personas con trastorno psicótico, pero, al mismo tiempo, no deben estar de acuerdo con los delirios del mismo.

3 Caso clínico

Paciente varón de 34 años de edad. Soltero y sin hijos. Actualmente convive con su madre en el domicilio de la familia de origen. Está en proceso de valoración

para obtener grado de minusvalía y solicitar una pensión.

En la actualidad está diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide. Psicopatológicamente estable.

Con marcado predominio de sintomatología negativa en su cuadro. Los síntomas positivos han estado ausentes desde su ultimo ingreso hospitalario. Tiene buena adherencia al tratamiento inyectable, aunque la adherencia al tratamiento oral es algo dudosa.

- Peso: 103 kg
- Talla: 1,85 m
- IMC: 30
- Aspecto físico: Buen estado general, aunque a veces descuida su aspecto y su higiene.
- Conciencia de enfermedad: Si
- Conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento: escasos.
- Cumple los tratamientos: Sí al menos el tratamiento Depot, a veces viene acompañado de su padre.
- Hábitos tóxicos: Fumador de unos 20 cigarrillos diarios.
- No alergias conocidas.
- Problemas de sueño: Ciclo de sueño alterado, se acuesta a altas horas de la madrugada y se levanta a mediodía.
- Precisa de medicación hipnótica para conciliar el sueño.

4 Discusión-Conclusión

Existe suficiente conocimiento para afirmar que las personas que presentan enfermedades mentales y, en particular trastornos mentales graves, como la Esquizofrenia, tienen asociadas tasas de prevalencia más altas de problemas somáticos, de mortalidad para determinadas patologías y una esperanza de vida menor que la población general. Esta mayor morbimortalidad se debe en muchos casos a la aparición de patologías concurrentes, cuya prevención, diagnóstico y tratamiento se ve dificultada por el hecho de padecer una enfermedad mental. Los elementos que contribuyen a favorecer este tipo de trastornos físicos asociados se relacionan con una mayor prevalencia de estilos de vida no saludables; con factores de la propia enfermedad; con los tratamientos farmacológicos y con la menor accesibilidad de estas personas a una atención sanitaria continuada y adecuada a sus necesidades, debido principalmente al estigma.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov
- https://es.wikipedia.org

Capítulo 422

LA CROMOTERAPIA COMO TRATAMIENTO PARA LA SALUD MENTAL

LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ

ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

ENCARNACIÓN MOROTE MORENO

1 Introducción

Lo que nuestros ojos perciben como colores no son más que ondas electromagnéticas de la luz que reflejan algunos objetos. Según la combinación de las longitudes de onda, distinguimos unos colores u otros. No se trata solo de un estímulo visual, sino también emocional, ya que las sensaciones que nos producen los colores nos afectan a nivel inconsciente. Esto es algo muy estudiado por la psicología y un conocimiento que, a menudo, se usa con fines prácticos. No es de extrañar que los colores de la decoración de un hospital, por ejemplo, sean cuidadosamente escogidos para evocar una sensación de calma y placidez en los pacientes.

Al poner colores neutros, pese a que no hay picos anímicos, más que los propios provocados por la propia enfermedad o dolencia, unos y otros actúan de una manera más monótona y serena. El verde o el azul, le da al paciente tranquilidad

y confianza inconsciente, lo que hace que se sienta más cómodo y relajado, lo que es mejor para su estado de salud. La Medicina Tradicional China establece 12 puntos básicos de vibración en el cuerpo, un principio que también se sigue en técnicas como la "acupuntura" o la "kinesio", las cuales hace unos años estaban desechadas pero poco a poco están más en boga dentro de la medicina europea. Cuando hay una enfermedad o una perturbación, el ritmo de vibración de estos puntos se altera. El objetivo de la cromoterapia es devolver su equilibrio o ritmo natural a estos puntos mediante el uso de colores. Esta terapia de colores también está siendo empleada por fisioterapeutas, a esta técnica la llaman "kinesio".

La cromoterapia divide los colores en tres tipos, en función de sus propiedades:
- Los colores cálidos, como el rojo y el naranja, ayudan en la regeneración y recuperación del cuerpo, pero a nivel psicológicos, altera al paciente.
- Los colores templados, como el verde y el amarillo, ayudan a mantener la fluidez y la higiene, así como a templar el ánimo.
- Los colores fríos, como el azul y el violeta, son beneficiosos para dosificar la energía y la circulación del cuerpo.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio han sido para demostrar cómo a través de la cromoterapia, o terapia del color, los pacientes y los propios sanitarios se encuentran más calmados y animados durante su estancia en los centros.

3 Metodología

Estudios realizados en distintos centros hospitalarios y sanitarios, la experiencia y la documentación aportada al finalizar las conclusiones de este estudio.

4 Resultados

En la práctica, los efectos de la cromoterapia pueden ir desde mejorar el estado de ánimo a la regulación de anomalías como la obesidad o la mala circulación sanguínea. Pese a que mejoran los estados mentales de los pacientes por el mensaje que pueden evocarles ciertos colores, no hay que confundirlo con la curación de enfermedades, pero sí como complemento, ya que ayuda psicológicamente al paciente.

Debe entenderse, entonces, como un excelente complemento para cualquier tratamiento, sobre todo si es de naturaleza psicológica, y como un método efectivo para mejorar el equilibrio interior y la calidad de vida del paciente. Los efectos que se han visto han sido, sobre todo, psicológicos, pese a que una variante de esta técnica quiere achacar que también "sanan" distintas dolencias.

- Los colores rojizos estimulan el ánimo y aumentan el aguante físico.
- Los colores anaranjados aumentan el optimismo.
- Los amarillos estimulan la concentración y ayudan a pacientes con depresión puesto que combaten la melancolía y aumentan el optimismo.
- Los colores verdes ayudan a la relajación a la hora de dormir, calman el insomnio, los nervios y el mal humor.
- El azul proporciona un efecto de paz y tranquilidad y ayuda a relajar la mente.
- Los colores lilaceos disminuyen la angustia, las fobias, miedos e impulsos violentos.

5 Discusión-Conclusión

Podemos afirmar que los colores nos mandan de una forma subconsciente mensajes que ayudan a nuestros estados de ánimo, lo que ayuda a que las enfermedades puedan superarse de una manera más llevadera. No curan enfermedades como la medicina "alternativa" quiere hacer creer, pero sí ayudan a mitigar el estado de ánimo de los pacientes, lo que hace que tengan una mejor recuperación y en menor tiempo.

Por otro lado, si el paciente tiene una experiencia traumática durante su estancia en el centro y la asocia a uno de los colores empleados, por mucho que normalmente ese color sea tranquilizador, seguramente le evocará el efecto contrario. Por eso es importante no sobrecargar de un solo color las estancias y combinarlo con tonos neutros.

6 Bibliografía

1. Reginald Robert. Psicología Del Color: Curso de Formación En Psicología Y Terapia Del Color. Ld Books Incorporated, 2008.
2. Joseph Corvo, Lilian Verner-Bonds. Reflexología y Cromoterapia: Una forma de curación para mejorar su vida. EDAF Bolsillo, 1998. Volumen 602 de Salud bolsillo.

3. Susana Arilla Viartola. Cuadernos de colores de activación mental: Niveles Amarillo, Azul y Verde. Lulu.com, 2010
4. Jean-Michel Weiss, Maurice Chavelli. La curación por los colores. New Age Series. Ediciones Robinbook, 1995
5. Jarmo Ahonen. Kinesiología y anatomía aplicada a la actividad física. Editorial Paidotribo, 2001.
6. Sánchez Carrión, Mª José. Método de cromoterapia combinada para trastornos de conducta. Ministerio de Educación
7. Eva Heller. Psicología del color: cómo actúan los colores sobre los sentimientos y la razón. Gustavo Gili, 2004
8. Reginald Roberts. Psicología del color. Yug, 1989
9. Charles G. Morris, Albert A. Maisto. Introducción a la psicología. Pearson Educación, 2005

Capítulo 423

EL MOBBING EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO

MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de acoso laboral o "mobbing" nos referimos a cualquier acto o conducta que perdure en el tiempo y que se lleve a cabo sobre un empleado de manos de otro companero/ grupo de compañeros o de parte de un superior. Este acto conlleva miedo, angustia y desmotiva

2 Objetivos

- Conocer las consecuencias del acoso laborar y la importancia de estar atento ante situaciones de acoso laboral y de como actuar ante un caso así.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el tema usando las bases de datos: dianet pubmed y web and cience, utilizando las palabras clave: "acoso laboral", "baja laboral", "ansiedad" "acosador" y "mobbing".

4 Resultados

Ser víctima del acoso laboral puede conllevar una serie de consecuencias: Ansiedad, depresión, apatía o pérdida de interés repentino, culpabilidad injustificada, sentimiento de impotencia, Alteración en el ciclo del sueño Miedo al lugar

de trabajo, a salir a la calle, a volver a trabajar, a responder al teléfono, a interactuar con el jefe, etc. En la mayoría de los casos, baja laboral.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la importancia de las consecuencias que una situación de acoso laboral o "mobbing" puede acarrear para la víctima que lo sufre es muy importante tener en cuenta los siguientes puntos: Ante una situación de acoso laboral, lo primero que se debe hacer es detectar quién es el acosador. Es esencial la solidaridad y hacerle saber a la víctima que tiene un apoyo. Una vez detectado no se debe callar, se debe luchar para que se ponga fin a este abuso.

6 Bibliografía

- Iñaki PIÑUEL. MANUAL DE AUTOAYUDA. Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo.
- Pedro Cayuela Ruiz, Violencia horizontal entre profesionales de enfermería.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 424

EL TCAE Y EL TRATO HUMANIZADO AL PACIENTE

VIOLETA OTERO GÓMEZ

1 Introducción

El personal que trabaja en el ámbito sanitario debe disponer de una serie de capacidades a nivel de habilidades sociales y comunicativas que permitan interactuar de forma adecuada con el usuario o paciente que llega al centro sanitario. En este sentido, el personal TCAE será la primera cara visible que el ciudadano se encuentre a su llegada a las instalaciones. Este profesional, por lo tanto, debe ser conocedor de las características que las personas, en su mayoría presentan: enfermedad, dolor, incertidumbre, inquietud, ansiedad, temor. Por ello, este profesional debe mantener una actitud cálida, de confianza y tranquilidad. En muchas ocasiones, los procedimientos sanitarios son confusos para el paciente y sus acompañantes. Por ello, será el auxiliar de enfermería el encargado de explicar los mismos, en un lenguaje llano y sencillo, dando las instrucciones oportunas (Acosta, 2018).

En el ámbito de la salud es una actitud mental, afectiva y moral que invita al personal de un centro sanitario a plantearse esquemas mentales, estados emocionales, estilo de comunicación y conducta ante la intervención frente a un paciente que va a proceder a la hospitalización o a la realización de una prueba diagnóstica o terapéutica. En este sentido, el recibir una atención humanizada y cercana, individualizada y adaptada a las necesidades particulares de la persona, hará que esta se sienta satisfecha con la atención recibida y encare otros procesos sanitarios adyacentes con una mayor confianza (Draga Ramírez, García Vargas y Trujillo Sarmiento, 2016).

El hecho de humanizar la atención sanitaria y no sanitaria es, por lo tanto, imperante. No solo funciona como garantía de calidad asistencial, sino que además asegura el cumplimiento de los principios bioéticos y el respeto de los derechos del paciente (Belzunegui, Busca, López y Tejedor, 2010; Acosta, 2018).

2 Objetivos

- Describir qué funciones desempeña el auxiliar de enfermería en la recepción del usuario en un contexto sanitario, así como cuáles deben ser las principales características que estos deben presentar en el desarrollo de una atención humanizada.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar enfermería, TCAE, atención humanizada, sanidad, asistencia, función. A través de estos tópicos, se encontraron 10 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 3 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 7 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debió eliminar uno más por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 6.

4 Resultados

Tras analizar los estudios seleccionados, se podría decir que la calidad asistencial comprende dimensiones tales como la rapidez y eficiencia en la atención prestada, la amabilidad por parte del profesional o la satisfacción final del paciente. En este sentido, se halla que los principales principios que deben regir la actitud del auxiliar de enfermería, en su interacción con el usuario y de cara a garantizar un trato humanizado, son los que siguen:

• Adaptarse a las características individuales de la persona que se atiende.

• Ser perfeccionista a la hora de proporcionar formación al usuario, centrándose en los detalles para que la información sea lo más completa posible.

• Ser humilde y respetuoso.
• Mantener su rol profesional y no salirse del mismo.
• Proporcionar seguridad y confianza.
• Respetar la confidencialidad y la protección de los datos del usuario.
• Mostrarse abierto y accesible.
• Comunicar de manera comprensiblemente, evitando tecnicismos.

Las funciones clave de este profesional a la hora de interactuar con el paciente, se detallan a continuación:
• Atender a las dudas o reclamaciones del paciente o sus familiares, y realizar el registro de las mismas.
• Canalizar dichas reclamaciones o sugerencias a instancias superiores.
• Trasladar la resolución de la reclamación al usuario.
• Atender de forma directa y personal al paciente.
• Orientar y formar.
• Explicar de forma clara y sencilla los distintos procedimientos a realizar, apoyando en su ejecución en caso de que la persona no sepa llevarlos a cabo.
• Manejar la comunicación facilitada, mediante pictogramas u otras alternativas presentes en el centro en cuestión.
• Funcionar de puente directo entre el paciente y el resto de personal sanitario, y viceversa.

Para conseguir que todas estas tareas se realicen de forma eficaz y eficiente, la bibliografía manejada asegura que habrá medidas clave a aplicar que garanticen el adecuado desempeño de dichas funciones:
• Seguimiento al trabajador y evaluaciones continuas.
• Formación y actualización periódica.
• Valoración de propuestas realizadas por el personal que incluyan la mejora de los servicios de atención al ciudadano.
• Implementación de guías y protocolos basados en una atención humanizada.

Finalmente, el auxiliar de enfermería (en colaboración con otros profesionales) también tendrá la función clave de conseguir que el usuario o paciente, y sus acompañantes, se familiaricen con los servicios de salud. En este sentido, deberá explicar de forma amable y sencilla las distintas zonas del lugar, cómo llegar a las mismas, así como las distintas áreas a las que pueden acceder (cafetería, capilla, salas de espera). Esta información puede ser otorgada, bien de manera verbal, bien complementada mediante fotografías, planos o gráficos.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye, que el sistema nacional de salud debe incorporarse, progresivamente, a un desarrollo de sus servicios más humanizado e individualizado, basado en la ética y en el respeto a los derechos del paciente y familiares. Centrarse en la persona, sus características individuales, manteniendo una visión y asistencia integral, será esencial. Por ello, las normas y procesos aplicados en los centros de salud deben ser analizados en profundidad y revisados, de forma que todos los profesionales incorporen esta visión en sus respectivas áreas de trabajo.

Por otro lado, se comprueba que la bibliografía a este respecto es poca y desactualizada. Por ello, como propuesta de futuro, el desarrollo de estudios empíricos que contrapongan antiguos modelos de atención al usuario, con otros novedosos basados en la humanización de los procesos, puede ser interesante para valorar cómo estos influyen en la satisfacción final del paciente.

6 Bibliografía

- Acosta, C. A. A. (2018). La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. Revista Colombiana de Bioética, 13(2), 68-86.
- Belzunegui, T., Busca, P., López, L y Tejedor, M. (2010). Calidad y acreditación de los servicios de urgencias. Sistema sanitario. 33 (1),123-130.
- Correa, D., y Arrivillaga, M. (2007). La humanización de la asistencia en la enfermedad crónica. En M. Arrivillaga., D. Correa., y I.C. Salazar. (Ed.), Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica (pp 247- 270), Bogotá, Colombia: Manual moderno.
- Draga Ramírez, L., García Vargas, S., & Trujillo Sarmiento, A. G. (2016). Percepción de necesidades de humanización en personal asistencial de salud vs personal administrativo en una clínica de Cali.
- Hernández, A. M. S., & Margarita, P. (2003). Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Cuadernos de bioética, 14(50), 39-60.
- Ortega Benítez, A., García Martín, J. C., Rodríguez Novo, Y., Núñez Díaz, S., Novo Muñoz, M., & Rodríguez Gómez, J. A. (2004). Humanización en atención urgente.¿ Entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia?. Emergencias (St. Vicenç dels Horts), 12-16.
- Sanz García, P., Jurado García, M. C., & Fernández Serrano, M. M. (2009). La humanización de los cuidados, la clave de la satisfacción asistencial: hacia el plan de acogida y acompañamiento.

- Villanueva, A., Nebot, C., Galán, A., Gómez, G., Cervera, M., Mira, J. J., ... & Tomás, O. (2006). Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. Revista de Calidad asistencial, 21(4), 199-206.

Capítulo 425

CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS Y SUS VENTAJAS

NEREA LEON SUAREZ

1 Introducción

La palabra residuo (con origen en el latín residŭum) describe al material que pierde utilidad tras haber cumplido con su misión o servido para realizar un determinado trabajo. El concepto se emplea como sinónimo de basura por hacer referencia a los desechos que el hombre ha producido. Hay que destacar el hecho de que existen diversas clasificaciones para aquel. Así, tomando como pilar lo que es el origen y procedencia del mismo nos encontramos con el hecho de que los residuos pueden ser domiciliarios, comerciales, industriales, hospitalarios o urbanos. La Ley 22/2011, de 28 de julio es la encargada de desarrollar los deberes y obligaciones que los centros sanitarios deben acatar :
- Realizar el tratamiento de los residuos por si mismos.
- Encargar el tratamiento de sus residuos a un negociante, o a una entidad o empresa, debidamente registrados.
- Entregar los residuos a una entidad pública o privada de recogida de residuos, para su tratamiento.

2 Objetivos

- Conseguir los conocimientos necesarios para realizar una correcta clasificación de los residuos sanitarios.
- Reducir los riesgos laborales, como cortes o pinchazos con dichos residuos.
- Reducir el impacto medioambiental generado.

- Facilitar el trabajo a los servicios de limpieza del centro y también a las empresas encargadas del posterior tratamiento.

3 Metodología

1. Residuos no peligrosos:
- Grupo I. Residuos generales asimilables a domésticos: son los residuos que se generan fuera de la actividad sanitaria y no precisan medidas especiales en su gestión.
- Grupo II. Residuos sanitarios asimilables a domésticos: son los que se producen como consecuencia de la actividad sanitaria asistencial y/o de investigación asociada, pero no son englobados en la categoría de peligrosos:
Restos de curas y pequeñas intervenciones quirúrgicas.
Bolsas de orina vacías y empapadores.
Recipientes desechables de aspiración vacíos.
Sondas y catéteres.
Pañales.
Yesos.
Envases.
Equipos vacíos de goteros.
Bombas extracorpóreas.
Bolsas de colostomía.
Ropa blanca, ropa desechable, etc.
Objetos cortantes y punzantes que no hayan estado en contacto con infecciosos.
Material que habiendo estado contaminado se haya tratado específicamente para su descontaminación y/o esterilización.
Residuos procedentes de hemodiálisis provenientes de pacientes no contaminados por virus de transmisión sanguínea (VHC, VHB, VIH, etc).
Sangre y hemoderivados en forma líquida, en general en cantidades menores a 100 ml., cuya eliminación no se realice por el desagüe, así como los recipientes que la hayan contenido.
Residuos de liposucción con alto contenido en grasa, las cuales no deben ser eliminados por el desagüe. Vacunas inactivadas.
Residuos asociados a animales que no hayan sido infectados.
Medicamentos desechados (salvo los citostáticos y citotóxicos).
Residuos de productos químicos no peligrosos, como azucares, aminoácidos y algunas sales orgánicas e inorgánicas.

2. Residuos Peligrosos:
- Grupo III. Residuos peligrosos de origen sanitario: son los residuos que se producen como consecuencia de la actividad sanitaria de servicios médicos o veterinarios y/o de investigación asociada, que conlleven algún riesgo potencial para los trabajadores expuestos o para el medio ambiente. Estos residuos precisan medidas de gestión específicas.
A. Residuos biológicos:
- Infecciosos.
- Agujas y otro material punzante y/o cortante.
- Cultivos y reservas de agentes infecciosos.
- Residuos infecciosos de animales.
- Vacunas vivas y atenuadas.
- Fluidos corporales, sangre y hemoderivados en forma líquida.
- Residuos anatómicos.
B. Residuos de medicamentos citostáticos y citotóxicos: abarca a todos los restos de medicamentos anticancerosos no aptos para su uso terapéutico y a todo aquel material sanitario de un solo uso que haya estado en contacto con el fármaco, ya sea en su preparación (viales, litros, bolsas, etc.) en la protección del manipulador (mascarilla, guantes, batas, etc.) o en la administración a los pacientes (agujas, jeringas, gasas, etc.).
C. Residuos químicos: ya sean disolventes halogenados y sus mezclas; disolventes no halogenados; disoluciones acuosas; ácidos; sólidos; mercurio y/o recipientes que hayan portado sustancias peligrosas.
- Grupo IV. Residuos peligrosos de origen no sanitario:
Pilas y baterías. ◦ Aceites industriales usados.
Residuos de aparatos eléctricos y electrónicos.
Residuos de construcción que contiene sustancias peligrosas.
Trapos, textiles y restos de absorbentes impregnados de sustancias peligrosas.
Pinturas y barnices.

3. Grupo V. Residuos radiactivos: La Ley 54/1997 de "Regulación del Sector Eléctrico" de Residuo Radiactivo como: "Cualquier material o producto de desecho para el cual no está previsto ningún uso, que contiene o está contaminado con radionucleidos en concentraciones o niveles de actividad superiores a los establecidos por el Ministerio de Industria Turismo y Comercio previo informe del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN)".
Envasado para los diferentes tipos de residuos:
- Residuos no peligrosos asimilables a domésticos:
Papel y cartón en bolsa, papelera y contenedor azul.

Plásticos en bolsa, papelera y contenedor amarillo.
Vidrio en papelera blanca.
Otros residuos en bolsa negra.
- Residuos no peligrosos sanitarios:
Bolsa, papelera y contenedor verde.
- Residuos peligrosos de origen sanitario:
Biológicos: Bolsas; envases rígidos, desechables, opacos, impermeables, con cierre hermético y de color amarillo. Citotóxicos, citostáticos: Bolsas; envases rígidos, desechables, opacos, impermeables, con cierre hermético y de color rojo. Químicos: Garrafas, bidones metálicos y de polietileno de alta densidad y herméticos de color azul.
- Residuos peligrosos de origen no sanitario: Big bag; GRG paletizado; bidones metálicos, bidones y garrafas de polietileno de alta densidad con cierre hermético.

4 Resultados

1. Homogeneidad en todo el servicio de salud para la gestión de residuos.
2. Reducción de riesgos laborales gracias a la correcta eliminación de los residuos peligrosos.
3. Reducción del impacto medioambiental que provoca la actividad.
4. Optimización de recursos por medio del posterior reciclaje.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la Ley 22/2011, de 28 de julio se legisla sobre el correcto tratamiento de residuos en el ámbito sanitario con el fin de establecer unos criterios comunes a todo el sistema de salud, además de divulgar lo acordado en ella entre el personal sanitario y no sanitario.

6 Bibliografía

- https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-13046
- https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Guia+Residuos+Sanitarios.pdf/cb834a
6d-21dd-d000-09ef-ef2b77657ec6 https://definicion.de/residuo/

Capítulo 426

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO POR TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN UN CENTRO RESIDENCIAL.

CARLA FERNÁNDEZ AÑEL

FILOMENA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

ANGELES AÑEL HUERTA

MARIA GEMMA RODRIGUEZ ALVAREZ

DESIRE PEREZ SEREN

1 Introducción

Las infecciones urinarias son las infecciones bacterianas más frecuentes en la población anciana. Su prevalencia aumenta con la edad, puesto que el envejecimiento produce una alteración de los mecanismos defensivos frente a la infección. A esto tenemos que unir el hecho de que este grupo de población tiene una

elevada comorbilidad, siendo frecuente la instrumentación y la hospitalización, lo que aumenta la nosocomialidad. Las manifestaciones clínicas son a menudo menos específicas, de presentación más grave y de peor pronóstico. Su manejo es más complicado, puesto que el envejecimiento lleva consigo una disminución del aclaramiento de los antimicrobianos, lo que produce un aumento de efectos secundarios. Además, hay que destacar el creciente aumento de resistencias bacterianas a los antibióticos. Las infecciones del tracto urinario constituyen una de las infecciones más comunes y representan un grave problema de salud pública que afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen. Es considerada la segunda infección más prevalente y habitual en ancianos institucionalizados, por lo que la implementación de intervenciones orientadas a su prevención constituyen una prioridad.

2 Objetivos

- Conocer la efectividad de una intervención de Técnicos Cuidados Auxiliares de Enfermería dirigida a la prevención de las infecciones del tracto urinario en un Centro residencial para la tercera edad.

3 Metodología

Estudio cuasi-experimental con medidas pre-test y post-test dirigido a personas mayores institucionalizadas. Para la recogida de datos se ha diseñado un cuestionario único que incluye variables sociodemográficas y del estado de salud, así como factores de riesgo de la infección del tracto urinario y práctica de medidas preventivas. Dicho cuestionario se administrará antes de la intervención y 6 meses después. Previamente a la implementación del protocolo se determinará la prevalencia de dicha patología. Asimismo se dirigirá un cuestionario a los profesionales sanitarios a fin de conocer el nivel de conocimientos y buenas prácticas en relación a su prevención. Palabras clave empleadas: Infección del tracto urinario, residencias de la tercera edad, persona mayor, prevalencia, factores de riesgo, prevención y control, calidad de vida.

4 Bibliografía

- Echevarría-Zarate, Juan, Elsa Sarmiento Aguilar, and Fernando Osores-Plenge. "Infección del tracto urinario y manejo antibiótico." Acta médica peruana 23.1

(2006): 26-31.
- Pigrau, Carlos. "Infecciones del tracto urinario nosocomiales." Enfermedades infecciosas y microbiología clínica 31.9 (2013): 614-624.
- Martínez, E., et al. "Infecciones del tracto urinario bajo en adultos y embarazadas: consenso para el manejo empírico." Infectio 17.3 (2013): 122-135.
- Viejo, MA García, A. Noguerado Asensio, and Grupo de Trabajo de las Infecciones. "La infección del tracto urinario en los servicios de medicina interna." Revista clinica espanola 210.11 (2010): 537-544.
- Wurgaft, K. Andrés. "Infecciones del tracto urinario." Revista Médica Clínica Las Condes 21.4 (2010): 629-633.
- Jiménez, J. F., E. Broseta, and M. Gobernado. "Infección urinaria." Actas Urol Esp 26.7 (2002): 563-573.

Capítulo 427

INFECCIONES NOSOCOMIALES Y SU PREVENCIÓN

SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA

1 Introducción

Definiremos las infecciones nosocomiales como aquellas que el paciente adquiere durante su ingreso hospitalario y que se producen o están relacionados con la realización de productos invasivos en el cuerpo humano como ocurre con las infecciones respiratorias o quirúrgicas.

Además de los procesos invasivos dichas infecciones también se pueden producir por otras causas entre las que encontramos: desequilibrio de la flora bacteriana o disminución del sistema inmunitario.
Para que dichas infecciones nosocomiales se produzcan necesitaremos que existan tres elementos: fuente, huésped susceptible y mecanismo de transmisión.

Definiremos las precauciones estándar como: aquellas que se encuentran destinadas al uso de todos los pacientes independientemente de si diagnóstico. Dichas medidas corresponden básicamente a la utilización de mecanismos de barrera.

Definiremos a las precauciones universales como el conjunto de técnicas y procedimientos destinados a proteger al personal sanitario de la posible infección causada por virus de la de inmunodeficiencia humana como con los diferentes tipos de hepatitis.

2 Objetivos

- Reducir al máximo el riesgo de transmisión de infecciones.
- Conocer en qué consisten dichas medidas y como se deben de utilizar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las medidas estándar comprenderán los puntos que mencionaremos posteriormente:
- Primer punto: utilización de barreras de protección siempre que se entre en contacto con sangre o fluidos corporales del paciente. En el caso de la utilización de guantes es importante señalar que también se deben de utilizar siempre que se entre en contacto con el paciente y cambiarlos entre paciente y paciente lavando las manos tras su uso.
- Segundo punto:lavado de manos exahustivo.
- Tercer punto: uso de técnicas adecuadas con objetos cortantes y punzantes.

En el casos de las medidas preventivas universales aparte de las medidas estándar deberemos de tener en cuenta otra serie de medidas añadidas como son:
- Mantendremos las ventanas cerrados en el caso de que la infección se contagie por el aire.
- Todo lo que entra no sale.
- Utilizaran tanto los profesionales como las visitas las barreras de protección.
- Se restringirán las visitas .
- Se utilizarán utensilios de limpieza independientes para esa habitación cuando el paciente este aislado.
- Las habitaciones no será compartidas.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de infecciones nosocomiales no sólo es cosa del personal sanitario sino de toda la población por lo que todos debemos de implicarnos en ello.

6 Bibliografía

- www.ulceras.net.
- www.mensalyd.gov.com.
- www.educarex.es.
- Guia de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles del gobierno del Principado de Asturias

Capítulo 428

TCAE: OXIGENOTERAPIA, ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO CON GAFAS O MASCARILLA

CARLOTA PATRICIA HOLGUERA ALONSO

1 Introducción

La oxigenoterapia es una medida terapéutica que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores de las que se encuentran en el aire del ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia.

2 Objetivos

- Conocer como realizar oxigenoterapia a un paciente mediante el uso de las gafas nasales o de la mascarilla de oxígeno, como función de TCAE.

3 Metodología

Basada en la evidencia científica, en la búsqueda de bases de datos mas importantes, asi como revisión en libros, artículos especializados y material formativo.

4 Resultados

- Lo primero es informar al paciente del procedimiento que vamos a realizar.

Elevaremos la cabecera de la cama del paciente para colocarlo en la posición de Fowler (si no está contraindicado), comprobaremos la permeabilidad de las vías aéreas, así como que la coloración de piel y mucosas sea normal, observaremos la frecuencia respiratoria y ajustaremos la concentración de oxígeno prescrito por el médico en el caudalímetro; Mantendremos un nivel de agua adecuado en el frasco humidificador y por último comprobaremos el correcto funcionamiento de todo el sistema antes de comenzar.

Administración de oxígeno mediane mascarilla
Lo primero es ajustar la concentración de O2 prescrito en la mascarilla y colocarla sobre la nariz y boca del paciente (que no le oprima en exceso para no provocar marcas o irritación en la piel). Evitar las fugas de O2 hacia los ojos del paciente (puede provocarle conjuntivitis); Mantener la mascarilla limpia (realizar higiene diaria de la misma con un producto desinfectante).

- Informar a la Enfermera de cualquier incidencia ocurrida.

Administración de oxígeno mediante gafas
Ajustar la concentración de O2 prescrito para las gafas y verificar la correcta salida de O2 por los orificios de las gafas nasales, colocaremos los vástagos de las gafas en los orificios nasales del paciente y los fijaremos de forma correcta con el objeto de prevenir irritaciones de la mucosa (ajustar el cable a las orejas y cuello del paciente).
- Indicaremos al paciente que respire por la nariz y no por la boca; en caso necesario, limpiaremos y humedeceremos la nariz del paciente.
- Informar a la Enfermera de cualquier incidencia ocurrida.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido cual es el protocolo para la oxigenoterapia de un paciente mediante gafas nasales o mascarilla facial, evitando irritaciones de las mucosas y piel, es importante no dejar la goma de la mascarilla muy apretada en la cabeza del paciente para evitar marcas.

6 Bibliografía

- ¿qué es la oxigenoterapia? - autor web cuidateplus- disponible en https://cuidateplus.marca.com/belleza-y-piel/diccionario/oxigenoterapia.html.

- Práctica de cuidados respiratorios- 30 Enero 2019- Estefanía Ayala- disponible en https://institutointer.com/practica-de-cuidados-respiratorios/.

Capítulo 429

EL ALZHEIMER Y LOS CUIDADOS DEL TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA DE LA CONCEPCION DE ARRIBA LLANA

1 Introducción

Es la forma más común de demencia entre las personas mayores. Es un trastorno cerebral irreversible que afecta gravemente la capacidad de una persona de llevar a cabo sus actividades diarias. Las células del cerebro se consumen, degeneran y mueren y se atrofian diferentes zonas del cerebro. Este deterioro suele ir acompañado de cambios en la personalidad, y en el comportamiento.

Los primeros síntomas se confunden con frecuencia con la vejez o el estrés como pequeños olvidos o afectación del lenguaje. Una evaluación neuropsicológica es capaz de revelar leves dificultades cognitivas. Estos signos precoces pueden tener un efecto sobre las actividades de la vida diaria. La deficiencia más notable es la pérdida de memoria, manifestada como la dificultad de recordar hechos recientemente aprendidos, una inhabilidad para adquirir nueva información y dificultades leves en las funciones ejecutivas. Puede aparecer apatía.

La fase pre-clínica de la enfermedad es denominada por algunos como deterioro cognitivo leve. El Alzheimer es una enfermedad progresiva, en la que los síntomas de demencia empeoran gradualmente y se pierden mas funciones con el paso de los años. En sus primeras etapas, la pérdida de memoria es leve, pero en la etapa final del Alzheimer, las personas pierden la capacidad de mantener una conversación y responder al entorno.

Algunos estudios sugieren que la enfermedad de Alzheimer puede empezar a atacar al cerebro mucho antes de que los síntomas se presenten. Primero ataca al centro de la memoria del cerebro, causando que el enfermo de Alzheimer se olvide más cosas. A medida que la enfermedad empeore, la persona puede empezar a tener otros problemas, tales como dificultades de pensar y caminar. Dependiendo de la etapa en que se encuentre el paciente, se dan los siguientes estadios:

- Estadio leve. El daño de la enfermedad todavía pasa desapercibido, tanto para el paciente, como para los familiares. El enfermo olvida pequeñas cosas, como dónde ha puesto las llaves, o tiene alguna dificultad para encontrar una palabra. En esta etapa todavía puede trabajar o conducir un coche, aunque es posible que empiece a experimentar falta de espontaneidad, de iniciativa y ciertos rasgos depresivos. La capacidad de juicio se reduce y tiene dificultad para resolver nuevas situaciones y organizar actividades. Pueden aparecer signos de apatía y aislamiento y cambios de humor.
- Estadio moderado: La enfermedad ya resulta evidente para familia y allegados. El paciente presenta dificultades para efectuar tareas como hacer la compra, seguir un programa de televisión o planear una cena. Ya no es solo una pérdida de memoria, sino también de capacidad de razonamiento y comprensión. En esta etapa, el deterioro avanza con bastante rapidez y los afectados pueden llegar a perderse en lugares familiares. Además, se muestran visiblemente apáticos y deprimidos.
- Estadio grave: Todas las áreas relacionadas con la función cognitiva del paciente se encuentran afectadas. Pierde la capacidad para hablar correctamente o repite frases inconexas una y otra vez. No puede reconocer a sus familiares y amigos, ni siquiera se reconocen a ellos mismos ante un espejo. La desorientación es constante. Los pacientes más graves se olvidan de andar y sentarse y, en general, pierden el control sobre sus funciones orgánicas. Se olvidan de hechos recientes y lejanos. Permanecen horas inmóviles sin actividad, y generalmente no pueden andar. Dejan de ser individuos autónomos y necesitan que les alimenten y les cuiden. Gritan, lloran o ríen sin motivo y no comprenden cuando les hablan. En su etapa más grave surgen rigideces y contracturas en flexión, permanecen en mutismo y pueden llegar a presentar trastornos deglutorios. Muchos de ellos acaban en estado vegetativo.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste esta enfermedad, cómo puede tratarse y cuáles son las funciones del auxiliar de enfermería con pacientes de esta enfermedad.

3 Metodología

Para cumplimentar el objetivo, se realiza una búsqueda de datos, un análisis de información, y una revisión del material existente sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad del Alzheimer, en bases de datos como Pubmed, Biomed Central, Embase, Scielo, Sciencie direct, England Journal of Medicine, Lilacs, Dare, Plos Medicine, Frontiers in Public Health, BMJ, NIH public Access, Medline, psyarticles, springerjournal, páginas webs de clínicas, Universidades y artículos de revistas científicas.

4 Resultados

Hay varias causas de la enfermedad de Alzheimer, y algunas causas todavía no se han descubierto. De hecho, las causas varían mucho para cada persona y son difíciles de determinar. Sin embargo hay factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar la enfermedad. El envejecimiento en sí mismo no determina la enfermedad de Alzheimer. Si es cierto que el riesgo de desarrollar la enfermedad aumenta con la edad. No obstante, eso no quiere decir que cada anciano desarrollará la enfermedad de Alzheimer, no es una parte normal del envejecimiento. Los antecedentes familiares, padecer el Síndrome de Down, lesiones cerebrales traumáticas con resultado de pérdida del conocimiento o amnesia que dura 30 minutos o más, con/sin una fractura del cráneo son asociadas con el desarrollo de la enfermedad del Alzheimer. Factores ambientales (ej: exposición a sustancias nocivas como insecticidas, benceno, etc.), exposición a minerales (plomo, zinc) pueden influir en el estado de salud incluyendo la enfermedad de Alzheimer. La dieta, el fumar, el estrés, la depresión, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades cerebrovasculares pueden aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Las mujeres tienen un riesgo más grande de desarrollar la enfermedad del Alzheimer que los hombres.

En un principio, surgen pequeñas e imperceptibles pérdidas de memoria, pero con el paso del tiempo esta deficiencia se hace cada vez más notoria e incapacitante para el afectado, que tendrá problemas para realizar tareas cotidianas y simples, y también, otras más intelectuales, tales como hablar, comprender, leer o escribir. La enfermedad de Alzheimer afecta a la memoria a corto plazo: incapacidad para retener nueva información, también a la memoria a largo plazo: incapacidad para recordar información personal como el cumpleaños o la profesión, provoca alteración en la capacidad de razonamiento, afasia (pérdida de vocabu-

lario o incomprensión ante palabras comunes), apraxia (descontrol sobre los propios músculos, provocando, por ejemplo, que el paciente no pueda abrocharse los botones de una camisa), desorientación, incluso en lugares conocidos, cambios de carácter como irritabilidad, confusión, apatía, decaimiento, falta de iniciativa y espontaneidad.

La Prueba de los siete minutos se utiliza para la detección precoz de la enfermedad e indaga en las zonas que con más frecuencia aparecen alteradas en el Alzheimer: orientación, memoria, percepción visual y lenguaje. La prueba se divide en varias áreas: orientación temporal, memoria, percepción visual y lenguaje.

El médico hará una valoración y solicita una analítica básica para tratar otras causas potencialmente tratables y reversibles. Después se solicitara la valoración de un neurólogo, geriatra y/o psiquiatra. En este nivel, se realizarán otras pruebas como un TAC, pruebas de imagen cerebral, una resonancia magnética, o un SPECT cerebral u otras como punción lumbar.

En la actualidad, no existe una cura para la enfermedad de Alzheimer. No obstante, existen medicamentos que pueden ayudar a controlar o retrasar sus síntomas durante algún tiempo, especialmente en las primeras etapas de la enfermedad. La mejora es moderada. Los inhibidores de la colinesterasa pueden mejorar los síntomas neuropsiquiátricos, como la agitación o la depresión. Los inhibidores de la colinesterasa que se recetan comúnmente incluyen donepezil (Aricept), galantamina (Razadyne) y rivastigmina (Exelon).

El objetivo del auxiliar de enfermería respecto al paciente con Alzheimer debe ser mejorar la calidad de vida y la salud del paciente sea cual sea la fase en la que se encuentra. Durante la higiene del paciente, además de buscar el momento más apropiado, procurara una temperatura adecuada tanto del ambiente como del agua. Prestará atención al cuidado de la piel y las uñas. En las primeras fases intentara mantener en lo posible la autonomía del paciente usando ayudas físicas específicas, como silla de ducha, barras de sujeción etc. En cuanto alimentación procurara al paciente una alimentación equilibrada, modificando la textura de los alimentos añadiendo espesante a la bebida según vaya necesitando el paciente. Procurando una postura correcta para prevenir la bronco-aspiración, respetando el tiempo que necesita para comer y valorando la presencia de restos de comida en la boca al término. Así mismo llevará un control de líquidos y deposiciones. Vigilando el extreñimiento. Para la vestimenta, procurara que use prendas y zapatos cómodos, fáciles de poner, preferentemente con velcro. Si sufre incontinencia, es habitual que surjan problemas de infección, deberá tomar medidas para

mantener la piel del paciente limpia y seca. Inspeccionar habitualmente la piel y los puntos de aparición de úlceras por presión. El paciente irá perdiendo movilidad, así que la auxiliar irá valorando que ayudas técnicas puede usar como bastón o andador. Procurara un entorno sencillo, bien iluminado, donde el paciente se sienta cómodo y seguro, es decir, eliminando barreras y muebles aparatosos, instalando ventanas y puertas seguras para minimizar el riesgo de caídas. Determinar si padece dolor, si necesita realizar ejercicios pasivos, cuidar su descanso nocturno, puede necesitar barandillas, procurar que duerma en una posición que mejore la ventilación. Darle cambios posturales, mantener la ropa de cama limpia, seca, sin arrugas, puede necesitar colchón antiescaras o protecciones en codos y talones. Hablará con el paciente con respeto, claridad, y sensibilidad, especialmente atenta a la comunicación no verbal. Reforzara las conductas positivas y dará al paciente el tiempo que necesita, establecerá una relación de confianza y de ayuda para con el paciente y su familia.

5 Discusión-Conclusión

Las recomendaciones de los expertos se centran fundamentalmente en dos puntos clave: detección precoz de los primeros síntomas, y ejercitar la memoria y la función intelectual. Existen alteraciones del sistema cardiovascular que pueden afectar al sistema cognitivo de una persona, también afecciones como diabetes mellitus, hipertensión arterial, tabaquismo obesidad o sedentarismo, también una depresión puede favorecer la aparición del Alzheimer o una enfermedad vascular cerebral, etc.

Como medidas preventivas: llevar un estilo de vida saludable, siguiendo una dieta como la mediterránea y evitando las grasas saturadas, y realizar ejercicio físico durante al menos dos horas a la semana, favorecer la actividad cognitiva con actividades como idiomas, tocar instrumentos musicales, leer, realizar actividades en grupo o practicar juegos intelectuales como el ajedrez.

En ocasiones, nuestro paciente carece de conciencia del problema y nos encontramos con un rechazo frontal a acudir a los médicos a pesar de la insistencia de los familiares, a veces este dilema se solventa comunicando al paciente que va a someterse a una revisión rutinaria, sin especificar que se trata de una valoración de su memoria. En casos extremos se procede a la valoración domiciliaria.

6 Bibliografía

- ¿Qué es el Alzheimer? (actualizado el 23 de abril de 2019) disponible en: https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer?lang=es-MX
- Alzheimer, tratamientos, síntomas e información en Cuidateplus (actualizado el 4 de noviembre de 2019) disponible en: https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/alzheimer.html
- Entender la enfermedad del Alzheimer (actualizado 10 de octubre de 2015) disponible en: https://www.nia.nih.gov/health/entender-enfermedad-alzheimer-lo-usted-necesita-saber
- ¿Qué es el Alzheimer? Causas, síntomas y como tratar.(actualizado 21 de septiembre de 2019) https://www.lavanguardia.com/vida/salud/enfermedades/20190921/47512026855/alzheimer-demencia-perdida-de-memoria-dia-mundial-del-alzheimer.html
- ¿Qué es y cómo actúa el alzhéimer? (actualizado el 10 de febrero de 2016) disponible en: https://www.cienciacanaria.es/secciones/a-fondo/627-que-es-y-como-actua-el-alzheimer
- La enfermedad del Alzheimer, kern pharma (actualizado el 29 de septiembre de 2019) disponible en: https://www.kernpharma.com/es/blog/la-enfermedad-de-alzheimer
- Alzhéimer los síntomas que te avisan de la enfermedad (actualizado 5 de enero de 2020) disponible en : https://www.merca2.es/alzheimer-sintomas-avisan-enfermedad/
- El Alzheimer/ Quironsalud (actualizado 20 de septiembre de 2019) disponible en: https://www.quironsalud.es/es/comunicacion/notas-prensa/alzhe

Capítulo 430

RESIDUOS HOSPITALARIOS.

ROCÍO GUTIÉRREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Los residuos que se producen en cada departamento o zona del centro hospitalario suponen una serie de riesgos para la salud. Será un riesgo alto cuando el personal se exponga de forma directa con residuos patógenos o infecciosos como agujas, sangre, fluidos corporales, entre otros. Por ejemplo los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Un riesgo medio, que afecta a trabajadores como técnicos de rayos X, técnicos de laboratorio, personal de cocina, etc, que entran pocas veces en contacto directo con residuos infecciosos.

Un riesgo bajo lo tendrá el personal que nunca está en contacto con los residuos que se generan, pero que tienen vinculación laboral con el centro sanitario, como por ejemplo los auxiliares administrativos.

Para minimizar lo máximo posible los riesgos que suponen los diferentes residuos que se generan, existe una clasificación y eliminación de los mismos, que se regula a nivel estatal. La mayoría de la Comunidades Autónomas han elaborado decretos y normativas específicas por las que se rigen. También existen una serie de normas de seguridad para manejar los residuos, entre ellas están: usar un delantal de tela encauchada o impermeabilizada sobre la ropa de trabajo; evitar fumar, comer o beber en zonas de almacenamiento de residuos; los residuos han de permanecer el menor tiempo posible en las áreas de trabajo; extremar la medidas de protección cuando se trate de residuos marcados con el símbolo biológico de altamente peligrosos; usar mascarilla y pantallas de protección oculares cuando haya riesgo de salpicadura; utilizar botas de goma en zonas de

lavado de contenedores y almacenamiento de residuos; los contenedores deben ser resistentes y deben estar próximos al lugar donde se genera el residuo; y por último, lavarse las manos después de manipular los residuos.

2 Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica sobre las normas de seguridad para manejar los residuos hospitalarios.

3 Metodología

La clasificación de los residuos sería:
- Tipo I. Residuos sanitarios asimilables a urbanos.
Son aquellos que se producen en servicios generalmente sin actividad sanitaria como cocina, cafetería, vestuarios…son residuos similares a la basura generada en nuestra casa.
-Tipo II. Residuos sanitarios no específicos.
No suponen ningún peligro aunque puedan presentar contaminación por algún microorganismo. Reciben el mismo tratamiento que los residuos urbanos. Son por ejemplo bolsas de orina vacías, equipos de goteo, gasas o vendas manchadas de sangre, etc.
- Tipo III. Residuos sanitarios específicos o de riesgo.
Son residuos patológicos, infecciosos o contagiosos que pueden transmitir enfermedades si no se realiza una manipulación adecuada de los mismos.
Tenemos varios tipos de residuos:
Residuos sanitarios infecciosos, residuos anatómicos, agujas y material punzante, sangre y hemoderivados, residuos procedentes de animales infecciosos y cultivos y reservas de agentes infecciosos.
- Tipo IV. Residuos tipificados en normativas especiales.
Dentro de este grupo están:
- Los residuos químicos, que se utilizan fundamentalmente en el laboratorio, unidades de radiología, etc.
- Los citostáticos, que son restos de medicamentos antineoplásicos y material contaminado.
- Los radiactivos, como los que se producen en servicios de radioterapia, medicina nuclear, laboratorios de bioquímica, inmunología, hematología, etc.

4 Bibliografía

- https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/prevencion-y-gestion-residuos/flujos/residuos-sanitarios.
- https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2010/05/04/131890.
- https://www.phsserkonten.com/gestion-de-residuos/residuos-sanitarios/
- https://isid.org/guia/prevencion/#1561525225970-e19576ea-8e0e.

Capítulo 431

TURNICIDAD Y SUS EFECTOS

NEREA LEON SUAREZ

1 Introducción

La turnicidad se podría definir como toda forma de organización del trabajo en equipo en la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, implicando la necesidad de prestar sus servicios en diferentes horarios. Este tipo de organización laboral es el más empleado en el ámbito sanitario, por lo que es importante conocer más en profundidad las posibles consecuencias que puede conllevar sobre la salud del trabajador.

2 Objetivos

- Conocer los efectos que tienen sobre la salud de los trabajadores el trabajo a turnos.
- Evitar riesgos a corto, medio o largo plazo mediante el empleo de la prevención.
- Disponer de pautas para un estilo de vida más saludable.

3 Metodología

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

4 Resultados

Ya que es prácticamente imposible prescindir del trabajo a turnos en sanidad, dadas las características del servicio a prestar, el empleado de los servicios de salud se ve obligado a intentar mitigar los efectos dañinos que ello tiene. Como ejemplos, cabe destacar: Dedicar al menos 30 minutos al día de ejercicio físico; tener unos horarios de sueño regulares; dormir como mínimo 6 horas, siendo recomendable entre 7 y 8 horas; evitar comidas copiosas y distribuirlas en más tomas; mantener una dieta sana y equilibrada; limitar el consumo de estimulantes y de alcohol o dormir una siesta antes del turno de noche.

Por medio de las recomendaciones citadas es posible reducir los efectos nocivos de la turnicidad como pueden ser:
- La fatiga física y psíquica.
- La falta de concentración.
- Accidentes laborales.
- La baja eficiencia en el trabajo.
- La falta de motivación laboral.
- La depresión.
- Estrés.
- Apatía.
- Patologías diversas como: gastritis, úlceras, aumento de peso…

5 Discusión-Conclusión

Puesto que en el ámbito sanitario es inviable prescindir del trabajo a turnos, es necesario prevenir los posibles efectos negativos que ello puede conllevar al trabajador y, por consiguiente, al servicio.

6 Bibliografía

- https://www.metacontratas.com/blog/el-trabajo-a-turnos-riesgos-laborales-y-medidas-preventivas/
https://salud-1.com/enfermedades/que-repercusion-tiene-la-turnicidad-laboral-sobre-la-salud/.
- https://prl.ceoe.es/wp-content/uploads/2018/10/TRABAJO-A-TURNOS-Y-NOCTURNIDAD-.pdf.

Capítulo 432

LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA Y LA NECESIDAD DE PREVENCIÓN PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS

ANA COSTALES TUERO

BEGOÑA PANIAGUA GARCIA

RAQUEL COSTALES TUERO

1 Introducción

Entendemos la definición de ergonomía como la ciencia de carácter multidisciplinario que tiene como objetivo la adecuación de los productos, sistemas y entornos a las características, limitaciones y necesidades físicas y psicológicas de los usuarios para así optimizar su eficacia, seguridad y confort, en este artículo interesa su aplicación para "cuidar a los que cuidan" y sensibilizar de la importancia que tiene "cuidarse para cuidar".

Muchos de los problemas que surgen en la actualidad de carga de trabajo tanto en el ámbito hospitalario como en el asistencial tienen su génesis en el diseño. Y es que si éste es inadecuado afecta directamente a la carga de trabajo física, a la carga mental y a la carga psicosocial.

Dentro de los escasos estudios que demuestran la existencia de diversos tipos de riesgos que de modo abierto o encubierto afectan a todos los profesionales que

prestan servicios de salud (riesgos físicos, químicos, biológicos y ergonómicos), los ergonomistas prevencionistas consideran conveniente también incluir en los trabajos de investigación de este tipo la medición del grado de satisfacción laboral que presenta el personal de enfermería. Y es que ésta guarda una relación directa con las bajas retribuciones o la dureza física o psicológica de las tareas que realizan los profesionales.

La ergonomía hospitalaria tiene una gran repercusión social ya que los profesionales de estos centros trabajan "con" y "para" las personas en situaciones especialmente vulnerables. Los factores de riesgo ergonómicos que se exponen a continuación son tan o más importantes que otros que conciernen a aspectos de seguridad e higiene, ya que sus consecuencias se mantienen en el tiempo, siendo mucho más dañinas para un sistema sanitario y para una sociedad.

2 Objetivos

- Presentar los factores de riesgo ergonómicos existentes en el ámbito sanitario y recordar la necesidad de la aplicación de la ergonomía preventiva en el sector.

3 Metodología

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

4 Resultados

Factores de riesgo ergonómicos de carga física:
Ergonomía geométrica/biomecánica
- Manipulación manual de pacientes. Trasferencias de pacientes, movilización de los mismos, manipulación de lencería, arrastre de mobiliario, empuje de carros, etc.
- Repetitividad en las tareas: en camas, aseos e higienes, cambios posturales y de pañal, etc.

- Posturas forzadas. Mantenidas durante la realización de curas y aplicación de tratamientos, o el estatismo postural en los quirófanos.
- Patología previa del paciente. Rigidez articular o grado de dependencia.

Ergonomía ambiental. Entorno físico
- Iluminación. Insuficiente o excesiva, deslumbramientos, etc.
- Espacio. Insuficiente o inadecuada ubicación del mobiliario y utillaje. El espacio existente condiciona la elección del mobiliario y la disposición de los elementos de trabajo.
- Accesibilidad reducida. Las pequeñas barreras si se superan varias veces al día se convierten en una carga física adicional.
- Climatización. Temperaturas inadecuadas, mala ventilación de las zonas de trabajo, etc.
- Ruido. Un exceso de decibelios provoca disconfort ambiental.

Ergonomía temporal. Aspectos de carácter organizacional
- Ritmos de trabajo. Carga física+carga mental.
- Distribución de tareas. Número de pacientes asignados, tiempo destinado para su atención, descansos, etc.
- Turnos. Horarios, nocturno y a turnos.
- Recursos humanos y materiales insuficientes para la tarea a realizar.

Factores de riesgo ergonómicos de carga mental
Factores de la tarea
- Naturaleza de la actividad. Tipos de pacientes y patología (paciente terminal, crónico, infeccioso, psiquiátrico, etc.); servicios especiales, como cuidados intensivos, urgencias, paliativos, centros penitenciarios, etc
- Cantidad y complejidad de la información a tratar. Rapidez en la ejecución, memorización y nivel de atención.
- Apremio de tiempos. Tiempo del que se dispone para elaborar una respuesta.
- Situaciones de incertidumbre. Información médica disponible incompleta para decidir que acción emprender.
- Relaciones interpersonales. A distintos niveles: sanitario-paciente (agresión verbal/física), sanitario-familia (nivel de exigencias), sanitario-supervisor (gestión humana) y sanitario-sanitario (clima laboral).
- Consecuencias de decisiones/errores. Responsabilidad individual o grupal y repercusión de los errores.
- Grado de autonomía y responsabilidad. Percepción de control sobre las tareas.

- Nuevas tecnologías. Exigencia actual del grado de competencia profesional, aplicable a toda la actividad sanitaria y en especial en las unidades altamente tecnificadas.

Factores organizativos
- Comunicación entre departamentos-turnos-dirección. Fluidez en los circuitos de comunicación vertical y horizontal.
- Participación en la toma decisiones en la adquisición de material y métodos de trabajo.
- Ambigüedad y conflicto de rol. Responsabilidades no claramente definidas.
- Interferencias con otras tareas. Interrupciones constantes.
- Rigurosidad en el cumplimiento de protocolos.
- Cultura y clima organizacional. Estilos de liderazgo defectuosos para la motivación; cultura organizacional no participativa.
- Horario de trabajo y tiempos de trabajo (a turnos, nocturno). Modificación de los ritmos circadianos, alteraciones del sueño y repercusión sobre la vida familiar y social.
Factores de riesgo ergonómicos de carga psicosocial
- Conducta organizacional y estructura de la organización. Estilo de dirección, participación, tipo de supervisión y control, definición y claridad de rol, aspectos comunicativos.
- Interés por el trabajo y oportunidades de desarrollo. Posibilidades de desarrollo en el ámbito laboral, facilidades de formación y reciclaje según necesidades, oportunidades de promoción y desarrollo de un plan de carrera, fomento de motivación de logro y reconocimiento del trabajo.
- Presión social. Existe una exigencia y una esperanza global de que el personal sanitario no cometa ningún tipo de error y siempre actúe de manera adecuada frente a cualquier circunstancia y demanda.
- Clima social laboral. Relaciones: implicación (grado en que el individuo se preocupa por su actividad y se entrega a ella); cohesión (grado en que los compañeros se ayudan entre sí); y apoyo (grado en que los jefes ayudan a su personal a crear un buen clima). Autorrealización: autonomía (grado en el que se anima a los trabajadores a ser autosuficientes y a tomar iniciativas); organización (grado en el que se enfatiza la buena planificación, eficiencia y terminación de la tarea); presión (grado en que la urgencia domina el ambiente laboral); claridad (se conocen las expectativas de las tareas diarias); y control (uso de los jefes de reglas para control de los trabajadores).

Entre los factores que inciden en la aparición de la carga psicosocial, hay que

destacar las competencias entre facultativos, los nuevos modelos organizativos que fomentan la polivalencia, la flexibilidad y la competencia. También afecta la reducción de plantillas, la carencia actual de profesionales sanitarios en determinadas especialidades, la intensificación de ritmos de trabajo, el salario bajo según convenio, el escaso reconocimiento de la profesión con falta de apoyo, y, en definitiva, el deterioro de las condiciones de trabajo en general.

El estrés organizacional en el personal sanitario
El estrés laboral que aparece en el personal sanitario es bastante evidente, por lo que hay que analizar las posibles causas psicosociales que lo ocasionan. Entre las más importantes destacan el conflicto de rol, la ambigüedad de rol y la sobrecarga de rol.

1. Conflicto de rol. Exigencias opuestas y difícilmente conciliables, cuando no contradictorias, que se pueden pedir a la realización de una tarea o trabajo. Las formas de adopción de conflicto de rol son distintas en el personal médico que en el de enfermería:
- En el personal médico se presenta por varios motivos: la sociedad exige que los profesionales médicos alcancen el máximo de competencia en todo momento; la satisfacción de las necesidades urgentes de los pacientes; el mantenimiento de los altos niveles de competencia en el entorno laboral; el cumplimiento de las responsabilidades civiles y sociales; y la disponibilidad a la familia del paciente.
- En el personal de enfermería adopta otras formas: cuidado real de los enfermos de forma individualizada; conflictos entre los principios éticos adquiridos en la formación personal y profesional y las prácticas diarias y cotidianas al uso en sus centros de trabajo; límites de las disponibilidades y recursos; exigencia del paciente y de la familia; manifestaciones verbales de la familia y pacientes sobre sus quejas o insatisfacción, relacionadas con la organización del sistema, ajeno a la propia actividad de enfermería pero dirigido a ella; distintas prioridades entre el equipo médico y el de enfermería, por lo que en ocasiones el personal de enfermería se queda sin asistencia médica directa y al mismo tiempo es responsable del bienestar de los pacientes (terminales o UCI); preocupaciones por el gasto sanitario; necesidad de atender al coste de la práctica sanitaria y nuevas estructuras organizativas.

2. Ambigüedad de rol. Se refiere a la incertidumbre de las exigencias de la propia tarea y de los métodos o formas con las que debe ser ejecutada. También a la ambigüedad sobre los propios resultados conseguidos, de forma que se ignora si el trabajo se está efectuando conforme a las exigencias requeridas y a las ex-

pectativas depositadas en la persona. Las formas de adopción de ambigüedad de rol en el personal sanitario se manifiestan en profesionales jóvenes, a quienes la experiencia provoca una desorientación sobre la conducta más adecuada en algunos momentos, especialmente en situaciones de urgencia. También existe la diferencia real, no teórica, entre los roles de médicos y enfermeras que si en teoría resulta fácil de establecer, en la práctica real suele haber un solapamiento incluso considerable.

3. Sobrecarga de rol. Otras causas posibles serían los recursos inadecuados y/o insuficientes, la sobrecarga laboral, las presiones temporales, el clima laboral, la infrautilización de habilidades, la escasa participación y las fuentes particulares de estrés provenientes de la propia tarea asistencial específica.
La aparición del estrés organizacional que surge en el personal de enfermería, y siguiendo el modelo de Karasek, se relaciona con el control sobre las demandas, al sentir incapacidad para influir en las decisiones médicas o de los administradores que están afectando a sus tareas.

En el personal médico se relaciona con la preocupación y el miedo a una mala praxis o la acusación de ella, el cambio en la práctica de la medicina actual, informar de sentimientos depresivos o de frustración, la menor satisfacción profesional, la aparición de sentimientos negativos hacia el paciente, así como el surgimiento de pensamientos sobre un pronto retiro.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas preventivas para reducir las lesiones musculo esqueléticas del personal serían los programas formativos que incluyen las técnicas biomecánicas, el entrenamiento de manipulación de pacientes, el uso de los medios mecánicos para realizar los traslados, etc. También son relevantes la concienciación del estilo de vida, el ejercicio físico, nutrición, técnicas de relajación y métodos de protección del sistema osteomuscular en actividades laborales y extra laborales.

Pero hay que ir más lejos e incidir en aspectos tan importantes para el individuo y la organización como son los psicosociales y generadores de carga mental. Un sistema sanitario debe disponer de profesionales técnicamente preparados para responder frente a una tarea puramente instrumental y/o técnica. Pero a su vez éstos también deben disponer de elementos psicológicos para afrontar y responder cognitiva y emocionalmente de manera efectiva frente a los generadores de carga mental-estrés y a la dureza emocional evidente e inherente a la praxis diaria

que conlleva la profesión sanitaria.

Una efectiva prevención requiere de un sistema sanitario que motive y facilite la integración al trabajador en su praxis diaria y a su vez responsabilizarse de su salud tanto en el ámbito laboral como extra laboral. Es urgente plantearse la importancia que tiene disponer de profesionales sanitarios con un equilibrio psicofísico e integrar en la planificación formativa interna técnicas y estrategias de afrontamiento emocional, así como de inteligencia social y aspectos comunicativos.

La intervención multidisplinaria es necesaria para controlar, evitar y minimizar los factores de riesgo ergonómicos y psicosociales. Es necesario fortalecer la mirada no solo a los sistemas de información sanitaria y destapar la responsabilidad del propio sistema, sino también de la sociedad, responsabilizar a los agentes socializadores y educadores, e insistir en el papel de los transmisores, y orientar su planificación hacia un mismo objetivo. Es responsabilidad de todos mejorar la calidad de vida de los individuos, pero nunca hay que olvidar que el propio individuo es su máximo cuidador.

6 Bibliografía

1. Unidad Docente de Medicina del Trabajo. La Rioja. Mutua Universal. Logroño.
2. Unidad Docente de Medicina del Trabajo. La Rioja. Hospital San Pedro. Logroño.
3. Unidad Docente de Medicina del Trabajo. Asturias. Hospital Universitario Central de Asturias.
4. Unidad Docente de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

Capítulo 433

LA IMPORTANCIA DEL TCAE Y EL LAVADO DE MANOS

PAULA CASTRO PARIENTE

VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El lavado de manos en los TCAE es una tarea sencilla y de vital importancia. El fin del lavado de manos es eliminar la materia orgánica, flora habitual y transitoria y la suciedad para que así se evite la transmisión de microorganismos de una persona a otra.

El lavado de manos consiste en enjabonarse y frotar vigorosamente las manos seguido de un aclarado con bastante agua.

Uno de los factores que contribuye a tener buena salud es tener buena higiene.

2 Objetivos

- Informar sobre la importancia que tiene el lavado de manos, ya que los profesionales de la salud los riesgos a infecciones son altos debido a la exposición de diversos microorganismos, afecta tanto a pacientes como a personal.
- Disminuir la contaminación y prevenir la propagación de gérmenes, así como prevenir la transmisión de infecciones y proteger al paciente como al personal sanitario.

3 Metodología

Revisión sistemática en diferentes bases de datos electrónicos. Utilizando palabras clave como lavado de manos, higiene hospitalaria, microorganismos.

4 Resultados

Una de las formas más efectivas y económicas que hay para el lavado de manos es el uso de agua y jabón, ya que ayuda a prevenir infecciones.

Normas generales:
- Manos siempre limpias sin esmalte, joyas y uñas siempre cortas.
- Dispensador con jabón líquido.
- El secado de manos siempre papel.
- Cepillo estéril y solo para las uñas.
- La utilización de crema de manos sólo después de lavarse las manos.
- Desinfección de grifos regularmente.

Tipos de lavado:
- Lavado higiénico: el objetivo de este lavado es el de remover y eliminar la suciedad. Utilización de jabón con el que frotaremos las manos y luego enjuagaremos con abundante agua.
- Lavado clínico o antiséptico: el objetivo de este lavado es remover el material orgánico, suciedad, e intentar disminuir la flora transitoria que es adquirida por el contacto con pacientes. Utilización de una solución antimicrobiana con el que se enjabonarse enérgicamente y breve y luego enjuagar con abundante agua.
-Sanitización o antisepsia de manos en seco: el objetivo de este lavado es intentar destruir los microorganismos de la flora bacteriana transitoria y disminuir la flora residente adquirida por el contacto con familiares, pacientes, etc. Utilización de solución antiséptica donde se frotaran brevemente las manos.
- Lavado quirúrgico: El objetivo de este lavado es el de disminuir la concentración de bacterias de la flora resistente y eliminar la flora transitoria. Utilización de solución antimicrobiana donde se frotaran enérgicamente las manos y codos, seguido de un chorro de agua.

5 Discusión-Conclusión

Hay que insistir a todo personal sanitario, pacientes y familiares de la importancia que tiene el buen lavado de manos ya que ayuda a disminuir las infecciones.

Hay que repetir el lavado todas las veces que sea necesario y de manera correcta para que las manos no sean una fuente de gérmenes. Los gérmenes sobreviven en las extremidades hasta tres horas. En 15 segundos de lavado se puede llevar uno de los más sencillos y mejores programas de higiene y asi evitar infecciones como la hepatitis A que se transmite a través de alimentos y heces. Solo con agua y jabón se podrán evitar muchas infecciones.

Lavarse las manos es una medida que debemos realizar todo el mundo ya que estamos expuestos a diversas enfermedades y nos desenvolvemos en un medio en su mayoría sucio y el continuo riesgo del personal de la salud no solo puede afectar a su salud si no a la de su entorno.

6 Bibliografía

- Coelho M.S., Silva Arruda C., Faria Simões S.M.. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. Enferm. glob. [Internet]. 2011 Ene [citado 2020 Feb 11] ; 10(21). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100003&lng=es.
- Sánchez-Payá J., Fuster-Pérez M., García-González C., Gracia-Rodríguez R. M., García-Shimizu P., San Juan-Quíles A. et al . Evaluación de un programa de actualización de las recomendaciones sobre la higiene de manos. Anales Sis San Navarra. [periódico na Internet]. 2007 Dez . Acesso em 18/12/08; 30(3): 343-352. Disponivel em:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272007000500003&lng=
es&nrm=iso
- Merino-Plaza María José, Rodrigo-Bartual Vicenta, Boza-Cervilla Milagros, García-Llopis Ana, Gomez-Pajares Fernando, Carrera-Hueso Francisco Javier et al . ¿Cómo incrementar la adhesión del personal sanitario al protocolo de higiene de manos?. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 2020 Feb 12] ; 92: e201810072. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100433&lng=es.
Epub 19-Oct-2018.
- OMS. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos: dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos. Ginebra: OMS; 2009.Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102537/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf
- Lupión C., López Cortés E., Rodríguez Baño J. Medidas de prevención de la trans-

misión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos. Volume 32, Issue 9, November 2014, Pages 603-609. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X14000482?via%3Dihub

Capítulo 434

CELIAQUÍA. LA ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI.

VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

PAULA CASTRO PARIENTE

1 Introducción

La enfermedad celiaca o celiaquía es una intolerancia al gluten. El gluten está presente en diversos tipos de cereales como la cebada, el trigo y el centeno. A algunos pacientes también les afecta la avena. Esta intolerancia se caracteriza por la inflamación de la mucosa del intestino delgado y afecta tanto a adultos como a niños.

2 Objetivos

Conocer esta enfermedad, cuáles son sus síntomas, cómo se diagnostica y cuál es su tratamiento.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos publicados en diferentes bases de datos electrónicos. Se han utilizado palabras clave como: Celiaquía, gluten, intolerancia, aparato digestivo.

4 Resultados

Según en que etapa de edad se encuentre el individuo, puede aparecer diferente sintomatología:
-Durante la infancia algunos síntomas son: Astenia, vómito, diarrea, distensión abdominal, introversión, hipotrofia muscular, pelo frágil, anorexia y retraso en el crecimiento.
-En la etapa de la adolescencia algunos síntomas son: Anemia ferropénica, estreñimiento, cefaleas, estomatitis aftosa, dermatitis atópica, diarrea, hepatitis, retraso puberal, dolor abdominal y artritis crónica juvenil.
-En la edad adulta algunos síntomas son: Diarrea, irritabilidad, depresión, apatía, osteoporosis, menopausia precoz, infertilidad, estreñimiento, colon irritable, pérdida de apetito, vómito, pérdida de peso y fatiga.

Esta enfermedad es difícil de diagnosticar ya que sus síntomas se asemejan al de otras enfermedades del aparato digestivo. Hay dos análisis de sangre que pueden ayudar a diagnosticarla: las pruebas serológicas que buscan anticuerpos en sangre y las pruebas genéticas. Si los resultados de estos análisis salen positivos, se pueden hacer otras dos pruebas para confirmar la enfermedad. Estas dos pruebas son la endoscopia y la endoscopia capsular.

Algunos alimentos que contienen gluten son: Harina de trigo, triticale, escanda, sémola, malta, centeno, harina de Graham, cebada, trigo burgal. En general, todos aquellos alimentos que posean trigo, centeno o cebada.

Pero el gluten también puede estar oculto en: Pegamento para sobres y sellos, pasta de dientes y enjuague bucal, suplementos orales y nutricionales, suplementos vitamínicos y minerales, medicamentos con receta médica y de venta libre, plastilina, obleas de comunión, lápices labiales, almidón modificado, conservantes, estabilizadores alimentario. Es importante transmitir al paciente la necesidad de leer las etiquetas de composición de los productos con el fin de asegurarse de la ausencia de gluten.

5 Discusión-Conclusión

La única manera de controlar esta enfermedad, es una dieta estricta libre de gluten durante toda la vida.

6 Bibliografía

- Polanco I, Martín Esteban M, Larrauri J. Relación de los anticuerpos IgA anti-transglutaminasa tisular con la situación morfológica de la mucosa intestinal en niños con enfermedad celíaca. Pediatrika 2001; 21:43-54
- Rodrigo L y Peña AS, editores. Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten no celíaca. Barcelona, España: OmniaScience; 2013
- Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE). ¿Qué es FACE? [Internet, fecha consulta: 7/2/2020]. Disponible en: http://www.celiacos. org/face/ique-es-face.html.
- Vergara Hernández J, Vergara Díaz MA, Vergara Rodríguez E.: Guías Clínicas - Enfermedad celíaca. Guías Clínicas 2014 Última revisión 11-9-2014; [Internet, fecha de consulta: 7/2/2020] Disponible en: http://www.fisterra. com/guias-clinicas/enfermedad-celiaca/.
- Pérez-Moneo Agapito B. Características clínicas, serológicas e histológicas de la sensibilidad al gluten en niños. Contínuum. El portal de formación en Pediatría de la AEP [actualizado el 02 octubre 2014; Internet, fecha consulta el 7/2/2020]. Disponible en http:// continuum.aeped.es.
- Miranda Díaz M, Alonso Romero L, De Castro Ochoa M, Millán Jiménez A.: Enfermedad celíaca, nuevos criterios diagnósticos. Vox Paediatrica. 2012; 19,2: 28-33.

Capítulo 435

EL MÉTODO PIEL CON PIEL.

TANIA BERNAL ALVAREZ

ROSA LUZ LEAL FERNÁNDEZ

MARGARITA ALVAREZ HERNANDEZ

1 Introducción

El método piel con piel o canguro es muy sencillo; consiste en el contacto directo y prolongado del bebe con su madre o padre. El bebe se coloca en posición vertical sobre el pecho de los padres, con las extremidades flexionadas. El resto del cuerpo estará tapado, con un gorrito la manta, patuco, con el fin de evitar la pérdida de calor. Se hace nada más nacer o poco después.

Los médicos Edgar Rey S. y Héctor Martínez G., fueron los primeros en utilizarlo en el Hospital Materno Infantil de Bogotá, Colombia.En un principio, esta práctica se aconsejaba a los padres con bebes prematuros o con bajo peso al nacer. La preocupación era proporcionar a estos bebes el máximo apoyo y cariño para que pudieran conseguir coger el peso, regular su temperatura y así equiparasen lo antes posible su evolución fisiológica a los nacidos a término. El método piel con piel será la base de todos los cuidados que necesitan para recuperarse. Es una alternativa a los cuidados en incubadora. Hoy día es aplicable a todos los bebes. Sanos o enfermos, nacidos a término o prematuros.

Se demostró que es la mejor manera en la que se puede encontrar el recién nacido y la mejor manera de cuidarle. En el contacto piel con piel el tacto y el olor hacen que la madre, libere oxitocina. Ésta aumenta la temperatura de las mamas,

proporcionando calor al bebé. Tiene gran poder estimulante, reduce el estrés post-parto, consiguiendo una gran tranquilidad y relajación, tanto en el recién nacido como en la mamá. El bebé reconoce el olor de su madre, aumenta el apego, se adapta mejor a su nueva vida fuera del vientre materno, y mejora la estabilidad cardiorrespiratoria.

Es un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como los nacidos a término; defiende la Organización Mundial de la Salud (OMS).
Sus características principales son:
- Un contacto temprano continuo y prolongado entre la madre o el padre y el bebé. éste comienza en el Hospital y se puede prolongar en el hogar.
- Los prematuros pueden conseguir el alta más rápidamente.
- En el caso de que el niño tenga que ingresar en la UCI de Neonatos por bajo peso, este método es súper-beneficioso, ya que no solo se implica la madre sino también el padre. Lo mismo ocurre cuando este bebé nace por cesárea, en la que el estado de la madre le impide en un principio realizar este método lo puede utilizar el papá, siendo también muy beneficioso.
- Algunos padres se sienten impotentes, no saben qué hacer y tienen miedo cuando su bebé está en la incubadora lleno de cables y sondas; tan pequeños e indefensos. Muchos piensan que no pueden hacer nada por su hijo y al poder cogerlo en brazos, tenerlo contra el pecho, darles el calor, ver su carita tranquila les demuestra que pueden hacer algo importante.
- El bebé siente el latido del corazón y se relaja es como volver a estar en el útero materno.
- Repercute en el control de la temperatura, de la lactancia materna y en el desarrollo de vínculos afectivos entre los padres y el hijo. En estos momentos el bebé tiene sus constantes vitales más estables tanto la frecuencia cardiaca como la respiración. Mejora el sueño, siendo más tranquilo.

Actualmente las puertas en las unidades de neonatos, permanecen abiertas las 24 horas para los padres permitiéndoles el contacto, poder cambiarles el pañal, etc.

El método piel con piel, según enumeran algunas matronas además de ser beneficioso para los padres y el bebé, ayuda a disminuir el sangrado posparto, la subida de la leche es más rápida, las tomas más frecuentes porque el bebe huele el pecho, el calostro y pide comer.

En el periodo sensitivo, que es durante las dos primeras horas después del nacimiento, el bebé reconoce a su madre si se produce el contacto piel con piel

con ella.

La naturaleza creó el sitio perfecto para un bebé. El pecho de su madre. Tiene la temperatura adecuada, para el recién nacido. Si lo colocamos en decúbito prono sobre el abdomen de su madre, irá reptando hacia el pecho materno, iniciando un agarre espontáneo del pezón.

Los objetivos generales son indicar a los padres los beneficios del método piel con piel o canguro; tanto para los recién nacidos como para los padres. Especialmente la madre. Se les explica detalladamente para que puedan elegir libremente. Incluso se les puede dar charlas antes del parto, para ayudarles, sobre el cuidado del recién nacido, lactancia materna, etc.

Se pretende conseguir mejorar el estado de los niños, sobre todo los prematuros, potenciar que la relación estrecha de forma temprana entre madre e hijo crea un vínculo emocional. También, está demostrado, que se consigue disminuir el número de abandono de estos bebes, por parte de los padres. Para conseguir todo esto, es muy importante que todo el personal sanitario esté correctamente formado para poder ayudar en la promoción, fomento e información a estos padres, que en numerosas ocasiones se ven desbordados con informaciones contradictorias.

2 Objetivos

- Definir y dar a conocer el funcionamiento de esta técnica mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

Se consulta en la base de datos y publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Ministerio de Sanidad y Política Social. Hospitales Españoles. Sociedades Científicas relacionadas con la Obstetricia y Pediatría, como la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). La Asociación Española de Pediatría, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). En la base de datos Cuiden, Pubmed, Proquest.

4 Bibliografía

- Asociación Española de pediatría (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y las primeras horas después del nacimiento.
- Bárcenas. Programa madre canguro. Medicina basada en la evidencia.
- Departamento de la salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (Organización Mundial de la Salud) Método Madre canguro, Guía práctica.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- Herrera A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Índex de Enfermería.
- Instituto Materno Infantil " Programa Madre Canguro" Historia.
- Lizarazo- Medina, JP, Ospina- Díaz, JM. y Ariza- Riaño, NE (2012) Programa madre canguro, una alternativa sencilla y coste eficaz, para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. Rev. Salud Pública 14 (2), 32-45.
- Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Índex de Enfermería 21(4), 209- 213.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) Estrategia de atención al parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1996) Cuidados en el parto normal. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2004) Método Madre Canguro. Guía práctica.

Capítulo 436

LA SEQUEDAD VAGINAL DURANTE LA ETAPA DE LA MENOPAUSIA

INES PEREZ MOYA

SUSANA CORUJO DÍAZ

1 Introducción

La mujer, en las diferentes etapas de su vida sufre diferentes cambios y algunos de ellos afectan a la zona vaginal, esto tiene que ver con la disminución en la producción de estrógenos o también por motivo de embarazo, lactancia, parto, etc.

Durante la etapa de la menopausia hay una disminución en la producción de estrógenos, la mujer deja de tener la menstruación y por ello llega el final de la etapa fértil. A la menopausia también se le llama climaterio.

Anteriormente a la llegada del climaterio la zona de la vagina está compuesta por gruesas capas de células, estas capas elásticas y flexibles están estimuladas por los estrógenos. Al producirse una bajada en la producción de los estrógenos se producen irremediablemente cambios.

Muchos de los síntomas del climaterio afectan a nivel vaginal, vulva y también al tracto urinario, la sequedad es uno de los síntomas más señalados. La sequedad vaginal trae consigo problemas sexuales. Las molestias en este sentido pueden comenzar ya en la etapa anterior a la menopausia, pero no es lo más común, lo más habitual es que comiencen pasados unos cinco años después de producirse la menopausia. Hay otro tipo de síntomas, como los bochornos, que es común que

con el paso del tiempo mejoren o incluso desaparezcan. Los síntomas vaginales como la sequedad van en aumento según pasan los años.

Actualmente hay diferentes tratamientos para solucionar este problema tan común en las mujeres de edad avanzada, entre ellos podemos hablar de los cambios en el estilo de vida, los lubricantes, hidratantes, los diferentes tratamientos farmacológicos específicos, etc. En ocasiones se oye hablar de productos como el aceite de onagra, pero su eficacia es nula. La vitamina E o los ácidos grasos tiene una eficacia probable pero no hay estudios concluyentes.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar los posibles tratamientos que podrían llegar a solucionar la sequedad vaginal que aparece tras la menopausia.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos: PubMet, Medline, Science Direct, etc. Como descriptores: vagina, atrofia, menopausia, tratamiento, climaterio, etc. Como criterios de exclusión se consideran los textos no completos.

4 Resultados

Los tratamientos utilizados para aliviar la tan problemática sequedad vaginal se pueden dividir en dos grupos, que son: tratamientos farmacológicos y tratamientos no farmacológicos.

Dentro de los tratamientos farmacológicos podemos encontrar medidas tanto hormonales como no hormonales. A su vez dentro de las medidas hormonales la terapia más efectiva y por tanto comúnmente más utilizada es la terapia con estrógenos, se puede utilizar de manera local o de manera sistemática. Se podrá llevar a cabo este tratamiento tanto con síntomas vaginales como con síntomas vasomotores.

Dentro del tratamiento con estrógenos hay dos tipos: el tratamiento únicamente con estrógenos y el tratamiento combinado con progestágenos. Son efectivos como decíamos antes tanto para síntomas vaginales aislados como para síntomas vaginales y vasomotores, pero antes de comenzar cualquiera que sea el

tratamiento es necesario valorar posibles riesgos y/o beneficios, ya que estos tratamientos pueden llegar a incrementar las posibilidades de padecer cáncer de mama, por este motivo son tratamientos que por recomendación se suelen utilizar puntualmente, a corto plazo y únicamente en mujeres que presenten algún tipo de síntoma.

Dentro de los tratamientos farmacológicos no hormonales encontraremos los lubricantes e hidratantes vaginales, las vitaminas, algunos compuestos herbales, etc. Los tratamientos hidratantes para aliviar la sequedad vaginal más efectivos y utilizados serán el ácido hialurónico, los geles, liposomas, etc. Estos productos además de aliviar en ocasiones pueden llegar a producir irritaciones por lo que hay que tener cuidado con su consumo y por otra parte tener claro que producen alivio, pero no hacen que la atrofia provocada por la bajada de estrógenos se cure.

Se recomienda el uso de una combinación de lubricación con hidratación como primera actuación terapéutica.

Cuando hablamos de medidas no farmacológicas incluimos cambios en el estilo de vida, como pueden ser evitar fumar, realizar ejercicio físico, alimentarse sanamente, tener una vida sexual activa.

Los ejercicios del suelo pélvico son muy recomendados como medida no farmacológica, también lo son el uso de dilatadores vaginales, prácticas sexuales como masturbación y masajes suaves.

También se habla de la utilización del láser fraccionado para reparar los tejidos y sanarlos, se trata de un rayo de CO2 que produce calor en la superficie de la piel y con ello provoca la producción de proteínas que protegen el medio extracelular. Este tipo de tratamiento se aplica a mujeres con síntomas graves que ya han probado el resto de tratamientos y no han funcionado en ellas.

5 Discusión-Conclusión

La menopausia genera un deterioro en la calidad de vida de muchas personas por motivo de los síntomas que acompañan a esta etapa por la que irremediablemente pasan todas las mujeres. Por ello consideramos muy necesario llevar a cabo todas las medidas necesarias para poder aliviar estos síntomas tan indeseados.

Bien es cierto que existen múltiples tratamientos y diferentes tipos de terapias que se utilizan para poder aliviar estos síntomas de los que hablamos, pero en la

mayoría de los casos no ofrecen una mejoría total, solo parcial y/o a corto plazo. Además de esto es común que tengan nocivos efectos secundarios.

En muchas ocasiones la desesperación sufrida por la mujer que se siente afectada por estos síntomas hace que utilice remedios sin respaldo científico y es probable que entrañen algún tipo de riesgo en la salud. Se hace muy necesaria la información a nivel general sobre este problema.

Finalmente creemos que es necesario realizar más estudios para encontrar soluciones a largo plazo y hacer campañas de información, hablar de este problema abiertamente tanto con las mujeres que ya lo sufre como con el resto, al fin todas vamos a pasar por ello muy posiblemente.

6 Bibliografía

- Capote Bueno, M. I., Segredo Pérez, A. M., & Gómez Zayas, O. (2011). Climaterio y menopausia. Revista cubana de medicina general integral, 27(4), 543-557.
- Heredia Hernández, B., & Lugones Botell, M. (2007). Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. Revista Cubana de Obstetricia y ginecología, 33(3), 0-0.
- Lugones Botell, M., Quintana Riverón, T. Y., & Cruz Oviedo, Y. (1997). Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. Revista Cubana de Medicina General Integral, 13(5), 494-503.
- Levancini, M., & Gambacciani, M. (2015). Láser erbium vaginal como tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia: resultados preliminares. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 80(2), 145-150.
- Carranza-Lira, S., de Jesús Cabrera-López, T., Estrada-Moscoso, I., & Aguado-Pérez, R. A. (2012). Índice de maduración y sequedad vaginales. Evaluación de dos dosis de estrógenos tópicos vía vaginal. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 50(3), 315-318.

Capítulo 437

MANTENER UNA VIDA CARDIO-SALUDABLE

RAQUEL MONTOYA NUÑEZ

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son todas aquellas que presentan problemas con el corazón y los vasos sanguíneos como son la cardiopatía coronaria, insuficiencia cardiaca, arritmia, etc. Este tipo de problemas ocurren cuando el colesterol y otros lípidos se acumulan en las paredes de los vasos sanguíneos, lo que se denomina como placa. Con el transcurso del tiempo, la placa puede estrechar los vasos sanguíneos y causar problemas en nuestro sistema. Si una arteria se obstruye, esto puede llevarnos a que se presente un ataque cardiaco o un accidente cerebrovascular. Para evitar esto es aconsejable tener unos buenos hábitos de vida.

De las enfermedades cardiovasculares las más destacadas, son: el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular son una de las principales causas de muerte en el mundo y afecta tanto por igual a hombres y mujeres.

Según la OMS, La Organización Mundial de la Salud, un 80% de las enfermedades cardiovasculares (ECV) se puede prevenir eliminando malos hábitos, a los que llaman factores de riesgo como el consumo de tabaco, el abuso y consumo nocivo de alcohol, las dietas no sanas y la falta de ejercicio físico, que ayudan al desarrollo de patologías que derivan en riesgo cardiovascular, como pueden ser la hipertensión arterial, la diabetes tipo 2, el exceso de grasa en sangre, como el colesterol y los triglicéridos (hiperlipidemias) y obesidad.

2 Objetivos

- Disminuir la mortalidad por problemas de enfermedades cardiovasculares en concreto por cardiopatías isquémicas.
- Concienciar a la población más afectada sobre el riesgo que corren y promover que tengan unos hábitos de vida más saludables.

3 Metodología

- Dejar el tabaco y en lo posible evitar el tabaquismo pasivo.
- Mantener un plan nutricional saludable.
- Realizar una actividad física moderada de unos 30 minutos al día.
- Mantener un peso adecuado.
- Controlar y reducir la tensión arterial, si es elevada.
- Mantener en lo posible los valores recomendados de colesterol total y colesterol LDL.
- Control de la glucemia.
- Es muy importante los controles médicos, para una detención temprana y poder prevenirlos. Los controles se realizaran en la consulta con un profesional, incluye una entrevista, un examen físico y un estudio correspondiente a cada paciente.

4 Resultados

El resultado de mantener una actitud sana y saludable supondrá un buen beneficio para cuidar de nuestro corazón, por lo que nos llevará a tener un motor más duradero, el cual estará en forma y con una mayor capacidad para realizar las necesidades de la vida diaria.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a los avances que hoy tenemos para prevenir su aparición y evitar su impacto en el futuro, la conclusión es, que manteniendo un estilo de vida activa y saludable, se disminuirán dichos riesgos de padecer una enfermedad cardiovascular. Por otro lado, las enfermedades cardiovasculares que son de tipo crónico de riesgo, no tienen curación, pero gracias a los controles médicos y a su tratamiento, hoy en día, se puede mantener una vida cardio-saludable.

6 Bibliografía

- www.funaciondelcorazon.com
- http://www.henufood.com/nutricion-salud/mejora-tu-salud/pagina-nueva/index.html
- https://www.efesalud.com/dia-corazon-pequenos-cambios-mejorar-saludcardiovascular/
- https://www.probeltepharma.es/como-mejorar-la-salud-cardiovascular/

Capítulo 438

CUIDADOS A PACIENTE CON FIEBRE TIFOIDEA

ANA ISABEL LONGORIA SIMON.

1 Introducción

La fiebre tifoidea se produce por la bacteria Salmonella typhi, siendo poco común en los países industrializados. Sin embargo, sigue siendo una grave amenaza para la salud en el mundo en desarrollo, especialmente para los niños.

La fiebre tifoidea se transmite a través de alimentos y agua contaminados o el contacto cercano con una persona infectada. Generalmente, los signos y los síntomas incluyen fiebre alta, dolor de cabeza, dolor abdominal y estreñimiento o diarrea.

Se debe tener mucho cuidado con un paciente que presenta fiebre tiroidea ya que es contagiosa, es una enfermedad causada por la falta de higiene. La adecuada manipulación de alimentos con las manos limpias, cocinar bien los alimentos y hervir el agua son cruciales para prevenir la fiebre tifoidea. También es recomendable el tratamiento adecuado del agua y las basuras y la adecuada conservación de los alimentos, resguardándolos de los focos de infección.

Si hay algún paciente con fiebre tifoidea deberemos aislarlo mediante un aislamiento de contacto y aéreo, es decir, para entrar en la habitación será necesario usar bata, guantes y mascarilla. Al salir de la habitación lavaremos bien las manos para evitar pasar esa enfermedad a otros pacientes.

2 Objetivos

- Exponer el origen, los síntomas y el tratamiento de la fiebre tifoidea.

3 Caso clínico

Varón de 55 años consulta al servicio de urgencia por historia de fiebre de hasta 41 ℃, de dos semanas de evolución, que remitió parcialmente con paracetamol, asociada a dolor abdominal, cefalea y deposiciones acuosas fétidas sin sangre, en reiteradas ocasiones.

En los días previos a la consulta evoluciona con anorexia, astenia, náuseas y vómitos. Inicialmente es manejado con hidratación, analgesia y antipiréticos, sin mejoría.

4 Discusión-Conclusión

Los síntomas por lo general mejoran en 2 a 4 semanas con tratamiento. El pronóstico probablemente sea bueno con tratamiento oportuno, pero se vuelve desalentador si se presentan complicaciones. Los síntomas pueden retornar si el tratamiento no ha curado por completo la infección.

5 Bibliografía

- https://kidshealth.org
https://www.medicalnewstoday.com.

Capítulo 439

CUIDADOS A PACIENTE CON SÍNDROME DE COTARD

ELIZABETH LLANOS ROCA

1 Introducción

Es una enfermedad psiquiátrica, relacionada con la hipocondrÍa. Los afectados son personas disfuncionales, incapaces de iniciar y mantener una relación social con alguien más, creen firmemente haber fallecido, sufrir putrefacción de los órganos o simplemente no existir.

Los pacientes llegan a creer que sus órganos internos se encuentran paralizados o que ejemplo su corazón no late e incluso que se están pudriendo, llegando a presentar algunos alucinaciones olfativas que confirman su delirio.

En sus formas más complejas el paciente llega a defender la idea de que en realidad él mismo está muerto e incluso que han fallecido personas allegadas a él.

Aunque es un delirio típico de las depresiones más graves se puede ver en otras enfermedades mentales severas.

El manejo específico del síndrome de Cotard se enfoca en el manejo de la persona a tratar. Se ha observado en pacientes con trastornos afectivos, los antidepresivos pueden ser efectivos; sin embargo, debido a la presencia de delirios, la terapia electroconvulsiva es el mejor tratamiento posible hoy en día.

Cuando el síndrome se encuentra asociado con una condición de enfermedad esquizofrénica crónica, el pronóstico empeora. Sin embargo, en otros pacientes

esquizofrénicos donde la aparición de los síntomas es de instauración rápida, la utilización de drogas antipsicóticas puede favorecer una buena respuesta.

2 Objetivos

- Diferenciar el síndrome de Cotard de cualquier otra patología mental.

3 Caso clínico

Mujer de 40 años Presenta como antecedente episodios depresivos recurrentes, que se manifestaron durante los últimos 4 años y para los cuales recibió múltiples tratamientos, entre ellos sertralina, paroxetina, bupropion y alprazolam.

La paciente expresa la siguiente descripción: ”el 12 de diciembre por la noche vi que un humo me salía por la boca. Al día siguiente me miré al espejo y vi que mis ojos habían cambiado: no tenían vida.” Y agrega: ”Me di cuenta de que ese humo era mi alma saliendo de mi cuerpo”. Esto lo interpretó como un castigo por haber deseado la muerte, por haber intentado suicidarse. Desde entonces, empezó a hablar constantemente de haber sido condenada a ser una muerta en vida. Manifestaba que su alma había sido arrebatada por algún poder sobrenatural. Dijo no conocer la naturaleza exacta de éste, pero pensaba que podría corresponder a Dios o al diablo. Además, empezó a tener alucinaciones: percibía un mal olor que emanaba de su cuerpo y que no tenia sangre por sus venas, síntomas que interpretó como señales de que su cuerpo se estaba descomponiendo, y de que los gusanos pronto iban a romper la carne y a salir por la piel. Así, redujo ostensiblemente su ingesta de alimentos, decía que un muerto no come y no va al baño.

Exploración física: la paciente se presenta bien vestida y aseada, esta muy delgada, con aplanamiento afectivo, coherente y relevante, con adecuada producción ideoverbal, con las ideas delirantes de tipo nihilista ya descritas, y con alucinaciones olfatorias y cenestésicas.

La paciente niega antecedentes de convulsiones, trauma craneoencefálico y consumo de psicotóxicos.

Laboratorio: hemograma, transaminasas, glucemia, creatinina y TSH, resultaron normales.
Ectroencefalograma: normal.

Tomografía axial computerizada con contraste: Normal.

4 Discusión-Conclusión

La presentacion de la enfermedad varía de manera importante en cuanto a la extensión y número de delirios nihilísticos. Algunos autores que escriben sobre el tema han propuesto la importancia de manejar el concepto de espectro en la presentación clínica, la cual iría desde un síndrome parcial hasta uno completo.

La aparición de los síntomas es frecuentemente repentina, sin que haya existido una condición psiquiátrica previa; sin embargo, suele existir una fase inicial de ansiedad, la cual puede extenderse por unas pocas semanas o prolongarse por años. Esta ansiedad es vaga y difusa, y frecuentemente se encuentra asociada con irritabilidad.

5 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org
- https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/11151117_sindrome_cotard_cree_muerto_gtg

Capítulo 440

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN ENFERMO DE ALZHEIMER

MARÍA ÁLVAREZ GONZALEZ

Mª DEL CARMEN LACALLE ÁLVAREZ

1 Introducción

El Alzheimer es una enfermedad de demencia que se caracteriza principalmente por la pérdida de memoria, progresiva e irreversible, pero que presenta otros síntomas, tanto de tipo cognitivo como relacionados con la conducta y el comportamiento. Los síntomas generalmente se desarrollan lentamente y empeoran con el tiempo, hasta que son tan graves que interfieren en las tareas de la vida cotidiana.

2 Objetivos

- Minimizar el sufrimiento del paciente y realizar todos los tratamientos posibles para retrasar lo más posible el desarrollo de la enfermedad, dado que no tiene cura.
- Colaborar y apoyar a los cuidadores en todo lo que fuese necesario, para evitar que enfermen, pues esta enfermedad incrementa en los cuidadores los casos de depresión y ansiedad, por el grado de dependencia y deterioro que sufre el paciente afectado por Alzheimer.

3 Caso clínico

Mujer de 75 años de edad, diabética e hipertensa, que acude a la consulta acompañada de sus familiares refieren deterioro de memoria de al menos dos años de evolución.

Los primeros datos apuntan a despistes en la recepción de mensajes. En varias ocasiones venía de la compra habiendo olvidado artículos básicos que precisaba. Terminó por llevar una lista exhaustiva de la que antes no dependía, pero aún así se liaba con los cambios monetarios y en último término tenía que ir siempre acompañada, desde hace unos meses comenzó aquejar trastornos afectivos (sentimientos de inutilidad, frustración, tristeza). En ocasiones tiene problemas para regresar al domicilio o se le olvida como hacer las tareas cotidianas como, peinarse o asearse o alimentarse.

Se la deriva a la unidad de neurología, donde a la exploración se observa paciente alerta, con cierta indiferencia ante el motivo de preocupación de sus familiares. Escasa fluidez verbal. desorientada en las tres esferas (tiempo, espacio y persona), no recordaba día del mes ni de la semana, en orientación espacial (fallos en la ubicación de planta del hospital), no recordaba 3 palabras a los cinco minutos. Fallos en la repetición de dígitos en orden inverso y en cálculo mental simple. Dificultades nominativas. Enlentecimiento en pensamiento abstracto y asociativo. Fallo en la comprensión y ejecución de órdenes escritas y en copia de gráficos. Se le practican diversos estudios como; analítica de sangre completa, RX de tórax, electroencefalograma, TAC, etc.
Se le diagnostica enfermedad de Alzheimer y se le pauta como tratamiento no farmacológico, desde el área de neuropsicología se diseña un programa de estimulación cognitiva al que la paciente acude semanalmente con el objetivo de potenciar las áreas conservadas, tratando así mismo de mantener durante el mayor tiempo posible la reserva cognitiva de la persona. Las actividades desarrolladas dentro de este programa, le permiten además, suplir algunos de los aspectos deficitarios que presenta mediante el empleo de recursos emocionales y cognitivos alternativos.

Dado que esta enfermedad no tiene cura, sólo podremos pautar a la paciente medicación, que ayude a retrasar el deterioro lo mas posible y dar indicaciones y apoyo tanto a ella como a sus cuidadores, ya que los cuidadores en esta enfermedad son una parte esencial y sufren daños colaterales del cuidado.

4 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Alzheimer constituye la demencia primaria más común. No se conocen las causas. Las primeras lesiones, típicamente, se inician en una región del cerebro denominada hipocampo, cuyo correcto funcionamiento es crucial para la formación de nuevos recuerdos y el aprendizaje. Desde ahí se extienden progresivamente a otras regiones del cerebro. Estos daños pueden haberse iniciado hasta 15 o 20 años antes de la aparición de los primeros síntomas. Es la fase que se conoce como fase preclínica. Esto ha llevado a entender el Alzheimer como una enfermedad cerebral con una larga etapa sin síntomas, seguida por un progresivo deterioro cognitivo que, finalmente, desemboca en una demencia. En la actualidad no existe cura.

5 Bibliografía

- Dado que se trata de un caso real la mayor parte de la información es sustraída de los informes clínicos de la paciente, también se consulto las siguientes fuentes.
- Flint Beal M, Richardson E, Martin J. Enfermedad de Alzheimer y demencias afines. En: HarrisonTR. Princi-pios de medicina interna.
- Berciano Blanco J. Enfermedades degenerativas del sistema nervioso. Demencias. Enfermedad de Alzhei-mer. En: Farreras P, Rozman C.Medicina Interna.
- Kettl P. Helping families with end-of-life care in Alzhei-mer's disease. Comment in: J Clin Psychiatry. 2007
Eisendrath S, Lichtmacher J. Trastornos psiquiátricos. Delirio, demencia y otros trastornos cognitivos.
- Agency for Health Care Policy and Research. Surgeon General Reports, Samhsa tips, Samhsa peps. Health service/ Techonology assesment text. National library of Medicine.
- Rodríguez J, Guerra Hernández M. Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas.

Capítulo 441

EJERCICIO FÍSICO: BENEFICIOS PARA LA SALUD

ANA ISABEL VICENTE CANELA

1 Introducción

La decisión de ejecutar frecuentemente ejercicio físico ha demostrado ser un hábito muy rentable en la mejora de la salud de las personas enfermas.

2 Objetivos

- Determinar la importancia de realizar ejercicio físico y sus beneficios para la salud.

3 Metodología

Mediante la exploración de diversos comunicados y estudios sobre la promoción del ejercicio físico y sus beneficios en distintos bases de datos como Sciencedirect, Pubmed y Dialnet. Todos los artículos tienen en común el tema de la actividad física relacionada con la salud y estando escritos en 2010 y 2005 respectivamente, además de estar buscados con los descriptores actividad física, salud, etc.

4 Resultados

El ejercicio físico para la salud presenta los siguientes beneficios entre otros:

- Favorecer la función cardiovascular, respiratoria, metabólica y musculoesquelética.
- Mejorar el aspecto social y el área psicológica.
- Beneficiar la calidad del sueño.
- Mantener el peso ideal.
- Impactar en los huesos aumentando la densidad osea.
- Acelerar el sistema inmune mejorando las defensas.
- Reducir el estrés y disminuir la ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años ha habido un notable incremento de estos artículos científicos en la prensa cotidiana, lo que conlleva un aumento de la relación de ejercicio físico en la población al disponer de más información respecto a este tema.

6 Bibliografía

- https://medineplus.gov
- https://mayoclinic.org

Capítulo 442

LA BIOSEGURIDAD.

AMANDA MENÉNDEZ LINDE

SANDRA IGLESIAS HERRERO

1 Introducción

La bioseguridad es el conjunto de normas y medidas preventivas que permiten proteger la salud y seguridad del personal de salud , de los pacientes y de la comunidad , frente a riesgos producidos por agentes biológicos , físicos , químicos y mecánicos.

Existen barreras de protección que sin los materiales que el personal de salud obtiene y hace uso de los mismos para ejercer su profesión en sus circunstancias. Los materiales de uso son:
- Guantes (mecanismo de barrera de protección de riesgos biológicos).
- Mascarillas y respiradores (protección contra partículas de gotas grandes).
- Gafas protectoras (protección contra salpicaduras).
- Batas y gorros.

Podemos decir que las normas de bioseguridad son:
1. Evitar el contacto de la piel y mucosas con la sangre y otros líquidos corporales provenientes de cualquier paciente.
2. Usar siempre guantes para todo procedimiento realizado.
3. Lavarse las manos inmediatamente antes y después de realizar cualquier procedimiento.
4. Use el material adecuado e indicado ante cualquier procedimiento con el paciente.

2 Objetivos

Dar a conocer las normas y medidas preventivas que permiten proteger la salud y seguridad del personal de salud , de los pacientes y de la comunidad , frente a riesgos producidos por agentes biológicos , físicos , químicos y mecánicos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- https://www.oms.org
- https://www.who.int
- https://www.higiene.edu

Capítulo 443

EL BURNOUT O SÍNDROME DEL QUEMADO

MARIA TERESA DIAZ DIAZ

1 Introducción

El burnout o síndrome del quemado es reconocido por la OMS como una respuesta del organismo a situaciones de estrés prolongado en el ámbito laboral.Actualmente los profesionales de las diferentes categorías en los centros sanitarios se ven envueltos a un estrés diario repercutiendo en la calidad del trabajo, produciendo una insatisfacción personal de frustración, afectando incluso en las relaciones personales, y como consecuencia en su calidad de vida, generando malos hábitos alimenticios, de descanso y ejercicio físico.

2 Objetivos

- Identificar las primeras señales características del burnout.
- Conocer las variables que influyen en su aparición.
- Saber cuáles son las categorías profesionales más expuestas a padecer dicho síndrome.

3 Metodología

Saber que es el síndrome del burnout y aprender a identificar las causas asociadas:falta de apetito, sueño, fatiga crónica, estado de nerviosismo, irritabilidad son algunos puntos a tener en cuenta para desarrollar estrategias preventivas y

de refuerzo positivo para atajar dicho síndrome antes de que sea una constante en la vida del que lo padece, evitando así una cadena de situaciones estresantes y mejorando la calidad del trabajo y la personal.

Para conocer hasta que punto un profesional no padece de dicho síndrome, se realiza un estudio observacional y descriptivo en el área de esterilización del HUCA de Oviedo mediante una encuesta con ítems relacionados con la actividad general diaria de trabajo, medios para realizarla, tiempos de descanso y relaciones con los compañeros, a todas estas cuestiones se valorará también la satisfacción, pensamientos, sentimientos y conductas.

4 Resultados

Los resultados adquiridos por las encuestas es que prácticamente el 90% de la plantilla sufre del síndrome de burnout o "quemado" y el 10% de la plantilla reflejaba su satisfacción en el área de esterilización, pero con muestras de dicho síndrome tales como conductas irritables o falta de interés en las tareas.

El volumen de trabajo diario, la falta de medios y tiempo real para ejecutarlo, los ruidos, conductas irritables e incluso gritos por parte de los superiores al mando, así como las diferencias de comportamiento entre compañeros y superiores, el desacuerdo con respecto a horarios por no seguir un criterio común añadido a las diferentes tareas ejecutadas, produce en el área un estrés generalizado, frustración, agotamiento y bajo rendimiento con múltiples errores de ejecución.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir, a la vista de los resultados obtenidos, que el área de esterilización cuenta con una plantilla con el síndrome burnout o quemado, con gran volumen de trabajo diario, pero con una cadena de errores debido a las insuficiencias, o mala gestión de las tareas debido a las exigencias diarias.

6 Bibliografía

- http://www.scielo.isciii.es.

Capítulo 444

RIESGO HOSPITALARIO: LA VIOLENCIA LABORAL, LA GRAN OLVIDADA

Mª DEL CARMEN ARDURA SANTIAGO

MARÍA COVADONGA ABARRIO NÚÑEZ

JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN

MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ

ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ

1 Introducción

En los últimos años se ha producido un incremento en el número de actos violentos que ha sufrido el personal hospitalario, tanto sanitario como no sanitario. El menoscabo de los vínculos interpersonales y la conducta cada vez más intransigente de la población actual son dos factores que favorecen la aparición de episodios de violencia en los centros hospitalarios.

La OMS define la violencia como " el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persono, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte ".

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la violencia laboral es "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma".

Por agresión se entiende cualquier violencia (física, verbal o gestual) ejercida deliberadamente por un paciente, familiar o acompañante contra un profesional sanitario o no sanitario; la agresión debe de ser "sufrida" durante el ejercicio de su actividad o como resultado de esta.
Se considerarán como agresiones: las injurias, las amenazas (incluidas las verbales), la coacción, las vejaciones, las agresiones físicas, las calumnias, las represalias, la violencia contra el patrimonio del trabajador, la intimidación gestual o verbal, las faltas de respeto premeditadas: gritos, muestras de desprecio.

Con la reforma del nuevo Código Penal, en la Ley Orgánica 1/2015 se tipifican también como actos de atentando "…los que se cometan contra funcionarios de sanidad y educación en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de las mismas".

Además aumenta considerablemente la pena para el agresor "se ofrece una respuesta contundente a todos aquellos supuestos de atentado en los que concurren circunstancias de las que deriva su especial reprochabilidad: utilización de armas u objetos peligrosos; lanzamiento de objetos contundentes, líquidos inflamables o corrosivos; acometimiento con un vehículo de motor,…" intentando ser un componente disuasivo ante el creciente número de agresiones al personal que trabaja en los hospitales.

2 Objetivos

- Conocer las causas que pueden provocar situaciones violentas en el ámbito hospitalario.
- Identificar el factor desencadenante y analizar las consecuencias que el suceso pueda tener sobre el trabajador.
- Crear un protocolo para la prevención de las situaciones conflictivas.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática en varias bases de datos de rigor científico como MedLine, Google Académico y Dialnet. Usando como descriptores: violencia, trabajo, agresión, violencia hospitalaria, prevención, etc.

4 Resultados

Entre las causas que pueden dar origen a una agresión se encuentran:
- Solicitud de atención sin cita o fuera de cita (atención inmediata).
- Solicitud de prestación (medicación o prueba complementaria).
- Solicitud de baja laboral no procedente.
- Falta de puntos de información en los Centros Sanitarios.
- Discrepancias con las normas del centro (burocracia).
- Discrepancias con el trato recibido o con el tiempo de espera (citas, información sobre el proceso clínico, etc.).
- Discrepancias con el diagnóstico o con el tratamiento.
- Estado o condición del paciente (psiquiátrico, bajo los efectos del alcohol y/o drogas).
- Discrepancia con el uso de la contención en pacientes agitados.

Las zonas hospitalarias donde más agresiones se producen son los servicios de Urgencias, Psiquiatría, Consultas, Geriatría y las Salas de Espera.
Los factores desencadenantes de un acto violento están vinculados con el modelo ambiental y con la organización del trabajo. Evidentemente el servicio de urgencias es el que presenta un mayor número de casos de agresiones. Los sentimientos de impotencia, la pérdida de control de la situación (emergencia), las largas horas de espera e incertidumbre hacen que el paciente y sus acompañantes puedan llegar a pensar que la atención que están recibiendo por parte del personal no es la correcta.

El impacto que las agresiones tienen sobre el trabajador varía según sea la intensidad del suceso vivido. Además de las secuelas físicas y/o psicológicas, provoca absentismo laboral, stress, desmotivación profesional (merma la calidad de la atención al paciente), moral baja, pérdida de eficiencia, cambios de destino del personal y crear una atmósfera laboral “enrarecida”.

Algunas directrices a seguir para minimizar los riesgos que estas situaciones conllevan serían:
• La difusión y conocimiento del protocolo de actuación en caso de agresión.
• La realización de cursos sobre el manejo de situaciones conflictivas por parte de todos los trabajadores.
• La habilitación de las salas de espera con suficiente capacidad (paciente y acompañante), hilo musical ambiental y decoración relajante.

• La adecuada capacitación del personal de seguridad en el control de pacientes "poco estables".
• La correcta colocación del mobiliario en las consultas: evitando la acción agresora y facilitando la salida del agredido.

5 Discusión-Conclusión

La violencia en el trabajo vulnera los derechos y la dignidad de los trabajadores. También se considera agresión aquella que tienen lugar fuera del horario de trabajo o del ámbito laboral, siempre y cuando tengan relación con la actividad profesional.

Las agresiones afectan a la calidad asistencial del sistema de salud. La relación entre los diferentes poderes públicos y los centros sanitarios deberán ir encaminados hacia la tolerancia 0. Cabe señalar que el número de mujeres agredidas es superior al de hombres.

Se debe denunciar cualquier tipo de agresión, por leve que nos parezca, ante el inmediato superior. Un porcentaje elevado de agresiones no son notificadas: unas veces porque el agredido no sabía que tenía que notificarlo o por evitar tener que ver al agresor (juicio).

La falta de personal y de medios, el hacinamiento de pacientes (3 camas por habitación) y la sobrecarga de trabajo son situaciones cotidianas que se están viviendo últimamente en el ámbito hospitalario.

Todos estos factores sumados a las particularidades de cada trabajador, de cada paciente y acompañante, y a los recortes presupuestarios en Sanidad son un excelente caldo de cultivo para la proliferación de situaciones hostiles.

6 Bibliografía

- https://pdfs.semanticscholar.org/afe6/e144e2f3be8c06debb51229e5db201a5d916.pdf.
- https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/03/30/1
https://www.who.int/topics/violence/es.
- https://zaguan.inizar.es/record/70832/files/texto_completo.pdf.
- https://www.medicinatrabajo.es/wp-content/uploads/2009/05/articulo-especial-32668.pdf.

- www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2002-101_sp/default.html.
- https://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/108/reports/texts-adopted/lang--es/index.htm.
- https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE00281.pdf.
- http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.2.163471.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877877.

Capítulo 445

ALIMENTACIÓN Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

HENAR BLANCO FERNÁNDEZ

MARIA ISABEL ÁLVAREZ DOS SANTOS

1 Introducción

La alimentación adecuada constituye un reto para muchas personas que prefieren disfrutar de los alimentos agradables pero peligrosos para la salud, antes que cambiar sus hábitos erróneos y con ello mejorar su estado.

La educación nutricional es muy importante para lograr transformar la conducta alimentaria indebida, de ahí la intención de proporcionar conocimientos sobre la alimentación adecuada, sus características y relación con diferentes enfermedades crónicas.
Las enfermedades cardiovasculares constituyen un problema de salud pública. Las recomendaciones de estilos de vida saludables pueden a largo plazo disminuir o eliminar en la población las enfermedades cardiovasculares.

Existen 3 factores importantes que producen ataques al corazón: hipercolesterolemia, hipertensión arterial y exceso de peso. Todos esos factores están muy relacionados con la alimentación y la actividad física.

La meta es cambiar, de forma permanente los hábitos alimentarios y la actividad física, siempre acorde al estado cardiovascular del paciente.

Para alcanzar estos propósitos, incidiremos en proporcionar los conocimientos necesarios al paciente, en cuanto a hábitos saludables se refiere:

- Insistiremos más, en aquellos individuos que tengan algún factor de riesgo: que sufran alguna enfermedad coronaria, hipertensión, sobrepeso…
- Trazaremos un plan de salud, en el que informaremos sobre la adecuada alimentación, los buenos hábitos, fomentando el ejercicio físico adecuado a cada caso y las herramientas necesarias para poder lograr el objetivo.
- Podremos instar al paciente a que cocine platos de una manera mucho más vistosa a la par que sana, facilitándole recetas o grupos culinarios de la zona.

2 Objetivos

- Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica, para un adecuado conocimiento de la misma que permita realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Socarrás Suárez; M. M.; Bolet AstovizaI M.Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares. jul.-sep. 2010.
- Velasquez G. Fundamentos de alimentación saludable. Editorial Universidad de Antioquia.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 446

EL ALZHEIMER, UN PROBLEMA DE TODOS

PATRICIA BUGUEIRO NEIRA

1 Introducción

El alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa e irreversible reconocida por la OMS como la forma más común de demencia, entre un 60-70% del total de casos. Su principal característica es la pérdida paulatina de memoria, acompañada de dificultades en el lenguaje, pérdida de la orientación, dificultades para resolver problemas y en la planificación de situaciones o tareas.

El enfermo de alzheimer sufre de forma progresiva una disminución de su capacidad para llevar una vida independiente, de modo que en las últimas fases de la enfermedad necesita ayuda prácticamente para todo.
La sintomatología del alzheimer en su inicio puede ser bastante silenciosa ya que muchos síntomas pasan inadvertidos, pero poco a poco las personas afectadas van incrementando sus dificultades en las actividades básicas de la vida cotidiana (AVD) pudiendo llegar incluso cuando la enfermedad está muy avanzada a tener dificultades para caminar.

A día de hoy no se conocen las causas aunque sí sabemos que la zona del cerebro afectada es el hipocampo; imprescindible en el aprendizaje y la aparición de nuevas memorias.

Entre los factores de riesgo se encuentran la edad y la genética; aunque este último no es determinante. También existen factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, obesidad) y el estilo de vida. (alimentación, sedentarismo)

Como en cualquier otra enfermedad, los hábitos de vida saludables ayudan a controlar los factores de riesgo, pudiendo disminuirla o retrasarla.

2 Objetivos

- Conocer de manera más profunda la enfermedad del alzheimer y sus manifestaciones.
- Aprender a relacionarnos con el paciente para utilizar de manera eficiente tanto los recursos que posee como los propios especialmente ante situaciones de tensión.
- Conocer la incidencia de la enfermedad en nuestro país. Presente y futuro.

3 Metodología

- La metodología empleada ha sido la selección de información a través de distintos buscadores consultando las páginas web de referencia sobre el tema a tratar.
- Las palabras clave empleadas han sido alzheimer envejecimiento poblacional, deterioro cognitivo, demencia, reacciones familiares entre otras.

4 Resultados

Se observa a través del material consultado que los síntomas cognitivos más frecuentes son:

-pérdida de memoria: es el más característico, puede manifestarse a través de la memoria inmediata, es decir, aquella que utilizamos para retener información durante unos segundos y luego poder llevar a cabo una operación concreta.

-memoria reciente o a corto plazo: es la primera en verse afectada, por lo que suele ser la que avisa a los familiares de que algo está pasando. En principio la persona olvida lo que ha sucedido hace pocos días y luego puede llegar a no recordar lo que sucedió hace un instante. memoria remota o de largo plazo: es la encargada de que perdure la información de nuestra biografía, incluye acontecimientos lejanos.

-memoria de trabajo: está relacionada con la memoria inmediata, nos sirve para realizar tareas cotidianas.

- memoria episódica: es la memoria de datos, de hechos concretos, permite organizar lo que hemos vivido.
- memoria categorial: nos permite relacionar datos, nombres, significados etc.

-memoria procedimental: es la relacionada con las AVD (actividades de la vida cotidiana).
Hemos destacado hasta aquí la memoria, pero existen otros síntomas cognitivos que paso a detallar.
- Desorientación; espacial, temporal y personal.
- Pérdida de capacidad de comunicación; conversación fluída, leer, escribir.
- Agnosia: dificultad para percibir estímulos a través de los sentidos.
- Aprosexia: dificultad para mantener la atención.
- Pérdida de la capacidad de cálculo.
- Pérdida del esquema corporal, falta de noción del propio cuerpo.
- Apraxia: incapacidad de realizar movimientos con una intención.

Con respecto a los síntomas psicológicos y conductuales podemos citar entre otros: ansiedad, agitación psicomotriz, deambulación errática, depresión, agresividad, alteraciones del sueño y apetito y delirios.
Tanto los familiares como los profesionales sanitarios debemos poner en práctica diferentes recursos y actuaciones a la hora de relacionarnos con el paciente afectado.
Ante las conductas repetitivas; si son útiles, reforzamos positivamente esa conducta y se lo agradecemos. Podemos proponer conductas alternativas para que abandonen la anterior. Si aparecen automatismos, como puede suceder en la fase severa, expresados a través de movimientos corporales, permitimos que los ejecuten.
Ante preguntas repetitivas debemos emplear al máximo la paciencia, fomentar rutinas que las eviten o disiminuyan, dejar que encuentren ellos la respuesta.
Cuando aparece la agresividad, buscamos la causa, hablamos en tono de calma, solicitamos ayuda, y por supuesto, nunca reaccionar de la misma forma.
Si hay alucinaciones y delirios, lo ideal es no contrariarles, ni dejarles solos, escucharles pero no entrar en sus delirios.
Ante el oposicionismo hay que ofrecer alternativas, darles tiempo, y buscar motivaciones.

5 Discusión-Conclusión

A la vista de lo observado, queda claro que el papel del profesional sanitario es sumamente importante a la hora de facilitar el bienestar del afectado. No es menos importante que tenga en cuenta las estrategias y recursos adecuados para relacionarse con pacientes tan complejos, ya que esto le puede causar una fuerte carga mental.

Según estudios realizados por la fundación Sanitas uno de cada 4 hogares de nuestro país se ven afectados por un enfermo de este tipo, por lo que la formación y preparación de nuestra sociedad ante lo que parece un fenómeno creciente es imprescindible. El mayor problema es el evidente envejecimiento de la población según el cual se estima que en el 2.032 se superarán los 7 millones de pacientes, lo que alcanzará un coste de 48.000 euros en tratamientos según CEAFA. (Confederación Española de Alzheimer)

Aún se carece de un fármaco realmente eficaz para curar o frenar este mal por lo que a la vista de estos datos cabe concluir que nuestra sociedad tiene mucho camino por andar ante este mal.

6 Bibliografía

- Pags Web: Hablemos del alzheimer. Blog de la Fundación Pascual Maragall. 2020. https://blog.fpmaragall.org/que-es-el-alzheimer
- Isidro Carretero V, Pérez Muñano C, Sánchez- Valladares Jaramillo V, Balbas Repila A. 2011. Guía práctica para familiares de enfermos de alzheimer. Estudio de la Fundación Reina Sofía. pp 15-25, p 46, pp 60-61. España.https://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/13/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimer_final.pdf
- Más de 1,2 millones de personas en España sufren Alzheimer. 2017.https://sanitasdatasalud.es/mas-de-12-millones-de-personas-en-espana-sufren-alzheimer/
- El alzheimer será la epidemia del siglo XXI. 2017.https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/el-alzheimer-sera-la-epidemia-del-siglo

Capítulo 447

ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL SONDA NASOGASTRICA Y SUS CUIDADOS

LORENA SUAREZ GUTIERREZ

PURIFICACION CORAL GUTIERREZ GARCIA

1 Introducción

La nutrición enteral junto con la parenteral es la vía de administración de nutrición artificial de la que disponemos en medicina.

La administración de nutrición enteral se trata de una técnica por la cual se introduce en el organismo una mezcla especial de comida que contiene proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales que el paciente necesita para vivir. Son fórmulas obtenidas de los alimentos diseñadas específicamente para el aporte del o de los nutrientes necesarios para cada paciente.
Se dividen en dos tipos: nutrición enteral por boca y nutrición enteral por sonda.

La nutrición enteral por boca: ingesta de fórmulas anteriormente citadas por vía oral, requiere la colaboración del paciente, en situación establece con reflejos de deglución conservados. Esta nutrición se puede utilizar como nutrición completa o como suplemento.

La nutrición enteral por sonda: su administración es mediante un tubo fino, largo y flexible. El cual está indicado en personas que no pueden o tienen dificultad para masticar o tragar alimentos, pero no para digerirlos. Este tubo se puede introducir

desde la boca o nariz hasta el intestino o estómago, o a través de intervenciones quirúrgicas directamente a estómago o intestino.

La técnica más común de administración, para los pacientes con capacidad funcional intestinal pero sin capacidad para ingerir suficiente cantidad de nutrientes, es la sonda nasogastrica. Esta se introduce por la nariz, a través de la garganta y el esófago y llega hasta el estómago permitiendo la llegada de alimentos, líquidos y medicamentos, e incluso para extraer sustancias desde el estómago. La realización del sondaje la hará el médico o enfermera a cargo del paciente, y su mantenimiento y uso diario lo realizará la familia o paciente en su domicilio.
Se utiliza en pacientes con diversas situaciones clínicas, como:
- Enfermedades metabólicas
- Enfermedades neurológicas graves
- Trastornos gastrointestinales
- Prematuridad
- Malnutrición grave
- Otras enfermedades que dificulten o impidan la alimentación oral

2 Objetivos

- Conocer los cuidados de la sonda nasogastrica.
- Conocer la técnica de administración sonda nasogastrica.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, en bases de datos utilizando DECS en las que aparecieron textos completos sobre la nutrición enteral. Las bases de datos consultadas han sido: Scielo, DECS, Google Académico, Medline, Pubmed. Las palabras seleccionadas en la base de datos DECS fueron: nutrición enteral, sondas de al alimentación. Se han seleccionado artículos en los que se incluyen solo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas.

4 Resultados

Técnica de administración sonda nasogastrica:
- Lavarse las manos y ponernos los guantes
- Se le explica al paciente lo que se le va hacer y se solicita su colaboración

- Elevar la cama 45 grados
- Comprobar la fecha de caducidad del alimento y colocar toalla debajo de la sonda
- Abrir jeringa y cargar la con agua, introducirla por sonda según pauta médica y administrarlo de forma lenta, empleando 15-20 minutos
- Para finalizar, pasar otra vez agua por la sonda según pauta médica, para limpiar el circuito, dejar el tapón puesto y dejar al paciente en posición semi sentado un rato para evitar posibles reflujos

Cuidados de la sonda nasogastrica:
Los cuidados de la sonda nasogastrica son muy importantes ya que previene de complicaciones para el paciente.
- Lavar la sonda cuidadosamente diariamente con agua jabonosa y secarla bien.
- Limpiar el tapón de la sonda cuidadosamente y sacarlo bien para evitar que se quede pegado.
- Cambiar esparadrapo o tirita que fija la sonda a la nariz, diariamente.
- Si nota que la sonda se oscurece, presenta grietas u orificios, avise a su médico o enfermera para su valoración.
- El cambio de la sonda lo indicará el médico o la enfermera.

5 Discusión-Conclusión

La buena praxis y manejo de esta te técnica junto a sus cuidados, evitarán complicaciones a la persona portadora de la sonda nasogastrica.

6 Bibliografía

- www.elsevier.es
- https://enfamilia.aeped.es
- www.cáncer.gov_espanol/publicaciones/diccionario/def/sonda-nasogastrica
- www.nutricióncare.org/about_clinical_nutricion/que _es_la_nutricion_enteral
- www.geriatricarea.com/2016/01/08como-alimentar-a-una-persona-a-traves-de-una-sonda-nasogastrica/
- www.hospitalinfantamargarita.org/aprendiendocuidar/pagina-de-prueba/alimentación/dieta-por-sonda/

Capítulo 448

LA DEMENCIA: SÍNTOMAS Y CAUSAS

PURIFICACION CORAL GUTIERREZ GARCIA

LORENA SUAREZ GUTIERREZ

1 Introducción

La demencia es un declive progresivo de todas las funciones intelectuales en comparación con el nivel previo de función. Consiste en el desarrollo de múltiples déficit cognitivos que incluyen un deterioro de la memoria, y al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:
- Afasia: alteración del lenguaje (comprender, expresarse, etc.).
- Apraxia: alteración de la gestualidad (manipular objetos).
- Agnosia: fallos en el reconocimiento de objetos.
- Alteración de la función ejecutiva: planificar, secuenciar, abstraer…

Provocan en el individuo una pérdida progresiva de su vida autónoma, precisando ayuda constante o supervisión por otras personas. Alterando así significadamente el funcionamiento familiar, social o laboral.

Demencia es un concepto general que hace referencia a un conjunto de signos y síntomas (lo que técnicamente se denomina síndrome). Existen causas y enfermedades diversas que pueden hacer que una persona presente una demencia. Algunas de las causas son curables, aunque desgraciadamente son las menos frecuentes. Otras pueden tratarse, como mínimo, para mejorar su evolución y aliviar sus síntomas. En la actualidad, la causa más frecuente de demencia es la enfermedad de Alzheimer.

2 Objetivos

- Determinar los síntomas y las causas de la demencia.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se realizado una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, las bases de datos consultadas han sido: Scielo, DECS, Google Académico, Medline, Pubmed. Las palabras seleccionadas en la base de datos DECS fueron: demencia y Alzheimer. Se han seleccionado artículos en los que se incluyen sólo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas.

4 Resultados

Los síntomas de la demencia varían dependiendo de la causa los más frecuentes son:
A. Cambios cognitivos:
- Pérdida de memoria.
- Dificultad para comunicarse o encontrar palabras.
- Dificultad visual o espacial.
- Dificultad de razonamiento o para resolver problemas.
- Dificultad para realizar tareas complejas.
- Dificultad para planificar y organizar.
- Dificultad de coordinación y función motora.
- Confusión y desorientación.

B. Cambios psicológicos:
- Cambios de la personalidad.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Comportamiento inadecuado.
- Paranoia.
- Agitación.
- Alucinación

La demencia está causada por el daño o perdida de las células nerviosas y de sus conexiones al cerebro, aumentando a medida que la persona envejece, siendo

sus tipos la mayoría irreversibles. Algunas de las causas se pueden tratar si se detectan a tiempo:
- Lesión cerebral.
- Tumor cerebral.
- Abuso de alcohol (crónico)
- Cambios en los niveles de azúcar, calcio, y sodio.
- Niveles bajos de vitamina B12.
- Hidrocefalia Normotensiva.
- Uso de ciertos medicamentos.
- Algunas infecciones del cerebro.

5 Discusión-Conclusión

Un buen diagnóstico y tratamiento de la demencia, servirá a las personas afectadas y cuidadores a enfrentarse a los retos diarios y a su manejo.

6 Bibliografía

- https://www.dementiacarecentral.com
- https://alzorg>que-es-la-demencia.es
- www.mayo-clinicorg/es-es/diseases-conditions/dementiasymptoms-causes/syc-20352019
- www.medlineplus.gov/spanish/ency/article/000739.htm

Capítulo 449

DEPORTE Y ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DAVID GION RAMOS

1 Introducción

Cada vez que pensamos en deporte o actividad física, se nos viene a la cabeza grandes deportistas, múltiples deportes y eso lo asociamos a salud. Pero no nos olvidemos de las personas con discapacidad, ¿es recomendable que realicen deporte o actividad física? ¿pueden llegar a grandes competiciones?, ¿qué beneficios les pueden aportar tanto en su estado físico como emocional? Dentro del campo de la discapacidad encontramos muchas variables, en función de donde se encuentre la afectación, si son físicas o intelectuales, motoras severas o leves, sensoriales y dependiendo de eso buscaremos el tipo de deporte o actividad física más recomendable para cada persona.

2 Objetivos

- Buscar que las personas con discapacidad puedan disfrutar de forma sana del ocio y tiempo libre.
- Desarrollar través del deporte beneficios físicos y psicológicos que mejoren su autoestima y les ayude a socializar al tiempo que se integran y se superan a ellos mismos.

3 Metodología

Para este capítulo nos basamos en estudios publicados en Google Academico, saludmasdeporte, sunrisemedical, Femede, ccd.ucam.edu. También nos entrevistamos con persona que practican baloncesto en silla, atletismo, esgrima, boccia, por mediación de Aspaym, FEDEMA y PREDIF.

4 Resultados

Descubrimos que las personas con discapacidad que realizan deporte adaptado o alguna actividad física, obtienen una serie de beneficios a nivel psicológico y físico, que aumenta el autorreconocimiento de sus habilidades y capacidades, lo que con lleva una mayor autoestima al conseguir una buena percepción de sí mismos y una superación personal, así como una integración social que mejora su bienestar emocional.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de deporte adaptado o actividad física no solo nos centramos en su significado, sino en su función educativa. Podemos utilizarlos como un medio de aprendizaje no solo físico sino también psicológico, ya que potencian la autonomía de sus practicantes y mejora sus relaciones sociales, también mejora de manera exponencial su autoestima. Todos sabemos que tanto las actividades físicas y el deporte adaptado nunca va a ser valorado como se merece, y seguirá siendo un gran desconocido, ya sea por falta de medios, tanto inversión como difusión, como por marginación, compasiones y prejuicios. Lo que realmente deberíamos eliminar son esos limites invisibles que a veces son más grandes que las propias discapacidades.

6 Bibliografía

- Google Academico
- Saludmasdeporte
- Sunrismedical
- Femede
- CCD.UCAM.EDU

Capítulo 450

INVESTIGACIÓN SOBRE ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL COBRE

MARTA MUÑIZ

1 Introducción

La Enfermedad de Wilson también conocida como Degeneración hepatotenticular es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva. Su hecho principal es la acumulación de cobre en los tejidos, manifestado por síntomas neurológicos (dificultad de coordinación, temblores), cataratas y enfermedades hepáticas (cirrosis, insuficiencias hepáticas). Esta enfermedad afecta igual a hombres que a mujeres.

Es la anomalía genética transmitida como rasgo autosómico recesivo se caracteriza por un alto nivel sérico de cobre, debido a la incapacidad ceruloplasmina para combinarse con el mismo por lo que aumenta su porción libre de plasma. Así aparecen grandes cantidades de cobre en el hígado, bazo, cerebro, cornea, riñón que pueden producir espasmos musculares, ataxia……
Esta enfermedad puede causar la muerte precozmente. Es probable que el gen defectuoso responsable sea ATP7B que es el transporatador de cobre (también una ATPasa tipo P) que transfiere el metal desde los hepatocitos hasta la bilis.

El Centro de Investigación Media Aplicada(CIMA) De la Universidad de Navarra ha diseñado VTX801 vector viral que corrige un estado avanzado de la Enfermedad de Wilson en ratones, en el proceso de desarrollo de su innovadora estrategia terapéutica ha participado el Massachusehs Eye Ear (MEE) hospital asociado a la Universidad de Harvad aportando una avanzada capside viral(Ana80),

envoltura del material genético del virus modificado. El siguiente paso es iniciar la producción del vector a gran escala de manera eficaz y segura en modelos pre-clínicos para su administración en pacientes.

2 Objetivos

Transformar la información genética y conseguir así un vector viral portador del genATP7B que es eficaz contra la Enfermedad de Wilson.

3 Metodología

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

4 Resultados

La terapia genética consiste en introducir la versión correcta del gen en las células dañadas mediante vectores, generalmente virus modificados en el laboratorio que pierden su capacidad de causar enfermedad pero mantienen su habilidad para penetrar en las células.

Los investigadores del CIMA han logrado desarrollar un vector viral portador del gen ATPA7B que corrige la información del gen mutado y, de esta manera, revierte los síntomas de la enfermedad.
Esta nueva terapia génica resulta eficaz en modelos animales (ratones).

5 Discusión-Conclusión

Los investigadores de CIMA creen que el siguiente paso es confirmar la eficacia y seguridad de la nueva terapia genética en modelos pre-clínicos, tras lo cual quieren iniciar la producción del vector a gran escala en un grado clínico para su administración en personas.

6 Bibliografía

-https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_de_Wilson
-https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-investigadores-espanoles-desarrollan-terapia-genica-cura-enfermedad-wilson-201602160615_noticia.html
-https://www.bolsamania.com/noticias/sanidad/investigadores-espanoles-logran-curar-en-modelos-animales-la-enfermedad-de-wilson—1036953.html
-https://www.agenciasinc.es/Noticias/Prometedor-tratamiento-para-la-enfermedad-de-Wilson
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 451

LA SOLEDAD DE LOS MAYORES

VIRGINIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

La soledad “no elegida “es una situación en la que el individuo siente y experimenta esta condición como algo negativo que le puede llevar a una situación vulnerable donde el proceso de envejecer se convierte en un problema lejos de ser una etapa más en la vida, la senectud.

En nuestra sociedad actual, debido al aumento de la esperanza de vida y otros factores sociales hay un elevado número de personas mayores de 65 años que viven solas. Esto hace que la soledad se convierta en un factor de riesgo y la vulnerabilidad en el anciano se vea aumentada exponencialmente, ya que el aislamiento puede tener consecuencias que afecten tanto psicológicamente como a la salud integral el anciano.

Es por ello que cada vez son más el número de organizaciones sin animo de lucro que destinan el voluntariado a ejercer el acompañamiento de estos, intentando minimizar las consecuencias derivadas de la soledad. Por otro lado las distintas administraciones públicas se implican cada vez más en desarrollar programas de formación al voluntariado, a la vez que intentan sensibilizar a la sociedad y promover su participación.

El objetivo sería conseguir modificar aquellas pautas o conductas que hacen que el individuo perciba la soledad como algo negativo, cuyo resultado afectaría a su salud. Para ello crean grupos de trabajo para el acompañamiento domiciliario, así como también utilizan las redes sociales como herramienta que facilita la comunicación y la relación entre personas. La soledad cada vez está más lejos

de ser un reto social para convertirse en reto de salud pública ya que distintos estudios explican cómo afecta la soledad "no elegida" al individuo aumentando la morbilidad y mortalidad.

2 Objetivos

Dar una formación tanto por parte de las administraciones públicas como por las privadas haciendo programas de acompañamiento para personas mayores para evitar la sensación de soledad en la sociedad más envejecida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se hace una revisión bibliográfica sistemática, también en libros y artículos, en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Medline y Cclinicalkey.

4 Resultados

Varios estudios han demostrado que la soledad es un fenómeno que siente y experimenta una gran parte de la población mayor, con una serie de consecuencias tanto sociales como fisiológicas. Por, lo tanto esto lo convierte en un gran reto social.

5 Discusión-Conclusión

Una buena formación de personal para el acompañamiento de personas mayores en riesgo de sufrir una soledad social, mejora dicho problema social y sus consecuencias .

6 Bibliografía

- El anciano frágil. Cacioppo y Hawkley, 2009. Cacioppo y Cacioppo 2014
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 452

MAL USO DE LOS MEDICAMENTOS

DAVID GION RAMOS

1 Introducción

Siempre que la población tiene un cuadro de enfermedad y se le recetan fármacos durante un periodo de tiempo determinado, la mayoría de ellos suspenden ese tratamiento antes de tiempo porque siente una mejoría en su patología sin haber terminado dicho tratamiento.

2 Objetivos

- Evitar recaídas de las mismas patologías

3 Metodología

Se lleva a cabo un revisión bibliográfica de varios estudios de Distefar, Google Académico, reec.aemp, con la palabra clave: fármacos.

4 Resultados

Según los estudios realizados vemos que la gran mayoría de las personas que abandonan sus tratamientos antes de tiempo tiende a recaer de esa misma patología, lo que con lleva repetir el tratamiento, ser portador de la misma y crear una resistencia a dichos fármacos.

5 Discusión-Conclusión

Un buen programa en el cual se explique la importancia de acabar tratamientos pautados por el médico es crucial para la recuperación total del paciente, evitar posibles contagios y reducir el gasto farmacéutico.

6 Bibliografía

- Distefar.
- Google Académico.
- reec.aemp.

Capítulo 453

SERVICIO DE URGENCIAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO.

LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

Definimos urgencia como la aparición repentina de un problema de salud que genera la conciencia de una necesidad de atención rápida por parte de paciente. Dentro de nuestro sistema sanitario existen varios servicios que cubren esta necesidad, una de ellas son las urgencias en un centro hospitalario. Abordamos la complejidad de este servicio con la conciencia de que no solo es importante la eficacia y rapidez por parte del personal, así como todos los problemas que genera el mal uso y abuso de este servicio por parte de los usuarios.

El técnico en cuidados de enfermería (TCAE) tiene múltiples funciones que desarrollará dependiendo el servicio que esté prestando. El servicio de urgencias posiblemente sea en el que la mayoría de estas funciones son realizadas.

2 Objetivos

- Determinar de qué modo se da cobertura a la necesaria premura en la resolución de las distintas urgencias y emergencias en el menor tiempo posible.
- Determinar el papel del TCAE en el equipo de enfermería del área de urgencias. Identificar las funciones que desempeña el TCAE a la hora de llevar a cabo los cuidado a los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los distintos centros hospitalarios existen distintas herramientas que permiten una buena coordinación en el trabajo de los distintos profesionales que conforman el servicio: protocolos de actuación, sistema de triaje, formación específica y adecuada de personal, buena coordinación con el resto de centro hospitalario. Por otro lado y en contra no existe un control sobre el uso del servicio por parte del usuario ya que es él, el que decide cuando quiere usarlo. Tampoco existe unos estudios de previsión que pudieran generar planes para abordar este problema en el momento necesario.

Se pretende una atención rápida que permite una resolución eficaz en el menor tiempo posible. Se deberían plantear soluciones eficaces para lograr un buen uso y no abuso de nuestras urgencias, evitando colapso y un gasto innecesario de un bien tan apreciado en nuestra sociedad.

Una vez que un paciente acude a urgencias y es admitida y triada pasa a manos del TCAE el cual se encarga de identificar, acomodar y valorar el grado de dependencia, consciencia, autonomía y otros estados de dicho paciente. El TCAE también debe colaborar con otros profesionales para preparar al paciente antes de una exploración, ayudarle en sus necesidades básicas, mantener y revisar los boxes y material instrumental. También debe tramitar las pruebas que le han solicitado como muestras analíticas, radiografías,… Colocar la pulsera identificativa al paciente en caso de ingreso hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El personal TCAE debe de estar totalmente implicado y preparado para actuar junto con el equipo multidisciplinar ante cualquier complicación que pueda sur-

gir. Es importante que el TCAE sea capaz de transmitir tranquilidad y confianza al paciente por ser la primera persona en tener contacto con el paciente.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 454

CUANDO EL CUIDADOR YA NO PUEDE CUIDAR. SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO.

HENAR BLANCO FERNÁNDEZ

MARIA ISABEL ÁLVAREZ DOS SANTOS

1 Introducción

En los últimos años se ha producido un incremento en las cifras de la población española de mayores de 65 años, debido al aumento de la esperanza de vida, entre otros factores. Este tipo de población, sufre de patologías crónicas incapacitantes que causan una dependencia funcional, requiriendo por ello unos cuidados orientados, mayormente, a la realización de las actividades cotidianas.

Este tipo de ayudas las ofrecen los cuidadores, quienes en su mayor parte son los familiares del paciente. Atender a una persona dependiente es un trabajo muy duro, conlleva un desgaste emocional y físico, creando en muchos casos rechazo hacia la persona.

La función principal del cuidador, permite que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándoles a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone. Y como resultado de esa lucha diaria, el cuidador tiene estrés, fatiga y agotamiento, provocando una pérdida de control. Lo que comúnmente se conoce como ”Síndrome del cuidador quemado”. Este síndrome fue descrito primeramente en Estados Unidos en 1974.

El cuidador que suele sufrirlo es aquel que llega a dedicarle casi todo su tiempo al paciente, dejando incluso su trabajo, para dedicarse al cuidado de la persona dependiente y actuando por lo general de forma solitaria ya que casi siempre hay otros familiares que suelen desentenderse del problema, manteniéndose al margen de los cuidados requeridos por la persona dependiente y empleando estrategias pasivas e inadecuadas de resolución de problemas.

Todo eso da lugar al desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo al que se cuida: desmotivación, depresión-angustia, trastornos psicosomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con los que son incapaces de solucionar problemas cotidianos.. pudiendo desembocar en una depresión, repercutiendo incluso en su vida laboral.

2 Objetivos

- Identificar la presencia y características del síndrome de Burnout en sujetos dedicados al cuidado de adultos mayores así como valorar la calidad de vida de quienes cuidan a personas dependientes.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Alterra A. El cuidador, una vida con el Alzheimer.- Grupo Planeta (GBS)-2002.
- Chacón M, Grau J. La familia como parte del equipo: el cuidador principal. En: Gómez Sancho M. (ed). Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid: ARAN. 1999; 995-1004.

Capítulo 455

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN TURNOS ROTATORIOS

MARIA JOSE BRAÑA ALONSO

CARMEN MORENO GONZALEZ

1 Introducción

El personal sanitario forma parte de un colectivo, en el que su horario laboral está sujeto a un sistema de turnos de 7 horas diurnas y 10 horas nocturnas. Esta modalidad se denomina turno ecológico y se realiza con rotativo de mañana-tarde y noche o turno fijo nocturno.

Los trabajadores que trabajan a turnos, suelen tener un fuerte sentimiento de pertenencia al equipo en el que trabajan, de forma que, a nivel de grupo, se sienten menos las tensiones habituales de una organización. No obstante, la mayoría estima que no pueden beneficiarse plenamente de las ventajas ofrecidas por la empresa, especialmente en lo que se refiere a los temas de formación, excursiones planeadas, etc.

2 Objetivos

- Identificar los principales efectos negativos de la turnicidad en la salud del personal auxiliar de enfermería.
- Analizar las consecuencias que tiene la turnicidad laboral en la calidad de los cuidados que se prestan a los pacientes.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes paginas web y revistas, tanto del ámbito de la enfermería como de la medicina. Una vez seleccionada la información que más se ajusto a la temática a desarrollar, se realiza un cribado de datos y contenidos más destacados, mediante un análisis crítico y reflexivo.

Se eligen diferentes bases de datos que fueron: Cíndal, Cochrane, Pubmed (bases de datos bibliográficas). Se restringe la búsqueda, mediante la utilización de operadores booleanos (AND y NOT)

4 Resultados

El ser humano posee un reloj corporal interno y el hipotálamo, regula sus ritmos corporales, incluido el ciclo vigilia-sueño. El periodo habitual para estos ciclos es cercano a las 24 horas y se denomina ciclo circardiano. Éste está preparado para sincronizarse con el ritmo ambiental diario de luz – oscuridad. La mayoría de nuestros estados de vigilia, están activos durante el día. Durante la noche coincidiendo con el descenso de la temperatura corporal. Entre las 2 y las 3 de la madrugada, los estados de vigilia disminuyen. Estos citados estados de vigilia y sueño se desequilibran al variar los ciclos vigilia-sueño, volviendo a la normalidad, cuando se normaliza el horario.

Los profesionales sanitarios son el colectivo con mayor prevalencia de desgaste y fatiga laboral. Estos profesionales abordan una labor social que puede comprometerse, debido a diversas implicaciones negativas que afectan a diversos ámbitos de su vida. Tal situación puede transformarse en un factor de riesgo para la seguridad y la calidad de los servicios prestados.

Hay estudios previos que reflejan las dificultades para la conciliación de la vida familiar o social .Y el horario laboral afecta además a la salud física y mental presentando alteraciones como pueden ser: estrés, problemas para conciliar el sueño, dificultad de concentración, fatiga, enfermedades digestivas y cardiovasculares.

Vamos a desarrollar alguno de estos efectos adversos a la turnicidad:
- El sueño consta de distintas fases o estados, que se suceden de una manera relativamente fija, unas permiten la recuperación de la fatiga física y otras, que se dan en las últimas horas del sueño, permiten la recuperación de la fatiga mental. Se considera necesaria una duración media de sueño de aproximadamente 7,30

horas para recuperarse de la fatiga, aunque con variaciones individuales importantes. Esto hace posible que se den las distintas fases del sueño, de manera que nos podamos recuperar tanto física como mentalmente. Si se duerme de día, no se dan todas las fases del sueño y no se permite al organismo descansar suficientemente, con lo que se va acumulando la fatiga hasta llegar a un momento que se puede hablar de "fatiga crónica", que repercute negativamente sobre el sistema nervioso (dolor de cabeza, irritabilidad, depresión, etc.), sobre el aparato digestivo (náuseas, falta de apetito, gastritis, etc.) y sobre el aparato circulatorio. Además, las perturbaciones del sueño y la insuficiencia de éste, influyen de forma negativa sobre la tarea profesional, el rol familiar, la capacidad de adaptación y aumentan el riesgo de sufrir accidentes. En las personas que trabajan por turnos se constata, en la práctica, una reducción de la duración del sueño, especialmente cuando se trata de puestos de noche. Los principales problemas, pues, son los relacionados con las dificultades de conseguir un sueño profundo, en parte provocadas por los horarios ysus cambios, y en parte por las condiciones de las viviendas (ruidos, compatibilidad con otros horarios familiares, etc.).

- Nutrición. Los trastornos digestivos son especialmente frecuentes en las personas que trabajan en turnos utilizando un sistema discontinuo, con interrupción del trabajo sólo en el fin de semana. Sobre todo, se atribuyen a la irregularidad en las horas de comida, a las condiciones defectuosas de alimentación, a las perturbaciones del sueño y al consumo frecuente de excitantes, como café, tabaco y alcohol en los turnos de noche. Se estima que del orden de una tercera parte sufren pérdidas de apetito, trastornos digestivos (gastritis, úlceras, etc.).
- El síndrome de Burnout y el estrés laboral, guardan estrecha relación directa con el absentismo laboral por parte de este personal. Este absentismo es indicador de insatisfacción laboral, causada en parte por la turnicidad.
- La fatiga laboral, puede provocar grandes efectos negativos en el trabajo. Siendo el turno nocturno el que obtiene menor rendimiento y menor calidad en el trabajo realizado, ya que la capacidad de atención, la toma de decisiones, la rapidez y la precisión de movimientos se encuentran reducidos.
- El rendimiento laboral según Jesús María Montesinos Rodas (2015) afirma que se merma en un 15% la producción. Realizando las mismas tareas en diferentes turnos diurnos-nocturnos. Estas diferencias están relacionadas con variaciones de las funciones fisiológicas en función del ritmo circardiano.
- Seguridad. La fatiga y la baja nocturna de la actividad del sistema nervioso, repercuten en las condiciones seguras de trabajo, principalmente en el período considerado crítico, entre 1 y 3 de la mañana. Es importante transmitir adecuadamente las consignas en los cambios de turno o la existencia de situaciones defec-

tuosas o peligrosas, pues esta falta de comunicación puede ser causa de errores, incidentes o en el peor de los casos, de accidentes.
- La calidad como la rapidez y precisión de movimientos. En cuanto al número de errores, aumenta hacia las 15 horas, posiblemente debido a la digestión y hacia las 3 de del trabajo: Se obtiene una menor calidad de trabajo durante el puesto de noche, especialmente entre las 3 y las 6 de la madrugada, al verse reducida la capacidad de atención, así la mañana, en cuyo caso quizás guarde relación con la baja actividad nerviosa del organismo a esta hora.
- Producción. El mejor rendimiento se da en el turno de tarde y el más bajo en el turno de noche, debido a la baja actividad del organismo y a la posibilidad de que los trabajadores nocturnos acumulen fatiga por un sueño deficiente.

Muchos de los conflictos provocados por los horarios nocturnos están relacionados con las dificultades de buscar compromisos entre las necesidades profesionales, las familiares y las biológicas del organismo. Las actividades de la vida cotidiana están organizadas pensando en las personas que trabajan en lo que se denominan "horarios normales", que permiten disponer de las noches y fines de semana para la familia, los amigos, el ocio, etc. El trabajo a turnos, sobre todo el turno de noche o de tarde dificulta estas actividades e incluso la relación diaria, al no coincidir con el resto de las personas. Estas dificultades se dan tanto en el plano privado como en el social, en cuanto a la disminución de las posibilidades de participación en actividades extra profesionales. Los cambios de horarios de trabajo plantean problemas de orden material y psicológico, que se sitúan tanto en el plano de la vida privada y familiar, como al nivel de la relación social.

Por lo general, los convenios colectivos se centran más en compensar económicamente a estos trabajadores por su esfuerzo extra y en regular la productividad de las empresas, organizando los ritmos de trabajo; pero dejan más de lado esas coberturas médicas especiales. El beneficio económico de las empresas prima sobre la salud de sus trabajadores. De esta forma, las compañías que cuenten con empleados que rotan por la noche deberían ofrecerles "revisiones médicas más habituales y que vigilen con mayor atención esos aspectos concretos que afectan a la salud de estos trabajadores", explican en el INSHT.

Recomendaciones para mejorar la calidad de sueño:
• Evitar la luz intensa de la mañana al finalizar la jornada laboral y utilizar gafas de sol en los trayectos antes de ir a casa.
• Utilizar las siestas para evitar la fatiga y mejorar el rendimiento y la seguridad en los trabajos nocturnos. La SES recomienda dormir la siesta antes de ir a

trabajar y realizar otra (si es posible) a las 4 de la mañana.
• Mantener un horario regular de comidas y evitar las cenas copiosas.
• Tomar una bebida estimulante, como el café, antes de empezar el turno, pero no abusar de ellas durante el tiempo de trabajo.
• Evitar ingerir líquidos antes de ir a dormir durante el día.
• Mejorar las condiciones de la habitación en la que se duerme: sonido, oscuridad y temperaturas adecuadas. Para ello podemos cubrir los ojos con un antifaz, utilizar tapones para dormir, apagar los aparatos electrónicos y desconectar el timbre.
• Tomar melatonina (3mg) antes de acostarse por la mañana.

5 Discusión-Conclusión

Una medida interesante para evitar romper la calidad del sueño, seria que las empresas tuvieran en cuenta, los cronotipos (si una persona es mas nocturna o diurna), a la hora de contratarlo.

Mejorar las condiciones del trabajo a turnos, requiere actuación a nivel organizativo, se deben establecer criterios para lograr unas condiciones más favorables que respeten al máximo los ritmos biológicos: de vigilia, sueño, alimentación, descanso. Así como las relaciones socio familiares y que en gran medida favorecen la seguridad y la calidad de la actividad laboral.

6 Bibliografía

- Almodovar Molina.A., Galiana Blanco, M.L, Hervas Rivero P y Pinilla Garcia E.J (2012), VII encuesta nacional de condiciones de trabajo 2011.
- Bonet-Poqueras.R.Molina Pallares.A., Olona Cabases,M, Gil Mateu.E y Bonet Porqueras,M., Gil Mateu.E y Bonet POrqueras,M. Trabajo nocturno un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermeria clínic, 19 (2009) p.6.82.
- Deschamps Perdomo,A., Olivares Roman. 5B Rosa Zabsls, K.L.D.L. y Asunsolo del Barco.a. Influencia de los turnos de trabajo y de las guardias nocturnas y en la aparición del Sindrome Burnout en medicos, enfermeras, auxiliares de enfermeria, medicina y seguridad en el trabajo 57(224).(2011), pag 224-221.
- Cortes Noguera.R.Depresión en estudiantes de enfermeria. Revistas Avances en Psquiatria Biologica,6, (2005).

- Isabel.A., y del Carmen.P. La turnicidad laboral. Impacto en la satisfación y estres enfermeria 169,(2010). P 61-66. CC.OO Castilla y León.(2011) p 77-85.
- Elizondo. NAR. Tusnos de trabajo en el personal de Enfermeria en una unidad de cuidados intensivos. Enfermeria en Costa Rica, (33), (2012), p 74-80.
- Feo,J.InfUniversidad Javeriana de Bogota (2007).
- Flores Jimenez.J., Ronda Hernandez,M, Estudio comparativo de la relación existente en tre la satisfación laboral, la turnicidad y el estres laboral. Seguridad laboral, (2001), p 62-70.
- Montesinos Lopéz de Rodas J.M. Conflicto trabajo- familia en trabajos de enfermeria a turnos (201luencia del trabajo por turnos en la salud de la vida cotidiana. Revista de la Pontificia Feo,J.Universidad Javeriana de Bogota (2007).

Capítulo 456

LA ALIMENTACIÓN

YOLANDA RAQUEL CASTAÑO PASTOR

MARÍA ASUNCIÓN ALVAREZ PANDO

MARÍA TERESA VAZQUEZ RUA

MARIA ARACELI PEREZ GARCÍA

NATALIA VAZQUEZ RUA

1 Introducción

La alimentación en el ser humano es fundamentalmente para la supervivencia y mantener una vida saludable y confortable, al igual que el agua,aunque hay que reseñar que en situaciones extremas el ser humano necesita antes ingerir líquidos que alimentos.Sin agua se puede aguantar entre 7-10 días antes de producirse la muerte,producido por un fallo multiorgánicos, excepto que la persona esté siendo tratada con sueroterapia (se considera ingesta líquida).

Sin alimentación se puede sobrevivir hasta aproximadamente de 21-30 días hasta la muerte, hay que destacar que según telediarios informativos,y artículos publicados. La alimentación que el ser vivo diariamente debe contar de diferentes porciones de hidratos ,proteínas,lácteos..

2 Objetivos

Determinar los tipos de dietas y determinar la más adecuada.

3 Metodología

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

Se han utilizado los descriptores; cuidados, dietas, enfermedades y los operadores booleanos AND y OR, pubmed.

4 Resultados

Hay que tener en cuenta que por las condiciones de las personas y del estado de salud ,la alimentación puede variar al igual que la vía de administración:

Tipos de dietas:
-Dieta basal es aquella en la que la que se incluye todas los alimentos y cocinados de diferentes formas.
-Dieta 1800 calorías es la recomendada para diabéticos, cardiópatas, sobrepeso, personas de avanzada edad.
-Dietas sin sal recomendada en personas con hipertensión
-DIetas semiblandas aquellas que refieren dificultad para masticar
-DIetas turmix normalmente aquellas se dirigen a personas de edad avanzada que no disponen de la dentaria adecuada
-Dieta turmix con espesantes para aquellas personas con dificultad al tragar, de deglución en este caso se distingue dos tipos, las de tipo puding que es aquella que el grosor de los purés y del agua debe ser tipo miel y la de tipo néctar que su textura consta del tipo zumo melocotón
-Dietas terapéuticas son aquellas dirigidas a personas que van a ser sometidas alguna prueba diagnóstica (colonoscopia, escáner,gastroescopia ,etc..) o ser sometedido a una intervención quirúrgica
-Dieta 2000 calorias suele ser dirigida a personas deportistas que tienen un gasto energético elevado.
-Además de las dietas anteriormente mencionadas se encuentran las de índole religioso:
-DIeta vegana
-DIeta musulmana

Además deberemos conocer los tipos de administración de alimentación que dependiendo de las condiciones pueden ser de diversas formas :
- Vía oral
- Sonda nasogástrica
- Peg

5 Discusión-Conclusión

Tras la revision bibliográfica se puede concluir que unos cuidados exhaustivos y una alimentación adecuada evitaremos agravar las enfermedades gastrointestinales

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 457

LA IMPORTANCIA EN HIGIENE DEL PACIENTE.

LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

La higiene corporal del paciente es una actividad básica a incluir en el plan de cuidados del auxiliar, cuando éste presente disminución o anulación de facultades para realizarla por sí mismo y que tiene repercusión directa sobre su bienestar y estado de salud. Con frecuencia y precisamente por ese citado caracteres básico de la actuación, suelen relegar a un segundo plano los protocolos y pautas de orientación de la actividad ya establecidas.

Las sobreinfecciones de origen externo y las lesiones cutáneas, principalmente en los ingresos de media o larga duración, son frecuentes en el entorno hospitalario generando complicaciones en el cuadro de salud del enfermo y un claro malestar físico que se corrigen en su mayoría al desarrollar técnicas y protocolos saludables en la higiene del paciente: Realizar mínimo una vez al día, usar jabones adecuados, condiciones físicas del entorno controladas, abordar en un orden de limpio a sucio, arriba abajo, dentro fuera, etc. La piel es un órgano especialmente visible que recubre todo nuestro organismo, es adaptable y flexible y muy importante para nuestra supervivencia pero al que no solemos prestarle las atenciones necesarias. En la medida en que si lo hagamos, las potencialidades de salud del paciente y su bienestar se verán sensiblemente acrecentados.

2 Objetivos

Determinar en qué medida la adecuada profilaxis de la piel del enfermo es básica en el abordaje de su enfermedad en cuanto barrera natural contra la proliferación de otros patógenos y si se tiende a conservar la integridad de la misma mediante el uso de las pautas y protocolos establecidos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 458

LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO

CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ

NURIA DÍAZ ARIAS

ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

ELENA MUÑIZ ALVAREZ

1 Introducción

En los hospitales, nos encontramos gran variedad de pacientes, los cuales, no tienen las mismas necesidades. La unidad de paliativos es una unidad especializada con unos cuidados especiales, son pacientes que no sólo requieren cuidados físicos, sino también sociales, emocionales y espirituales.
En este caso vamos a hablar de la importancia de los Técnico En Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ante las necesidades de las personas que requieren unos cuidados especiales, los cuidados paliativos.

Los objetivos de los cuidados paliativos son:
- Proporcionar confort y bienestar al enfermo.

- Proporcionarle buena imagen al paciente, es decir, correctamente aseado, peinado, etc.
- Mantener la habitación ordenada, ventilada…proporcionando un ambiente agradable.
- Ayudar a la familia con los cuidados del enfermo, para proporcionales descanso físico y psicológico

Los TCAE ejercen de forma rigurosa los planes de cuidados paliativos, ya que es una unidad que requiere unos protocolos de actuación especiales. Cada vez cometen menos errores y también se están evitando muchos problemas secundarios. Otro factor a destacar, es que los TCAE forman un papel fundamental en esta unidad, ya que son las personas que más contacto tienen con los pacientes, junto con la familia de éstos. Al tener un contacto más cercano con la familia y el paciente, son los encargados de contribuir con el bienestar de los enfermos terminales y de su familia.

2 Objetivos

Mantener informado al TCAE de cómo debe realizar los planes de cuidados que se le asignan en la unidad de paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabra clave: cuidados paliativos.

4 Bibliografía

- https://www.paho.org.
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/auxiliar_paliativos.htm.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 459

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA: CONTROL DE RESIDUOS

JESUS GARCÍA RODRIGUEZ

ESTHER MENENDEZ BARREIRO

1 Introducción

Los residuos sanitarios u hospitalarios son los generados en la actividad sanitaria, en especial, en los hospitales.

El lugar más común para que un Auxiliar de Enfermería desarrolle su trabajo es en un hospital; y dentro del hospital se encontrará con residuos de todo tipo. Gran parte de ellos se encuentran potencialmente contaminados con sustancias o líquidos biológicos por haber sido utilizados en tratamientos clínicos, constituyendo un grave problema de salud y su impacto sobre la calidad de vida humana y el medio ambiente.

Los profesionales con más riesgo en el manejo de los residuos infecciosos de los hospitales son los enfermeros, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y el personal de limpieza.

2 Objetivos

Desarrollar las diferentes formas de gestionar los residuos infecciosos de forma segura.

3 Metodología

No apoyamos en lecturas de manual de TCAE. Además se han utilizado búsquedas en Google, utilizando palabras claves como residuos sanitarios, contaminación, reciclaje… Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

En 1989 el Principado de Asturias pone en funcionamiento un Plan Integral de Residuos Sanitarios donde se recoge las medidas que deben aplicarse en los centros sanitarios para el desarrollo de una adecuada gestión de los residuos.

Los residuos generados en un hospital son:
• Residuos generales no peligrosos asimilables a domésticos (papel, cartón vidrio, plástico, restos de comida…).
• Residuos sanitarios asimilables a domésticos (restos de curas, vendas, empapadores, ropa de cama, equipos de goteros, bolsas de colostomía, vacunas inactivadas, medicamentos caducados.
• Peligroso por ser infeccioso, tóxico o radiactivo: residuos biológicos (vacunas vivas y atenuadas, fluidos corporales, sangre y hemoderivados de pacientes infecciosos, restos anatómicos, material punzante o cortante…), residuos de medicamentos (restos de medicamentos anticancerosos y equipos de quimioterapia), residuos químicos (disolventes halogenados, ácidos, mercurio…) y residuos radiactivos.

Los porcentajes en cuanto a residuos generados en servicios de atención sanitaria son:
• 85% son residuos generales no peligrosos asimilables a domésticos (papel, cartón vidrio, plástico, restos de comida…) y residuos sanitarios asimilables a domésticos (restos de curas, vendas, empapadores, ropa de cama, equipos de goteros, bolsas de colostomía, vacunas inactivadas, medicamentos caducados.
• 15% restante se considera peligroso por ser infeccioso, tóxico o radiactivo: residuos biológicos (vacunas vivas y atenuadas, fluidos corporales, sangre y hemoderivados de pacientes infecciosos, restos anatómicos, material punzante o cortante…), residuos de medicamentos (restos de medicamentos anticancerosos y equipos de quimioterapia), residuos químicos (disolventes halogenados, ácidos, mercurio…) y residuos radiactivos.

5 Discusión-Conclusión

Se debe determinar las operaciones oportunas para dar a los residuos el tratamiento más adecuado, teniendo en cuenta sus características con el fin de proteger la salud de las personas y conservar el medio ambiente.

Es primordial que el personal sanitario, en nuestro caso los auxiliares de enfermería conozcan la clasificación de los residuos para poder luego desecharlos de manera correcta. La clasificación será:
- Grupo I: residuos generales no peligrosos asimilables a domésticos (papel, cartón vidrio, plástico, restos de comida…).
- Grupo II: residuos sanitarios asimilables a domésticos (restos de curas, vendas, empapadores, ropa de cama, equipos de goteros, bolsas de colostomía, vacunas inactivadas, medicamentos caducados.
- Grupo III: residuos peligrosos sanitarios.

Dentro del grupo III podemos diferenciar:
- Grupo III A:residuos biológicos (vacunas vivas y atenuadas, fluidos corporales, sangre y hemoderivados de pacientes infecciosos, restos anatómicos, material punzante o cortante…).
- Grupo III B: residuos de medicamentos (restos de medicamentos anti-cancerosos y equipos de quimioterapia).
- Grupo III C: residuos químicos (disolventes halogenados, ácidos, mercurio…) y residuos radiactivos.

Los depósitos actos para contener está clase de residuos serán también clasificados con códigos de colores con la finalidad de facilitar su clasificación y el trabajo de los TCAE. Ese código de colores será:
• Residuos de clase I: se depositarán en BOLSA NEGRA, excepto para el papel y cartón que será en BOLSA AZUL, y el plástico en bolsa amarilla.
• Residuos de clase II: Se depositarán en bolsa verde.
• Residuos clase III A: Se depositarán en contenedores rígidos amarillos.
• Residuos clase III B: Se depositarán en contenedores rígidos rojos.
• Residuos clase III C: se depositarán en bidones azules.

Las precauciones básicas de gestión son:
• Evitar el contacto directo con el residuo mediante uso de guantes.
• No tocar con dichos guantes a ninguna persona, objeto o superficie.
• No manipular ni trasvasar residuos.

• Mantener cerradas las tapas de los contenedores (sin presionar, pues el cierre definitivo es irreversible) hasta la recogida. Todos los envases y contenedores de residuos, con independencia del tipo de residuo que sean, se mantendrán en diferentes zonas de limpio y sucio según sea el estado de limpieza y desinfección de los mismos.
• En aquellos centros en que se dispongan de zonas de almacenamiento intermedio, los residuos urbanos (Clase I) y asimilables a urbanos (Clase II) no se mantendrán en estas más de 12-24 horas. Los residuos biosanitarios específicos (Clase III) y químicos (Clase V) podrán ser almacenados hasta que se cumplan las condiciones de llenado expuestas anteriormente.
• El transporte de envases de 30 litros o más de capacidad se realizará en carros para evitar riesgos de rotura y derrame, así como lesiones físicas causadas por sobreesfuerzos.
• Se comprobará el cierre de los envases previamente a su traslado para evitar vertidos.
• Los contenedores no deberán llenarse por encima de los 18 kg de peso, para evitar accidentes laborales por sobrecarga o caída accidental.
• Las bolsas con residuos asimilables a urbanos no deberán depositarse nunca en el suelo, sino pasar directamente de su soporte al contenedor de transporte, para evitar regueros y fugas.
• Las bolsas no deben llenarse a más de 2/3 de su capacidad, para permitir su correcto cierre minimizando el riesgo de ruptura y derrames.
• Los residuos de Clase III y de Clase VI no podrán compactarse o triturarse en ningún caso.

Una gestión ineficiente derivará en graves consecuencias para la salud de las personas y la degradación del medio ambiente, deben dictarse normas para eliminar la importante carga de morbilidad asociada a la mala práctica, incluida la exposición a agentes infecciosos y sustancias tóxicas.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 460

PERJUICIOS DEL TABACO PARA LA SALUD.

ESTEFANIA FERNANDEZ ALBA

1 Introducción

Aunque a menudo pensamos que las consecuencias médicas son el resultado del uso directo de productos de tabaco, la inhalación pasiva del humo del cigarro también aumenta el riesgo de contraer muchas enfermedades. El humo ambiental del tabaco es la mayor fuente de contaminantes del aire de interiores. Se estima que la inhalación pasiva del humo de cigarrillos causa aproximadamente 3,000 muertes por cáncer pulmonar entre personas que no fuman y contribuye a más de 35,000 muertes relacionadas con enfermedades cardiovasculares. El estar expuesto al humo de tabaco en el hogar también es un factor de riesgo que contribuye a nuevos y más severos casos de asma infantil. Además, los cigarrillos que se caen o se botan son la principal causa de fatalidades por incendios residenciales, causando más de 1,000 muertes cada año.

Las políticas de control del tabaquismo recomendadas por la Organización Mundial de la Salud han logrado un discreto descenso en la prevalencia de tabaquismo en los países desarrollados, aunque la mortalidad relacionada sigue siendo muy elevada. Se ha propuesto como estrategia de reducción de riesgos el uso de productos de tabaco distintos a los cigarrillos o bien la nicotina medicinal (conocida como terapia sustitutiva de nicotina o TSN). Entre los productos del tabaco con menos riesgo individual que los cigarrillos estarían algunos tipos de tabaco sin humo (smokeless) con bajo contenido en nitrosaminas y los cigarrillos modificados; ambas formas englobadas bajo el concepto de PREP (Potentially Reduced Exposure Products). La idea sería promover estos productos entre aquellos

que no pueden dejar de fumar o bien desean reducir su riesgo sin abandonar el consumo de nicotina. Se revisan los posibles efectos sobre la disminución de la prevalencia y sobre la morbimortalidad de las estrategias de reducción de riesgos, incluyendo los PREP, y se analizan las posibles implicaciones que esta medida podría tener en nuestro entorno. En España, las medidas de control del tabaquismo son recientes y todavía insuficientes. Actualmente, la prioridad en España es, por tanto, el desarrollo de políticas de control que han mostrado su eficacia de forma sobrada. La comercialización y difusión de nuevos productos de tabaco, aún de riesgo potencial reducido, parece más una seria amenaza que una oportunidad para el desarrollo de las políticas de control del tabaquismo.

2 Objetivos

Dar a conocer esta problemática mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002032.htm.
- https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/cuales-son-las-consecuencias-medicas-del-uso-del-tabaco.
- https://saludcantabria.es/.
- https://www.archbronconeumol.org.

Capítulo 461

RECONOCER Y GESTIONAR RESIDUOS HOSPITALARIOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR SU IMPACTO EN LA SALUD AMBIENTAL.

ANGEL GARCIA ALVAREZ

MERCEDES FERNANDEZ MENENDEZ

YOLANDA SANCHEZ HERNANDEZ

1 Introducción

En los centros sanitarios se originan una cantidad importante de residuos sanitarios, muchos son potencialmente peligrosos por estar contaminados y por ser radiactivos, para reducir su impacto sobre la salud ambiental el Técnico En Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe conocerlos y saber gestionarlos. Dependiendo de la naturaleza de este tipo de residuos, se clasifican y gestionan de distintas formas. Diferenciamos cuatro tipos de residuos en el ámbito hospitalario:

- Grupo I: son todos aquellos residuos que no necesitan ninguna exigencia especial en su gestión, son asimilables a los residuos urbanos como el cartón, papel,

envases, restos de comida, vidrio, etc..
- Grupo II: al igual que el anterior no necesitan para su gestión nada especial, son residuos sanitarios no peligrosos como guantes, vendas, yesos, pañales etc…
Los residuos de estos dos grupos debemos manipularlos con guantes, cerrando bien las bolsas y sin arrastrarlas por el suelo. Debemos mantener siempre el contenedor cerrado
- Grupo III: estos residuos hay que manipularlos y gestionarlos aplicando medidas de prevención por su peligrosidad. Son bio-peligrosos como: agujas, bisturís, tubos de sangre, residuos anatómicos, cualquier objeto punzante.
Estos residuos se depositan en contenedores especiales según el tipo de residuo. Una vez llenos estos contenedores deben cerrarse herméticamente para su manipulación y transporte hasta su destrucción.
- Grupo IV: citotóxicos, radiactivos, en este grupo tenemos residuos químicos como disolventes.
Los residuos citotóxicos que se componen de restos de tratamientos citotóxicos y conllevan riesgos cancerígenos, mutagénicos y teratogénicos.
Los residuos radiactivos utilizados para el diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades y contienen elementos químicos.
Todos los materiales usados: batas, mascarillas agujas, guantes etc.., que hayan estado en contacto con estos residuos deben ser desechados en contenedores especiales para ellos.

2 Objetivos

Dar a conocer al Técnico En Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) de nueva incorporación el tratamiento de los distintos residuos que puede encontrar en el centro sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Descriptores: gestión residuos, tóxicos sanitarios.

4 Bibliografía

- Estratos (residuos radiactivos). Se publica desde 1986. ENRESA. Publicación trimestral. Madrid.
- Revista de sanidad e higiene pública. Se publica desde 1926. Periodicidad mensual. Dirección General De Salud Pública. Madrid.
- Conesa Fernández, V.(1993): Guía metodológica de evaluación del impacto ambiental. Ediciones Mundi-Prensa. Madrid.
- Comunidad autónoma de Madrid (1987):" Resíduos clínicos o sanitarios". Cuadernos divulgativos en materia de residuos, nº5, 33 págs.

Capítulo 462

SEPARACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

CONCEPCIÓN CARBAJALES ÁLVAREZ

SONIA PEREIRO ALVAREZ

RAMONA NOCEDA ERIGOYEN

1 Introducción

Por residuos sanitarios se entiende “aquellos residuos generados en las actividades sanitarias de titularidad pública o privada, ya sean asistenciales, preventivas, de investigación, docencia o laboratorio, que hayan entrado en contacto directo o indirecto con pacientes” en cualquier establecimiento o servicio en el que se desarrolle actividades de atención a la salud humana. el control de desechos es competencia de la Consejería de Medio Ambiente. Para gestión de residuos es válida como guía de buena práctica clínica, la editada por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Por orden de prioridad, la jerarquía establecida será:

- Prevención reducir cantidad de residuo
- Reutilización: disminuir impacto ambiental
- Reciclado: transformarlos
- Valorización: uso como combustible o relleno
- Eliminación (desaparición)

2 Objetivos

- Actualizar y resumir las distintas normas que afectan a la clasificación y eliminación de los residuos sanitarios

3 Metodología

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

4 Resultados

DEFINICION y CLASIFICACION de los RESIDUOS SANITARIOS
La clasificación de los residuos sanitarios se basa en 4 criterios:
1, El riesgo para la salud por la propia naturaleza o composición del residuo (riesgo infeccioso o químico).
2. El riesgo derivado del potencial impacto medioambiental (riesgo de bioacumulación).
3. El riesgo de cada residuo por el soporte que lo sustenta (soportes punzantes o cortantes).
4. El sistema de gestión, tratamiento y eliminación aplicable a cada residuo.

CLASIFICACIÓN de RESIDUOS SANITARIOS SÓLIDOS
Los residuos generados en un centro sanitario se clasifican en dos grandes clases:
- Los que no presentan riesgo o inespecíficos, que se incluyen en los tipos I y II.
- Los de riesgo o específicos, integrados por los tipos III y IV.

Desde el punto de vista del tipo de contaminación que presentan, los residuos generados en un centro sanitario pueden clasificarse en dos subclases:
- Los de contaminación biológica: tipo III (bíosanitarios o de riesgo).
- los restos humanos de entidad suficiente: tipo IV (cadáveres y estos de abortos, mutilaciones e intervenciones)
- Los de contaminación química: tipo V (peligrosos por su efecto y contaminación): disolventes, líquidos con metales o radiográficos o soluciones de autoanalizadores

- Residuos tipo VI (citotóxicos): citostáticos y material en contacto (equipos, textil).
- Residuos tipo VI (radiactivos): radiaciones ionizantes

La clasificación general de los residuos sanitarios.
- Residuos sin riesgo, no requieren medidas especiales de gestión.
- Residuos sanitarios inespecíficos, precauciones especiales de gestión en el centro sanitario que es donde existe más riesgo para la salud.
- Residuos específicos o de riesgo, medidas especiales de prevención por riesgo dentro y fuera del centro.
- Residuos de riesgo y con características especiales (cadáveres o residuos radiactivos) que requieren gestiones específicas independientes de las del centro sanitario.

Residuos sanitarios Tipo I (asimilables a Urbanos)
Son todos aquellos residuos sólidos generados en instituciones sanitarias y no son específicos de la propia actividad asistencial (no en contacto con pacientes o el contacto no ha sido con productos biológicos y sin contaminación específica). Son residuos asimilables a los urbanos y que no plantean especiales exigencias de seguridad en su gestión (cartón, papel, material de oficinas, cocinas, cafeterías, jardinería, etc.) y residuos procedentes de pacientes no infecciosos, no incluidos en los grupos II y III.
Es necesaria una recogida selectiva de todos estos residuos al objeto de facilitar su reutilización, reciclado o valoración.

Residuos sanitarios Tipo II (residuos Clínicos)
No específicos de actividad sanitaria y asistencial y no incluidos en grupo III. Se definen por exclusión (restos de curas y pequeñas intervenciones quirúrgicas, bolsas de orina vacías y empapadores, recipientes desechables de aspiración vacíos, yesos, sondas y catéteres, pañales, envases, equipos vacíos de goteros, bombas extracorpóreas, bolsas de colostomía, ropa blanca, ropa desechable, etc). Precisan gestión intracentro adicional (medidas sobre manipulación, recogida,
Entre los residuos del grupo III se encuentran: de personas y animales con enfermedades infecciosas. Muy virulentas, de transmisión oro-fecal, por aerosoles o sangre, restos humanos, sangre y hemoderivados líquidos en grandes cantidades, material cortante y punzante, cultivos, almacenamiento y transporte). y externa como tipo I. presentan riesgo potencial de contaminación por gérmenes oportunistas y patógenos.

Residuos sanitarios Tipo III (Especiales)

Son residuos sanitarios específicos o de riesgo y requieren medidas especiales de gestión (manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación) tanto en el propio centro como en el exterior de los centros sanitarios por representar un riesgo para la salud laboral y pública debido a su capacidad de infectar, herir, etc. Para su manejo se clasifican en traumáticos (cortantes y /O punzantes) y no traumáticos.
Los residuos sanitarios tipo III no pueden someterse a tratamientos previos de trituración y/o compactación (sí los del grupo II con la debida autorización).
En el Grupo III (biológicos), se ha de tener en cuenta la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo de acuerdo con la normativa vigente. En el caso de sangre u otros líquidos biológicos, en los que se puede realizar el vertido de los mismos al desagüe, es importante que el vertido se haga con especial precaución, de forma que se eviten al máximo las salpicaduras y la formación de aerosoles. restos de animales de centros de investigación.
Residuos Tipo IV afectados por normativas singulares
Son residuos cuya gestión está sujeta a requerimientos especiales / legales desde el punto de vista higiénico y medioambiental, tanto dentro como fuera del centro generador:
- Residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos (RD 665/97) y todo el material en contacto.
- Residuos de productos químicos (reactivos).
- Residuos peligrosos como pilas, baterías, aceites usados, disolventes materiales eléctricos o electrónicos, termómetros, etc.
- Lámparas de descarga
- Toner, revelado de radiografías pilas, fluorescentes, termómetros, disolventes, reacc incluidos en la lista de residuos peligrosos.
- Medicamentos caducados o desechados.
- Residuos radioactivos (recogidos y tratados exclusivamente por ENRESA).
- Residuos de obra con materiales tóxicos, contaminantes o peligrosos.
- Aceites vegetales minerales y sintéticos, Etc.
- Restos anatómicos humanos con entidad: cadáveres y restos humanos con entidad procedentes de abortos u operaciones quirúrgicas (Decreto 2263/1974)
Todos los envases para residuos del tipo IV deberán estar etiquetados según normativa específica vigente. Precisan gestión especial dentro y fuera del centro generador a nivel higiénico y medioambiental

CITOSTATICOS

Los medicamentos citotóxicos y citostáticos deben almacenarse en el Servicio de Farmacia dependiente del centro sanitario. Deben garantizarse la protección de pacientes y trabajadores (conocer riesgos, guías técnicas, y equipo técnico adecuado para trabajo habitual y contaminación accidental).
Sus residuos deben depositarse lo antes posibles en los contenedores rígidos de polietileno o poliestireno de un solo uso y herméticos para su uso y no acumular en habitaciones ni lugares de tránsito de personas, y retirarlos tan pronto se llenen. Estarán rotulados con la indicación "Material contaminado químicamente. Citotóxicos".
RESIDUOS RADIOACTIVOS. GRUPO V
La Ley 54/1997 de "Regulación del Sector Eléctrico" regula estos residuos. Pueden gestionarse de forma convencional (residuos radiactivos con niveles por debajo de valores establecidos) o por empresa autorizada (ENRESA). Precisan estricto control y protección laboral.

RESIDUOS SANITARIOS LÍQUIDOS (QUÍMICOS)
- Residuos eliminables sin tratamiento a la red de saneamiento.
- Residuos eliminables con tratamiento previo (corrección).
- Residuos no eliminables a la red de tratamiento (tóxicos o peligrosos)

GESTIÓN DE LOS RESIDUOS
La gestión se basa en criterios objetivos de riesgo real y hay que tener en cuenta qué residuos son peligrosos, por qué son peligrosos, para quién y en qué condiciones.

RIESGOS TIPO I TIPO II TIPO III TIPO IV
Para el MEDIO AMBIENTE NO NO SI SI
Para las PERSONAS NO SI SI SI

No se pueden depositar en un mismo recipiente residuos de grupos diferentes y no se pueden reutilizar ni reciclar los residuos sanitarios de los grupos II y III., y además los del grupo III no pueden someterse a pretratamientos de trituración y/o compactación
Deben separarse los líquidos de los sólidos, los cancerígenos de los que no lo son y los agentes oxidantes de los agentes reductores.
El personal que transporte y almacene residuos usará guantes resistentes a pinchazos que no puedan agujerearse, cómodos y flexibles, ropa exclusiva para ese trabajo, gafas y mascarilla si hay sospecha de producción de aerosoles o salpicaduras y han de tener la posibilidad de ducharse y cambiarse de ropa.

Lo más importante en la manipulación es que los envases estén bien cerrados y las bolsas no deben ser comprimidas o arrastradas.
La evacuación de residuos generales y asimilables a urbanos debe ser diaria y el resto de residuos se evacuará cuando los contenedores estén llenos o produzcan malos olores, aerosoles o lixiviados.

TRANSPORTE de RESIDUOS

En general, el transporte interno se realizará mediante carros de paredes lisas y de fácil limpieza (Jabón, agua y lejía 10%) sin elementos cortantes, en los que se cargarán los envases de distintas procedencias y se trasladarán a través de circuitos prefijados, que respeten las áreas de sucio y limpio. Estos carros serán de uso exclusivo y se situarán en la zona de producción de residuos donde estarán los distintos tipos de envase necesarios para su recogida.
Envases tipo IV separados del resto de grupos. Bolsas siempre cerradas y no arrastrar ni usar bajantes, salvo neumáticas, que puedan alterar su integridad.
Precisan tratamiento preventivo periódico.
La recogida de residuo atiende a criterios de segregación, asepsia e inocuidad.
Su recolección se hará lo antes posible, sobre todo cortantes y punzantes.
Los trabajadores que se encarguen del transporte interno de residuos recibirán formación en materia de prevención de riesgos laborales, en particular sobre los riesgos de la manipulación manual de cargas (uso de EPII), así como los riesgos derivados de la manipulación de residuos
En caso de rotura o derrame de residuos durante el transporte se deberán recoger los residuos y gestionar todos ellos como el de características más peligrosas. Los carros y las jaulas deberán ser desinfectados inmediatamente.

EXTERNO
Cuando estén en el depósito general del centro los Tipo I y II son recogidos por el Servicio Municipal que los evacúa a un vertedero controlado y se transportan en vehículos adecuados.

Los envases con residuos Tipo III estarán señalados y deben ser transportados en contenedores rígidos de alta resistencia, estancos y cierre hermético con cerradura de seguridad. Hay que almacenar los envases de residuos Tipo III en los mismos contenedores, descargar directamente sin manipular en el elemento usado para su transporte externo.

ALMACENAMIENTO
La acumulación preliminar se hará bien de forma local en el punto de producción

o bien en los almacenes intermedios de residuos.
La acumulación final se hará en el almacén o almacenes finales de residuos, en local separado de la actividad sanitaria y de uso exclusivo. En residuos grupo III se recogerán cada 48-72 horas y los peligrosos no excederán de 6 meses de almacenamiento (cubierto, zona separada, adecuada ventilación, altura máxima de apilamiento, cantidad limitada) sólo accesible para personal autorizado., .
En centros sanitarios de cierto tamaño se pueden habilitar almacenes intermedios de acceso restringido durante no más de 24 horas, que sirvan para depositar temporalmente los residuos, debidamente segregados, hasta su transporte y depósito en el almacén fi¬nal.

Los residuos pueden tratarse mediante métodos:
- Mecánicos: reducen el volumen pero no eliminan la capacidad de infección (trituración o compactación).
- Térmicos: usan calor para eliminar infecciones (incineración autoclave).
- Químicos: no reducen el volumen (cloro o ácido peracético).
- - físicos: usan radiaciones (cobalto 60).
- Biológicos: usan enzimas que destruyen los componentes orgánicos.

Los residuos de los Tipos I no reciclables y II se podrán mezclar en el almacén final de residuos en contenedores de residuos o en contenedores compactadores.
Para residuos destinados al reciclaje se siguen las siguientes pautas:
- Vidrio: verde - Envases y embalajes: amarillo - Papel y Cartón: azul.

Papel con datos confidenciales gestionado y almacenado según criterios de seguridad hasta su traslado y destrucción final.

ENVASES
Las características generales de los envases deberán ser las siguientes:
- Impermeables.
- Opacos.
- Materiales homologados
- Resistentes a la humedad.
- No generarán emisiones tóxicas por combustión y reducirán la contaminación en su eliminación (envases desechables utilizados para la recogida de residuos del Tipo III).
- Asepsia total en su exterior.
- No tendrán elementos sólidos cortantes o punzantes en su exterior.
- Serán resistentes a la rotura.

- De un solo uso.

Para los de tipo I las bolsas plásticas serán de color NEGRO, impermeable y resistente a la humedad y carga estática y no generar emisiones tóxicas en la combustión. La primera bolsa será de 60 galgas y se introducen llenas ¾ en otras de 150 galgas que no sobrepasen los ¾ de llenado.

Para los de tipo II (Clínicos) serán de color VERDE.

Para los de tipo III (Especiales) los residuos cortantes y punzantes se introducen sin manipular en recipientes rígidos o semirrígidos de hasta 0,5-5 l. imperforables, adaptados a la norma DIN V 30-739 para Contenedores para Residuos destinados a la combustión. Una vez llenos en ¾ se introducen en otro de 30-60 l. ambos serán estancos e inviolables. Exteriormente de color AMARILLO y con el distintivo de BIORRIESGO.

Los no traumáticos se introducirán primero en bolsas de polietileno amarillas de 200 galgas, que llenas se cierran e introducen en doble bolsa amarilla con mínimo de 400 galgas o recipientes de 30-60 l. Los envases han de ser de un solo uso.

Los residuos de TIPO IV se podrán almacenar en diferentes tipos de envases en función de sus características:

- Envases para Citostáticos: Cumplir los mismos requisitos que los envases rígidos para los residuos del tipo III, serán de color rojo y llevarán el pictograma de riesgo citostático.
- Para el envasado del resto de residuos del TIPO IV y en función de las necesidades se podrán utilizar: bidones, Palets (equipos eléctricos y electrónicos), Bigbags (envases con restos tóxicos o peligrosos), Cajas de cartón señalizadas, Garrafas, etc.

Los químicos podrán ser de cualquier color en forma de caja o bidón y se gestionan en sus envases originales almacenados teniendo en cuenta las posibles incompatibilidades entre ellos.

Para las pilas y baterías deberán ser cajas o contenedores de cualquier color.

GESTIÓN EXTERNA DE RESIDUOS. CESIÓN DE LOS MISMOS A LOS GESTORES AUTORIZADOS

Cada centro deberá ceder los residuos generados a gestores autorizados de residuos. Los responsables de cada centro deberán disponer de las hojas de aceptación de cada tipo de residuo facilitadas por el gestor que a su vez deberá estar debidamente autorizado, figurando en el registro de gestores y transportistas de residuos de la Comunidad Autónoma.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores de los centros sanitarios están en contacto con residuos que pueden ser peligrosos tanto para la salud del propio trabajador como para la salud comunitaria, pueden ser riesgo infecioso, riesgo químico riesgo medioambiental.

Es muy importante la clasificación de estos residuos para evitar o minimizar lo máximo posible estos riesgos y se debería hacer hincapié en el riesgo al que está expuesto todo el personal y la importancia de clasificar correctamente los residuos.

6 Bibliografía

NORMATIVA COMUNITARIA
No existe una regulación específica comunitaria sobre los residuos sanitarios.
Normativa de residuos:
– Directiva 2008/98/CE,
– Directiva 1994/62/CE, de envases y residuos de envases;
- Directiva comunitaria 91/156/ CEE norma común para todo tipo de residuos
- Reglamento (CE) nº 1013/2006, relativo al traslado de residuos.
- Directiva 2000/76/CE, sobre incineración de residuos.
ESTATAL
1. Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados
2. Ley 11/1997, de 24 de abril, de envases y residuos de envases.
3. Real Decreto 664/1997, protección trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
4. Orden ESS/1451/2013, disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario.

Capítulo 463

CUIDADOS A PACIENTE CON LEISHMANIASIS

VANESSA CARBAJAL TEMPRANA

1 Introducción

La leishmaniasis es una enfermedad de tipo infeccioso causada por un parásito protozoo del género leishmania, transmitida por la picadura de un flebótomo infectado. Este mosquito puede resultar perjudicial tanto para personas como para animales y se localiza en zonas rurales con clima mediterráneo, subtropical y tropical.

Para prevenir contagios de esta enfermedad deberemos estar bien informados de cómo prevenirla, siendo una de las cosas más destacables para no contraer esta enfermedad el evitar penetrar en zonas boscosas infestadas de flebótomos, mantener la vivienda limpia, colocar en las ventanas mallas metálicas o plásticas finas que eviten la entrada del flebótomo, usar ropa que cubra las zonas expuestas de la piel, especialmente en las horas de mayor actividad del flebótomo, utilizar mosquiteros de malla fina por las noches o aplicarse repelentes. Y también deberemos eliminar a las ratas y destruir sus madrigueras, así como vigilar el estado de salud de los perros domésticos a través de un control veterinario o acudiendo a los servicios de atención a zoonosis en la unidad de salud más cercana.

2 Objetivos

- Exponer las causas, síntomas, tratamientos y efectos preventivos de la leishmaniasis.

3 Caso clínico

Paciente de 24 años que acude al servicio de urgencias por presentar dermatosis localizada en cabeza, que afecta región malar derecha constituida por ulceración ovalada, de aproximadamente 2 cm × 1.5 cm, eritematosa, con bordes elevados bien delimitados, hiperémicos e indura-dos, así como costra central.

La paciente refiere haber iniciado como una pápula eritematosa, la cual fue posterior a realizar actividad por la tarde en el campo, relacionándola con picadura de insecto. Se notó persistencia de la misma, crecimiento lento y posterior ulceración, a pesar de múltiples tratamientos antimicrobianos y antimicóticos tópicos indicados.

4 Discusión-Conclusión

Esta enfermedad constituye un grave problema de salud pública debido a los altos costos que representa en el nivel psicológico, socio-cultural y económico.

5 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/infecciosas/leishmaniasis.html
https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/enfermedades-infecciosas/protozoos-extraintestinales/leishmaniasis.

Capítulo 464

CASO CLÍNICO: RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTE ENCAMADO

JUAN ANTONIO LEAL MEDIAVILLA

PAULA CUELI ARENAS

LETICIA CUELI ARENAS

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) suponen un importante problema de salud, debido a su alta incidencia y prevalencia y a sus repercusiones. Constituyen un serio problema con una trascendencia socioeconómica importante ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro de la calidad de vida en los pacientes y en sus familiares, pero también ocasionan una sobrecarga asistencial, un aumento de costes a los servicios de salud así como una alta dispensación de productos farmacéuticos. El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) cifró su prevalencia en 8,51 % en atención domiciliaria, 7,87 % en hospitales y 13,41 % en asistencia socio-sanitaria (1).

Se define la úlcera por presión como una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o la presión en combinación con la cizalla. (2)

Las úlceras por presión pueden clasificarse en 4 grados o estadíos:

- Grado o estadío 1. Enrojecimiento de la piel (eritema) que no desaparece con la presión. Afecta a la epidermis.
- Grado o estadío 2. Pérdida de piel, aparición de vesículas y flictenas. Afectación de la dermis superficial.
- Grado o estadío 3. Pérdida de todas las capas de la piel, afectación del tejido celular subcutáneo que puede extenderse hasta la aponeurosis y grasa subyacente.
- Grado o estadío 4. Lesión más profunda con exposición de músculo, tendón y cápsula articular; posibilidad de fistulización y/o cavitación.

Los grados 1 y 2 son habitualmente lesiones menores que tardan días o semanas en curarse. Los grados 3 y 4 requieren mayor tiempo de tratamiento. (3)

Las causas que desencadenan la aparición de estas lesiones pueden ser, en la mayoría de los casos, detectadas con antelación. El identificar los factores de riesgo es fundamental para aplicar las medidas preventivas, ya que una vez que aparece la úlcera, el problema es de complicado manejo. La aparición de la UPP es un proceso íntimamente ligado a los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería (TCAEs y DUEs) siendo el estamento sanitario más implicado y con más experiencia en este problema, constituyendo un área de cuidados específica tanto en lo que se refiere a su prevención, valoración o curación.

La prevención de las UPP se ha de realizar sobre cinco grupos de acciones-intervenciones:
- Valoración del riesgo de desarrollar UPP. Se recomienda en todos los casos utilizar escalas.
- Cuidados de la piel. Es necesario realizar una inspección sistemática de la piel a los pacientes de riesgo. Es fundamental detectar de forma temprana la presencia de edema, eritema local, calor, cambios de turgencia, escoriaciones, pequeñas lesiones, induración, etc., así como valorar con atención las zonas expuestas a humedad por incontinencia, transpiración o estomas.
- Movilización y cambios posturales. Es imprescindible protocolizar los cambios posturales a los pacientes con movilidad reducida.
- Manejo de la presión: utilización de superficies especiales y de manejo local.
- Cuidados nutricionales. Tanto la nutrición como la hidratación son fundamentales en la prevención y el tratamiento de las UPP. (4)

2 Objetivos

- Prevenir la aparición de úlceras por presión.

- Asegurar el confort del paciente.

3 Caso clínico

Varón de 82 años que ingresa en una residencia de ancianos mixta procedente del hospital tras intervención quirúrgica de cadera total para pasar el postoperatorio en el centro.

A su llegada, consciente y colaborador. Orientado en persona, pero no en espacio y tiempo. Continente fecal y urinario. Tras la operación, y debido al reposo absoluto de los primeros días, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. No tiene red social de apoyo. Su única familia es una sobrina que ni siquiera vive en el país. Llega a la residencia con una herida quirúrgica producto de la operación de cadera a la que acaba de someterse y ligero enrojecimiento en sacro. Piel poco hidratada.

Sus antecedentes previos son: hipertensión arterial, obesidad, dislipemia y principios de demencia senil.

A su llegada y antes de pasarlo a su nueva cama, colocamos un colchón antiescaras para que el flujo de aire del interior del mismo permita cambios en las zonas de presión de su cuerpo contra la cama.

Posteriormente cubrimos su cuerpo, especialmente las prominencias óseas, con ácidos grasos hiperoxigenados y tapamos la zona sacra enrojecida con un apósito de espuma. Colocamos taloneras para añadir protección adicional, pues a su llegada se encontraban secos y con indicios de descamación.

Aseguramos un buen aporte nutricional, si bien al ser una persona obesa procuramos que siga una dieta hipocalórica que le ayude a bajar de peso y por tanto reduzca la presión que ejerce el propio cuerpo contra el colchón. Le instamos a que beba mucha agua e incidimos en la importancia de hacerlo para conseguir una pronta recuperación y minimizar los riesgos de formación de úlcera por presión.
Pautamos y realizamos cambios posturales cada 3-4 horas siempre respetando las limitaciones de movimiento indicadas por el traumatólogo debido a la intervención quirúrgica total de cadera a la que se ha sometido.

Pasada una semana desde la recepción del paciente en la residencia mixta de ancianos, Éste ya puede levantarse al sillón y caminar con ayuda, lo cual ha dis-

minuido el riesgo de éste de padecer una úlcera por presión.

En el tiempo que ha estado encamado, gracias a los cuidados suministrados, el ligero enrojecimiento de la zona sacra ha desaparecido y no tiene necesidad de ser cubierto por ningún apósito de protección. Su piel ya se encuentra normohidratada y las taloneras únicamente las usa durante la noche, mientras duerme.

Ya no requiere de cambios posturales, puesto que él mismo es capaz de posicionarse en la cama de diferentes maneras y alternarlas según su confort.

Mantenemos de momento el colchón antiescaras porque aún pasa largos periodos de tiempo en la cama.

4 Discusión-Conclusión

Finalmente se demuestra que el uso de ácidos grasos hiperoxigenados combinados con una buena pauta de cambios posturales e instrumentos de protección de la piel facilitan el mantenimiento de la integridad cutánea de un paciente encamado y con obesidad.

Cobra, por tanto, gran importancia la prevención de las úlceras por presión, pues es preferible poner medios antes que asumir un problema tan prevalente, económicamente elevado y sociosanitariamente preocupante como es la aparición de una UPP.

5 Bibliografía

1. Rodríguez-Calero Miguel Ángel, Miralles Xamena Jerónima. Actualización de la guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión del Servicio de Salud de las Islas Baleares. Ene. [Internet]. 2018 [citado 2020 Feb 13] ; 12(2): EBE2v12n2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000200010&lng=es.
Epub 23-Sep-2018.
2. Aranda-Gallardo Marta. Guía FASE de prevención de Úlceras por presión (UPP). Ene. [Internet]. 2018 [citado 2020 Feb 13] ; 12(3): 12311. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000300011&lng=es.
3. Macías Núñez JF. Geriatría desde el principio. 2ª Ed. Madrid: Editorial Glosa. 2005.

4. Carbonell-Fornés Paola, Murillo-Llorente Mayte. Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos [Internet]. 2015 Jun [citado 2020 Feb 13] ; 26(2): 63-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000200006&lng=es.
http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000200006.

Capítulo 465

INGRESO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

MARIA FLOR ROMERO GARCÍA

1 Introducción

El ingreso de un paciente en una unidad de hospitalización de salud mental es un conjunto de acciones y normas de actuación establecidas y descritas cronológicamente que deben ser llevadas a cabo por el personal de enfermería. Tanto el enfermo como la familia reciben una atención personalizada y una amplia información antes y durante su estancia en el centro hospitalario, lo que produce una disminución de la ansiedad y palia el desconcierto que suele suponer esta circunstancia, contribuyendo a humanizar el sistema hospitalario. El equipo de la unidad hospitalaria está especializado en la evaluación, diagnostico e intervención psicoterapeutica, psicofarmacologica y otras terapias.

Los diagnósticos mas frecuentemente ingresados son la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, las psicosis de causa orgánica, el trastorno bipolar, la depresión grave, el alcoholismo y las drogodependencias, los trastornos de personalidad descompensados, los trastornos por ansiedad en fase aguda, así como otros pacientes, como por ejemplo, los de elevado riesgo de suicidio.

2 Objetivos

- Estudiar la evaluación y tratamiento de pacientes con trastornos psiquiátricos agudos o subagudos que requieren ingreso hospitalario temporal para pasar después a atención ambulatoria por parte de profesionales del servicio u otros.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de estudios de investigación realizados sobre el tema en distintos protocolos hospitalarios, así como en publicaciones recientes de bases de datos de carácter científico y en guías especializadas en salud mental.

4 Resultados

Si se tiene en cuenta que una gran mayoría de los ingresos son voluntarios y que, además, la totalidad de los pacientes que son ingresados de manera involuntaria, una vez mejoran de su patología, aceptan voluntariamente el ingreso, se puede decir que acaban entendiendo y agradeciendo las medidas sanitarias previamente realizadas. En esta dirección prosigue explicar y tomar adecuadamente las decisiones de forma conjunta respecto al tratamiento a seguir, con lo que se consigue mejorar la alianza terapéutica con pacientes y familiares. Por este motivo, los estudios apuntan que involucrar al paciente y a su familia en el tratamiento hace entender al primero mejor su enfermedad y afrontar su diagnostico con una actitud más positiva.

5 Discusión-Conclusión

De manera habitual, a los trastornos mentales se les asocian connotaciones negativas por falta de información y por una cuestión cultural, siendo estos enfermos estigmatizados. Hace años esta visión comenzó a cambiar y los pacientes empezaron a ser tratados en hospitales por parte de facultativos especializados, mejorando sus tratamientos y los humanizaron hasta llegar a la Asistencia Integral y Multidisciplinar, con la que se trabaja hoy en día y que se simplifica en ofrecer al paciente y a su familia la mejor asistencia sanitaria posible en las diferentes etapas de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Fornes J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Planes de Cuidados.
- https://consaludmental.org.
- https://www.hmhospitales.com
- hospitalizacion psiquiatrica.

- https://www.elsevier.com
- internamientos psiquiatricos.

Capítulo 466

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN JOVENES.

ESTEFANIA FERNANDEZ ALBA

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual son infecciones que se contagian de una persona a otra a través de las relaciones sexuales (vaginales, orales o anales) o del contacto íntimo. Las enfermedades de transmisión sexual también reciben el nombre de infecciones de transmisión sexual. Es importante que obtengas información sobre estas enfermedades para protegerte a ti mismo. La mayoría de las enfermedades de transmisión sexual se pueden prevenir con el uso correcto de un preservativo cada vez que se tienen relaciones sexuales.

Las enfermedades de transmisión sexual más comunes son:
- Clamidiasis.
- Herpes genital.
- Verrugas genitales.
- Gonorrea.
- Hepatitis B (HBV).
- VIH y SIDA.
- Enfermedad inflamatoria pélvica (PID).
- Ladillas.
- Sífilis.
- Tricomoniasis.

La educación sexual está diseñada para ayudar a la gente joven a recibir información, herramientas y motivación para tomar decisiones saludables sobre el sexo y la sexualidad a lo largo de sus vidas.
Las investigaciones sobre educación sexual se han enfocado en si los programas ayudan a las personas jóvenes a cambiar comportamientos específicos relacionados a prevenir un embarazo o las enfermedades de transmisión sexual como:
- Dilatar el sexo hasta ser mayores.
- Utilizar métodos anticonceptivos cuando tienen sexo.
- Reducir la frecuencia con que tienen sexo.
- Reducir el número de parejas sexuales.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) vienen registrando un preocupante y constante aumento en España desde el año 2000, cuando se invirtió la tendencia descendente mantenida al menos desde 1995.
Tanto es así que ya hay casos registrados de diversas ITS en menores de 15 años, mientras que el segmento de edad de 15-19 supera en varias de ellas a los mayores de 35 años. Son datos del informe Vigilancia Epidemiológica de Infecciones de Transmisión Sexual 1995-2015, último disponible y publicado en 2017 por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

Otros datos que dibujan un panorama sombrío son los de los casos de sífilis en España, que han pasado de 700 a unos 4.000 en solo 15 años, lo que representa casi seis veces más; la infección gonocócica (gonorrea) se ha multiplicado por cinco en el mismo periodo (2000-2015) y ambas ITS tienen ahora registros notablemente peores que en 1995, cuando podría pensarse que había menos acceso a la información y educación sexual que veinte años después.
Otras infecciones de transmisión sexual como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el virus del papiloma humano (VPH), la clamidia o el herpes genital también presentan registros ascendentes, especialmente entre menores de 25 años, donde se concentra el 50 % de los casos de ITS.

2 Objetivos

Dar a conocer esta problemática mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/para-educadores/cuales-son-las-metas-de-la-educacion-sexual-para-la-juventud.
- https://www.efesalud.com/infecciones-de-transmision-sexual-cada-vez-mas-y-mas-jovenes/.
- https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets
- https://kidshealth.org/es/teens/std-esp.html.

Capítulo 467

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.

ESTEFANIA FERNANDEZ ALBA

1 Introducción

La lactancia materna es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto, que debería ser el principal alimento del bebé al menos hasta los dos años.

La leche materna incluye todos los nutrientes que un recién nacido requiere hasta los seis meses de edad, por lo que será su único alimento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recoge en su libro La alimentación del lactante y del niño pequeño los componentes principales de la leche materna, que son:

- Grasas: En cada 100 mililitros de leche hay 3,5 gramos de grasa, aunque la cantidad que recibe el lactante varía a lo largo de la toma. La grasa se concentra especialmente al final de la toma, por lo que la leche presenta una textura más cremosa que al inicio. Las grasas de la leche materna son importantes para el desarrollo neurológico del niño.
- Carbohidratos: El principal es la lactosa, cuya presencia es más alta que en otro tipo de leches y sirve como fuente de energía. Otros hidratos de carbono presentes en la leche materna son los oligosacáridos, importantes para combatir infecciones.
- Proteínas: La leche materna contiene una menor concentración de proteínas que la leche normal, lo cual la hace más adecuada para los lactantes. Algunas de estas proteínas son la caseína o la alfa-lactoalbúmina. La beta-lactoglobulina, una proteína presente en la leche de vaca y que puede provocar intolerancia a la lactosa, no está presente en la leche materna.

- Vitaminas y minerales: La leche materna ofrece la cantidad adecuada de la mayoría de las vitaminas, a excepción de la vitamina D. Para corregir esa carencia, se debe exponer al bebé a la luz del sol para que la genere de manera endógena, o si no, mediante suplementos vitamínicos.
- Factores anti-infecciosos: Entre ellos se encuentran las inmunoglobulinas, los glóbulos blancos, las proteínas del suero o los oligosacáridos.
- Factores bioactivos: Algunos de ellos son la lipasa, que ayuda a la digestión de la grasa en el intestino delgado; o el factor epidérmico de crecimiento, que estimula la maduración de las células de la mucosa del intestino para mejorar la absorción y digestión de los nutrientes.

El objetivo de la lactancia materna es proporcionarle al bebé todos los nutrientes necesarios, pero también alimentarlo e intentar durante todo el día que no pase hambre, por ello las tomas pueden ser bastante continuadas. El concepto y objetivo de la lactancia materna pasa por que existen muchas personas a favor y otras que creen que es algo innecesario, debido a que es mucho el esfuerzo que debe realizarse existiendo otras alternativas más sencillas y con las que el bebé se queda mucho más saciado.

Pero las personas a favor de la lactancia materna tras el embarazo sostienen que, además de que protegen a los bebés de posibles virus e infecciones, amamantar al bebé también crea un lazo de unión con el mismo, algo que no ocurre tanto cuando la alimentación del bebé es con leche artificial.

Los objetivos de la lactancia materna según la OMS son los mismos que sostienen los colectivos de madres que deciden dar el pecho a sus hijos y que estos se alimenten de la leche materna, ya que, a parte del vínculo que se crea entre ambos, se consigue que los bebés ingieran de un único modo todos los nutrientes, siempre adaptados a su edad y sus necesidades, ya que el cuerpo de la mujer que está dando el pecho tiene la inteligencia de crear el producto perfecto en cada momento.

En los últimos años la lactancia materna ha aumentado en España, pero las cifras aún se encuentran muy lejos de las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido a las trabas laborales y sociales que se encuentran las madres.

Según datos da Asociación Española de Pediatría (AEP), en España el porcentaje de bebés a los que amamantan sus madres es del 72 % cuando tienen seis semanas de vida, una cifra que se reduce al 66 % cuando tienen tres meses y al 47 % a los

seis meses.

Cifras que se han mantenido estables en los últimos quince años, con una ligera mejoría en los tramos de tres y seis meses.
Estos porcentajes que, a priori, dan una imagen bastante positiva de la situación de la lactancia en nuestro país están muy lejos de las recomendadas por la OMS dado que incluyen tanto a los niños que se alimentan exclusivamente de leche materna como a los que la combinan con otros alimentos.

De hecho, el porcentaje de niños que a los seis meses se alimentan sólo de leche materna es del 28,5 %, cifra similar a la del resto de Europa pero lejos de la recomendada por la OMS que insiste en que hasta esa edad los bebés sólo deben ingerir leche materna, y que sea una parte importante de su alimentación hasta los dos años.

"La tasa de lactancia materna aumenta en el primer mes de vida del bebé y se reduce a los cuatro meses, cuando la madre inicia su vuelta al trabajo".

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de la lactancia materna mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/lactancia-materna.htm.
- https://elembarazo.net/dudas/cual-es-el-objetivo-de-la-lactancia-materna.

- https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/la-lactancia-materna-crece-en-espana-pero-lejos-de-recomendacion-oms/10004-3344434.

Capítulo 468

LAS ULCERAS POR PRESIÓN, COMO SE PUEDEN PREVENIR Y RIESGOS QUE CONLLEVAN.

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

1 Introducción

La definición de úlcera por presión (UPP) es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (cama o silla), que provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a esa zona, por el aplastamiento de los vasos sanguíneos que se produce. Suelen aparecer en aquellas zonas del cuerpo donde el hueso está más cerca de la piel, como en los tobillos, los talones, las caderas, los codos, el sacro (cóccix, zona de la rabadilla), etc. No obstante, la mayoría de las úlceras por presión pueden evitarse.

Las upp aparecen principalmente en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y tiene una baja tendencia a la cicatrización espontánea. Constituye un importante problema de salud pública, dadas las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida de los pacientes, la prolongación de la estancia hospitalaria

y el aumento del gasto de material y de los cuidados por parte del personal de enfermería. Por todo ello, es muy importante realizar una adecuada prevención para evitar la aparición de las UPP.

Se sabe que la mayoría de las UPP podrían haber sido evitadas con la aplicación de un adecuado protocolo de prevención, por eso, cada vez más, el problema de las UPP está teniendo repercusiones legales, ya que el hecho de que un paciente ingrese por una patología determinada y deba prolongar su estancia en el hospital debido a la aparición de una lesión de este tipo lleva cada vez más a los familiares a denunciar la falta de cuidados adecuados para prevenir la UPP.

Es muy importante tener en cuenta que la prevención no sólo se debe realizar a nivel hospitalario, también resulta imprescindible implantar medidas de prevención en el propio domicilio del paciente, cuando sus condiciones así lo precisen. Una vez se han desarrollado estas lesiones, es necesario llevar a cabo tratamientos efectivos para que no se produzcan complicaciones en los pacientes y además hay que continuar con las medidas de prevención establecidas para impedir que aparezcan nuevas UPP.

2 Objetivos

- Identificar y describir correctamente el estadio en el que se encuentra la UPP, registrar y protocolizar los cuidados de enfermería, informar y formar adecuadamente al paciente y cuidador.
- Conocer y aplicar correctamente los cuidados orientados hacia la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las UPP, adoptando las evidencias científicas actuales, con el fin último de disminuir su incidencia.
- Determinar el riesgo de padecer una UPP de cada paciente en los distintos niveles asistenciales.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: Úlceras por presión, necrosis, lesión, piel.

4 Resultados

Las escalas de valoración de riesgo UPP las más usadas son las de Braden, Norton y Waterlow. 1918
- Braden: utiliza las siguientes variables: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligros de lesiones cutáneas.
- Norton: valora: estado físico, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia.
- Waterlow: valora: relación talla/peso, aspecto de la piel, continencia, movilidad, sexo/edad, apetito y factores especiales. Otras escalas, menos usadas son: Mclaren, Exon, Smith, Arnell, Nova 5, Gosnell y Emina Las UPP se clasifican en cuatro grados en relación al aspecto y profundidad de las lesiones:
- Grado I. Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta. En pacientes de piel oscura, observar edema, induración, decoloración, calor local. - Grado II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas, puede tener aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Grado III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.
- Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén como el tendón o la cápsula articular.

Tratamiento. Directrices generales Una vez se ha realizado una adecuada valoración inicial del paciente, en cuanto a los factores de riesgo a desarrollar una UPP (inmovilidad, incontinencia, edad avanzada, falta de higiene corporal, desnutrición, estado mental) y se ha valorado la lesión (tabla 3), se realizará su tratamiento, que en el caso de una UPP de grado I consistirá en aliviar la presión en la zona afectada y en la utilización de AGHO para conseguir una mejora de la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular. En cuanto a las úlceras de estadio II, III y IV, el tratamiento debe incluir el desbridamiento de tejido necrótico, la limpieza de la herida, la prevención y abordaje de la infección bacteriana con antibióticos locales y, por último, elegir un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

El tejido necrótico debe ser eliminado, ya que es un medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación. Las características del tejido a desbridar y la situación global del paciente condicionan el tipo de desbridamiento a realizar. Tratamiento Quirúrgico: es la forma más rápida de eliminar

áreas adheridas a planos profundos. Es un procedimiento cruento que requiere conocimientos clínicos, destreza, técnicas y material estéril. Debe realizarse por planos y en diferentes sesiones, comenzando por el área central y liberando el tejido desvitalizado.

Como la técnica es dolorosa se aconseja aplicar un antiálgico tópico, como gel de lidocaína al 2%. La hemorragia es una de las complicaciones más frecuentes. Se controla con apósitos hemostáticos y, en caso de necesidad, con la sutura del vaso sangrante.

5 Discusión-Conclusión

El registro de las upp permite el inicio y la continuidad de los cuidados .El registro por parte del profesional de las valoraciones de riesgo, los cuidados preventivos, características especiales del paciente, así como la no disponibilidad de los recursos materiales necesarios para la prevención es una medida de gran ayuda en la mejora de la calidad asistencial y de protección legal ante posibles demandas relacionadas con la aparición de UPP. Los cuidados básicos de las upp :
- Mantener la piel limpia, seca e hidratada. - Como y cuando cambiar los pañales húmedos.
- Necesidad de una nutrición e hidratación adecuada: proteínas, vitaminas B y C, hierro, calorías y agua (favorecen la cicatrización de los tejidos y puede evitar la aparición de las UPP y de la infección).
- Mantener la posición anatómica correcta, proporcionar detalles claros.
- Hacer cambios posturales y ejercicios de movilización así como la necesidad de pautarlos: Previenen la aparición de UPP Previenen la congestión de las secreciones respiratorias Facilitan la expectoración.

• Favorecen la circulación Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión Proporcionan bienestar al evitar la presión prolongada Previenen contracturas.
- Estimular las actitudes motivadoras para potenciar la autonomía y la movilización.
- La no sustitución de tareas por la rapidez de ejecutarla (es más rápido dar de comer que estimular su acción).
- Detección de factores de riesgo (cardiopatías, enfermedades respiratorias…).
- Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso. El apoyo al cuidador Principal

- Identificar al cuidador principal y proporcionarle la información, recomendaciones y apoyo necesario para facilitar los cuidados al paciente.
- Dejar registrada su capacidad en el manejo del problema y la aceptación de su rol de cuidador.
- Valorar y controlar si el cuidador demuestra capacidad para participar en el programa de prevención y tratamiento.
- Evaluar si realiza los tratamientos y procedimientos prescritos correctamente.
- Enseñar los conocimientos básicos necesarios para los cuidados.

6 Bibliografía

1.García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Laguna Parras JM. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión con riesgo de desarrollarlas. Jaén: Hospital Universitario "Princesa de España"; 2001.
2. Dirección de Enfermería. Área de Formación y Calidad. Manual de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Santander: Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"; 2003.
3. Rodríguez M,Almozara R,García F, Malla R, Rivera J.Guía de prevención y tratamiento.Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento.
4. Manual de prevención y cuidados locales de úlceras por presión. Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2005.
5.Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
6. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la comunidad autónoma de la Rioja. Gerokomos. 1999; 10 (2): 75-86.
7. San Sebastián JA, Lyder CH, Posnnet J, Chapman N. Epidemiología, impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). Atención integral de las heridas crónicas.1ª Edición: Madrid; SPA. 2004.
8. Subdirección asistencial de enfermería. Guías de Práctica Clínica. 9.Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Illes Balears: Servei de Salut de les Illes Balears; 2007.

Capítulo 469

TERAPIA OCUPACIONAL Y REHABILITACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.

Mª ISOLINA ALONSO GARCÍA

SONIA MESA GONZÁLEZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo de origen desconocido y de carácter crónico y progresivo. En la EP se ve afectada la sustancia negra cerebral, que degenera, lo que se traduce en una disminución de dopamina que es el componente químico esencial para la coordinación del movimiento y el control de la postura corporal y el tono muscular.

Desde estadíos iniciales, la enfermedad produce discapacidad funcional lo que genera dependencia del paciente para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tales como el aseo personal, la alimentación, el vestido, etc.

Junto con el tratamiento farmacológico y el tratamiento quirúrgico, la rehabilitación funcional resulta en la actualidad una herramienta imprescindible y cada vez mejor valorada por los neurólogos para el control de los síntomas de la enfermedad. El objetivo de la rehabilitación es mantener la independencia del enfermo durante el mayor espacio de tiempo posible.

2 Objetivos

- Describir aspectos generales de la Enfermedad de Parkinson.
- Destacar la importancia de la rehabilitación como terapia para minorar el deterioro funcional y mantener la autonomía del paciente en Actividades de la vida diaria durante el mayor tiempo posible.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos y bibliográficos sobre la enfermedad de Parkinson, consultando bibliotecas electrónicas y bases de datos (SciELO, Medline) y buscadores como Google o Google Académico.
Se incluyeron en el estudio todos los artículos que cumplieron los siguientes requisitos: lengua española o inglesa que reflejasen conocimientos acerca de la enfermedad de Parkinson, sus causas, características y tratamiento.

4 Resultados

La Enfermedad de Parkinson (EP) es un proceso neurodegenerativo, altamente incapacitante y de presentación generalmente esporádica. En nuestros días se trata de la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente sólo superada por la Enfermedad de Alzheimer. Fue descrita en 1917 por el médico inglés James Parkinson con el nombre de "Shaking palsy" que se traduce como "parálisis agitante".
Está causada por un déficit de dopamina asociado a la degeneración de la sustancia negra en los ganglios basales. La dopamina es un neurotransmisor involucrado en el control del movimiento.

No se conoce la causa de la enfermedad y por lo tanto no existe ningún protocolo de prevención. En la mayoría de los casos no tiene un componente genético y el principal factor de riesgo es la edad puesto que un porcentaje muy alto de los enfermos de Parkinson tiene más de 65 años. Se da en todas las razas y continentes y afecta por igual a hombres y mujeres.

Es una enfermedad para la que no se conoce la cura. El tratamiento farmacológico está enfocado a disminuir el avance y la intensidad de los síntomas.

A diferencia de la Enfermedad de Alzheimer, que afecta a las funciones cognitivas, los enfermos de Parkinson no sufren pérdida de memoria ni desorientación espa-

cial o temporal en estadíos iniciales de la enfermedad, sino que son las funciones motoras las que se ven comprometidas, siendo los signos motores característicos de EP: el temblor, la rigidez, la acinesia/bradicinesia y la inestabilidad postural. Se agrupan en el acrónimo TRAP:

• Temblor. Suele ser el primer síntoma y afecta a las partes distales de las extremidades, siendo muy habitual el movimiento de abducción-aducción de los dedos de la mano: "movimiento de contar monedas". Se trata de un temblor de reposo, con una frecuencia de entre 4-6 Hz, desaparece durante el sueño y la relajación y se hace más intenso cuando la persona desempeña actividades o se encuentra en situaciones que le generan estrés. La no presencia de temblor no excluye el diagnóstico de EP puesto que éste puede estar ausente hasta en un 30% de casos.

• Rigidez. Definida como el aumento del tono muscular y de la resistencia a la movilización pasiva de una articulación o segmento articular. Se suele acompañar del fenómeno conocido como de "rueda dentada" cuando la movilización se realiza lentamente y aumenta de intensidad durante el movimiento voluntario de otras partes del cuerpo.

• Acinesia/Bradicinesia. La dificultad para iniciar el movimiento, con episodios de congelación de la marcha (bloqueos) y la lentitud de movimientos espontáneos, resultan ser, en la mayoría de los casos, los síntomas más incapacitantes de la EP.

• Inestabilidad Postural. El paciente sufre caídas frecuentes debido a la dificultad que tiene para mantener la postura y el equilibrio.

Otros síntomas motores que se observan en EP son: la disminución del movimiento de los párpados, la ausencia de braceo durante la marcha, la inexpresividad facial (hipomimia) o la postura encorvada con ligera flexión de rodillas tan típica en enfermos de Parkinson.

Los signos no motores que aparecen con más frecuencia son:

• Depresión. Ya sea porque el paciente se niega a aceptar la enfermedad, como efecto secundario de la medicación antiparkinsoniana o por la destrucción de neurotransmisores propia de la EP. Relacionado con la depresión pueden aparecer: dificultades para conciliar o mantener el sueño, aislamiento social, disfunciones sexuales, trastornos de la memoria, alteraciones del apetito, cansancio crónico, desmotivación, baja autoestima…

• Ansiedad. El paciente se ve sometido a elevados niveles de estrés ante las dificultades con las que se encuentra para poder desempeñar tareas sencillas y cotidianas. Actividades que antes de la enfermedad no entrañaban ninguna dificultad, se convierten ahora en objetivos prácticamente inalcanzables, por ejemplo atarse los cordones de los zapatos o abrocharse los botones de una chaqueta.

• Dolor. Muscular y articular. Principalmente motivado por la rigidez.

• Otros síntomas no motores: Estreñimiento, incontinencia urinaria y trastornos de la micción, dermatitis seborreica, exceso de salivación (sialorrea), sudoración excesiva, lentitud para pensar (bradifrenia), apatía, trastornos de la conducta…

No es fácil diagnosticar la enfermedad de Parkinson puesto que no se cuenta con ningún marcador biológico que determine su presencia. Es el médico quien determina el diagnóstico mediante el estudio de la historia clínica del paciente y una exploración física y neurológica buscando los característicos signos: temblor-rigidez-bradicinesia. El diagnóstico se confirma según la respuesta del paciente a la levodopa.
La velocidad de progresión de la enfermedad varía de unos pacientes a otros y fue clasificada en 5 estadíos por Hoehn y Yahr (1967) en base al grado de afectación motora del paciente:
• Estadío I. Afectación unilateral y síntomas leves.
• Estadío II. Síntomas bilaterales. Sin trastorno del equilibrio.
• Estadío III. Afectación bilateral leve a moderada. Inestabilidad postural con alteración del equilibrio. El paciente es fisicamente independiente.
• Estadío IV. Incapacidad grave. Todavía es capaz de permanecer de pie y caminar sin ayuda.
• Estadío V. Necesita ayuda para todo. El paciente pasa todo el día sentado o en la cama.
Los estadíos I y II corresponden a la etapa temprana de la enfermedad. Fases leve a moderada. Los estadíos III y IV serían las fases moderada a severa: etapa media. En el estadío V estaríamos hablando de dependencia total: es la etapa avanzada de la EP.

En etapas tempranas de la EP, el paciente es totalmente autónomo, pero a medida que la enfermedad sigue su curso, el nivel de dependencia va aumentando de manera exponencial a la severidad de los síntomas. El paciente necesitará ayuda que será mayor gradualmente, pasando así de la independencia total al principio del proceso, hasta la dependencia más extrema cuando la persona ya no puede levantarse de la cama.

La Terapia Ocupacional y la Rehabilitación Funcional son coadyuvantes del tratamiento farmacológico y tienen como objetivo general mantener al paciente lo más independiente posible en el desempeño de sus actividades cotidianas para que pueda mantener y mejorar su calidad de vida. El mejor momento para aplicar estas terapias es cuando la enfermedad aún no se encuentra en fases muy avanzadas.

Los objetivos específicos que se plantean son los siguientes:
• Hacer una valoración de las capacidades/limitaciones a nivel físico, psicológico, cognitivo y social. Los tratamientos son individualizados.
• Entrenamiento en las ABVD (alimentación, higiene personal, vestido…). Prescripción de productos de apoyo. Adiestramiento en el manejo de ayudas técnicas como muletas, sillas de ruedas, bastones…
• Ayudas en la planificación del tiempo libre, en los pequeños desplazamientos, en las actividades de ocio. Creación de hábitos y rutinas, reacción ante una emergencia, toma de medicamentos…
• Entrenamiento para mantener las habilidades que aún se conservan.
• Enseñar para suplir las destrezas que se han perdido.
• Se realizan sesiones de trabajo para mejorar las funciones cognitivas y ejecutivas a través de la orientación temporal y espacial, el lenguaje o la memoria.
• Se procura mantener un entorno seguro y accesible. El objetivo es evitar accidentes.

Algunas técnicas muy efectivas son:
• El uso de la Wii como herramienta para mejorar síntomas motores mediante juegos que requieren agudeza visual, coordinación ojos-manos, movimientos secuenciales y relación entre figuras y suelo.
• Musicoterapia y danzaterapia. Combinando los beneficios de la música (físicos, emocionales, sociales y cognitivos)con la expresión corporal y la psicomotricidad.
• La estimulación sensorial. Las señales visuales y/o sonoras, consiguen atenuar las alteraciones motoras del Parkinson y disminuyen el número de episodios de bloqueo de la marcha.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Parkinson es incurable y de curso lento y progresivo. El tratamiento médico con Levodopa permite el control de los síntomas con resultados satisfactorios en la mayoría de los casos.

El tratamiento rehabilitador también está demostrando ser eficaz para conseguir que el paciente pueda mantener su independencia, permanecer en su entorno durante mucho más tiempo y mejorar su calidad de vida, retrasando el momento de una posible institucionalización.

El éxito se basa en su aplicación precoz y mantenida a lo largo de toda la vida del paciente.

6 Bibliografía

1. Enfermedad de Parkinson. Clínica Mayo. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/parkinsons-disease/diagnosis-treatment/drc-20376062
2. Rehabilitación en la enfermedad de Parkinson. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4-6-1-PB.pdf
3. Actualización en enfermedad de Parkinson idiopática. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v17n2/ccm07213.pdf
4. Síntomas motores de la enfermedad de Parkinson. G. A. Neri-Nani. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2017/nnp172c.pdf
5. Técnicas de terapia ocupacional más efectivas en el tratamiento de la inestabilidad postural y el equilibrio en la Enfermedad de Parkinson. Autora: Ana Belén García Olmo. Disponible en: http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2951/1/Garc%C3%ADa%20Olmo,%20Ana%20Bel%C3%A9n.pdf
6. Asociación Parkinson Madrid. Definición de la enfermedad de Parkinson. Disponible en: https://www.parkinsonmadrid.org/el-parkinson/el-parkinson-definicion/
7. Clasificación por Estadíos de Hoehn y Yahr. Disponible en: http://getm.sen.es/profesionales/escalas-de-valoracion/26-getm/escalas-de-valoracion/67-clasificacion-por-estadios-de-hoehn-y-yahr
8. Dependencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson. Disponible en: https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/63/55

Capítulo 470

SÍNDROME DE REYE

BALBINA FRANCOS GARCÍA

NURIA MENÉNDEZ LÓPEZ

MAYKA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

ELENA ÁLVAREZ ALONSO

1 Introducción

La Aspirina es desde su inicio, el fármaco más popular del mundo. Constituye o ha constituido el «analgésico de bolsillo» de toda casa. Durante este tiempo se han dado como reacciones adversas más comunes en adultos las del sistema gastrointestinal. Cuando es utilizada en niños, aparece el Síndrome de Reye, una enfermedad poco frecuente pero grave.

2 Objetivos

- Describir en qué consiste la Aspirina y su principal efecto adverso en la población infantil.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica durante los meses de Enero y Febrero de 2020 en bases de datos y fuentes bibliográficas específicas: Medline, Web of Knowledge (WOK), La Biblioteca Cochrane Plus. Utilizando como palabras clave: aspirina, efectos, niños y Síndrome de Reye.

4 Resultados

El Síndrome de Reye es una enfermedad rara y potencialmente fatal que ha sido asociada al uso de ácido acetilsalicílico en niños con fiebre por varicela o síntomas de gripe. Su sintomatología aparece en dos fases, primero con los síntomas típicos de la infección viral que suelen mejorar o desaparecer, y luego aparecen bruscamente vómitos incontrolables con deterioro del estado general y manifestaciones neurológicas como disminución del nivel de la consciencia, trastornos de la conducta afectiva, estupor, convulsiones e incluso coma.

5 Discusión-Conclusión

Según los distintos estudios revisados, podemos concluir que para el tratamiento de la fiebre/malestar general en niños y adolescentes en resfriados, varicela,etc., se debe tratar en un primer lugar aplicando medidas físicas y como alternativa medicamentosa el paracetamol y el metamizol pueden ser antipiréticos tan eficaces como la aspirina.

6 Bibliografía

- Debesa García Francisco. Ácido acetil salicílico y síndrome de Reye. Rev Cubana Farm [Internet]. 1998 Ago [citado 2020 Ene 20]; 32 (2): 140-142. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475151998000200010&lng=es.
- Fernández Braña M., Del Río L.A, Trives C., Salazar N., La Verdadera Historia de la Aspirina. Real Academia Nacional de Farmacia. 2005. VOL. 71 (4), pag 813-819.
- Divisió de Farmacología Clínica - Instituit Catalá de Farmacología. El síndrome de reye y su relación con el uso de AAS. Butlleti Groc Nº9. Octubre - Diciembre 1986.

Capítulo 471

CONDUCTAS SALUDABLES EN EDAD TEMPRANA

EMMA GONZÁLEZ PÉREZ

1 Introducción

Las conductas o hábitos son esas acciones que, a base de repetirlas, se convierten en nuestra forma de hacer las cosas. Los hábitos saludables en la infancia son la clave para que gocen de un desarrollo y crecimiento óptimo y mantengan un nivel de salud durante toda su vida.

El estilo de vida, está estrechamente relacionado con el comportamiento general de la comunidad y es una cuestión de masas de población. Para introducir nuevos valores y que los niños adquieran hábitos saludables duraderos que redunden en su bienestar y calidad de vida, sobre todo de cara a su posterior desarrollo físico e intelectual, será conveniente que los padres sigan de modelo.

2 Objetivos

- Educar a los niños para adquirir hábitos desde la infancia que les serán de gran ayuda para su correcto desarrollo desde la infancia y hacerlos extensibles a su vida adulta.
- Establecer rutinas saludables en la infancia es una inversión en salud para toda la vida, ya que esas rutinas se convertirán en hábitos que se interiorizan de manera más eficaz.
- Modificar los factores de riesgo incorporando en la educación de los niños aspectos sanitarios, sociales, culturales y económicos, para alcanzar un estilo de vida saludable.

3 Metodología

Hay varios hábitos o conductas esenciales que todo niño debería seguir:
- Alimentación variada y equilibrada: le aporta al niño los nutrientes necesarios, estando siempre animándolos a probar sabores nuevos y equilibrando la porción diaria de grasas, proteínas e hidratos de carbono, para ello es favorable consumir fruta y verdura cinco raciones diarias, la carne y el pescado dos o tres veces por semana, cereales diarios (arroz, pasta, pan) y limitar lo máximo posible la bollería industrial y la comida rápida. Tan importante es lo anterior como fijar horarios para cada comida, disfrutar de las comidas juntos en familia y hacer las comidas más originales para que sean más apetecibles. Es importante masticar bien la comida y hacer cinco comidas al día.
- Beber agua: elimina toxinas e hidrata el organismo. Es aconsejable que beban un litro y medio de agua al día, desde el primer año hasta los diez años, y dos litros a partir de los once años.
- Actividad física: para evitar la inactividad física y la obesidad se les debe motivar para hacer da través del juego y organizando planes familiares al aire libre y excursiones. También hay que tener en cuenta que se debería limitar estar sentado viendo la televisión o jugando con pantallas a no más de dos horas diarias.
- El sueño: es el hábito que va a influir a su desarrollo neuronal, siendo aconsejable que un niño duerma en torno a ocho o nueve horas diarias.
- Ser amable con los demás: tener el hábito de respetar a todos aunque sean diferentes o no afines a uno es importante para una buena salud mental y estar a gusto con uno mismo. Deben aprender desde la infancia a enfrentarse a la vida con una sonrisa

Disfrutar con familiares y amigos: es el hábito que más le gusta a los niños, rodearse de gente que les quiere ,eso les hace realmente felices.

4 Resultados

Comer bien, beber agua, hacer ejercicio físico y evitar el sedentarismo son hábitos que los niños deben aprender desde pequeños para llevar una vida sana. Hay que incluir unos buenos hábitos de vida en la educación de los niños aunque nuestro hijo no tenga problemas de salud o sobrepeso.

Desarrollar en los niños hábitos y costumbres sanos, que los valoren como aspectos básicos de la calidad de vida y que rechacen las pautas de comportamiento que impidan la adquisición de un bienestar físico y mental,ayudará a cumplir el

objetivo de vivir más, vivir mejor, al evitar procesos patológicos desde su raíz, como las enfermedades cardiovasculares, aterosclerosis e hipertensión arterial, la ingesta calórica excesiva con obesidad, niveles elevados de colesterol, sedentarismo, hábito de fumar y beber alcohol.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda, la prevención es la mejor educación para la salud. Junto a la alimentación equilibrada, el juego y el deporte son actividades imprescindibles para una vida saludable en los niños.

Hoy en día, la salud no se considera simplemente como ausencia de enfermedad. Se entiende que una persona sana es aquella que goza de un bienestar general, tanto físico como psíquico o social, y es precisamente en la infancia donde se van modelando las conductas que dañan o benefician la salud concepto que actualmente se conoce como estilo de vida saludable,que incluye el abandono del tabaco, alcohol y otras drogas, la práctica deportiva, la nutrición adecuada, y el desarrollo de nuevas vacunas

6 Bibliografía

- www.riojasalud.es
- www.revistadigital.inesem.es
- www.somosmamas.com.ar
- www.serpadres.es

Capítulo 472

ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JORGE GONZALEZ MENENDEZ

CRISTINA PEREZ ALONSO

MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ

1 Introducción

Debido a las condiciones de trabajo, a la sobrecarga y a las situaciones que pueden surgir dentro del entorno hospitalario, los profesionales en ocasiones pueden verse sometidos a un estrés laboral que puede repercutir sobre su estado de salud.

2 Objetivos

- Identificar los factores que pueden desencadenar el estrés dentro del ámbito sanitario e intentar solucionarlos o paliar las consecuencias que pudiesen tener sobre el personal.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores estrés laboral, estrés en los profesionales sanitarios, estrés en el ámbito sanitario, factores que influyen en el nivel de estrés del personal que desarrolla su trabajo en los servicios hospitalarios

4 Resultados

Existen distintos tipos de factores que pueden provocar estrés en los profesionales de la salud:

- Factores intrínsecos, tales como el contacto continuo con el dolor, la muerte, el miedo, la angustia, la masificación de la actividad, la falta de formación y la incertidumbre en la relación con el paciente
- Factores extrínsecos, tales como la organización del trabajo, el exceso de competitividad, la insuficiencia de recursos, las condiciones del entorno físico laboral, la rutina del trabajo diario y la falta de reconocimiento a los esfuerzos

Como consecuencia de todos estos factores, las continúas reestructuraciones, las tensiones entre los profesionales y entre los niveles de organización, el estrés laboral y el síndrome de burnout es frecuente entre los trabajadores de los centros hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

Algunas de las medidas que se pueden tomar para paliar el estrés laboral consisten en trabajar a nivel personal con el trabajador diferentes formas de afrontamiento cuando las medidas organizativas no ofrecen resultados.

La base para reducir es estrés consiste en mejorar la comunicación, las condiciones ambientales, aumentar la participación de los trabajadores en las decisiones respecto al trabajo y considerar la variedad y estimulación en las tareas.

6 Bibliografía

- enfermería21.com.
- sciencedirect.com.
- madridsalud.es.
- infosalus.com.
- intramed.net.

Capítulo 473

VIH Y SIDA

CYNTHIA GEDDES CUETO

CELIA MARTINO GONZALEZ

MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN

MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus que afecta al sistema inmunológico.
Una vez que el sistema inmune está mermado en sus funciones (inmunodeficiencia) aparecen un conjunto de síntomas (síndrome).

En este estadio podemos hablar de SIDA, acrónimo de Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

No todas las personas afectadas por HIV tienen SIDA ., pero sí todas las personas con SIDA son portadores del VIH.
En España el 30% de las personas que tiene VIH no lo saben.

2 Objetivos

- Conocer qué es el VIH y el SIDA. Las formas de contagio y cómo prevenirlo.

3 Metodología

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

Se utilizaron las palabras clave:SIDA, VIH, Virus.

4 Resultados

Según la OMS, aunque continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, habiéndose cobrado más de 32 millones de vidas.,Gracias a la prevención el diagnóstico y el tratamiento se ha convertido en un problema de salud crónico, que permite llevar una vida larga y saludable a las personas portadoras del virus.

Existen 3 vías de transmisión:
-Vía Sexual: con relaciones sexuales(vaginales, anales u orales) sin portección .
-Vía Sanguínea:por transfusión de sangre contaminada.,por compartir agujas, jeringa u objetos cortantes y punzantes contaminados.
-Vía Materno infantil:durante el embarazo, el parto o la lactancia .(Si la madre está en tratamiento antiretroviral la transmisión vertical se puede evitar totalmente).
NO se contagia a través de la saliva, el sudor, la orina.

Una persona con HIV no necesariamente tenga síntomas pero sí puede contagiarlo.

Cuando el sistema inmune esta deteriorado a causa del HIV, las enfermedades oportunistas, infecciones o tumores atacan al individuo que ya tiene SIDA.

Las enfermedades oportunistas son:
-Candidiasis
-Herpes simple
-Herpes zoster
-Sarcoma de Kaposi
-Tuberculosis
-Neumonía

-Linfoma
-Citomegalovirus
-Toxoplasmosis
-Leucoencefalopatia
-Histoplasmosis Molusco

DIAGNOSTICO:
Se diagnostica a través de un análisis de sangre con el cual se detectan los anticuerpos.
Hay 2 tipos de test:
- Elisa: mediante extracción de sangre, en un laboratorio.
-Test rápido con tira reactiva (20 minutos).

Si fuera positivo se debe confirmar con otra prueba de laboratorio llamada Western Blot.
Una vez producida la infección, los anticuerpos tardan entre 3 a 4 semanas en ser detectados.
Este período en el cuál los resultados pueden ser negativos a pesar de estar infectado se llama "período de ventana".
Es recomendable repetir la prueba si se hubiera hecho durante los 30 días posteriores a la situación de riesgo.

PREVENCIÓN:
-Uso del preservativo en todas las relaciones sexuales.
-No compartir agujas o jeringas.
-No compartir cuchillas ni cepillos de dientes.
-Extremar precauciones ante heridas, cortes hemorragias.
-Las mujeres con Vih que deseen quedar embarazadas deberían comenzar con un tratamiento antiretroviral.
-PEP(profilaxis post exposición) Toma de antiretrovirales inmediatamente después de estar expuesto al virus.

NO existe vacuna.
El tratamiento antiretroviral ayuda a evitar que el sistema inmune se debilite ya que impide que el virus se multiplique en el organismo.

Cuanto antes se inicie el tratamiento mayores son las posibilidades de tener una vida casi normal, si se continúa con él correctamente.

5 Discusión-Conclusión

Es importante promover el uso del preservativo para evitar el contagio.

Ante una situación de riesgo es importante el diagnóstico precoz para poder recibir un tratamiento antiretroviral si se precisara y junto con el preservativo evitar nuevas infecciones.

6 Bibliografía

- www.who.int>hiv_aids.
- www.huesped.org.ar.
- https://medlineplus.gov.
- https://flsida.org.es.
- https://www.wikipedia.org.

Capítulo 474

LA PIEL

MARÍA ASUNCIÓN ALVAREZ PANDO

MARÍA TERESA VAZQUEZ RUA

MARIA ARACELI PEREZ GARCÍA

YOLANDA RAQUEL CASTAÑO PASTOR

ANGELA CARNEADO CONDE

1 Introducción

La piel es el órgano más extensible y de mayor peso en el ser un humano que su funcionamiento fundamental es la de proteger.

2 Objetivos

- Determinar su cuidado y su función.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las diversas bases de datos utilizando los descriptores; piel, protección, cuidados y los operadores booleanos AND y OR.

4 Resultados

La piel tiende la función de protegernos ante microorganismos que puedan provocar nos infecciones.Por ello es importante mantener la piel intacta, sin lesiones.

La piel consta de tres capas de la más externa a la interna; epidermis, dermis, hipodérmis; en esta última capa se puede encontrar ya tejido.

Como ya hemos mencionado anteriormente si función es la de proteger por ello es de suma importancia mantenerla cuidada, deberemos tener una piel hidratada y libre de lesiones ,para su mantenimiento principal es aportar a nuestro organismos una alimentación sana y con una administración hídrica abundante sobre un 1,5 litros a 2 diariamiente.

La higiene también deberá ser óptima, deberemos lavarnos con jabones que no sean agresivos ni nos produzcan erosiones.

En las zonas donde obtenemos vello tendemos a quitarlo sobre todo las mujeres, aunque hay estudios que todavía no se han aprobado científicamente nos indica que aquellas persona que tenemos vello no deberíamos quitarlo porque al igual que la piel tiene la función de protegernos, por ello dicen que aquellas personas que lo tenga y no sea de forma externa no debería deshacerse de él.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que unos cuidados exhaustivos de la higiene e hidratación mantendremos una piel intacta y su barrera protectora nos protegerá adecuadamente.

6 Bibliografía

- Medlineplus, medikamed.
- Redaccionmedica.es.
- Salud.net.
- Libros de editoriales, mad, evangélica.
- Revistas científicas.

Capítulo 475

LA COMUNICACION TERAPEUTICA

MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

La comunicación es indispensable como herramienta en la profesión de enfermería. El proceso de comunicación y las habilidades comunicativas conllevan un aprendizaje y una práctica, imprescindibles para poder llevar a cabo una comunicación terapéutica con el paciente, estableciendo una relación de ayuda basada en la escucha activa y empatía, siendo esta última un elemento clave en la relación con el paciente.

Crear un ambiente de confianza y reconocer al paciente interesándose por sus problemas es la base de la comunicación y el principio de una buena gestión de su enfermedad.

2 Objetivos

- Mostrar aceptación y preocupación positiva hacia el paciente, sin juicios ni evaluaciones.
- Formar una relación constructiva entre la enfermera y el paciente que le pueda servir de ayuda.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

Se han utilizado las palabras clave Enfermería, Comunicación, Comunicación terapéutica, Escucha activa, Empatía y Relación de ayuda.

4 Resultados

La comunicación terapéutica efectiva solo es posible si el personal de enfermería emplea recursos verbales y no verbales combinándolos, de manera que provoque beneficio tanto para el paciente como para el profesional. Además, para ello se tienen que trabajar una serie de estrategias para conseguir habilidades de comunicación que permitan el acompañamiento a la persona enferma durante una experiencia de recuperación de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Partir del respeto al paciente es básico si no queremos que la comunicación terapéutica sea imposible y se genere una tensión que dificulte el propio trabajo.

Mensajes creíbles, claros, útiles y en el tono y el entorno adecuado facilitan la comunicación y cren la empatía necesaria.

6 Bibliografía

- Almudena D. Alférez Maldonado.La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer.
- R. Vidal Blan, J. Adamuz Tomás,P. Feliu Baute. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera-

Capítulo 476

LA HIGIENE PARA VÍAS CENTRALES

MARÍA TERESA VAZQUEZ RUA

MARIA ARACELI PEREZ GARCÍA

YOLANDA RAQUEL CASTAÑO PASTOR

ADRIAN PRENDES VÁZQUEZ

MARÍA ASUNCIÓN ALVAREZ PANDO

1 Introducción

Las vías centrales son un catéter que se utiliza sobre todo en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos,debido a la cantidad de fármacos que necesitan administrarse y obtener muestras de sangre continuadamente.

2 Objetivos

- Identificar la higiene adecuada para prevenir infección durante la inserción del cateter

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las vias centrales deberean ser realizadas por los médico especialistas debido a la situación de la vía que se canalizará cerca de la vena aorta llegando hasta el mediastino,por ello es importante la higiene y la técnica a realizar.
Para comenzar se debera monitorizar al paciente la ra medir las constantes vitales y su ritmo cardíaco, a continuación procederemos a lavar la zona de la clavícula y cuello en el lado que el médico nos indique, este proceso se hará con gasas estériles y jabón antiséptico, a continuación aclararemos con suero fisiológico o a agua estéril y sacaremos la zona con compres y echaremos un spray antiséptico (clorexidina) y procederemos pasar todo el material preciso al responsable de forma esteril y montando sobre el paciente un campo dejando un espacio abierto cerca de las vias respiratorias para evitar que el paciente sienta asfixia.

Durante el proceso se debera controlar las constantes ya apuntar la hora de inicio y de finalización,una vez realizada debera comprobarse su estado con una radiografía de tórax y valorado por el médico responsable de la vía,hasta ese momento no podrá utilizarse el catéter. La hiere y la esterilidad debe ser exhaustiva par evitar infecciones que agravaron la situación del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una higiene adecuada de la zona evitaremos infecciones los resultados serán óptimos y el paciente no será molestado durante su estancia con diversas punciones.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 477

LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

DAVID GONZÁLEZ MUÑOZ

ANA CRISTINA LORENZO GARCIA

CLARISA GARCIA AMOR

1 Introducción

La depresión se trata de uno de los trastornos del estado del ánimo más frecuentes en la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo, y considera que su frecuencia aumentará en los próximos años y que pasará del cuarto puesto al segundo en esta lista de enfermedades que generan más incapacidad.

Salvo algunos casos de depresión asociada a enfermedades orgánicas (enfermedad de Parkinson, tuberculosis, etc.), la depresión se produce generalmente por la interacción de unos determinados factores biológicos (cambios hormonales, alteraciones en los neurotransmisores cerebrales como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, componentes genéticos, etc.), con factores psicosociales (circunstancias estresantes en la vida afectiva, laboral o de relación) y de personalidad (especialmente, sus mecanismos de defensa psicológicos).

Los síntomas son la tristeza patológica, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y una disminución de la vitalidad que limita el nivel de actividad y produce un cansancio exagerado, que aparece incluso después de realizar pequeños esfuerzos.
Además, pueden aparecer otros síntomas, como los sentimientos de culpa o de incapacidad, la irritabilidad, el pesimismo ante el futuro, las ideas de muerte o de

suicidio, la pérdida de confianza en uno mismo o en los demás, la disminución de la concentración y la memoria, la intranquilidad, los trastornos del sueño y la disminución del apetito y de la libido, entre otros.

Un elevado y creciente número de evidencias indica que los episodios depresivos se asocian con cambios en la neurotransmisión del sistema nervioso central y cambios estructurales en el cerebro, producidos a través de mecanismos neuroendocrinos, inflamatorios e inmunológicos. Existe un creciente número de pruebas que demuestran que la depresión está asociada con una respuesta inflamatoria crónica de bajo grado, aumento del estrés oxidativo y aparición de respuestas autoinmunes, que contribuyen a la progresión de la depresión.
Las citoquinas pro-inflamatorias causan depresión y ansiedad, y se ha demostrado que sus niveles están elevados en los pacientes con síntomas depresivos, lo que puede explicar por qué los influjos psicosociales y los traumas agudos pueden desencadenar trastornos del estado de ánimo en personas vulnerables, como aquellas con una predisposición genética o las que tienen una mayor carga inflamatoria. El vínculo entre los procesos inflamatorios y los síntomas de la depresión se confirma por la asociación de síntomas depresivos con enfermedades inflamatorias, autoinmunes o neuroinflamatorias, tales como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad cardiovascular, la diabetes, la alergia, la artritis reumatoide, la enfermedad celíaca, la esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson.

Tipos de depresión:

1. Depresión mayor
La depresión mayor es el tipo de depresión más grave. Se caracteriza por la aparición de uno o varios episodios depresivos de mínimo 2 semanas de duración. Suele comenzar generalmente durante la adolescencia o la adultez joven. La persona que sufre este tipo de depresión, puede experimentar fases de estado de ánimo normal entre las fases depresivas que pueden durar meses o años.
Se clasifica dentro de los episodios unipolares puesto que no hay fases de manía, y puede producir problemas muy serios para el paciente si no es tratado de manera eficaz. De hecho, la ideación suicida puede llevar a la muerte si pasa a traducirse en acciones efectivas para terminar con la propia vida.

2. Distimia
Dentro de los tipos de depresión, la distimia es menos grave que la depresión mayor. Es un tipo de depresión unipolar (no incluye síntomas maníacos) e interfiere en el funcionamiento normal y el bienestar del individuo que lo sufre.

La característica esencial de este trastorno es que el paciente se siente depresivo durante la mayor parte del día, la mayoría de los días durante al menos 2 años. No necesariamente tiene por qué experimentarse una fuerte tristeza, sino que muchas veces lo más común es que exista un sentimiento de falta de propósito y de motivación, como si nada importase.
Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

3. Depresión maníaca
Este tipo de trastorno, también llamado Trastorno bipolar se clasifica como un tipo de trastorno del estado de ánimo. Pese a que podemos incluirlo dentro de los tipos de depresión, combina estados depresivos con estados de manía, es decir, existen altibajos extremos. El trastorno bipolar es una patología seria, y no debe confundirse con un estado inestabilidad emocional.
El tratamiento es distinto al de una depresión mayor, y requiere estabilizadores de humor (como el litio), así como un acompañamiento profesional a través de la psicoterapia y la atención al entorno familiar de los pacientes.

4. Trastorno depresivo estacional (SAD)
Este estado depresivo recibe el nombre de Trastorno depresivo estacional (SAD) y se caracteriza por ocurrir durante una cierta época del año, generalmente durante el invierno.
Los síntomas generalmente se intensifican de manera lenta a finales del otoño y en los meses de invierno. Estos síntomas son muy parecidos a los que se presentan en otros tipos de depresión.

5. Depresión psicótica
La depresión psicótica es un subtipo de depresión mayor el cual se presenta cuando una enfermedad depresiva severa incluye algún tipo de psicosis. A diferencia de los demás tipos de depresión, se caracteriza por la presciencia de síntomas psicóticos: alucinaciones y/o delirios que alteran cualitativamente el modo en el que se percibe la realidad.

6. Depresión posparto
Dentro de los tipos de depresión, podemos incluir la depresión posparto. Se caracteriza porque puede ocurrir poco después del parto.
Este tipo de depresión puede presentarse hasta un año más tarde de que la mujer haya dado, pese a que es habitual que ocurra dentro de los primeros tres meses después del parto.

Existen numerosos modelos que intentan explicar el proceso depresivo y sus causas. Una de las conocidas, exitosas y utilizadas en la actualidad procede de la Teoría Cognitiva de Beck. Esta teoría considera que los elementos que tienen mayor importancia en la depresión son los cognitivos. Según esta teoría, el principal problema de los sujetos deprimidos es la distorsión cognitiva a la hora de interpretar los fenómenos de la realidad, centrando la atención en esquemas de conocimiento concordantes con nuestras cogniciones. Esta terapia ha sido elaborada con el fin de que los pacientes descubran maneras más positivas de interpretar la realidad, alejándose de los esquemas depresógenos y las distorsiones cognitivas propias de la depresión.

El tratamiento ideal de la depresión dependerá de las características específicas del subtipo de depresión y será, como siempre, personalizado, por lo que es fundamental una adecuada relación médico-paciente. Básicamente, el tratamiento se compone de psicoterapia y farmacoterapia.

2 Objetivos

En este estudio exhaustivo de perfiles depresivos a través de diversas bibliografías, se busca como objetivo aunar las especificaciones de una enfermedad cada vez más influyente en el día a día. Enfermedad que causa un elevado porcentaje de bajas laborales y por consecución, un alto gasto de los recursos de las familias que sufren tanto de forma propia como colateralmente de esta afección.

Es fundamental que el Técnico en Cuidados de Enfermería, como integrante del equipo de enfermería, conozca los factores que pueden desencadenar disfunciones mentales y, además, conocer qué factores contribuyen al fomento de la salud mental positiva. No debemos olvidar que existen problemas graves de salud mental para los que el profesional sanitario debe poseer conocimientos, aptitudes y habilidades necesarias que optimicen los cuidados precisos para estos pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha llevado a cabo una revisión sistemática en bases de datos científicas. Se han utilizado descriptores relacionados con el tema. Dada la cantidad de información encontrada al respecto, se opta por centrarse en los datos referentes a la depresión a rasgos generales en los puntos

críticos de adolescencia y de la vida anciana.

4 Resultados

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.

Supone una de las patologías más frecuentes en Atención Primaria y es la primera causa de atención psiquiátrica y de discapacidad derivada de problemas mentales. Aparece con más frecuencia en mujeres y en personas menores de 45 años. Pero existe un elevado porcentaje en el anciano que por fallo en el diagnostica se le achaca problemas propios del envejecimiento y no se diagnostica una depresión como tal.

El tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia, consiguen, en la mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas. Una vez se han superado los síntomas de la depresión, convendrá seguir bajo tratamiento antidepresivo el tiempo necesario para evitar posibles recaídas. En algunos casos, el tratamiento deberá prolongarse de por vida.

Los síntomas de depresión son tan variados como particulares en cada persona. Sin embargo, todos confluyen en una misma y oscura realidad: un pesimismo crónico y la incapacidad de moverse con la vida. Estamos ante una enfermedad tan compleja como invalidante, esa que no hace distinción de edad, de sexo o posición social, rodeada aún de ciertos estigmas.

Dicen que ponerle palabras al dolor es el primer paso para la curación. Decir dónde te duele es visibilizar una lesión, es poder diagnosticar un trauma, una disfunción interna que se evidencia con una sintomatología particular. Ahora bien, cuando hablamos de depresión, algo que resulta tremendamente complejo para un paciente es explicar de forma concreta dónde le duele.

Quizá por ello se suele fallar tanto a la hora de dar diagnósticos. A menudo, los médicos de atención primaria se limitan a tratar determinadas afecciones sin intuir que tras ese síntoma en concreto, hay una depresión. Aún más, también es común que muchas personas (en especial hombres) sean reacios a pedir ayuda. Se parapetan en esa apatía diciéndose que es simple estrés, una mala época y nada más.
Una detección temprana de la depresión facilita el enfoque terapéutico. Es por

tanto esencial que aprendamos a reconocer los síntomas de depresión, tanto en nosotros mismos como en nuestras personas más cercanas.

Aproximadamente el 80-85% de los episodios depresivos remiten con el tratamiento apropiado, o lo que es lo mismo, entre el 15-20% de los pacientes con depresión no se curan completamente de su episodio depresivo.
Tres son las complicaciones más frecuentes de la depresión: la cronificación de los síntomas, las recaídas y el suicidio.

Su importancia es tal que en diez años será la primera causa de incapacidad clínica en el mundo. Esta enfermedad afecta especialmente a los ancianos, unos de los grupos más vulnerables, pues los sentimientos de tristeza, abandono y soledad suelen ser más fuertes debido a los múltiples y drásticos cambios que presentan y por la falta de cuidado que se le da a esta enfermedad en esta etapa de la vida.
La depresión es la primera causa de consulta psiquiátrica en los ancianos mayores de 60 años. La OMS calcula que el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de desorden psiquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente y superada únicamente por la demencia a partir de los 75 años.
Existen varios motivos por los que un anciano se deprime, como son las enfermedades incapacitantes, pérdida de personas importantes (amigos, pareja, separación de hijos, etc.), jubilación, dejar de trabajar, dolor crónico, pérdida de la independencia (moverse y cuidarse por sí mismo).

Los síntomas de depresión en los ancianos son difíciles de diagnosticar, pues habitualmente suelen confundirse con síntomas propios del envejecimiento y no de la depresión. Por este motivo, muchos ancianos no acuden a tiempo a recibir el tratamiento adecuado y cuando lo hacen, la depresión es ya muy profunda.

Algunos de los comportamientos pueden ayudarnos a saber si las personas de la tercera edad tienen depresión: Sentimiento de tristeza o vacío, apatía, irritabilidad o sentimiento constante de culpabilidad, cansancio habitual, olvida constantemente los nombres, las fechas, los sucesos y las cosas más sencillas, descuidar la higiene personal, aislamiento, falta de contacto con familiares y conocidos, etc.
Existe, además, un problema de índole generacional. Los estudios acerca de la depresión son relativamente recientes. Por esto, algunos ancianos pueden pensar que, si su familia o personas cercanas sugieren que sufre una depresión, se les acusa de estar locos.

Si el entorno cercano al anciano cree que este está pasando por una depresión,

es fundamental actuar a tiempo a pesar de la renuncia de la persona de la tercera edad. La obligación de los familiares que lo cuidan es consultar en el momento que observan cambios drásticos en el ánimo y el comportamiento del anciano. Tras esto, nuestro médico de cabecera remitirá al anciano a un especialista, quien le recetará medicación específica para la depresión. Esta medicación debe ser ordenada únicamente por él, nunca automedicarse. Los familiares o allegados deberán, llegado este punto, vigilar que el anciano se tome los medicamentos para la depresión de forma adecuada, llevarlo a las visitas periódicas con el psiquiatra o el psicólogo, vigilar sus hábitos de sueño, controlar su alimentación, animarlo a que realice actividades que le produzcan bienestar y alegría, no juzgarlo, que se sienta querido y comprendido, etc.

La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%.

El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados.
Además de la ayuda que prestan los servicios de salud, las personas que presentan enfermedades mentales necesitan apoyo y atención social. A menudo necesitan que se les ayude a participar en programas educativos que satisfagan sus necesidades, así como a encontrar un empleo y una vivienda que les permitan vivir y mantenerse activos en su entorno social.
El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, que fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, reconoce que la salud mental es un elemento esencial para el bienestar de todas las personas. Este Plan tiene los cuatro objetivos siguientes:
- Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental
- Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta

- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

El Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental, presentada en 2008, utiliza orientaciones técnicas, instrumentos y módulos de capacitación basados en evidencias para ampliar la prestación de servicios en los países, especialmente en entornos con escasos recursos. Dicho programa se centra en una serie de afecciones prioritarias y, hecho importante, dirige la capacitación hacia los profesionales sanitarios no especializados con un enfoque integrado que fomenta la salud mental en todos los niveles asistenciales.

Visto los datos expuestos, concluimos este articulo tratando de dar una visión más amplia de lo que esta enfermedad conlleva dada la poca ayuda asistencial que se obtiene de un sistema de salud plural y estatal que se ve desbordado por el aumento exponencial de los casos, que más allá de la pronta curación, agonizan en un olvido en las redes de la política social y económica de un país que discute quien posee la "verdad absoluta" sin tener en cuenta unos presupuestos sanitarios que aun están sin aceptar por ese "Juego de Tronos" que ya va para 2 años.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 478

RECOGIDA DE UROCULTIVO EN PERSONAS PORTADORAS DE SONDA VESICAL

MARÍA PILAR SAN JOSÉ TORAL

MARIA SIMON CRESPO

MARÍA LUISA GONZALEZ GARCÍA

BARBARA CASERO FERNANDEZ

VERONICA GARCIA MACIAS

1 Introducción

La sonda vesical es un catéter que es introducido en los uréteres en personas que padecen problemas renales o sufren incontinencia urinaria.

2 Objetivos

- Identificar el método de la recogida de muestras urinarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

- Descriptores; muestra, catéter higiene, cuidados.

4 Resultados

Cuando la persona es portadora de sonda vesical y se precisa recoger una muestra de orina deberemos pinzar la sonda para poder recogerla de forma estéril y adecuada para ello deberemos desconectar de la bolsa colectora usando guantes estériles y una compresa y procederemos verter el contenido en el recipiente o frascos adecuado.Al poder ser se deberá desechar la primera micción.

Es importante que en la muestra identifiquemos que fue recogida a través de la sonda vesical.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con unos cuidados especiales la muestra será obtenida de forma óptima y sin contaminación.

6 Bibliografía

- Medlineplus.
- Medikamed.
- Libros consultados de la Editorial Mad.

Capítulo 479

LAS LESIONES MÁS FRECUENTES SEGÚN LA EDAD DEL NIÑO

JOSE LEONARDO MONTERO SANCHEZ

SARA MARÍA GONZÁLEZ GARCÍA

ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA

KIMBERLY YULAY SEVERINO MUÑOZ

ANA SANCHEZ UGARTE

1 Introducción

La OMS ya definió en 1958 un accidente como: un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza externa que actúa rápidamente y se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales.

En uno de sus últimos informes la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNICEF, indican que cada día mueren más de 2000 niños debido a lesiones no intencionales (accidentales), y cada año ingresan decenas de millones con lesiones que a menudo los dejan discapacitados para toda la vida.

El Informe Mundial sobre Prevención de las Lesiones en los Niños, que constituye la primera evaluación mundial integral de las lesiones no intencionales en los niños y prescribe medidas para prevenirlas, concluye que si se adoptaran medidas

preventivas de eficacia demostrada en todas partes podría salvarse la vida de al menos 1000 niños al día.

2 Objetivos

- Valorar las lesiones producidas por caídas.
- Evaluar los tipos de lesiones producidas.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados en tipos de cuidados en la persona mayor y se han utilizado descriptores con las palabras clave como : paciente, hospitalización, niños, caídas, lesiones.

4 Resultados

Los accidentes más frecuentes en la infancia según la de edad son de 0 a 6 meses. En esta etapa los niños tienen una escasa autonomía debido a esto, los tipos de lesiones que se producen con más frecuencia son las caídas desde altura (desde los cambiadores, cunas o sillitas), los accidentes de tráfico como pasajero y, más rara vez, atragantamientos y quemaduras.

Se define el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) como la muerte repentina e inesperada de un niño menor de 1 año de edad. Su etiología es desconocida, aunque se barajan varios factores, entre ellos algunos que pueden producir sofocación o asfixia (dormir boca abajo, colchón blando, existencia de cojines o almohadas en la cuna, estar expuestos al humo del tabaco, dormir en la cama con los padres, parto gemelar, antecedentes de SMSL en otro hermano, lactancia artificial, etc.).

El rango de edad en el que ocurre con más frecuencia es entre los 2 y 4 meses de edad y es más común en los niños que en las niñas, la mayoría de las veces ocurre durante el invierno y es una de las principales causas de muerte en niños menores de un año. El niño de seis a doce meses se puede mantener sentado con mínimo apoyo, es capaz de darse la vuelta y pasar de boca arriba a boca abajo y al revés estando tumbado.

Se levanta del suelo, apoyándose en sus manos, incluso levanta parte del abdomen cuando le dejamos boca abajo. A los 8 meses se mantiene sentado sin apoyo, pasa de sentado a tumbado y puede empezar a gatear o reptar alcanzando objetos alejados. A los 10 meses ya puede incorporarse y ponerse de pie con apoyo. Cada vez comprende mejor lo que oye, reconoce las emociones de los padres por el tono de voz. Dependiendo de cada niño, a los 11 meses ya es capaz de reconocer el "NO", lo que va a marcar un momento fundamental en su comportamiento y en su relación con el entorno.

En esta etapa el niño va adquiriendo cada vez una mayor movilidad y los accidentes que se producen con más frecuencia son los golpes y caídas, intoxicaciones, atragantamientos, quemaduras y los accidentes de tráfico como pasajero.

El niño de uno a tres años continúa adquiriendo cada vez una mayor movilidad y autonomía; camina solo, le gusta explorar todo lo que le rodea, no tiene conciencia del peligro y tiende a llevarse todo a la boca. Como en la etapa anterior, los accidentes más frecuentes son los golpes y caídas, pero también son frecuentes las intoxicaciones, los atragantamientos, las quemaduras y los accidentes de tráfico como pasajero o como peatón.
El niño de tres a seis años está muy centrado en su familia.

A esta edad el niño aprende por imitación, no por lo que se le dice que debe hacer. El juego es una actividad indispensable para su desarrollo, adquiere gran importancia. Los juguetes no tienen que ser muy sofisticados, sino sencillos. Hay que buscar lugares seguros para el juego y también es conveniente que lo haga al aire libre. El pensamiento en este periodo evoluciona desde el pensamiento egocéntrico del lactante al pensamiento intuitivo y mágico. Con sus padres tienen una relación ambivalente, por un lado necesitan su afecto pero por otro comienzan a querer ser independientes. Empiezan también a interesarse por sus iguales.

En esta etapa cobra especial importancia la prevención de accidentes, dada la importante movilidad y actividad física del niño y su gran curiosidad. Siguen siendo frecuentes los golpes y caídas, pero también son frecuentes las quemaduras (por electricidad, producidas por el sol, por electrodomésticos como planchas, radiadores, chimeneas), los ahogamientos y los accidentes de tráfico como pasajero o como peatón (uso adecuado de sistemas de retención homologados según peso y talla).

El niño de siete a doce años en este período de la infancia, el juego sigue teniendo una enorme importancia pero por su desarrollo psicoevolutivo tiene unas carac-

terísticas diferentes a la etapa anterior:
• Su pensamiento tiene interés en contar con la "realidad", va aceptando las frustraciones normales de la vida y asume las reglas en el juego, aprende a ganar y a perder.
• Tiene una mayor independencia y capacidad en habilidades motoras. El crecimiento lento de esta etapa ayuda a que pueda ir controlando sus habilidades, favoreciendo el desarrollo de unas u otras capacidades.
• Tiene una mayor relación social. Los amigos ocupan un lugar muy importante en su vida. Quiere jugar con otros niños, generalmente, del mismo sexo.
• Tiene gran curiosidad por lo que le rodea y desea conocer y aprender cosas nuevas.

Las lesiones más frecuentes en este período son los golpes y caídas. La diferencia con etapas anteriores es que en numerosas ocasiones están relacionados con la práctica deportiva. El resto de lesiones son las mismas que en los otros períodos: las quemaduras, los ahogamientos y los accidentes de tráfico como pasajero, como peatón o como conductor.

En los niños mayores de 12 años es una etapa de grandes cambios físicos, psicológicos y sociales. Se desarrolla la capacidad de pensar y la búsqueda para la solución de problemas. Ocurren también importantes cambios en la esfera psicosocial, por lo que observaremos cambios en el entorno social, donde los protagonistas serán sus iguales. La pubertad y el inicio de la adolescencia supondrán normalmente un aumento de la autonomía personal y, como consecuencia, los padres tendrán más dificultades para controlar las situaciones de riesgo a las que se vean sometidos sus hijos.

Es una etapa de inestabilidad emocional, tienen la necesidad de pertenecer a un grupo de individuos de su edad para sentirse seguros. Tienen necesidad de sentirse libres y a veces no cumplen las normas. Empiezan a tener acceso a ciertos vehículos de motor (ciclomotores) a partir de los 14 años, este motivo hace que aumenten las cifras de accidentes de tráfico en esta edad, como conductores o acompañantes. También es frecuente el comenzar a experimentar con ciertas sustancias tóxicas, como el alcohol y drogas, lo que provoca un aumento del riesgo a sufrir importantes lesiones.

Por tanto en este período aumentan significativamente la incidencia de los accidentes y se mantienen durante toda la etapa. Las más frecuentes son las producidas por los accidentes con vehículos de motor, las relacionadas con las prácticas deportivas, y también aparecen lesiones producidas por actos de violencias (no

accidentales).

5 Discusión-Conclusión

La supresión completa de los accidentes infantiles no es posible; sin embargo, pertinente es plantear, de acuerdo con las organizaciones de salud internacionales, algunas recomendaciones fundamentales, cuando se intenta abordar el problema de una manera global y sistematizada. Nuestra tarea entonces, crear y desarrollar en cada comunidad, programas de educación y prevención, respecto a riesgos y daños en accidentes, así como capacitarse y aprender, para luego enseñar, métodos y destrezas para que el manejo de los niños lesionados sea eficaz y oportuno.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadísticas. Ministerio de Salud. Servicio de Registro Civil e Identificación. Anuario de Estadísticas Vitales 2000.
2. Comisión Nacional de Seguridad en el Tránsito. Secretaría Ejecutiva: Fichas para la Acción 1 a 54.
3. Romero P: Prevención de accidentes en la infancia. Pediatría al día 2005; 21: 36-45. [Links]
4. Cummings P, Rivara F, Olson C, et al: Changes in traffic crash mortality rates attributed to use alcohol, or lack of a seat belt, air bag, motorcycle helmet or bicycle helmet, United States, 1982-2001. Injury Prevention 2006; 12: 148-54.

Capítulo 480

SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL

CARMEN MIYARES VELAZQUEZ

DENYS SUAREZ DEPETRIS

VIRGINIA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ

XANA ARDURA MARTIN

LAURA LAORDEN FERNANDEZ

1 Introducción

Estudio basado en los problemas actuales del medio ambiente y la sociedad de hoy. Las enfermedades que están relacionadas con la climatología, la salubridad y alimentación. La dificultad que tienen los diversos países y comunidades en las soluciones que derivan de la problemática de dichos problemas. La contaminación del medio ambiente, como el agua, el aire y la tierra y así evitar la propagación de enfermedades transmisibles eliminando los residuos contaminantes.

La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos, y biológicos externos de una persona. Reúne factores ambientales y puede incidir en la salud y se basa en la prevención de enfermedades.

La salud social es la condición social y económica, que influye en las diferencias individuales y colectiva. La salud social está determinada por factores como: Acceso a la educación, empleo, servicios sociales y otras variables. Es decir, en la facilidad que tiene el individuo para la adaptación y autogestión, ante los cam-

bios y desafíos del entorno, además de que sea capaz de desarrollar relaciones con otras personas.

La salud social y ambiental incluye:
- Condiciones de empleo, exclusión social, programas de salud pública, globalización de los sistemas de salud, evaluación de las variables de la salud.
- Para mejorar la salud social y ambiental, se debe dedicar tiempo a la familia, amigos, mejorar las relaciones interpersonales. Saber integrarnos y adaptarnos a lo que nos rodea.
- Contribuir a que nuestro entorno, sea un lugar más saludable.
- La salud social, al igual que la salud psíquica y física, está influida por variantes que no están bajo nuestro control, pero, hay otras que responden a nuestro comportamiento.
- Debemos dirigir nuestros esfuerzos individuales a mejorar nuestra salud social y ambiental.

Salud ambiental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es "aquella disciplina que comprende los aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores ambientales físicos; químicos, biológicos, sociales y psico-sociales". También se refiere a la "teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones".

La salud ambiental engloba aquellos factores del ambiente que podrían incidir en la salud. Específicamente, está relacionada con los factores físicos, químicos y biológicos externos de las personas.

Por eso, la calidad del entorno es vital para la buena salud y desarrollo de las personas. El Ministerio Español de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, lista algunos efectos sobre la salud que pueden ser provocados por factores ambientales. Entre ellos, las enfermedades respiratorias derivadas por la contaminación del aire.

El cambio climático constituye una nueva e importante amenaza para la salud, y modifica la manera en que debemos considerar la protección de las poblaciones vulnerables.

El medio ambiente influye considerablemente en 80% de los casos de diversas enfermedades graves. La salud social así como el cambio climático, llamado tam-

bién salud ambiental están relacionados entre sí. Nuestra salud ambiental es el habita donde nos movemos, nuestro entorno, nuestro ríos, mares ,suelo y aire que respiramos y dependemos de ellos para subsistir. Depende de nosotros que evitemos su contaminación y propagación de enfermedades.

2 Objetivos

Dar a conocer la negligencia, el desgaste y el mal uso que el ser humano hace sobre la naturaleza y su entorna. La contaminación atmosférica y los productos peligrosos creados por el hombre. La probabilidad de que se contraiga una determinada enfermedad dependa de los factores de riesgo de su medio ambiente. Como puede ser: la diarrea, la Malaria.

3 Metodología

Se hizo una investigación de artículos utilizando, tanto los medios escritos, como las últimas tecnologías de investigación. Consisten en una revisión biografía de ciencia existente. Búsqueda de libros y artículos en bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo y Google académico. Además de revisar varias páginas de google referente a la salud social y ambiental. Extracción de los puntos más interesantes interesante y resumir lo máximo.

4 Resultados

Los más afectados por este tipo de enfermedades suelen ser los niños pequeños y las personas mayores,en concreto los menores de cinco años y los adustos de 50 a 75 años.Cada año podría evitarse la muerte de 1,7 millones de menores de 4,9 millones de adultos.. Las enfermedades que están relacionadas con la naturaleza y el medio ambiente son Dermatitis, anomalías genéticas, etc., Estas enfermedades relacionadas con el medio ambiente y a los riesgos ambientales se podrán evitar con medidas preventivas, políticas activas y de salud pública. Según un articulo de 2016 de la OMS casi dos terceras partes del total de las muertes solo debidas a la insalubridad del medio ambiente. Según revela la DRA. Margaret Chan sobre cómo nos afecta la salud ambiental: Si los países no adoptan medidas para que los ambientes en los que se vive y se trabaja sean sanos, millones de personas seguirán enfermando y muriendo prematuramente. Un ambiente sano es la base de la salud en la población.

La OMS considera como factores de riesgo ambientales, la contaminación del aire, el agua y el suelo, la exposición a productos químicos, el cambio climático contribuye a más de 100 enfermedades o traumatismos y estima que en el año 2012 fallecieron 12,6 millones de personas en todo el mundo debido al ambiente.

Es sumamente urgente invertir en estrategias que reduzcan los riesgos ambientales en las ciudades, hogares y lugares de trabajo

La salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad.

La convivencia es entendida como el desarrollo y sostenimiento de relaciones interpersonales basadas en el respeto, la equidad, la solidaridad, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia, la participación para la construcción de acuerdos y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común, el desarrollo humano y social. En concordancia, el componente "Promoción de la salud mental y la convivencia" se define como el conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales y comunitarias orientadas a proveer oportunidades que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social. Este componente contempla el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud mental, sus factores protectores y la generación de entornos familiares, educativos, comunitarios y laborales favorables para la convivencia social.

Participación social y comunitaria para la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas. Propicia espacios de vinculación efectiva de diferentes sectores y actores para el impulso a procesos comunitarios de atención en salud mediante estrategias de intervención de pares comunitarios, salud ambiental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es "aquella disciplina que comprende los aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores ambientales físicos; químicos, biológicos, sociales y psico-sociales".

También se refiere a la "teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir

aquellos . Factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones".

La salud ambiental engloba aquellos factores del ambiente que podrían incidir en la salud. Específicamente, está relacionada con los factores físicos, químicos y biológicos externos de las personas. Por eso, la calidad del entorno es vital para la buena salud y desarrollo de las personas.

El Ministerio Español de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, lista algunos efectos sobre la salud que pueden ser provocados por factores ambientales.

Entre ellos, las enfermedades respiratorias derivadas por la contaminación del aire. Uno de los datos relevantes publicados estima que nueve de cada diez personas están expuestas a niveles de contaminación del aire que superan los límites seguros expuestas a niveles de contaminación del aire que superan los límites seguros.

Gracias a los planes OMS de seguridad del agua, utilizados para la identificar y tratar de solucionar los problemas que pueden hacer peligrar la salubridad del agua de beber, en Nepal se detectó que la defecación al aire libre era un riesgo para calidad del agua y que contribuía a la propagación de enfermedades en la zona.

5 Discusión-Conclusión

Debemos de reeducar a la población para no cometer los mismos errores que se han cometido a lo largo de los últimos dos siglos.

Los problemas sociales pueden provenir de distintas causas, dependiendo de la naturaleza del problema. Por ejemplo, la desigualdad económica y de oportunidades suele ser consecuencia de la construcción histórica de una sociedad de ricos muy ricos y pobres muy pobres.

Por otro lado, las desigualdades económicas también pueden ser resultado de dinámicas políticas que tengan efectos catastróficos sobre la economía, a los cuales sólo la población más pudiente puede sobrevivir.

Además, la pobreza y la falta de recursos se traduce a menudo en actitudes violentas, en resentimiento social, en criminalidad y la proliferación de otras actividades delictivas. A veces la desesperación lleva a quebrar las leyes de una

sociedad percibida como injusta. Por eso, no es simple dar con las causas de los problemas sociales que el mundo padece.

Algunos ejemplos comunes de problemas sociales son:Hambre, inseguridad, pobreza, desigualdad, racismo, pandemias.

6 Bibliografía

- Libros; Medio Ambiente y Salud,de Valls LLobel. Gestión Ambiental y desarrollo,de Julia Mora Aliseda; Universidad internacional de Valencia (UIV); Organización Mundial de la Salud,15 de Marzo 2016 (OMS);
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Virmejor:or/g-salud-social;Salud Social;

Capítulo 481

SERVICIO DE URGENCIAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Definimos urgencia como la aparición repentina de un problema de salud que genera la conciencia de una necesidad de atención rápida por parte de paciente. Dentro de nuestro sistema sanitario existen varios servicios que cubren esta necesidad, una de ellas son las urgencias en un centro hospitalario. Abordamos la complejidad de este servicio con la conciencia de que no solo es importante la eficacia y rapidez por parte del personal, así como todos los problemas que genera el mal uso y abuso de este servicio por parte de los usuarios.
El técnico en cuidados de enfermería (TCAE) tiene múltiples funciones que desarrollará dependiendo el servicio que esté prestando. El servicio de urgencias posiblemente sea en el que la mayoría de estas funciones son realizadas.

2 Objetivos

- Determinar de qué modo se da cobertura a la necesaria premura en la resolución de las distintas urgencias y emergencias en el menor tiempo posible. Analizar la problemática que ocasiona la saturación de la urgencias hospitalarias.
- Determinar el papel del TCAE en el equipo de enfermería del área de urgencias. Identificar las funciones que desempeña el TCAE a la hora de llevar a cabo los cuidado a los pacientes.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática de publicaciones científicas sobre el tema, consultando en diversas bases de datos.
Una vez que un paciente acude a urgencias y es admitida y triada pasa a manos del TCAE el cuál se encarga de identificar, acomodar y valorar el grado de dependencia, consciencia, autonomía y otros estados de dicho paciente. El TCAE también debe colaborar con otros profesionales para preparar al paciente antes de una exploración, ayudarle en sus necesidades básicas, mantener y revisar los boxes y material instrumental. También debe tramitar las pruebas que le han solicitado como muestras analíticas, radiografías,... Colocar la pulsera identificativa al paciente en caso de ingreso hospitalario. ÉStas son las funciones principales del TCAE, entre otras. El personal TCAE debe de estar totalmente implicado y preparado para actuar junto con el equipo multidisciplinar ante cualquier complicación que pueda surgir. Es importante que el TCAE sea capaz de transmitir tranquilidad y confianza al paciente por ser la primera persona en tener contacto con el paciente.

4 Bibliografía

- file:///C:/Users/PCARTS/Downloads/Indic.Calidad%20SUH%20SEMES.pdf
- https://teleducacion.medicinaudea.com

Capítulo 482

MANTENIMIENTO Y REVISIÓN DEL CARRO DE PARADAS.

SARA VEGA ESTRADA

1 Introducción

Un carro de paradas contiene cajones y bandejas sobre ruedas que se emplea en los hospitales para el transporte de medicamentos y dispositivos necesarios para dar una respuesta rápida ante un paro cardíaco u otro tipo de emergencia médica grave.

2 Objetivos

- Conocer cómo técnicos en cuidados auxiliares de enfermería como debemos mantener en perfecto estado de uso un carro de paradas, ya que es tarea nuestra.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Nos debemos encargar de:
- Limpiar el carro, los equipos y los materiales con productos que no dañen su aspecto y estructura, cuantas veces sea necesario según su estado y su frecuencia de uso.
- Revisar y comprobar la fecha de caducidad de los fármacos y materiales para sustituir u reponer aquellos que sea necesario.
- Mantener en correcto estado de uso todos los equipos y aparatos realizando las calibraciones u operaciones necesarias para ello.

La revisión debe hacerse al inicio de cada turno de trabajo y despues de su utilización. Si no se utiliza debe permanecer cerrado o sellado y tapado para evitar así su manipulación y mantener la asepsia. Tras cada uso hay que registrar la fecha y el nombre de la persona o personas responsables.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como se debe hacer el mantenimiento de un carro de paradas y que tenemos que revisar (fechas de caducidad, estado del carro y de su aparataje, limpieza y asepsia de la estructura…) como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para asi ofrecer una mejor atención al paciente.

6 Bibliografía

1- Protocolo De Revisión Y Mantenimiento De Dispositivos De Atención Urgente En Atención Primaria- Marzo 2009- Ana Cao Fernández. Enfermera. C.S. de Figaredo.- disponible en https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Protocolo%2BCarros%2B
Parada% 2By% 2BDESA.% 2BARE A%2BVII.pdf/d605d9d4-299d-c6e1-f1c4-27748d5a2539&ved=2ahUKEwity-7msNHnAhUHcBQKHRpNBWkQFjAC
egQIA RAB&usg=AOvVaw2RQWwbOozeB7BTvIhSHQcJ
2- Revisión Y Mantenimiento Del Carro De Paradas En Urgencias De Atención Primaria- Bayo Izquierdo, Mª Celeste, DUE Atención Primaria. Centro de Salud de Saviñan. Sector Calatayud (Zaragoza – España)- http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2011/pagina8.html

Capítulo 483

LAS INFECCIONES DE ORINA EN ANCIANOS

MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO

1 Introducción

Uno de los problemas más comunes en la tercera edad, y que pone en jaque la salud de los mayores, es la infección de orina. Sin duda, uno de los procesos infecciosos con mayor presencia entre la población mayor y que puede resultar muy molesta y perjudicial.

Las infecciones urinarias son las más frecuentes en la población anciana. Su prevalencia aumenta con la edad, puesto que el envejecimiento produce una alteración de los mecanismos defensivos frente a la infección.

La infección del tracto urinario es, como su nombre indica, un proceso inflamatorio causado por gérmenes nocivos que, la mayoría de las veces, afecta al aparato urinario inferior (vejiga y uretra), por lo que se denomina una infección de orina de tipo cistitis o prostatitis. A pesar de que puede aparecer en ambos sexos, es más frecuente la infección de orina en mujeres.

Hay diversos factores de riesgo que acentúan las posibilidades de padecer esta enfermedad, el género es uno de ellos, otro es la edad.

En las personas de edad avanzada el sistema inmunológico está más debilitado por lo que su vulnerabilidad a este tipo de infecciones se acrecienta. Además, algunas enfermedades como el Alzheimer u otro tipo de demencias, pueden hacer más propensa su aparición.

2 Objetivos

- Conocer los factores asociados a la infección del tracto urinario en ancianos.
- Conocer la presentación clínica de la infección del tracto urinario en ancianos.
- Determinar factores desencadenantes de infección urinaria en ancianos.
- Determinar los principales síntomas de la infección de orina en personas mayores.
- Conocer hábitos de salud para prevenir la infección del tracto urinario en personas mayores.

3 Metodología

Revisión bibliografica de las publicaciones científicas mas recientes consultando las bases de datos de Pubmed, Scielo y Dialnet.

Los descriptores utilizados han sido: infeccion orina, inflamación, ancianos, tratamiento, antibióticos,factores de riesgo, demencias.

4 Resultados

A diferencia de otras patologías asintomáticas o con cuadros clínicos más complejos que dificultan su detección, la infección de orina en personas mayores presenta unas señales claras que nos pueden alertar de su presencia. Entre los síntomas más comunes se encuentran:
-Necesidad continuada de orinar.
-Picores o quemazón en la uretra mientras se orina.
-Enrojecimiento de la zona vaginal.
-Dolor durante la micción.
-Proceso febril.
-Color más espeso de la orina.

El tratamiento de la infección de orina en ancianos se basa en antibióticos (si la causa es una aparición bacteriana) o antivirales en caso de virus. Es preciso, siempre que se padezca esta enfermedad, acudir al médico para un correcto control y seguimiento. En algunos casos, puede ser precisa la hospitalización para remitir los síntomas y atajar la infección sin caer una evolución negativa.

5 Discusión-Conclusión

La infección del tracto urinario es el proceso infeccioso más prevalente en ancianos institucionalizados, alcanzando unas cifras de prevalencia comprendidas entre el 20 y el 50%.

La infección de orina es uno de los proceso infecciosos más comunes entre las personas mayores, ya que su sistema inmunitario es más débil y los hace más vulnerables a las bacterias que la provocan.

Asimismo, con la edad, los músculos de la vejiga se aflojan y cuando el adulto mayor va a orinar, ésta no llega a vaciarse completamente, quedando orina residual que contribuye al crecimiento de estas bacterias.

Además, los ancianos que tienen otras patologías como diabetes o ya se han sometido a un tratamiento de quimioterapia, aumentan su riesgo de padecer infección de orina.

Por otro lado, las personas mayores no suelen tener fiebre cuando sufren infección de orina grave como sí ocurre en personas más jóvenes ya que el sistema inmune de los ancianos ya no reacciona del mismo modo y por este motivo en muchos casos es más difícil de detectar.

Son diversas las causas de la infección de orina en las personas que llegan a la etapa de la vejez, por una parte los ancianos beben muy poco, causando una disminución en la producción de orina. Además, las personas mayores no pueden controlar totalmente los músculos de las paredes del tracto urinario, lo que desfavorablemente provoca una proliferación de gérmenes.

No existe la prevención total ante la infección de orina en personas mayores. Aun así, tener una dieta saludable y equilibrada, que marque un estilo de vida positivo y lejos del sedentarismo será positivo para evitarla.

Además, existen varias pautas para prevenir las infecciones de orina en personas mayores,como por ejemplo:
-Animar al adulto mayor a beber mucha agua.
-Generar un hábito de visita al lavabo para evitar que retenga la orina en la vejiga demasiado tiempo.
-Evitar el estreñimiento con una dieta equilibrada y rica en fibra.
-Fomentar la movilidad, los cambios de postura y el ejercicio moderado, como los paseos.

-Mantener una buena higiene.

6 Bibliografía

1. Matta R, Dvorani E, Wallis C et al. Complications after surgery for benign prostatic enlargement: a population-based cohort study in Ontario, Canada. BMJ Open. 2019.e
2.Pujades-Rodriguez, West RM, et al.Lower Urinary Tract Infections: Management, Outcomes and Risk Factors for Antibiotic Re-prescription in Primary Care. ClinicalMedicine. 2019 e.
3.Organización Mundial de la Salud.

Capítulo 484

LA SOLEDAD EN LA TERCERA EDAD

BLANCA GARRIDO ARIAS

1 Introducción

En España, hay dos millones de pisos habitados por una sola persona con más de 65 años de edad.
Por número son mayor las mujeres que los hombres, debido a que la esperanza de vida es mayor en mujeres.
Según diferentes estudios, 1.400.000 son mujeres, mientras que algo mas de 600.000 son varones

2 Objetivos

- Sensibilizar a la sociedad del abandono de las personas mayores en España.

3 Metodología

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

4 Resultados

La soledad afecta a nuestra salud de muchas maneras, una de ellas es a la parte de la salud mental, lo que conlleva un mayor riesgo a la depresión, acarrea un riesgo mayor a la muerte prematura. Por otro lado, supone un riesgo mayor en demencia y deterioro cognitivo, motivado por la falta de relaciones sociales.

También afecta a enfermedades que de carácter alimentario, ya sea por poco control de la alimentación, desnutrición o diabeteS. etc. Una de las figuras que se utiliza para que este tipo de personas, no se sientan solas, se encuentra en el profesional "trabajador social".

Sus principales funciones son: Coordinar, supervisar y prevenir. Para que los mayores cuando sufran algún cambio, puedan ser llevados al profesional que requiera, siendo una pieza clave en el entorno del anciano.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los grandes problemas de la sociedad Española es el envejecimiento de la sociedad, lo que conlleva uno de los grandes problemas, y es la soledad de sus miembros.

Para ello nos estamos preparando con la creación y la conservación de distintos servicios, como puede ser centros de atención primaria, de salud mental, o centros sociosanitarios, cada vez mas numerosos.
También con la formación de distintos profesionales, como pueden ser el equipo de enfermería, tanto los técnicos en cuidados de enfermería, como las graduadas en enfermería, y los trabajadores sociales

6 Bibliografía

1. https://cuidateplus.marca.com/familia/mayores/2019/05/16/soledad-mayores-epidemia-creciente-170114.html
2. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003

Capítulo 485

LA PROBLEMÁTICA SOCIAL DE LA ANCIANIDAD.

MÓNICA FERNÁNDEZ CASADO

1 Introducción

España tiene la tasa de envejecimiento más rápida de toda la Unión Europea. Las previsiones señalan que en el 2050 habrá 16 millones de personas mayores, actualmente la población mayor de 65 años representa el 16,9% de la población. Por lo tanto hay que plantearse si el envejecimiento demográfico supone un problema para la sociedad.

Actualmente el paso hacia la ancianidad no supone como en otras épocas subir en el escalafón social, ahora mismo se relaciona con una imagen negativa (estorbo,inutilidad). Además se asocia con la muerte, la enfermedad, la dependencia,etc.

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía es uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. Un 9% de la población española presenta alguna discapacidad que le ha causado, o puede llegar a causarle, una dependencia y por lo tanto un incremento de la necesidad de ayuda.

Existen dos grupos en desventaja, que son las mujeres y las personas de nivel socioeconómico bajo o más desfavorecidas.

Los factores que causan este envejecimiento están la disminución de la mortalidad y morbilidad, el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad, los flujos migratorios.

La discapacidad y dependencia son conceptos muy relacionados entre la población de 65 años y más. El envejecimiento y sus consecuencias sociales con-

lleva a que todos los países industrializados se replanteen las políticas sobre el envejecimiento y la atención socio sanitaria de los ancianos para reducir su aparición y poder cuidar y dar apoyo cuando la dependencia aparece.

2 Objetivos

Analizar la problemática social más frecuente en la vejez, valorar la importancia de las actividades de promoción de la salud y conocer los recursos socio sanitarios.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Desigualdades en la salud autopercibida de la población española mayor de 65 años. Gaceta Sanitaria, 2014.
- Sistema para la autonomía y la atención de la dependencia. IMSERSO, 2016.
- Instituto Nacional de Estadística, 2014

Capítulo 486

ERGONOMÍA LABORAL EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MELISSA ALONSO FRADE

MARÍA ROSA FRADE LOPEZ

1 Introducción

Según la Asociación Española de Ergonomía, la ergonomía es el conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, seguridad y bienestar.

La Asociación Española de Ergonomía (AEE) es una sociedad técnico-científica de profesionales de la Ergonomía constituida a finales de los años 80. Su marco internacional de referencia es la International Ergonomics Association (IEA) creada hace 50 años. En nuestro país existe desde 1997 un marco legal que comprende el programa formativo y el reconocimiento de nuestra disciplina por parte de la Autoridad Laboral, sin parangón con el resto de los países concernidos por la Directiva Marco (1).

Fue introducida en 1949 por el psicólogo británico K.F.H. Murrell, cuando un grupo de científicos se reunió en Inglaterra para formar la Sociedad de Investigaciones Ergonómicas. Murrell (1969), en su clásico libro denominado Ergonomics, señala la razón que lo llevó a proponer la palabra ergonomía. Él plantea que es simple, que se puede traducir a cualquier idioma y, lo más importante, que no

otorga preponderancia a ninguna especialidad en particular, lo que resalta su carácter multidisciplinario (2).

El objetivo de la ergonomía es adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del ser humano.
⌧⌧

2 Objetivos

- Exponer aquella información básica sobre la ergonomia laboral en el Tcae.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre las distintas publicaciones de la ergonomía del trabajo en el ámbito sanitario, en este caso en el Tcae. Se realizaron búsquedas bibliográficas electrónicas en PubMed, Scielo, buscador Google Académico.

Por otro lado se han realizado búsquedas manuales a través de revistas de enfermería, libros relacionados con el tema de estudio, además de Editoriales y Artículos relacionados aparecidos en Internet o en Congresos de carácter profesional o científico.

Las palabras claves que se incluyeron en la búsqueda fueron: ergonomía, ergonomía sanitaria, ergonomía en TCAE, prevención de riesgos, entre otras. Para minimizar el posible sesgo de publicación, la búsqueda no tuvo limitaciones de tiempo o tamaño de muestra.
⌧⌧

4 Resultados

La Ergonomía tiene dos grandes ramas:

Una se refiere a la ergonomía industrial, biomecánica ocupacional, que se concentra en los aspectos físicos del trabajo y capacidades humanas tales como fuerza, postura y repeticiones de movimientos.

La ergonomía física, estudia las posturas más apropiadas para realizar las tareas del hogar y del puesto de trabajo, para el manejo de cargas y materiales y para

los movimientos repetitivos, entre otros aspectos.

Una segunda rama se refiere a los factores humanos orientada a los aspectos psicológicos del trabajo como la carga mental y la toma de decisiones (3).

Los factores psicosociales pueden afectar directamente la carga física, como la presión del tiempo aumenta la ocurrencia de la aceleración de los movimientos y posturas inadecuadas. Las demandas psicosociales pueden también producir tensión aumentada en los músculos y requerir adecuaciones en el ambiente físico y características de las tareas (4).

La producción de enfermedades profesionales, pueden desencadenar o agravar enfermedades comunes por la utilización de nuevas tecnologías (computación, automatización de máquinas, robotización, etc.), y por la falta de condiciones ergonómicas en los puestos de trabajos y los cambios en la organización (diferentes modalidades de trabajo, extensión de la jornada laboral, entre otras) (5).

Es posible establecer asociaciones entre los Trastornos Mioesqueléticos (TME) y las inadecuadas condiciones de trabajo del personal de enfermería. La exposición prolongada y continua del cuerpo a los factores de riesgo en el entorno laboral favorece el desarrollo de las enfermedades profesionales (6).

Los TME son alteraciones que sufren estas estructuras corporales, causadas o agravadas fundamentalmente por el trabajo y los efectos del entorno en el que éste se desarrolla. La mayor parte de los TME se deben a una exposición repetida a cargas durante un período de tiempo prolongado y afectan principalmente a la espalda, cuello, hombros y extremidades superiores, aunque también pueden afectar a las inferiores (7).

Para el manejo de las personas hospitalizadas en una institución hospitalaria, además del equipo interdisciplinario, es necesaria la intervención del personal de enfermería, quien realiza una serie de procesos, procedimientos y actividades relacionadas con el traslado de peso, que se constituyen en factores de riesgo, de manera que ciertas condiciones ergonómicas inadecuadas facilitan su aparición (8).

Se constituye en factor de riesgo de los TME, el peso de los pacientes cuando son trasladados o levantados, la frecuencia de manejo y movimiento de los mismos y el nivel de dificultad postural requerida por una tarea, en particular cuando estas son de larga duración (9).

Otros factores de riesgo incluyen: la organización del trabajo (aumento de las horas de trabajo, exceso de horas extraordinarias, el ritmo rápido, la falta de recursos humanos), los factores ambientales (condiciones de iluminación inadecuada e insuficiente) y la posible sobrecarga que supone estrés en los segmentos corporales bajo el influjo de ciertos movimientos, por ejemplo, una fuerza excesiva en la realización de determinadas tareas, la repetición de movimientos y posturas en el desarrollo de actividades laborales (10).

Además, el tratamiento y la recuperación de estos trabajadores suelen ser insatisfactorios, especialmente cuando las causas son más crónicas, conduciendo a la aparición de fatiga física, malestar o dolor, como consecuencias inmediatas de las exigencias de trabajo. Sin embargo, muchas de las enfermedades relacionadas con los TME y cuyo origen es laboral no son reconocidas como contingencias profesionales, quedando encubiertas como enfermedades comunes, lo que conlleva que este tipo de afecciones se deriven hacia el Sistema Público de Salud para su posterior tratamiento. Por ello no se reevalúan los puestos de trabajo ni se corrigen las causas subyacentes que provocan los TME, suelen acabar en incapacidad permanente y pérdida del puesto de trabajo (11).

Por eso, el derecho de los trabajadores a una vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes a su puesto de trabajo ha sido garantizado en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, principios que todos debemos conocer porque se trata de las obligaciones y deberes que los empresarios y empresarias (nuestros y nuestras Gerentes) tienen para proteger y garantizar nuestra seguridad y nuestra salud en el trabajo y que a su vez, es un derecho que los trabajadores y trabajadoras tenemos contemplado en el artículo 14 de la misma Ley:

1º: El empresario o empresaria (Gerentes) evitará los riesgos.
2º: Evaluará aquellos riesgos que no se puedan evitar.
3º: Combatirá los riesgos en el origen.
4º: Adaptará el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción.
5º: Tendrá en cuenta la evolución técnica.
6º: Sustituirá lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
7º: Planificará la prevención integrando técnica, organización del trabajo, condiciones del trabajo, relaciones sociales y la influencia de factores ambientales.
8º: Adoptará las medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.

9º: Dará las debidas instrucciones a los trabajadores y trabajadoras.

Para promover el más alto grado de bienestar físico, mental y social del trabajador debemos:
Evitar el desmejoramiento de la salud del trabajador por las condiciones de trabajo.
Proteger a los trabajadores de los riesgos resultantes de los agentes nocivos.
Mantener a los trabajadores de manera adecuada a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas.
Adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo. La gran mayoría de los factores de riesgo son introducidos en las actividades laborales sin estudios previos de su efecto en la salud .
En general, las normas de prevención se desarrollan una vez producido el daño y muchas de estas aparecen mucho tiempo después de ser conocidos estos efectos (3).

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales del sistema sanitario están sometidos de manera constante a una serie de riesgos ergonómicos que no sólo está relacionado con la salud y trabajo de los trabajadores sino que también con la disminución de la calidad de atención recibida y seguridad de los pacientes.

El principal problema es la falta de prevención en la adopción de medidas ergonómicas, prevaleciendo las correctivas pues en general, las normas de prevención se desarrollan una vez producido el daño y muchas de éstas aparecen mucho tiempo después de ser conocidos estos efectos.

6 Bibliografía

- Asociación Española de Ergonomía. Rendueles Llanos 8 Entlo. 33205 Gijón (Asturias) [Internet].[citado 2020]. Disponible en: http://www.ergonomos.es/index.php
- Apud Elías, Meyer Felipe. La importancia de la ergonomía para los profesionales de la salud.Cienc. enferm. [Internet]. 2003 [citado 2020] ; 9(1): 15-20.

Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100003&lng=es.
http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000100003.
- Guillén Fonseca Martha. Ergonomía y la relación con los factores de riesgo en salud ocupacional. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006 Dic [citado 2020] ; 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0864-03192006000400008&lng=es.
- Fonseca N, Pereira R. Factores asociados a los disturbios músculo-esqueléticos en trabajadoras de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en Internet] 2010. [acceso 2020]; 18(6). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_06.pdf
- Salud Ocupacional [serie en internet] [citado 2020] Disponible en: http://www.ucentral.edu.co/bienestaruniver/.areadesalus/saludocupa.html/def.htl.
- De Souza C dos S., Lima da Silva J.L., Antunes Cortez E., Schumacher K.P., Moreira R.C.S., De Almeida Nilson T.. Riesgos ergonómicos de lesión por esfuerzo repetitivo del personal de enfermería en el hospital. Enferm. glob. [Internet]. 2011 [citado 2020] ; 10(23): 251-263. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300018&lng=es.
http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300018.
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo [sede web]. Bilbao; 2014. [Acceso 2020]. Disponible en: https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/71.
[Links].
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Trastornos musculoesqueléticos [sitio de Internet]. [acceso 2020]. Disponible en: https://osha.europa.eu/es/themes/musculoskeletal-disorders.
- Montalvo Prieto, Amparo Astrid, Cortés Múnera, Yesica María, Rojas López, Martha Cecilia, Riesgo Ergonómico Asociado A Sintomatología Musculoesquelética En Personal De Enfermería. Revista Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2015;20(2):132-146. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309143500010
- Mauro MYC, Cupello AJ, Mauro CCC. O trabalho de enfermagem hospitalar: uma visão ergonómica. [Internet]. [citado em 2009 fev 15]. Disponível em: URL: http://www.alass.org/es/actas/80-BR.htlm.
- Paredes Rizo Mª Luisa, Vázquez Ubago María. Estudio descriptivo sobre las condiciones de trabajo y los trastornos musculo esqueléticos en el personal de enfermería (enfermeras y AAEE) de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales en el Hospital Clínico Universitario de Val-

ladolid. Med. segur. trab. [Internet]. 2018 Jun [citado 2020 Feb 14] ; 64(251): 161-199. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000200161&lng=es.

Capítulo 487

CUIDADOS A PACIENTE CON ORTOREXIA

VANESSA BARBON IGLESIAS

PRISCILA ROZADA IGLESIAS

ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ

1 Introducción

La ortorexia es un trastorno del comportamiento alimentario que consiste en la obsesión por consumir alimentos que el afectado considera saludables, rechazando todos aquellos que no pueden incluirse en esta categoría desde su punto de vista.

En un principio, la ortorexia puede parecer que se trata de un comportamiento adecuado, y que va a resultar beneficioso para el organismo del que lo practica. Sin embargo, puede convertirse en un serio problema y ocasionar graves repercusiones, tanto sobre la calidad de vida como sobre la salud.

2 Objetivos

- Las personas con este problema necesitan unos cuidados psicologicos, nuestro trabajo sera educarle respecto a su enfermedad, para que puedan comprenderla y aceptarla, favoreciendo su tratamiento.
- Deberemos ayudarle a conocer diferentes alternativas alimentarias.
- Tendremos que darle a conocer que este trastorno puede con llevarle a problemas de laud mas graves por la falta de nutrientes.

3 Caso clínico

Mujer de 22 años que acude a la consulta de psiquiatria por hace 2 años tiende a preocuparse por ser una mujer saludable.Tiene una preocupación excesiva por la calidad de lo que come. A empezado a hacer dietas según ella de calidad, evitando las carnes, verduras que esten con fumigación, las cuales no reemplaza con otros alimentos que tengan los valores nutricionales adecuados para una buena dieta. Comenta que hay veces que tiene que ir a otras ciudades para conseguir alimentos ecologicos. Hace meses que avandona las actividades que hace por no tener tiempo para hacer sus dietas saludables. Tambien ha dejado de ir a reuniones familiares o con amigos, por que siente que las demas personas comen desbalanceadamente sus alimentos y no lo soporta.

Exporacion fisica: la paciente se muestra desganada, depresiva, desnutrida y muy palida.

En la entrevista personal destaca sus grandes conocimientos de dietética y de nutrición.

4 Discusión-Conclusión

Mucha gente cree que los unicos trastornos de alimentacion son la bulimia y la anorexia. Pero como damos a conocer en esta publicacion otro trastorno alimenticio es la ortorexia.

Mucha gente esta obsesionada con lo que come, pero deberiamos tener cuidado que esa obsesion no se convierta en una enfermedad. Por que Las consecuencias físicas, son las mismas que las que una inadecuada alimentación puede provocar: desnutrición, anemias, hipervitaminosis o en su defecto hipovitaminosis, carencias de oligoelementos, hipotensión y osteoporosis, etc. Así como, en fases avanzadas, trastornos obsesivos-compulsivos relacionados con la alimentación. La propia carencia de vitaminas como la B12 provoca alteraciones del comportamiento, que acentúan todavía más su obsesión.

5 Bibliografía

- https://www.sanitas.es
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

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

Capítulo 488

LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES.

MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

CELIA MARTINO GONZALEZ

CYNTHIA GEDDES CUETO

MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN

MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

Hoy en día y debido a diferentes circunstancias familiares y profesionales muchos abuelos se ven obligados a cuidar de sus nietos mientras sus padres trabajan pero también hay muchos abuelos que viven solos en casa, en soledad.

2 Objetivos

- Concienciar a la sociedad de la soledad que padecen algunas personas mayores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El concepto familia ha cambiado con el tiempo, mientras hace años la familia estaba formada por un matrimonio y varios hijos en la que la mujer era la encargada de quedarse en casa cuidando de los niños y de los abuelos. Hoy en día el concepto familia es muy variopinto y no se tienen tantos hijos y en caso de ser familia numerosa suele ser de parejas diferentes.

La mujer trabaja fuera de casa, los niños los apuntan a clases extraescolares o los cuidan los abuelos. Los ancianos que antaño envejecían en casa hoy en día van a centros de día o a residencias geriátricas pero también existe una parte de personas mayores que continúan viviendo solos en su casa, en soledad y sin ayuda, algunos porque no tienen familia pero otros tienen hijos pero los tienen desatendidos.

5 Discusión-Conclusión

Es cierto que vivimos en una sociedad muy envejecida pero eso no es motivo para olvidar a los ancianos.
Algunos no tienen siquiera una visita o llamada telefónica al día, nadie se preocupa por saber si necesita algo o simplemente si tienen alguien con quien conversar.

Si se ponen enfermos nadie los atiende porque hasta varios días después nadie ha notado su ausencia y los que no tienen hijos o familia tienen a los servicios sociales pero también hay ancianos que tienen hijos y se despreocupan de las necesidades que puedan tener. Vivimos en una sociedad que no recuerda que los que ahora son mayores se desvivieron por sus hijos y ahora que no les son útiles se olvidan de ellos.

Se debería mirar y cuidar más de nuestros mayores pueden ser mayores pero no son tontos ni muebles. Son personas que trabajaron toda su vida y que ahora necesitan compañía.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/es
- https://medlineplus.gov/spanish
- https://www.healthwise.org

Capítulo 489

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

PAULA DE RON RODRÍGUEZ

1 Introducción

La esquizofrenia paranoide es un subtipo de la esquizofrenia. Es una enfermedad mental que no conlleva alteración anatómica observable y cuya principal característica es que afecta a la personalidad del individuo, así como a áreas de su psicología. Sus síntomas se pueden dividir en síntomas positivos (delirios y alucinaciones)y negativos (déficits cognitivos). La enfermedad se caracteriza por trastornos de la afectividad como del pensamiento.

2 Objetivos

- Mostrar las causas de la esquizofrenia.
- Señalar cuales los los síntomas y manifestaciones de dicha enfermedad.
- Enseñar cómo es la asistencia médica, tratamientos y hospitalización del enfermo.
- Mostrar sus factores Psicológicos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica sometida a evaluación de fuentes primarias (libros, artículos y revistas) y secundarias (resúmenes y análisis de artículos).

4 Resultados

- Síntomas: Manía persecutoria, Celos, sensación de ser vigilado o espiado, alucinaciones.
- No existe cura de dicha enfermedad.
- Conocimientos sobre terapias individuales o grupales.
- Hospitalización de día.
- Se puede tratar con fármacos neurolépticos o antipsicóticos. Se diferencia dos tipos de antipsicóticos:
-Los clásicos: clorpromacina, haloperidol o tioridazina.
-Los neurolépticos: clozapina, risperidona, olanzapina, ziprasidona o quetiapina.

5 Discusión-Conclusión

Es una enfermedad mental donde las causas de ésta no están claras, hay teorías que hablan de un cierto desequilibrio en la segregación de serotonina, dopamina o glutamato. También hay estudios sobre anomalías en los lóbulos frontales, temporales y amígdalas. Los enfermos de esquizofrenia paranoide no son psicópatas criminales, como la sociedad cree, pueden cometer actos delictivos pero siempre entre los rangos de un ciudadano de a pie. Todo profesional de la medicina debe conocer los tratamientos y terapias para lidiar ante el comportamiento de un esquizofrénico. Es una enfermedad muy común, a lo largo de la historia la han sufrido personalidades importantes tales como Jhon Nash, Novel de Ciencias económicas y matemáticas.

6 Bibliografía

- Campero Encinas Daniela, Campos Lagrava Henry, Campero Encinas Marcela. Esquizofrenia: la complejidad de una enfermedad desoladora.
- Http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332009000200011&lng=es.
- Avilés Castellanos Grisel Alina. Caracterización de pacientes con esquizofrenia.
- Http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500002&lng=es.
- Salguero Jiménez Laura, Soraide Janette. Factores asociados para el desarrollo de la esquizofrenia y su incidencia en pacientes del Hospital San Juan De Dios gestión 2012.
- Http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-

74332012000200005&lng=es.
- Tizón Jorge L.Combined therapies for schizophrenia: Add, mix and confuse, Or rather decontruct and combine?
- Http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200008&lng=es.

Capítulo 490

LA HIGIENE BUCODENTAL

CARMEN COSI MAMANI

NEREA NORIEGA SEBARES

ROSA ANGELES GARCIA ESCOBEDO

MARIBEL ISABEL QUEIPO SUAREZ

AURORA VAZQUEZ RUA

1 Introducción

La higiene bucal es de suma importancia en toda persona sobre toda en aquella porque por circunstancias patológicas no puede ingerir líquidos

2 Objetivos

Determinar los cuidados y la higiene bucodental a realizar por un técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado los descriptores higiene, cuidados,infecciones y los operadores booleanos AND Y OR.

4 Resultados

La higiene de la cavidad oral es de suma importancia para evitar infecciones. En la cavidad oral se producen diversos gérmenes debido a las mucosidades que producidos por ello cuando la persona no puede realizarlo por si mismo deberá realizarla el personal sanitario lo hará con ayuda de unos depresores linguales con agua y enjuague bucal como el carias, procediendo a limpiar toda la cavidad y la lengua retirando si es preciso secreciones que pueden tener almacenada que normalmente se encuentran en pacientes con problemas respiratorios o en comatosos

Mantener la boca limpia es tan importante como proporcionarle una dieta saludable, aportándole los nutrientes diarios que necesita, sobre todo, vitaminas A y C. Estos alimentos podrán evitar que en un futuro aparezca la enfermedad de las encías. Para una ayuda más eficaz, se recomienda evitar cigarrillos y tabaco sin humo, ya que las costumbres insanas como esas pueden contribuir a padecer cáncer oral u otras enfermedades de efectos nocivos para la salud. Seguir todas estas recomendaciones puede ayudar a evitar bacterias y todo tipo de padecimientos como pueden ser las aftas, caries, gingivitis, periodontitis y otros muchos problemas bucales.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una higiene adecuada de la cavidad oral disminuiremos las infecciones respiratorias, la halitosis, e incluso ayudaremos en la extubacion de pacientes con respiración asistida

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 491

DIETA 1800 CALORÍAS

CARMEN COSI MAMANI

NEREA NORIEGA SEBARES

MARIBEL ISABEL QUEIPO SUAREZ

ROSA ANGELES GARCIA ESCOBEDO

AURORA VAZQUEZ RUA

1 Introducción

La alimentación es de suma importancia para la supervivencia del ser humano, pero para obtener una salud óptima se deberá tomar la adecuada ingesta de los diversos grupos alimentarios.

2 Objetivos

Determinar la cantidad calórica a percibir.

3 Metodología

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

Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizado los descriptores: alimentación, ingesta, cuidados ejercicio, diabetes

4 Resultados

La dieta de 1800 calorías suele ser indicada en aquellas personas con sobrepeso, problemas cardiovasculares, diabetes entre otras. Esta alimentación nos ayudará a tener una ingesta adecuada a nuestro organismo y mantenernos de forma saludables evitando el colesterol e incluso disminuyendo la diabetes y consiguiendo unos valores óptimos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con un aporte de calorías adecuado la salud será optima.

6 Bibliografía

- Wikipedia
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 492

ACTUACIÓN ENFERMERA PARA EL RIESGO DE CAÍDAS.

SUSANA GRANDE GUTIÉRREZ

MARLENY MOLLEAPAZA CONDORI

ALMUDENA GÓMEZ PONS

MANUEL FRANCISCO MARTÍ MOLINS

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las caídas es una situación de importancia por su elevada incidencia y morbimortalidad, en las que se ven involucrados profesionales sanitarios de distintas áreas. Conforman una disminución de la movilidad e independencia de los pacientes, y aumentan el riesgo de muerte.

Los factores de riesgo de las caídas están perfectamente identificados, como son los factores extrínsecos e intrínsecos, siendo estos últimos lo más relevantes. Por tanto, la identificación de los factores de riesgo por parte del personal sanitario, una correcta valoración tras la caída y la puesta en marcha de medidas preventivas, puede reducir el riesgo de caída y las consecuencias ocasionadas por éstas.

Palabras clave: enfermería, caídas, prevención, seguridad.

2 Objetivos

OBJETIVO GENERAL
El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice el alcance, magnitud, consecuencias, costes económico con el fin de que el personal sanitario correctamente formado sea capaz de actuar ante el riesgo de caídas.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:
- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de enfermería para actuar correctamente en el riesgo de caídas.
- Entender formas de identificación y detección de los casos en los que exista un riesgo de caídas
- Mejorar el abordaje multidisciplinar del paciente vulnerable a caídas

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre la actuación de enfermeria en el riesgo de caídas. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Pubmed, Scielo, Lilacs, Scopus y Web of Science. Las búsquedas se realizaron entre el julio y agosto de 2019.

Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2009 al 2019, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados. La recopilación de los artículos se hizo en base a la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio.
Criterios de inclusión y exclusion

Criterios de inclusión:
- Artículos científicos a texto completo.
- Documentos publicados entrevistas científicas.
- Ensayos clínicos aleatorizados. 5
- Estudios de casos.
- Revisiones bibliográficas.
- Los documentos debían estar disponibles en inglés o español.

Criterios de exclusión:
- Documentos que no cumplían los objetivos que se pretendían.
- Artículos que no fueron conseguidos a texto completo.
- Artículos cuya fecha era anterior a 2009.
-Artículos cuyas muestras no cumplían los estándares exigidos por este estudio.

Selección de documentos
Debido al gran número de documentos obtenidos tras la primera fase de búsqueda, en la primera acción se procedió a la eliminación de aquellos documentos duplicados, tras ello procedimos a identificar aquellos resúmenes cuyos descriptores en el título coincidían con los propuestos en nuestro estudio.

Posteriormente en una revisión preliminar de los resúmenes se identificaron muchos estudios no relacionados con el tema que fueron eliminados, para finalmente mediante la lectura profunda de los resultados de los artículos restantes nos llevó a eliminar aquellos en los que el número de la muestra era muy pequeño, y aquellos cuya muestra estaba basada en otro tipo de causa diferente de la violencia de género. El número de final de artículos seleccionados fue de 35.

4 Resultados

Existe un gran número de artículos que tratan sobre el tema de la violencia de género pero existe escasa bibliografía sobre la detección temprana de este problema social. Aunque existen numerosos estudios sobre la violencia de género a términos globales este fenómeno no solo se ha eliminado si no que ha aumentado en los últimos años.

El interés por encontrar estrategias de prevención, ha producido numerosas publicaciones no siempre coincidentes, que dificulta determinar qué tipo de prevención es más eficaz en cada paciente y qué grupo se beneficiaría en mayor medida de cada tipo de prevención.

En la revisión bibliográfica se han encontrado diversos estudios que hablan de la valoración del riesgo de caídas como un elemento fundamental en los programas de atención sanitaria. Consideran que la identificación precoz de los factores de riesgo es un método efectivo para identificar a aquellos individuos propensos a sufrir caídas, y así elaborar y aplicar estrategias de prevención

5 Discusión-Conclusión

Las caídas del paciente se consideran una de las grandes incidencias debido a su incidencia, su etiología multifactorial, sus consecuencias de diversa índole y las posibilidades de intervenir en la prevención de las mismas. La mayor parte de las caídas se deben a la suma de varios factores de riesgo.

A medida que aumentan estos factores, aumenta el riesgo de sufrir una caída. Se pueden distinguir factores de riesgo intrínsecos, dependientes del individuo, y factores de riesgo extrínsecos, dependientes del ambiente que rodea a dicho individuo. Las intervenciones de enfermería se fundamentan en la valoración de los factores de riesgo con un enfoque hacia la prevención, acciones de promoción a la salud, limitación del daño y rehabilitación temprana.

6 Bibliografía

- S.S. Olvera-Arreola, A. Hernández-Cantoral, S. Arroyo-Lucas, et al. Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Invest Clin, 65 (2013), pp. 88-93Segura C. De relatos, mitos y otras verdades. Investigaciones feministas. 2013; 4: 359-380.
- Dasilva ZN, Gómez-Conesa A, Sobral M. Epidemiología de caídas de ancianos en España, una revisión sistemática, 2007. Rev. Esp Salud Pública. 2008; 82: 43-56.
- Calero MJ, López-Cala G, Ortega AR, Cruz-Lendínez AJ. Prevención de caídas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basados en la evidencia. European J investiga. 2016; 6(2): 71-82.
- Lázaro del Nogal M, González Ramírez A, Palomo lloro A. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. Rev Esp Geritr Gerontol [Internet]. 2005 [Citado 17 Mar 2015]; 40 (supl 2): 54-63.

Capítulo 493

AISLAMIENTOS.

LORENA RODRIGUEZ LANZA

ANA FERNÁNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

La prevención y el control de las infecciones es el objetivo principal de los hospitales. Cuando un paciente ingresa o adquiere una infección en el hospital es necesario proteger al personal sanitario y pacientes de un posible contagio, para ello recurrimos al aislamiento.
Podemos clasificarlo en cuatro grupos;
1. Contacto: Infecciones, herida quirúrgica, tracto sanguíneo.
2. Protector: Diálisis, quimioterapia, trasplantados.
3. Gotas: Infecciones respiratorias, meningitis.
4. Aire: tuberculosis pulmonar, varicela, rubeola, zoster y sars.

Barreras:
1. Contacto: Uso de guantes y bata.
2. Protector: Batas, guantes, gorro, mascarilla y botas.
3. Gotas: Mascarilla al estar a menos de un metro, guantes y bata y los artículos contaminados deben ser esterilizados.
4. Aire: colocación de mascarilla (N95, los sanitarios que no tengan inmunidad a la rubeola, varicela y zoster no deberán entrar.)

2 Objetivos

- Normalizar y familiarizar al personal de salud en prevenciones de lesiones ligados a la atención de salud.
- Interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad infecciosa
- Disminuir el riesgo y prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles en pacientes, personal y visitantes.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 494

BULIMIA

VERÓNICA GANSO FERNÁNDEZ

REBECA FERNÁNDEZ LÓPEZ

MANUELA ÁLVAREZ VELÁZQUEZ

1 Introducción

La bulimia se trata de un trastorno alimenticio grave y que puede resultar potencialmente fatal. El entorno y los familiares de las personas que padecen esta enfermedad juegan un papel muy importante en la detección de este trastorno

2 Objetivos

Identificar los síntomas de la enfermedad e intentar poner solución al trastorno en el menor tiempo posible, una vez diagnosticado, para evitar posibles complicaciones e incluso la muerte.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores trastornos alimenticios, bulimia, síntomas de bulimia, complicaciones de la bulimia, tratamiento de la bulimia

4 Resultados

Algunos de los síntomas que pueden indicar un trastorno de bulimia son:
- Preocupación excesiva por el peso
- Percepción corporal distorsionada y negativa
- Atracones de comida
- Dietas estrictas y ayunos después de comer en exceso
- Negación a comer en público
- Visitas al baño justo después de comer
- Presencia de llagas, cicatrices o callos en los nudillos
- Daño en dientes y encías
- Exceso de ejercicio

El diagnóstico de la enfermedad en los comienzos es difícil, la familia y el entorno son los primeros en observar los síntomas y los cambios en las conductas de la persona enferma.

A medida que avanza la enfermedad los síntomas se van haciendo más evidentes. Una vez diagnosticado el trastorno, el tratamiento debe centrarse en paliar los síntomas producidos por la enfermedad o derivados de la misma, tanto a nivel físico como psicológico

5 Discusión-Conclusión

Un diagnóstico precoz del trastorno, resulta de vital importancia para evitar las complicaciones en la salud, asociadas al mismo o derivados de él, e incluso salvar la vida de la persona afectada

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 495

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES.

LORENA RODRIGUEZ LANZA

1 Introducción

Las enfermedades nosocomiales son infecciones contraídas en el hospital por un paciente hospitalizado por una razón distinta de esa infección.
Este tipo de infecciones representa uno de los problemas más grandes que hay en la salud, aunque también es verdad que esta prevalencia va disminuyendo año tras año, gracias a programas de intervención que mejora el grado de conocimiento y cumplimiento en las medidas de prevención frente a las infecciones nosocomiales.
A pesar del progreso alcanzado en la atención hospitalaria, siguen manifestándose infecciones en pacientes hospitalizados, que también pueden afectar al personal. Son muchos los factores causan: la reducción de inmunidad de los pacientes, la mayoría de procedimientos médicos y técnicas invasivas, que crean posibles vías de infección.
Las infecciones nosocomiales son la complicación más común, ocurren en todo el mundo y afecta a países desarrollados y a los carentes en recursos, estas están entre las principales causas de defunción.

2 Objetivos

- Conocer las enfermedades nosocomiales e identificar los factores de riesgo más importantes que contribuyen su aparición.

- Promover la seguridad de los pacientes con medidas de seguridad y concienciando al personal sanitario de la importancia de las precauciones estar con la higiene de manos o el uso de guantes.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 496

ACTUACIÓN ENFERMERA EN CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MARLENY MOLLEAPAZA CONDORI

ALMUDENA GÓMEZ PONS

MANUEL FRANCISCO MARTÍ MOLINS

SUSANA GRANDE GUTIÉRREZ

1 Introducción

Aquellos pacientes con una enfermedad grave como puede ser el cáncer pueden obtener una calidad de vida y confort con cuidados paliativos como parte de su tratamiento. La atención paliativa incluye cuidados de apoyo administrados por su equipo de atención médica, tales como alivio de síntomas, dolor y estrés. Estos cuidados tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida para los pacientes y sus familias.

El término cuidados paliativas en muchas ocasiones se confunde con cuidados terminales. Ambos tratan de mejorar la calidad de vida de la persona mientras está en vida. Los cuidados paliativos son apropiados en cualquier edad y en cualquier etapa de una enfermedad grave. La atención paliativa se proporciona a lo largo de la enfermedad, mientras que el cuidado terminales se proporciona cuando se acerca la muerte…

Los cuidados paliativos pueden ser proporcionados por su equipo de atención sanitario habitual, o por especialistas en atención paliativa.

Hoy en día, va en aumento la incidencia en enfermedades incurables que precisan de cuidados paliativos para brindarles el mejor bienestar posible. Estos cuidados deben efectuarse simultáneamente al tratamiento paliativo. Para ello es necesario un equipo sanitario donde la enfermería tiene un papel relevante.

2 Objetivos

Objetivo general
El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice el alcance, magnitud, consecuencias, costes económicos… con el fin de que el personal sanitario correctamente formado sea capaz de actuar ante los casos de pacientes que necesiten cuidados paliativos.

Los objetivos específicos los hemos dividido en tres:
- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de enfermería para actuar correctamente en pacientes que precisen cuidados paliativos
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que precisan cuidados paliativos
- Diferenciar entre cuidados paliativos y atención para pacientes terminales.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre los cuidados paliativos. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Pubmed, Dialnet, Cochrane, y Web of Science. Las búsquedas se realizaron entre el mes de septiembre y noviembre de 2019.

Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2009 al 2019, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados.

La recopilación de los artículos se hizo en base a la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio.

Criterios de inclusión:
- Artículos científicos a texto completo.
- Documentos publicados entrevistas científicas.
- Ensayos clínicos aleatorizados.
- Estudios de casos.
- Revisiones bibliográficas.
- Los documentos debían estar disponibles en inglés o español.

Criterios de exclusión:
- Documentos que no cumplían los objetivos que se pretendían.
- Artículos que no fueron conseguidos a texto completo.
- Artículos cuya fecha era anterior a 2009.
-Artículos cuyas muestras no cumplían los estándares exigidos por este estudio.

Selección de documentos
Debido al gran número de documentos obtenidos tras la primera fase de búsqueda, en la primera acción se procedió a la eliminación de aquellos documentos duplicados, tras ello procedimos a identificar aquellos resúmenes cuyos descriptores en el título coincidían con los propuestos en nuestro estudio, posteriormente en una revisión preliminar de los resúmenes se identificaron muchos estudios no relacionados con el tema que fueron eliminados, para finalmente mediante la lectura profunda de los resultados de los artículos restantes nos llevó a eliminar aquellos en los que el número de la muestra era muy pequeño, y aquellos cuya muestra estaba basada en otro tipo de causa diferente de la violencia de género. El número de final de artículos seleccionados fue de 32.

4 Resultados

La evolución de la ciencia transfiere a una elevación en la esperanza de vida que puede derivar en una sociedad “inmortal”. En los últimos años, ha aumentado la conciencia social y cultural sobre nuestras limitaciones, lo que ha permitido el desarrollo de disciplinas como los cuidados paliativos que proponen profundizar en temas como calidad de vida de las personas y cuidados individualizados.

5 Discusión-Conclusión

El profesional con calidad humana y sentido común, debe estar capacitado para la comunicación, ayudar al paciente y a su familia a llegar al final de la vida con

la mejor calidad de vida posible. Debemos promover la humanización de la asistencia en los aspectos técnicos y relacionales para tratar al paciente como ser humano, realizando unos cuidados individualizados, así como de manera holística.

6 Bibliografía

- Gómez Sancho M. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPSS. 2004: 23-7.
- Gosselin Ferszt G. Paciente terminal y muerte. Editorial Doyma. 2003: 17-22.
- Petersen M, Greonvold M, Aaronson N, Blazeby J, Brandberg Y, et a. Item response theory was used to shorten EORTC QLQ-C30 scales for use in palliative care. J Clin Epidemiol 2006;59(1):36-44.
- Schüller Prieto C, Isac Pérez MD. Cuidados del paciente en situación agónica. En: López Imedio E. Monográficos de Enfermería. Formación Continuada: Cuidados Paliativos. Madrid: Olalla Ediciones, Marzo-Abril 1996.pp.105-117.

Capítulo 497

INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA UNA DETECCIÓN TEMPRANA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

MARIA FLOR ROMERO GARCÍA

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MANUEL FRANCISCO MARTÍ MOLINS

ALMUDENA GÓMEZ PONS

SUSANA GRANDE GUTIÉRREZ

1 Introducción

La violencia de género es una significativa complicación social y de salud pública, además, es una violación de los derechos humanos. La más común es la que constituye dentro de la pareja sentimental,y las ejercidas del hombre hacia la mujer. Según estadísticas mundiales del año 2018 ultiman que por lo menos 3 de cada 10 mujeres son víctimas de ataques físicos o sexuales por parte de su pareja, lo que se estimaría a un billón de mujeres. Según un estudio reciente de la OMS, fundado en datos de más de 90 países, se afinó que el 36% de las mujeres han padecido violencia por parte de su pareja o violencia sexual por otras personas en algún instante de su vida. También concluyó que le 39% de los asesinatos de mujeres se asocian a violencia de pareja.

A pesar de tener planes de acción y medidas preventivas en el mundo desde hace décadas para zanjar con esta inmoralidad, las cifras relacionadas con la violencia de género incluso se han incrementado en algunos lugares. El incremento de la incidencia y la gravedad de este problema social hacen que sea preciso poner en marcha herramientas para poner solución a este problema.

La violencia de género es universal, aflige a la totalidad de los países sin distinguir economía, situación geográfica, nivel de desarrollo o régimen político. Además existe en todos los grupos sociales sin distinciones de la etnia, la cultura, la edad o la ocupación, en conclusión, ni las víctimas ni los maltratadores presentan un perfil característico. La violencia de género se relaciona con creencias equivocadas utilizadas para excusar la agresión, o lo que es más relevante, crean desconcierto y ocultan la verdadera incidencia del problema. Asociada únicamente a países subdesarrollados, en familias con pocos recursos, en mujeres con características específicas, agresores consumidores de drogas, celos como causa de violencia…son algunos de estos mitos, esto no significa que algunos de éstos no constituyan factores de riesgo para el desarrollo de la violencia.

Las consecuencias de la violencia de género en cualquiera de sus formas son demoledoras, tanto para la mujer que sufre la agresión, y que en el peor de los casos finaliza en fallecimiento, como para los descendientes de la misma, incidiendo de forma negativa tanto en su bienestar físico y psicológico como en su desarrollo emocional y social.

2 Objetivos

Objetivo general
El propósito de este trabajo es el realizar una revisión de la literatura que analice el alcance, magnitud, consecuencias, costes económicos…con el fin de que el personal sanitario correctamente formado sea capaz de detectar de forma temprana los casos de violencia.

Objetivos específicos
- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de enfermería para prestar atención a las víctimas de violencia de género.
- Conocer la importancia de la comunicación en la relación terapéutica con la víctima.

- Entender formas de identificación y detección de los casos de violencia.
- Mejorar el abordaje multidisciplinar de la víctima.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre la violencia de géneros. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Pubmed, Scielo, Lilacs, Scopus y Web of Science. Las búsquedas se realizaron entre junio-julio de 2019.

Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2009 al 2019, sí bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados.

La recopilación de los artículos se hizo en base a la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio.

Criterios de inclusión:
- Artículos científicos a texto completo.
- Documentos publicados en entrevistas científicas.
- Ensayos clínicos aleatorizados.
- Revisiones bibliográficas.
- Los documentos debían estar disponibles en inglés o español.

Criterios de exclusión:
- Documentos que no cumplían los objetivos que se pretendían.
- Artículos que no fueron conseguidos a texto completo.
- Artículos cuya fecha era anterior a 2009.
- Artículos cuyas muestras no cumplían los estándares exigidos por este estudio.

Selección de documentos:
Debido al gran número de documentos obtenidos tras la primera fase de búsqueda, en la primera acción se procedió a la eliminación de aquellos documentos duplicados, tras ello procedimos a identificar aquellos resúmenes cuyos descriptores en el título coincidían con los propuestos en nuestro estudio, posteriormente en una revisión preliminar de los resúmenes se identificaron muchos estudios no relacionados con el tema que fueron eliminados, para finalmente mediante la lectura profunda de los resultados de los artículos restantes nos llevó a

eliminar aquellos en los que el número de la muestra era muy pequeño, y aquellos cuya muestra estaba basada en otro tipo de causa diferente de la violencia de género. El número final de artículos seleccionados fue de 40.

Figura 1. Diagrama de flujo (PRISMA, 2009).

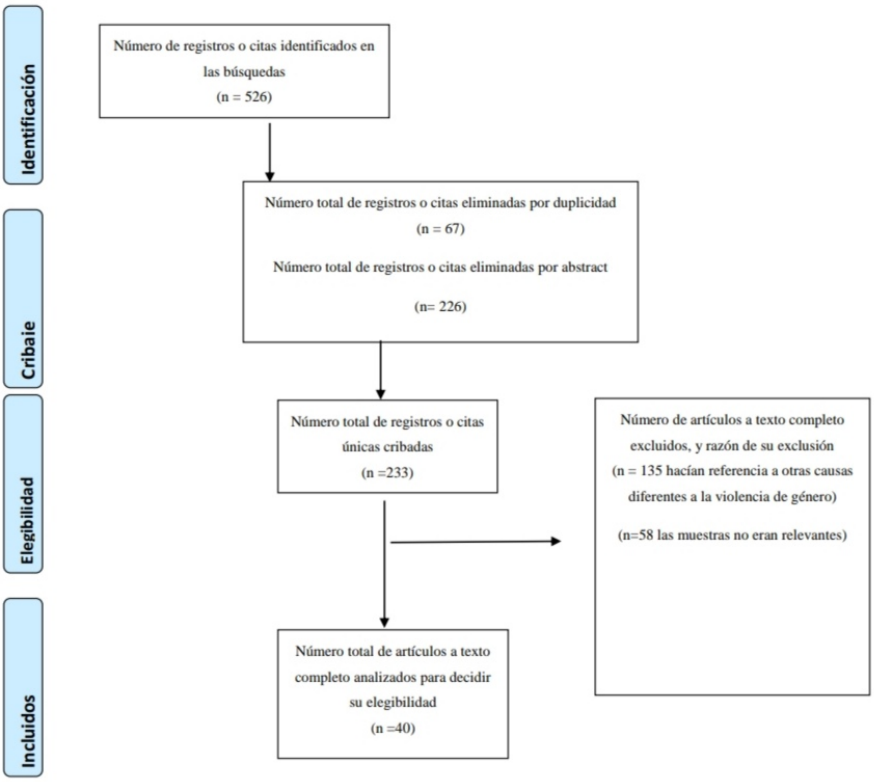


Figura 1: Diagrama de flujo de selección de los estudios

4 Resultados

Existe un gran número de artículos que tratan sobre el tema de la violencia de género pero existe escasa bibliografía sobre la detección temprana de este problema social. Aunque existen numerosos estudios sobre la violencia de género a términos globales este fenómeno no solo no se ha eliminado si no que ha aumentado en los últimos años.

5 Discusión-Conclusión

En el proceso de elaboración de este trabajo se han detectado algunas áreas de incertidumbre que aún no han sido investigadas, o para las que se carece de evidencia científica concluyente, y que, por tanto, merecerían ser objeto de investigaciones futuras.

Las consecuencias que para la salud de la víctima tiene la violencia son nefastas, atentando contra la integridad física, social y psicológica de la persona, un hecho, por tanto, que no debe pasar desapercibido por los profesionales sanitarios. Es imprescindible mejorar los conocimientos de los profesionales sanitarios respecto a la violencia de género. Se proponen cursos de reciclaje, formación pregrado y postgrado dirigida a la formación enfermera y de otros profesionales sociosanitarios que atienden a las mujeres. Una detección temprana va a suponer tanto un mejor abordaje multidisciplinar de la víctima como la evitación, en la medida de los posible, de fallecimientos gracias a una captación precoz.

6 Bibliografía

- Vara-Horna AA. ¿ Cómo prevenir la violencia contra las mujeres en relaciones de pareja. Nuevos argumentos para el debate. Lima: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmgH; 2014
- Segura C. De relatos, mitos y otras verdades. Investigaciones feministas. 2013; 4:359-380.
- OMS. Centro de prensa. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. [Online].; 2013 [consultado el 06 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/
- ONU. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. [Online].;[consultado el 28 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml

Capítulo 498

LA DIABETES EN EL PACIENTE CRONICO

YOLANDA MORENO SUAREZ

YOLANDA SUÁREZ CORTÉS

MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ

MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La diabetes del término es la versión acortada de la diabetes del nombre completo mellitus. La diabetes mellitus se deriva del sifón griego del significado de la diabetes de la palabra - para pasar a través y de la palabra latina significado mellitus enmelado o dulce. Esto es porque en diabetes exceso del azúcar se encuentra en sangre así como la orina. Era sabido en el siglo XVII como “pissing mal”.

La diabetes del término fue acuñada probablemente por Apollonius de Memphis alrededor de 250 A.C. La diabetes primero se registra en inglés, en el diabete de la forma, en un texto médico escrito hacia 1425. Era en 1675 que Thomas Willis agregó la palabra ““mellitus”” a la diabetes de la palabra. Esto estaba debido al gusto dulce de la orina. Este gusto dulce había sido notado en orina por los griegos clásicos, el chino, los egipcios, los indios, y los persas al igual que evidente de su literatura.

En 1776, Matthew Dobson confirmó que el gusto dulce de la orina de diabéticos era debido al exceso de una clase de azúcar en la orina y la sangre de la gente

con diabetes.

En épocas antiguas y diabetes medieval de las edades estaba generalmente una sentencia a la pena capital. Aretaeus tentativa tratarla pero no podía dar un buen resultado. Sushruta (siglo VI BCE) un curador indio determinó la diabetes y la clasificó como "Madhumeha". Aquí la miel de los medios del "madhu" de la palabra y combinado el término significa la orina dulce.

Los indios antiguos probaron para la diabetes observando si las hormigas fueron atraídas a la orina de una persona.

Las palabras coreanas, chinas, y japonesas para la diabetes se basan en los mismos ideogramas que significan "enfermedad de la orina del azúcar".

Era en 1936 que sir Harold Percival (Harry) Himsworth en su trabajo publicado distinguió tipo 1 y la diabetes 2 como diversas entidades.

En 1982 la primera insulina humana biosintética - Humulin - que es idéntica en estructura química a la insulina humana y puede ser producida en serie fue aprobada para comercializar en varios países.

El síndrome metabólico, esa diabetes mellitus forma una parte de fue descubierto por el Dr. Gerald Reaven en 1988. El Banting fue honrado por el día de la diabetes del mundo que se lleva a cabo en su cumpleaños, mirando fijamente el 14 de noviembre 2007.

2 Objetivos

- Dar a conocer la gran importancia que tiene la enfermedad de la diabetes, cómo se produce, cómo prevenirla, de qué manera un diabético podría morir.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los cuidados del técnico auxiliar de enfermería para la búsqueda de los artículos se han utilizado diferente bases de datos y revistas científicas. - PubMed: se han utilizado para la búsqueda las palabras clave "cuidados, funciones del auxiliar, diabetes ".

Los criterios de inclusión que se han utilizado son; artículos con acceso a texto completo libre y posteriores al año 2010, y como criterios de exclusión; artículos

que no estuvieran en inglés y aquellos que en su título o resumen no tratasen específicamente de los pacientes en situación de dependencia .

4 Resultados

La diabetes es una de las enfermedades de tipo crónico más frecuentes del mundo. Es una enfermedad metabólica que se caracteriza por el aumento de la concentración de glucosa en sangre, debido a que el páncreas no produce insulina o no la usa de manera adecuada. La diabetes de adulto nunca va sola, tiene enfermedades asociadas:
• Hipertensión
• Obesidad
• Hiperglucemia
Las tres guardan relación con la alimentación y la vida sedentaria.

En la diabetes como ya hemos señalado no se puede hablar de una sola causa sino que es resultado de varios factores:
• Hereditarios
• Alimentación
• Estilo de vida

Los resultados de estudios elaborados demuestran que la diabetes mata cada año a casi cuatro millones de personas, y se estima que esta cifra aumentará significativamente en más de un 50%. Se ha demostrado que una mayor actividad física provoca una reducción de las necesidades de insulina. Las personas más activas utilizan menos dosis de insulina que las sedentarias.

El nuevo enfoque en cuanto a la alimentación centra más su atención en las grasas.Cuanta mayor grasa haya en la alimentación, mayor dificultad tendrá la insulina para llevar azúcar a las células. Gracias a la investigación sobre la farmacología, los pacientes diabéticos tienen un tratamiento más ajustado, adaptando la dosis de insulina a la necesidad de cada momento, siendo así más llevadera la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Las estrategias implementadas para modificar el estilo de vida y favorecer el autocuidado, como herramientas que le permitan al equipo multidisciplinario de

salud tomar la mejor decisión clínica para alcanzar las metas de control glucémico y metabólico reflejándose en una atención médica sistematizada.

El asesoramiento nutricional, disminuirá las complicaciones futuras a largo plazo ocasionadas por la Diabetes
Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial, mejorando los hábitos alimentarios, lo cual debe ir acompañado de un incremento de la actividad física es el primer paso para el tratamiento de la obesidad en el adulto.

El asesoramiento nutricional, disminuirá las complicaciones futuras a largo plazo ocasionadas por la Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial, mejorando los hábitos alimentarios, lo cual debe ir acompañado de un incremento de la actividad física es el primer paso para el tratamiento de la obesidad en el adulto.

Las personas que padecen diabetes tipo 2 o predisposición a ella verán resultados asombrosos en su vida; quienes tienen diabetes tipo 1 podrán reducir su dependencia de la insulina o incluso olvidarse de ella para siempre… en tanto se cuiden con un estilo de vida saludable como el que aquí proponemos. ¡Hay que intentarlo!

No hay nada que perder con ello, pues, en el peor de los casos, no solo esta enfermedad, sino nuestro bienestar integral mejorará notablemente.

6 Bibliografía

- http://www.diabetes.ca/diabetes-and-you/what/history/
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- Jansà, M., y Vidal, M. (2009), Educación terapéutica en diabetes: Importancia del cumplimiento terapéutico en la Diabetes Mellitus.
- Luis Rodrigo, M.ª T. (2002), Los diagnósticos enfermeros, revisión crítica y guía práctica,
- Mercè Fernández-Miró, M., y Goday Arnó, A. (2008), Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario del Mar.

Capítulo 499

PROTOCOLOS A SEGUIR POR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE AISLAMIENTOS PROTECTOR O INVERSO

ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

En los hospitales existen varias a plantas o servicios en los que puede existir habitaciones con aislamiento inverso o protector, son pacientes a los cuales se les protege de agentes transmisibles porque tienen sus defensas disminuidas, dentro de este grupo encontramos a los grandes quemados, trasplantados , en tratamientos con quimioterapia, prematuros, es decir, pacientes inmunodeprimidos o con tratamientos inmunodepresores.

Dentro del personal que va a tener contacto directo con estos pacientes se encuentran los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es poner de manifiesto la importancia de que los TCAES tengan conocimiento sobre este tipo de aislamiento y las medidas pro-

tectoras a seguir en su rutina de trabajo en este tipo de habitaciones, ya que son pacientes en los que se debe impedir o minimizar el riesgo de infección protegiéndolos del entorno .

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: aislamiento inverso y protector.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Las medidas de protección en pacientes con aislamiento protector o inverso son:
- Se aplicaran medidas estándar de aislamiento a lo que sumaremos una restricción de visitas, en especial de cualquier persona (visita y/o personal sanitario) que sufra síntomas de resfriado o que este pasando por un proceso infeccioso.
- Habitación individual con presión positiva y puerta cerrada. Materiales de limpieza exclusiva para esta habitación.

Protocolos de actuación de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería :
- El personal que trabaja en este tipo de habitaciones deberá encontrarse sano, libre de infecciones.
- El material e instrumental a utilizar estará estéril .
- En este tipo de aislamientos nos pondremos todas las prendas de aislamiento antes de entrar a la habitación.
- Tendremos que utilizar las medidas de asepsia y antisepsia.
- Para ello lavaremos las manos con jabón antiséptico antes de atender al paciente y ponerse los guantes.

El orden de colocación de las prendas de aislamiento es el siguiente:

- Primero lavaremos las manos.
- Las calzas se sujetan con las manos por su parte interna, estirando para abrirlas, introducimos el pie y nos aseguramos de que el calzado queda cubierto y protegido totalmente.
- El gorro es muy importante que cubra todo el pelo, que es la finalidad que persiguen. En caso de que se lleve el pelo largo, se deberá recoger antes de colocar el gorro. Los gorros han de ajustarse correctamentede modo que no se caigan durante el procedimiento ni se descoloquen. Para ponerse el gorro, introduciremos las manos por la parte interior de este y procurando no tocar la parte externa al deslizarlo por la cabeza.
- La mascarilla (dispositivos utilizado para cubrir la boca y la nariz), se debe colocar bien ajustada a la superficie facial, cubriendo completa- mente nariz y boca, para proteger las membranas mucosas.
- Por último los guantes.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión realizada para la realización de este capítulo queda objetivado que los TCAES tienen que tener un conocimiento importante sobre el aislamiento protector o inverso, ya que tienen un contacto directo y en tiempo prolongado por su rutina de trabajo con pacientes inmunodeprimidos, los cuales permanecen en el hospitales por largos periodos de tiempo.

6 Bibliografía

- Alarcón A. Técnicas y procedimientos de enfermería. Colección de la A a la Z. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015. p. 340-2. https://core.ac.uk/download/pdf/46144256.pdf
https://revistas.um.es/eglobal/article/view/580
- Pérez de la Plaza, E., & Fernández Espinosa, A. (2016). Auxiliar de enfermeria. Madrid, España: Mc Graw Hill.

Capítulo 500

ERGONOMÍA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

DANIEL GIJON NORIEGA

OLAYA GARCÍA ESCUDERO

VERÓNICA MARTÍNEZ LÓPEZ

MARÍA JESÚS SOUTO BLANCO

PALOMA GRANA ALONSO

1 Introducción

Entendemos por ergonomía, según la IEA (International Ergonomics Association), como "una disciplina científica que estudia la relación de las interacciones del ser humano con otros elementos del sistema, y la profesión que aplica la teoría, los principios, la información y los métodos para optimizar el bienestar humando y el desempeño general del sistema".

La idea principal de este documento es revisar la bibliografía sobre la ergonomía del trabajo y la salud ocupacional en lo referente a la misma. Según la OIT (Organización internacional del trabajo) y la OMS (Organización mundial de la salud), la salud ocupacional es la "promoción y mantenimiento del mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones mediante la prevención de las desviaciones de la salud, control de riesgos y la adaptación del trabajo a la gente, y la gente a sus puestos de trabajo".

La relación del ser humano con su entorno es base fundamental de la ergonomía y los estudios que rodean este ámbito. Una de las ramas de estudio, según la definición oficial de la ergonomía aportada por el Consejo de la Asociación Internacional de Ergonomía (IEA), anteriormente citada, es la de ergonomía física. Ésta estudia las posturas más adecuadas y convenientes.

Hoy en día, los principales factores de riesgo en el ámbito de la salud laboral abarcan aspectos como la postura, el ejercicio, los problemas visuales, entre otros, cuyo descuido termina con la aparición, en muchas ocasiones, de enfermedades profesionales.

Se realiza una revisión bibliográfica destacando la importancia de tener presentes los buenos hábitos en lo referente al bienestar físico, mental y social en situaciones dadas en el ámbito laboral. La ergonomía y la salud ocupacional en el trabajo han de estar presentes en todo momento adaptando cada puesto de trabajo a las características propias de cada persona.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer la bibliografía actual sobre la ergonomía del trabajo y la salud ocupacional, así como los factores de riesgo, los cambios y adaptaciones que tienen lugar a lo largo de la vida laboral.

Objetivos específicos:
- Analizar las consecuencias obtenidas con las prácticas diarias, en lo que a ergonomía y salud ocupacional se refiere, en el ámbito laboral.
- Tomar conciencia de la importancia de mantener hábitos saludables durante la jornada de trabajo.
- Promover la ejecución de prácticas que contribuyan a potenciar el desarrollo de la ergonomía y la salud ocupacional.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas a través de la red.

Los criterios utilizados para la selección y limitación de la búsqueda han sido su relación con la temática presentada, artículos, casos clínicos, revisiones y libros

del ámbito de la salud y el trabajo, cuyo contenido repercute en los aspectos a valorar. Se ha tenido en esta búsqueda los artículos de los últimos 10 años, publicados en inglés y castellano.

Consideramos las bases de datos de PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, SCIELO.

PALABRAS CLAVE: Ergonomía, salud ocupacional, salud laboral.
KEY WORDS: Ergonomics, occupational health, health at work.

4 Resultados

La ergonomía es un elemento fundamental para la prevención y la promoción de la salud en el trabajo.(Hernández, s. f.).

Los factores de riesgo y la ergonomía deben ser considerados de forma sistematizada para cada puesto de trabajo. Los ambientes confortables reducen las consecuencias negativas de la salud.

Al promover el interés y la participación activa de los trabajadores se reduce la invalidez por accidentes y enfermedades laborales, así como se eliminan o disminuyen los factores de riesgo. (Montalvo', 1985)

5 Discusión-Conclusión

Evaluar los factores de riesgo ergonómico en el trabajo evidenciará las carencias y puntos negativos del mismo con respecto a la salud laboral, actuar frente a ellos disminuirá el número de problemas físicos y psicológicos, y por consiguiente, reducirá el número de bajas laborales, beneficiando de tal modo tanto al empresario como al trabajador.

Los factores de riesgo dependen de la intensidad, frecuencia y la duración de las acciones a realizar.
Tras esta revisión bibliográfica se observa que uno de los principales atractivos de la ergonomía es su utilidad para dar solución a los problemas relacionados con la misma de forma relativamente sencilla. Con el estímulo adecuado, la información, y los medios que necesiten, es fácil promover la implicación de todas las partes para una mejora general de la salud laboral.

Se puede concluir que los estudios en base a este ámbito son numerosos pero necesitan profundizarse más en aspectos concretos relacionados con el mundo

laboral y lo que ello implica. Estas investigaciones no siempre son fiables y por ello pueden resultar confusas.

6 Bibliografía

- Ergonomía básica—Jairo Estrada Muñoz—Google Libros. (s. f.).
- Ergonomía y equipos de participación | Correa Arenas | Revista Ingeniería Industrial. (s. f.). Recuperado 18 de enero de 2020, de https://revistas.upb.edu.co/index.php/industrial/article/view/8907.
- Fundamentos de ergonomía—María Guadalupe Obregón Sánchez—Google Libros. (s. f.).
- Hernández, P. J. A. (s. f.). Ergonomía. Su aplicación en Salud Ocupacional. 43.
- Influencia de la actitud postural en la ergonomía ambiental durante la realización de las actividades físicas del hombre—Dialnet. (s. f.).
- La arquitectura de la prevención: La ergonomía prospectiva y el análisis de … - Juan Alberto, Castillo M - Google Libros. (s. f.).
- SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 14.
OPS/OMS | Salud de los Trabajadores: Recursos. (s. f.).
- SciELO - Salud Pública—Procedimiento ergonómico para la prevención de enfermedades en el contexto ocupacional Procedimiento ergonómico para la prevención de enfermedades en el contexto ocupacional. (s. f.).

Capítulo 501

ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO DEL MAREO CERVICOGÉNICO.

CECILIA GONZALEZ ALVAREZ

PILAR DEL BOSQUE GONZÁLEZ

LARA ALVAREZ CAMPAL

MARLEN DE LA FUENTE FERNANDEZ

1 Introducción

El mareo cervicogénico es aquel que tiene su origen en una alteración de las estructuras de la región cervical. Las personas que lo sufren refieren una sensación de mareo de tipo inestabilidad, así como aturdimiento, torpeza, náuseas, dificultad de concentración y en la lectura (enfoque), dificultad al moverse en la oscuridad, caídas. Es raro que aparezca como vértigo puro. En ocasiones al paciente le resulta difícil describir sus síntomas. Frecuentemente se acompaña de dolor, rigidez y limitación de movilidad en la columna cervical; de hecho, el mareo es exacerbado por movimientos o posiciones del cuello.
Las estructuras cervicales son capaces de originar esta sintomatología porque representan un papel muy importante en la propiocepción, el equilibrio y la coordinación de la posición de la cabeza con la visión. Por tanto, una alteración en dichas estructuras provocará una alteración en esas funciones, siendo la causa del mareo.

El mareo cervicogénico supone un problema social, ya que altera la vida diaria

de las personas que lo sufren, ya que la mayoría suelen reducir o limitar sus actividades por inseguridad y miedo a sufrir nuevos episodios.

2 Objetivos

- Realizar una exploración adecuada que confirme el origen cervical del mareo.
- Encontrar y tratar las disfunciones en las estructuras cervicales.
- Entrenar el equilibrio y la propiocepción, así como el control de los movimientos.
- Trabajar la coordinación óculo-motora.

3 Caso clínico

Paciente de 53 años que acude a consulta por dolor y rigidez cervical, así como mareos y sensación de pérdida de equilibrio. Sufrió hace 3 años un accidente de tráfico del que le quedó como secuela una limitación en los últimos grados de rotación cervical a ambos lados. Trabaja en una tienda y refiere que se marea sobre todo cuando está un tiempo prolongado con el cuello en extensión, al colocar material en los estantes más altos.

No hay limitación en la movilidad pasiva, pero sí en las rotaciones activas por dolor. La paciente da positivo en las prueba de rotación cervical: fijando la cabeza del paciente se le pide una rotación de tronco 90º a la derecha y luego a la izquierda, manteniendo cada posición 30 segundos; en ambas posiciones aparece nistagmo. También da positivo en la prueba de recolocación cervical: sentada con un dispositivo CROM se le pide que haga flexión, extensión y rotación a ambos lados, y que luego vuelva a la posición inicial; su fallo fue de 9º con lo que es positivo (>4,5º es positivo).

Se descarta un origen vestibular del mareo. No presenta tinnitus, vértigo ni pérdida auditiva. Test de Dix-Hallpike negativo. Comenzaremos tratando las disfunciones cervicales con el método Mulligan: se utilizará la técnica de SNAG en extensión cervical en C2 (ya que es el movimiento que origina el mareo). Al aplicar el deslizamiento posteroanterior sobre C2 mientras la paciente realiza la extensión activa el mareo disminuye. Le enseñamos a realizarlo ella misma en casa con ayuda de una toalla.

También exploramos el tejido blando, presentando la paciente puntos gatillo activos en ambos trapecios superiores y en la musculatura occipital, que abordare-

mos con punción seca, con la técnica Jones y con músculo-energía.

4 Discusión-Conclusión

Las alteraciones estructurales cervicales (en este caso el fallo posicional a nivel de C2 y las contracturas musculares) son responsables de la perpetuación del mareo. Además de tratar dichas disfunciones es preciso trabajar la propiocepción, el equilibrio y la coordinación óculo-motora para que los resultados se mantengan en el tiempo.

5 Bibliografía

- Eaton DA, Roland Ps. Dizziness in the older adult. Part 1. Evaluation and general treatment strategies. Geriatrics 2003; 58 (4): 28-30
- Herdman, S. Rehabilitación Vestibular. Filadelfia, PA: F. A. Davis Company.0; 2007.
- López-Moya JJ, Orti-Pareja M, Jiménez-Jiménez FJ. Mareo, vértigos y acúfenos. En WW.AA. editor. Manual de diagnóstico y terapéutica neurológicas. Barcelona: Viguera Editores; 2002. p. 155-72.
- Ramírez Camacho R. Trastornos del equilibrio. Un abordaje multidisciplinario. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
- Torres Cueco, R. La columna cervical: evaluación clínica y aproximaciones terapéuticas. Ed. Panamericana; 2008.

Capítulo 502

IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA EN EL TRABAJO PARA EVITAR LESIONES.

ANGEL FUEYO PRIETO

DANIEL BUENO GONZALEZ

JOAQUINA COSTA IGLESIAS

ARGENTINA GARCIA GARCIA

1 Introducción

La Ergonomía es una ciencia aplicada y multidisciplinaria que busca la optimización de los tres elementos del sistema humano-maquina-ambiente, elaborando métodos de la persona, de la técnica y de la organización para con todo ello conseguir una relación funcional óptima, que garantice la seguridad, la salud, la comodidad, la satisfacción y la eficacia de las personas implicadas.
La palabra Ergonomía procede de los términos griegos Ergos (trabajo) y Nomos (principio, regla, ley), con lo que expresa el conjunto de principios que rigen el trabajo.

La Ergonomía se puede centrar en todos los ámbitos de nuestra vida diaria, siendo los más importantes aquellos en los que invertimos más horas ya que influyen de una forma muy directa en nuestra salud, por ello destacamos la ergonomía en el hogar y la ergonomía en el trabajo. También se puede destacar la ergonomía de

cualquier actividad fuera de estos ámbitos que sea rutinaria como por ejemplo hacer deporte. En todos ellos debemos de tener en cuenta los siguientes aspectos: las actitudes posturales, las condiciones psicosociales, el entorno o ambiente y el uso adecuado de las herramientas que dispongamos, ya que todos ellos influyen directamente sobre nuestra salud.

En el mundo del trabajo, sino se tiene en cuenta los aspectos que antes citábamos, nos enfrentamos con ciertas enfermedades debidas a unas malas condiciones laborales, elevando así las tasas de absentismo. Destacan por encima de todas las raquialgias, las depresiones y las cefaleas. La Ergonomía nace ante la necesidad de enfrentarse a este gran problema y en la actualidad esta ciencia multidisciplinar se aplica con gran rigor.

2 Objetivos

- Evaluar las capacidades funcionales y habilidades para el trabajado.
- Identificación de factores de riesgo en el trabajo.
- Identificación de las posturas estáticas y dinámicas inadecuadas durante el trabajo.
- Elaborar soluciones, programas de prevención y verificar su eficacia.
- Pautar los periodos de acción y reposo.
- Rehabilitación y reinserción del individuo a su puesto de trabajo, después de sufrir una lesión de carácter laboral, interviniendo en su readaptación al esfuerzo, el diseño del mobiliario que precisa, la educación y los programas de higiene postural.

3 Caso clínico

Paciente de 47 años con dolor en la zona glútea el cual le desciende por la zona posterior de las dos piernas. El dolor aumenta cuando está mucho tiempo sentado, cuando sube escaleras y cuando camina de forma prolongada y le mejora tumbado. Trabaja en una empresa de autobuses como chofer desde hace 10 años y lleva 1 año con esta molestia, donde en los últimos 6 meses es de forma continua y muy incapacitante. Actualmente está de baja y acudió a la mutua de trabajo donde le han hecho una resonancia magnética de la zona y acude con ella a nuestro centro.

En la exploración se explora el arco de movilidad de la columna, caderas y pier-

nas de forma activa y resistida y se palpan las zonas musculares obteniendo los siguientes signos:
No tiene dolor en la zona lumbar ni a la movilidad ni a la palpación.
Dolor a la palpación y contracción resistida de los rotadores externos de cadera, destacando glúteo mayor, obturadores y sobre todo los piramidales donde su contracción le produce un aumento del dolor irradiado a la parte posterior de los dos muslos. Ambos piramidales se encuentran acortados y presentan puntos gatillos dolorosos.
Signo de pace positivo, signo de Beatty presenta dolor en la zona glútea pero no en la pierna, maniobra de lasegue negativa.

Se le diagnostica Síndrome del Piramidal, o falsa ciática, debido a la presión que ejerce sobre el nervio ciático a su paso por dicho músculo y el gémino superior.
En el diagnostico diferencial se descartan otras causas que puedan ejercer irritación y presión del nervio ciático como estenosis espinal, espodilolistesis, hernia discal o protuberancia y alteraciones de la sacroiliaca ya que no se aprecian en la resonancia magnética ni en ciertos signos de la exploración realizada.

Con todo esto le pautamos rehabilitación durante tres semanas que consiste en:
Masaje profundo, técnicas de inhibición, trabajo de los puntos gatillo y estiramientos del musculo piramidal y también de los rotadores externos de cadera como el glúteo mayor y los obturadores. Se le aplica también termoterapia con indiba.
Se le enseña el hábito del auto estiramiento de dicha musculatura, así como las posiciones de descarga.

4 Discusión-Conclusión

Cualquier paciente que realice la rehabilitación de una patología y note mejoría separándolo del ámbito de su trabajo y empeoré dentro de él debemos de enfocar la solución en el estudio Ergonómico de su puesto laboral.

5 Bibliografía

1. Openshaw, Scott. Taylor, Erin: Ergonomics and Design: A Reference Guide, página 36. Allsteel Inc, 2006.
2. Niebel, Benjamin W. Freivalds, Andris: Ingeniería Industrial; Métodos, estándares y diseño del trabajo.

3. Cañas, J. J. y Waern, Y (2001). Ergonomía Cognitiva. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
4. Tortosa, L.; García Molina, C.; Page, A.; Ferreras, A. (1999). Ergonomía y discapacidad. Instituto de Biomecánica de Valencia.
5. OBORNE, David J. (1990), Ergonomía en acción, "Adaptación del medio de trabajo al hombre", Segunda Edición, Editorial Trillas, México.
6. Falzon, P. (2009). Manual de Ergonomía. Madrid: Modus Laborandi.
7. Noulin, M. (2010). Ergonomía. La guía de la Sorbona. Madrid: Modus Laborandi.

Capítulo 503

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO PARA EVITAR ”LOS ESGUINCES MAL CURADOS”

MARLEN DE LA FUENTE FERNANDEZ

LARA ALVAREZ CAMPAL

CECILIA GONZALEZ ALVAREZ

PILAR DEL BOSQUE GONZÁLEZ

1 Introducción

El esguince de tobillo es una de las lesiones ligamentosas más frecuentes del aparato locomotor. El mecanismo de lesión es debido a un movimiento forzado en un sentido no propio de la articulación, causando una reacción inflamatoria con ruptura en mayor o menor grado de fibras ligamentosas, vasos capilares y de la inervación local. En función de la gravedad de la lesión se distinguen 3 grados de esguince.

El sistema ligamentoso del tobillo refuerza la estabilización pasiva de la articulación junto con la cápsula articular, los retináculos y los tres maléolos (medial, lateral y posterior de Destot). Un esguince al provocar estiramiento o desgarro en una o todas las estructuras de este sistema, afectará a el equilibrio. Por lo tanto es necesaria una rehabilitación adecuada para evitar esguinces de repetición o inestabilidad crónica. Hay que fortalecer los músculos alrededor del tobillo y trabajar la propiocepción de los tejidos conectivos. La propiocepción es la cualidad

que nos permite apreciar nuestra posición, el equilibrio y sus cambios en el sistema muscular.

2 Objetivos

- Potenciar selectivamente los músculos que están en la misma zona que los ligamentos lesionados, de tal manera que estén fuertes y ágiles para responder en caso de un excesivo estiramiento. De esta forma, los músculos se podría decir que actúan como ayudantes de los ligamentos, limitando la amplitud de un movimiento que supere los límites normales y pueden provocar lesión.
- Trabajar la fuerza muscular y la coordinación de la musculatura.
- Conseguir equilibrio entre ambas piernas, en el deporte y en las actividades de la vida diaria, se tiende a tener una extremidad dominante. Tener un tobillo muy entrenado y el otro más débil supone un desequilibrio que aumenta el riesgo de lesión.
- Trabajar ejercicios propioceptivos, con ellos conseguiremos una articulación capaz de responder ante esfuerzos rápidos y bruscos y así evitar posibles recaídas.

3 Caso clínico

Paciente de 45 años, secretaria, acude a consulta por esguince de repetición en un tobillo. Camina 6 kilómetros diarios a paso ligero después de la jornada laboral. Hace una semana que refiere haber hecho una torcedura en el pie derecho que le origina dolor al caminar y tiene el tobillo inflamado. Hace 3 meses ya sufrió en el mismo tobillo un esguince grado I, acudió a un fisioterapeuta que tras tratamiento le pautó una serie de ejercicios que realizó sólo unos días.

En la exploración se observa un ligero hematoma y algo de inflamación. A la palpación de ligamentos sólo producimos dolor en ligamento peroneo astragalino anterior. La percusión en maleolos y base de V metatarsiano no es dolorosa. Las maniobras de cajón anterior, inversión forzada, clunk test y squeeze test nos muestran un tobillo normal. El tobillo tiene movimiento completo, no hay bloqueos articulares. En cuanto las pruebas musculares sí que tiene más fuerza en tobillo sano a nivel de peroneos y tibiales. No hay pérdida de sensibilidad. Al mandarle apoyo unipodal sobre ese tobillo aguanta equilibrio sólo unos segundos.

Se le trata el ligamento mediante cyriax y se movilizan todas las articulaciones. Se

realizan ejercicios isométricos e isotónicos tanto concéntricos como excéntricos, haciendo especial hincapié en los músculos eversores del tobillo. Hacemos en consulta para enseñar a la paciente tabla de ejercicios propioceptivos que deberá realizar diariamente en casa durante un mes mínimo, aumentando su dificultad con la progresión. Finalizamos sesión con estiramientos de los músculos y ligamentos.

Citamos a la semana para controlar la progresión y asegurarnos que realiza la pauta marcada.

4 Discusión-Conclusión

La inestabilidad crónica de tobillo por lo general se desarrolla después de un esguince de tobillo que no ha sido rehabilitado por completo. Se corre gran riesgo de que se repita si simplemente se deja que el tiempo vaya ”curando la lesión”. La musculatura queda debilitada, el pie no se mueve con normalidad, y el cuerpo no está preparado para responder ante estímulos desestabilizantes.

Concluimos, entonces, que la propiocepción debe formar parte del tratamiento de fisioterapia en la recuperación de esguinces para olvidarse de ¨los esguinces mal curados¨. Cada esguince subsiguiente conduce a un mayor debilitamiento (o estiramiento) de los ligamentos, lo que supone mayor inestabilidad y la probabilidad de desarrollar problemas adicionales en el tobillo.

5 Bibliografía

1. Freeman M, Dean M, Hanham I. The etiology and prevention of functional instability of the foot. J Bone Joint Surg (Br). 1965; 47-B: 678-85
2. Hazañas S, Gálvez L, Cepas J. Estabilización funcional frente a inmovilización ortopédica en el esguince de tobillo grado I-II. Aten Primaria, 23 (1999), pp. 425-8
3. Kaminski T, Hartsell H. Factors contributing to chronic ankle instability: a strength perspective. J Athl Train. 2002; 37: 394-405
4. Kannus P, Renstrom P. Current concept review: treatment for scute tears of the lateral ligaments of the ankle. J Bone Joint Surg, 73 (1991), pp. 305-12
5. Karlsson J, Eriksson B, Sward L. Early functional treatment for acute ligament injuries of the ankle joint. Scand J Med Sports, 6 (1996), pp. 341-5
6. Lynch S, Renstron P. Treatment of acute lateral ankle ligament rupture in the athlete. Conservative versus surgical treatment. Sports Med, 27 (1999), pp. 61-71

7. Noronha M, Refshauge K, Kilbreath S, Crosbie J. Loss of propioception or motor control is not related to functional ankle instability: a observational study. Aust J Physiother. 2007; 53: 193-8
8. de Jong A, Kilbreath S, Refshauge K, Adams R. Performance in different propioceptiv tests does not correlate in ankles with recurrent sprain. Arch Phys Med Rehabil. 2005; 86: 2101-5
9. Lentell G, Katzmann L, Walters M. The relationship between muscle function and ankle instability. J Orthop Sports Phys Ther. 1990; 11: 605-11
10. Bernier J, Perrin D, Rijke A. Effect of unilateral functional instability of the ankle on sway and inversion and eversion strength. J Athl Train 1997; 32: 226-32
11. Ryan L. Mechanical stability, muscle strength, and propioception in the functionally unstable ankle. Aus J Physiother. 1994; 40: 41-7

Capítulo 504

EL ABSENTISMO Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

PAULA BLANCO DEL VALLE

ISIDRO TORRES PAREJO

1 Introducción

El absentismo laboral se define como la falta al lugar de trabajo. El absentismo es un factor que causa problemas a los profesionales sanitarios, ya que conlleva a una disminución de personal en el equipo, sobrecargando el trabajo de los demás con un mayor volumen de trabajo.

Numerosas investigaciones muestran que el absentismo conlleva a una falta de motivación, insatisfacción del personal, además de perjudicar la salud del personal sanitario, lo que condiciona la calidad asistencial aumentando costes y disminuyendo la productividad.

El aumento de absentismo laboral se debe en parte al incremento de accidentes laborales y bajas por enfermedad profesional.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes causas de absentismo laboral en el ámbito sanitarios.
- Dar a conocer las necesidades de la aplicación de la prevención de riesgos laborales en el sector sanitarios.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos ScieLo y Google Académico. Utilizando los descriptores "Absentismo", "riesgos laborales", "prevención de riesgos laborales", y "riesgos ergonómicos" relacionándolos con los operadores booleanos "AND" y "OR". Se revisan artículos fundamentalmente en español. Además se revisa la Ley General de Sanidad y La Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

4 Resultados

En el ámbito hospitalario existen diferentes tipos de riesgos laborales que son:
- Riesgos físicos: podemos encontrar aspectos relacionados con el ruido, iluminación inadecuada..
- Riesgos químicos
- Riesgos biológicos
- Riesgos psicosociales: exigencias emocionales, horas de trabajo..
- Riesgos ergonómicos

Varios estudios muestran que una de las principales causas de absentismo en el sector sanitario se producen a consecuencia de los riesgos ergonómicos, provocados por sobrecarga en segmentos del cuerpo, es decir por la repetición de gestos que provocan trastornos traumáticos, Además de los movimientos repetitivos, dentro de este tipo de riesgo encontraremos, levantar y empujar objetos, materiales inadecuados e insuficientes, posturas prolongadas en posición vertical y posiciones forzadas.

Se pueden diferenciar entre factores de riesgo de carga física, como el diseño de habitaciones, diseño de producto, diseño de mobiliario, diseño del entorno y organizacional, y factores de riesgo de carga mental, como pueden ser las situaciones de incertidumbre, apremio de tiempo, cantidad y complejidad de la información a tratar.

Todos estos factores conllevan a un aumento del absentismo ya que provocan diversos problemas de salud en el profesional sanitario. Una de las consecuencias que causa un mayor número de bajas en el personal sanitario son las lesiones músculo-esqueléticas.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de riesgos laborales es la disciplina encargada de promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados en el entorno laboral.

Visto que los riesgos ergonómicos son una de las principales causas de absentismo en el personal sanitario debido a las lesiones músculo esqueléticas que producen, se debería llevar a cabo una prevención de las mismas. Para ello las instituciones deberían realizar inversiones en la formación de los profesionales para que aprendan a corregir las malas posturas en la dinámica laboral, y para que la modernización de los equipos sea permanente.

El personal sanitario debe ser instruidos para mantener su salud en el trabajo„ pero no hay que olvidar la necesidad de adaptar el trabajo al hombre, en el diseño del puesto de trabajo, de los equipamientos y métodos de trabajo.

Con el desarrollo de la Ley de Prevención de riesgos Laborales y el Reglamento de los Servicios de Prevención han surgido una serie de reglamentos específicos que hacen referencia a la vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a determinados riesgos.

Resulta importante llevar a cabo un análisis de cada puesto de trabajo de cada profesional en el sector sanitario para poder proponer las medidas de prevención y promoción de la salud idóneas.

Si se realiza una adecuada gestión de la prevención de riesgos laborales, las organizaciones y los trabajadores se anticiparán a los riesgos y serán capaces de minimizar las bajas y enfermedades laborales, además de minimizar los daños también se mejorará el día a día del trabajador y, por tanto, mejorará su productividad.

Por lo tanto la prevención de riesgos laborales es muy importante para disminuir los factores de riesgo en el ámbito sanitario y así disminuir la tasa de absentismo producida por problemas relacionados con la salud y mejorar la calidad de vida tanto personal como profesional de los trabajadores.

6 Bibliografía

- Prevención del dolor de espalda en el ámbito laboral. Luisa Hidalgo Marcano. RevistaEnfermeríaCyL 5 (2), 43-58, 2013
- Estudio del absentismo laboral de los celadores en un hospital de agudos. Work absenteeism of patient escort staff in an acute hospital. María Jesús Almodóvar – Carretón et al.
-Riesgos ergonómicos de lesión por esfuerzo repetitivo del personal de enfermería en el hospital
Riscos ergonómicos ósteo-mioesqueléticos na equipe de enfermagem em âmbito hospitalar. De Souza, C dos S. Lima da Silva, J.L. Antunes Cortez, E. Schumacher, K.P. Moreira, R.C.S. De Almeida Nilson, T.
- Intervenciones eficaces para reducir el absentismo del personal de enfermería hospitalario. Effective interventions to reduce absenteeism among hospital nurses. Joaquín Jesús Blanca- Gutiérrez
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 505

MUCOPOLISACARIDOSIS III O SÍNDROME DE SANFILIPPO

MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO

INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ

MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN

1 Introducción

La MPS es una enfermedad rara hereditaria, poco frecuente. Se trata de un trastorno de depósito lisosomal de mucopolisacáridos que están causados por cambios genéticos. Los pacientes con MPS tienen una afectación clínica crónica, multisistémica y progresiva de los órganos afectados dependiendo de los defectos enzimáticos.

A nivel esquelético están afectadas las articulaciones por movilidad y contracturas y tienen displasia de cadera. Otros signos que aparecen son el fenotipo tosco, la macrocefalia, tienen un talle bajo, otitis repetidas, sordera, infecciones respiratorias, hernias, etc. Hay varios tipos de MPS y en este capítulo nos vamos a centrar en el MPSIII-B, la cual se llama enfermedad de Sanfilippo B.

Los pacientes de Sanfilippo tienen una primera fase en la que se manifiesta en la niñez teniendo un comportamiento hiperactivo y teniendo muchas infecciones. Retraso de desarrollo motor. Conforme van creciendo van teniendo cambios en el sistema músculo-esquelético en articulaciones y fundamentalmente en caderas. En el campo neurológico obtienen parón en el desarrollo motor en la cual se trabaja con Bobath/Vojta para activar los patrones de movimiento en el cerebro. Con

la psicomotricidad y ergoterapia se consigue mejorar las capacidades cognitivas y coordinativas.

En la segunda fase se agudiza el problema de la conducta, el lenguaje empeora y aparecen problemas con el sueño. En esta etapa se usan terapias activas y pasivas, siendo fundamental en esta fase la hidroterapia para conseguir el mayor movimiento y la mayor independencia del paciente. En los casos de pérdida de movilidad se incluye la terapia pasiva dependiendo de su tolerancia al dolor y sus limitaciones.

En la fase tercera, los pacientes pierden capacidades motóricas, cognitivas y el habla. Se vuelven más tranquilos y necesitan ayuda para comer y movilizarse. Empeoran teniendo convulsiones, insomnio, infecciones respiratorias, infecciones en la piel, malas posiciones, dolor al echar su propio peso, malas digestiones y el metabolismo se vuelve más lento.

2 Objetivos

- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Enseñar a los familiares los cambios de posición en estado avanzado y a sus actividades de la vida diarias.
- Conseguir ampliar o relentizar el desarrollo articular.
- Ayudar al paciente a respirar mejor con las movilizaciones del tórax.
- Combatir el estreñimiento a través del movimiento del cuerpo y del intestino.

3 Caso clínico

Varón de 23 años presenta limitación de movilidad en todas las articulaciones, teniendo pies equino-varo, estreñimiento, incapacidad al toser y expulsar flemas y espasticidad. A los 13 y 15 años le operaron de ambas caderas por displasia y a los 15 años dejó de caminar. El paciente no habla y desde hace 1 año tiene la sonda gástrica por la que se alimenta de batidos.

El tratamiento que tiene es de una sesión semanal en las que las sesiones se basan en movilización de articulaciones, movilización intestinal, masaje en cuello por tenerlo en inclinación izquierda de forma continua, terapia respiratoria para ayudar a expulsar flemas y para que tosa con movilizaciones costales, entre otras técnicas.

4 Discusión-Conclusión

Se concluye este capítulo destacando la importancia de las sesiones en paciente encamados para que obtengan actividad y movimiento en el cuerpo.

5 Bibliografía

- Guía práctica de fisioterapia. Dedicada a mejorar la calidad de vida de los pacientes con Mucopolisacaridosis y Síndromes Relacionados. MPS España.

Capítulo 506

LESIÓN DE RODILLA EN EL BALONCESTO FEMENINO.

SARA FREIJE ZAZO

MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ

SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ

SANDRA VILLA SÁNCHEZ

1 Introducción

Durante el desarrollo de este trabajo se intentará mostrar la importancia de una lesión de rodilla en una paciente joven deportista, debido a que las lesiones de rodilla en el baloncesto son el segundo grupo más frecuente después de las lesiones de tobillo. El fútbol, el béisbol, el baloncesto y esquí originan el 78% de las lesiones de ligamento cruzado anterior que casi nunca se trata de una lesión aislada- en esta población, una de las lesiones más graves de esta articulación, ya que implica, en la mayoría de los casos, pasar por una cirugía y una larga y dura rehabilitación. Esta afección en el baloncesto es hasta tres veces más frecuente en mujeres que en hombres. Por todo ello, la prevención y/o recuperación tras la lesión de rodilla en el baloncesto representa un atractivo reto para la fisioterapia.
Respecto a la lesión debemos conocer:
- Las causas.
- Los síntomas.

- El diagnóstico.
- El tratamiento.
- La recuperación.

2 Objetivos

- Revisar un caso clínico de lesión en la rodilla.

3 Caso clínico

Mujer de 17 años, sin antecedentes previos, jugadora de baloncesto amateur de la categoría junior que durante uno de los partidos de la competición en la liga regular el día 4 de marzo de 2018 se lesiona de forma compleja su rodilla derecha tras un gesto en el que apoya la parte interna de su puntera del pie en una salida (desde la posición estática) hacia adelante y hacia la izquierda. Tras ese gesto, la paciente refiere dolor e impotencia funcional e inmediatamente cae al suelo con pérdida de sensibilidad y de integración en su miembro inferior derecho. Acude al servicio de urgencias del hospital en silla de ruedas por su imposibilidad de apoyar el miembro. Tras la anamnesis, valoración articular, palpación y observación del médico correspondiente, le realizan una placa para descartar afectación ósea. La radiografía finalmente no muestra signos de pérdida de continuidad del tejido óseo. El diagnóstico médico final es un esguince grado ll del ligamento lateral interno de la rodilla derecha y deciden pautar reposo absoluto del miembro con la ayuda de una muleta para caminar, aplicación de hielo e ingesta de antiinflamatorios. Además deciden solicitar cita con traumatología para la semana próxima. El traumatólogo pauta una resonancia magnética (realizada 10 días después de la lesión) y en la que se observa:
- Rotura del cuerno posterior del menisco externo.
- Rotura completa del ligamento cruzado anterior.
- Rotura parcial del complejo estabilizador interno.
- Contusiones óseas en las mesetas tibiales y cóndilos femorales.
- Moderado derrame articular.

Se decide iniciar fisioterapia regenerante y analgésica (tras 2 semanas después de la lesión), mediante aplicación de electroterapia, inicio de movilizaciones articulares y comienzo de potenciación progresiva -en un inicio de forma isométrica-, además de terapia manual drenante y con el objetivo de disminuir las contracturas musculares post lesivas. Este tratamiento se realiza con el fin de preparar la

articulación para la operación y acortar tiempos de recuperación además de que el proceso de mejoría sea lo más completo y eficaz posible. Tras seis semanas de este tratamiento, se realiza la cirugía y tras tres semanas de reposo postquirúrgico se inicia el tratamiento de fisioterapia de nuevo, con una terapia regenerante y analgésica y movilizaciones de flexo extensión hasta conseguir el rango completo, potenciación y tratamiento propioceptivo, además de un trabajo de integración del miembro en el esquema corporal y por último, la readaptación de la rodilla de la paciente a los gestos concretos deportivos del baloncesto. Cabe destacar que en un primer momento el fisioterapeuta responsable de la rehabilitación realiza su propia evaluación con el fin de conocer el estado exacto de salud de la paciente.

Sabemos que tras un gesto de valgo forzado de rodilla y flexión con rotación externa de tibia la paciente sufre una lesión compleja de su rodilla derecha el día 4 de marzo de 2018 y la evolución fue favorable. Después de 8 meses de rehabilitación postquirúrgica, a nuestra paciente le dan finalmente el alta médica e inicia de nuevo su vida deportiva de manera completamente normal y con un tratamiento pautado con una continuidad de 3-4 veces a la semana de fuerza, propiocepción para mantener esa estabilidad articular ya recuperada y trabajo muscular de estiramiento, de ambas rodillas y de todo su complejo articular siempre en concordancia con el gesto deportivo que realiza.

4 Discusión-Conclusión

Sabemos que ser mujer y practicar baloncesto es un factor de riesgo directo en el sufrimiento de una lesión de este tipo. La rotura del ligamento cruzado anterior es considerada actualmente como una “epidemia” y un auténtico problema de salud nacional. Tras una buena cirugía y un tratamiento rehabilitador de fisioterapia adecuado la paciente se ha reincorporado a la práctica deportiva con total normalidad articular. Cabe destacar en este apartado que la prevención de estas lesiones es muy importante y es trabajo de los profesionales de la salud inculcar en la población que practica deporte en el que los mecanismos lesivos causantes de esta afectación están muy presentes. En la prevención están incluídos ejercicios de fuerza o potenciación, trabajo propioceptivo, y el estudio y corrección de la técnica deportiva adecuada, todo ello realizado semanalmente alternando estas sesiones de prevención entre las sesiones de entrenamiento deportivo puro. El objetivo de la prevención consiste en reducir la incidencia de esta lesión.

5 Bibliografía

1. Rotura de ligamento cruzado anterior. Clínica CEMTRO.
2. Lesiones en el baloncesto. Efdeportes.com.
3. Sánchez Jover, F. y Gómez Conesa, A. (2008). Epidemiología de las lesiones deportivas en baloncesto. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 8 (32) pp. 270-281.
4. Berdejo del Fresno, D.; Sánchez Pérez, S.; González Contreras, M. y Jiménez Díaz, F. (2007). Protocolo de recuperación funcional de una lesión ligamentosa de rodilla en baloncesto. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 7 (28) pp. 319-329.
5. Jorge Jaime Márquez Arabia, William Henry Márquez Arabia. Lesiones del ligamento cruzado anterior de la rodilla.
6. Paredes Hernández, V.; Martos Varela, S. y Romero Moraleda, B. (2011). Propuesta de readaptación para la rotura del ligamento cruzado anterior en fútbol. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 11 (43) pp. 573-591.

Capítulo 507

IMPORTANCIA DE UN CORRECTO DIAGNÓSTICO Y POSTERIOR REHABILITACIÓN EN PACIENTES EN EDAD INFANTIL CON ENFERMEDAD DE LEGG-CALVÉ-PERTHES. CASO CLÍNICO.

NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ

SARA FREIJE ZAZO

SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ

SANDRA VILLA SÁNCHEZ

MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

La enfermedad de Legg-Calve-Perthes consiste en una necrosis avascular de la cabeza femoral durante la época de crecimiento del hueso seguida de un proceso de reabsorción, reparación y remodelación del mismo, dejando como secuelas alteraciones de la longitud de la extremidad, subluxaciones o deformidades tanto de la cabeza femoral como del acetábulo.

Según su etiología afecta normalmente entre los 4 y 10 años de edad, sobre todo a varones (4:1).

Clínica:
• Síntomas de dolor, cojera y limitación de la movilidad articular.
• Dolor comienzo gradual, con rigidez matutina y empeoramiento al final del día, de semanas de evolución, que suele aliviarse con el reposo.
• Se localiza en la ingle, con extensión al muslo y a la cara interna de la rodilla.

Exploración:
A medida que progresa la enfermedad puede aparecer:
• Amiotrofia de cuádriceps con limitación de la abducción (puede aparecer también limitación tanto en la flexión como en la rotación interna).
• Asimetrías de pliegues.
• Dismetría de miembros inferiores.
• Marcha de Trendelemburg.

Diagnóstico.
Es fácil si se realiza una anamnesis, una exploración adecuada y una petición ordenada de las pruebas complementarias. Por orden cronológico se deben solicitar:
• Gammagrafía ósea
• Radiografía simple.
• Resonancia magnética.
• Tomografía computarizada

2 Objetivos

- Diagnosticar la enfermedad precozmente en edades tempranas para evitar graves secuelas en la edad adulta.
- Determinar un buen tratamiento conservador para una correcta evolución.

3 Caso clínico

Varón de 7 años. Estudiante de primaria.

El menor acude nuevamente a consulta tras ser intervenido quirúrgicamente de la cadera izquierda. El médico le deriva posteriormente a la unidad de fisioterapia para comenzar con el proceso rehabilitador.

Comenzó en Marzo del 2013 con dolor de cadera, claudicación de la marcha y pequeña cojera. En septiembre de 2013 la unidad de traumatología tras realizarle diversas pruebas diagnósticas confirma que el paciente sufre la enfermedad de Legg –Calve-Perthes e inicia tratamiento con ortesis de Tachdjian.

Meses después se comprueba empeoramiento radiológico y en Febrero de 2014 se le interviene quirúrgicamente mediante osteotomía varizante.

La exploración física engloba la observación, la inspección y palpación de la zona corporal afectada, evaluando la movilidad y estado neurológico y vascular (por las posibles complicaciones) de la misma.

Se sospecha de esta enfermedad ante un cuadro doloroso en la cadera, muslo o la rodilla, con limitación para la marcha en un niño entre 4 y 10 años.

Al examen físico se puede apreciar: limitación de la flexión de la cadera, pero en especial abducción y rotación interna de la misma. Se realizan maniobras para desencadenar el dolor ante una rotación o abducción extrema con el paciente en decúbito dorsal.

También se observará el signo de Trendelemburg en el periodo agudo.

Por otro lado habrá una alteración de la marcha, lo más característico será la cojera.

Se examina al niño pidiéndole que camine delante de nosotros a lo largo de un pasillo.

Comprobaremos la desigualdad del largo de los miembros, mediante dos técnicas. La primera se realiza con el paciente en posición erguida buscando si existe alguna desigualdad entre las crestas iliacas. La segunda sería con el paciente en decúbito supino, se mide y comprueba la distancia entre la espina iliaca anterosuperior y el maléolo interno tibial de cada uno de los miembros. Esta desigualdad es una de las causas de la claudicación de la marcha.

El menor de 7 años se presenta al médico con claudicación de la marcha, rigidez y acortamiento del miembro inferior, limitación de la movilidad articular (en particular flexión, rotación interna y abducción) y paresia/dolor en la abducción de la cadera. Por otro lado muestra un claro signo de Trendelemburg positivo.

Este al haber sido intervenido quirúrgicamente podremos observar los signos de esa intervención, como es la cicatriz. Aparte observaremos que hay una atrofia

muscular tanto en el glúteo como en el cuádriceps.

Como hemos podido comprobar el cuadro con el que venía inicialmente el paciente y las pruebas que se le han realizado concuerdan a la perfección con el diagnóstico que se le da a un enfermo de Legg-Calve-Perthes.

Se necesita abordar la patología desde las primeras señales clínicas para augurar un buen pronóstico.

Tras realizar las primeras pruebas diagnósticas, siendo la más importante la radiografía, y teniendo en cuenta el cuadro clínico que refiere el menor, se deberá completar el estudio con una exploración exhaustiva para llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial y poder aplicarle el tratamiento más efectivo.

Del mismo modo se abordará la patología considerando la edad del paciente combinando en que momento aparecieron los síntomas y la afectación de la cabeza femoral en ese momento.

El objetivo final es conseguir una cabeza femoral esférica y bien contenida. Mientras que los principios del tratamiento serán:
- Disminuir el dolor.
- Restaurar la movilidad articular.
- Conseguir una musculatura periarticular potente.
- Reeducar la marcha.
- Entrenar equilibrio.
- Mejorar condición física.

4 Discusión-Conclusión

Si no hay una buena actuación inicial por parte de médicos de atención temprana (diagnóstico diferencial) y un buen tratamiento a posteriori (cirugía - rehabilitación) se les puede dejar severas secuelas en la edad adulta, principalmente artrosis de cadera, puesto que la capacidad de remodelación de la cabeza femoral con el acetábulo finaliza alrededor de los 8 años de edad y a partir de esta edad apenas queda poder de adaptación. Hay estudios que muestran que tras los 8 años el tratamiento quirúrgico no es tan efectivo como el conservador, debido a que ya no es posible prevenir la deformidad de la articulación.

5 Bibliografía

1. Fitzgerald R, Kaufer H, Malkani A. Ortopedia. 2ª ed. Panamericana: 2004.
2. Esteban Rodríguez MJ, Ruiz Rus MP, Sánchez Moreno AB. Importancia de la fisioterapia en la enfermedad de Legg-Calve-Perthes. Madrid: Bubok, 2012.
3. Frias Austria R. Enfermedad de Legg- Calve- Perthes. Acta ortopédica Mexicana. 2009; 23(3): 172-181.
4. Brech Gc, Guarnieiro R. Evaluación De Fisioterapia En La Enfermedad De Legg-Calve-Perthes. Scielo. 2006 Jul; 61(6).
5. I.X. Vargas-Carvajala, Ó.F. Martínez-Ballesteros. Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes. Revisión actualizada.(2012) Medicina de familia, Semergen. Vol 38 (3). p 167-174.

Capítulo 508

FISIOTERAPIA EN PLAGIOCEFALIA

INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ

MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO

MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN

1 Introducción

La incidencia de la Plagiocefalia Posicional se ha incrementado considerablemente desde hace unos 20 años, después de las nuevas recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría en 1992, donde se prohíbe la posición en decúbito prono de los bebés durante el sueño para evitar el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL).

Tiene una prevalencia de entre 6,1 a 13% en recién nacidos, y de 2,4 a 30% en los dos primeros años de vida. El pico de la prevalencia se encuentra entre los 2 y 3 meses edad, y se cree que la mayoría de los casos se presentan durante los primeros 2 meses de vida postnatal.

2 Objetivos

- Mejorar la inclinación derecha del tronco.
- Mejorar la asimetría facial.
- Conseguir el volteo hacia el lado izquierdo.

3 Caso clínico

Lactante de 9 semanas de vida derivado por su pediatra por presentar plagiofecalia posicionalmente occipital derecha con aplanamiento front-parietal izquierdo, no asociado a tortícolis muscular congénita. El parto fue natural, no instrumentalizado. Parto a término.

En la exploración utilizamos un craneómetro de infocefalia obteniendo un resultado de 106 grados, lo que nos indica el índice del diámetro oblicuo. Estamos ante una deformación leve(104-106).

El índe de plagiocefalia es de 9 mm, lo que nos indica una deformidad leve.

En la exploración dinámica nos encontramos con una ligera inclinación del tronco hacia la derecha. Un solapamiento de la sutura coronal, asimetría en ojos y orejas (el ojo izquierdo más cerrado y la oreja derecha ligeramente adelantada respecto a la izquierda).

En cuanto al volteo, está conseguido hacia el lado derecho pero no hacia el lado izquierdo.
Rotación cervical derecha conseguida, hacia el lado izquierdo ante estímulos visuales , no consigue todo el rango articular de forma activa.

Test pull to sit: hiperextensión cervical y ligera inclinación hacia la derecha.

Tratamiento de Fisioterapia: osteopatía craneal, donde se ha trabajado los solapamientos de las suturas afectadas y huesos en disfunción (escama y cóndilos occipitales, parietales, esfenoides, frontal y temporal).

Durante todo el periodo de tratamiento se han dado pautas y ejercicios a los padres para realizarlos en el domicilio diariamente 3 veces durante unos 5 minutos . Estos ejercicios se basan en:

Ejercicios visuales para favorecer la rotación cervical izquierda.

Pautas en las comidas para favorecer la rotación cervical izquierda.

Estímulos visuales del lado derecho, para favorecer la rotación izquierda.

Cambios posturales del lactante, dónde han de evitar posiciones mantenidas en decúbito supino e incidir en posiciones de decúbito prono en periodos de vigilia.

A las cinco sesiones de fisioterapia nos encontramos una evolución favorable.

Nos encontramos con una mayor simetría entre ambos ojos. La rotación cervical hacia el lado izquierdo, la realiza de forma activa en casi todo el recorrido articular.

El aplanamiento cervical, no se encuentran cambios significativos.

4 Discusión-Conclusión

El tratamiento de fisioterapia es necesario en este tipo de patología, sin embargo el número de sesiones realizadas por el momento no nos permite demostrar que sea eficaz en el tratamiento de la plagiocefalia posicional.

Debemos continuar con las sesiones de fisioterapia y al finalizar las mismas, valorar si requiere tratamiento ortopédico mediante casco.

5 Bibliografía

- Paquereau J. Non-surgical management of posterior positional plagiocephaly: Orthotics versus repositioning. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, France 2013; (56): 231–249.
- Binkiewicz-Glinska A., Mianowska A., Sokolów M., Renska A., Ruckeman-Dziurdzinska K., Bakula S., et Al. Early diagnosis and treatment of children with skull deformations. Developmental Period Medicine, Poland, 2016; 20(4).
- Linz C., Kunz F., Böhm H., Schweitzer T. Positional Skull Deformities: etiology, prevention, diagnosis and tretament. Deutsches Ärzteblatt International. Wolzburg, 2017; 114: 535–42.
- Bair L., Kilmo P., Flannery A.M., Bauer D., Beier A., Durham S., et Al. Congress of Neurological Surgeons systematic review and evidence-based guideline for the management of patients with Positional Plagiocephaly: the role of physical therapy. Neurosurgery, Nov 2016; 79(5).
- Cabrera-Martos I., Valenza M., Benítez-Feliponi A., Robles-Vizcaíno C., Ruiz A., Valenza- Demet G. Clinical profile and evolution of infants with deformational plagiocephaly included in a conservative treatment program. Childs Nerv Syst, 2013; 29:1893–1898.
- Wilbrand J.F., Seidl M., Wilbrand M., Streckbein P., Bötger S., Pons-Kuehnemann J., et Al. A prospective randomized trial on preventive methods for positional head deformity: physiotherapy versus a positioning pillow. The Journal of Pediatrics, 2013; 162(6).

- Lam S., Wen I., Strickland B., Hadley C., Daniels B., Brookshier J., et Al. Factors influencing outcomes of the treatment of positional plagiocephaly in infants: a 7-year experience. Journ of Neurosurg Pediatric Jan 2017.15.
- Asociación Española de Pediatría. Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Disponible en:http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_138
2444179.pdf.
- Asociación Española de Fisioterapeutas. Disponible en: http://www.aefi.net/LaAEF.aspx
- Manterola C., Astudillo P., Arias E., Claros N. Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. Cir Esp 2013;91:149-55.
- Mamédio da Costa Santos C, Andrucioli de Mattos Pimenta C, Roberto Cuce Nobre M. Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias;15(3). Available from: www.eerp.usp.br/rlae.

Capítulo 509

FISIOTERAPIA EN LA FASCITIS PLANTAR

MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN

MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO

INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La fascia plantar es una aponeurosis fibrosa que proporciona un apoyo fundamental en el arco longitudinal del pie. La fascitis plantar es una de las principales causas de dolor en el retropié (talón). Consiste en una inflamación de la fascia plantar o bien de una degeneración progresiva de la fascia debido a microtraumatismos repetidos. Se estima que un 10% de la población sufrirá esta patología a lo largo de su vida.

Entre las principales causas que producen fascitis plantar destacamos: Obesidad, causas traumáticas, espolón calcáneo, debilidad de la musculatura intrínseca del pie o del tríceps sural, personas que permanecen de pie muchas horas, corredores, calzado inadecuado, alteraciones anatómicas del pie (dismetrías, pie cavo, plano…).

2 Objetivos

- Disminución del dolor plantar.

- Mejorar la fuerza en la musculatura intrínseca del pie y de gemelos y sóleo y en general de todo el miembro inferior.
- Mejorar estabilidad del pie afecto.
- Mejorar flexibilidad de la fascia plantar y tríceps sural.

3 Caso clínico

Hombre de 42 años que acude a consulta de fisioterapia de atención primaria con dolor en el talón. Dolor de 2 meses de evolución que no ha mejorado con la medicación (AINES). Varón con sobrepeso. Refiere que el dolor es mayor al levantarse por la mañana, que mejora a lo largo de la jornada aunque el dolor no llega a desaparecer. Al finalizar la jornada laboral el dolor vuelve a aumentar. Refiere tener un 7 sobre 10 en la escala EVA de medición del dolor. A la exploración observamos un pie plano, dolor intenso a la palpación de la zona antero-interna del calcáneo.

Se descarta la presencia de espolón calcáneo mediante radiografía.

Se realizan 12 sesiones de fisioterapia, 3 días por semana durante 4 semanas. El tratamiento recibido consiste en onda corta, tens, masaje de la fascia plantar, programa de ejercicios.

Onda corta: produce una mejora de la circulación de la zona, mejorando a su vez la capacidad de regeneración de los tejidos.

Tens: analgesia producida por la estimulación transcutánea.

Masaje: por sus efectos relajantes y descontracturantes, mejorando la flexibilidad de la fascia plantar.

Programa de ejercicios: una vez que el dolor ha comenzado a disminuir enseñamos una tabla de ejercicios que consiste en ejercicios para estirar la fascia plantar, estiramentos de tríceps sural, ejercicios propioceptivos, ejercicios de tonificación de la musculatura intrínseca del pie y de manera global para el miembro inferior. Estos ejercicios los realiza también en domicilio los días que no viene a tratamiento.

4 Discusión-Conclusión

Finalizado el tratamiento de fisioterapia el dolor ha disminuido. Refiere tener un 3 sobre 10 en la escala EVA de medición del dolor. Debido a que el dolor no ha desaparecido y debido a que el paciente tiene un pie plano es derivado a consulta de podología para estudio biomecánico de la marcha y la confección de unas plantillas adecuadas a su anatomía.

El tratamiento de fisioterapia en la fascitis plantar es necesario para disminuir el dolor y la inflamación. Sin embargo, debido a las alteraciones anatómicas del pie es necesario realizar un buen diagnóstico diferencial y estudio biomecánico de la marcha para conseguir resultados más ópticos. En el caso clínico propuesto sería necesario valorar a largo plazo si con el uso de la plantilla el dolor ha remitido o si por el contrario persiste.

5 Bibliografía

- Ana María Díaz López y Patricia Guzmán Carrasco. EFECTIVIDAD DE DISTINTAS TERAPIAS FISICAS EN ELTRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA FASCITIS PLANTAR. REVISION SISTEMATICA. Rev Esp Salud Pública 2014; 88:157-178.
- Ana Lafuente Guijosa, Isabel O'Mullony Muñoz, Maruxa Escribá de la Fuente y Paula Cura- Ituarte. FASCITIS PLANTAR. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO BASADO EN LA EVIDENCIA. Reumatol Clin. 2007;3(4):159-65
- Schwartz, EN y Su, J. (2014). Fascitis plantar: una revisión concisa. The Permanente journal , 18 (1), e105 – e107. doi: 10.7812 / TPP / 13-113
- Rodríguez Veragua M, Gómez Bernal A, Pérez Morcillo A, Alfaro Santafé JJ. Características ecográficas para el diagnóstico de la fascitis plantar: una revisión sistemática. Podología Clínica. 2018; 19(2): 64-74.
- Gill LH: Plantar fasciitis: Diagnosis and conservative treatment. J Am Acad Orthop Surg 1997;5:109-117.
- YVES XHARDEZ. Vademecum de fisioterapia y reeducación funcional. 4ª edición. Buenos aires. Editorial el ateneo, 2002

Capítulo 510

PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y EJERCICIO FÍSICO TERAPÉUTICO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PARKINSON.

CAROLINA PÉREZ PÉREZ

ALDARA LEAL ALONSO

MARIA PARRA GARCIA

1 Introducción

El síndrome (conjunto de signos y síntomas que pueden estar ocasionados por varias enfermedades) del Parkinson (1-2) se conoce como una entidad clínica caracterizado por 4 signos entre los que encontraremos:
- Temblor en reposo. Lentos y rítmicos
- Rigidez (aumento del tono muscular)
- Acinesia (bradicinesia) Lentitud en movimientos voluntarios y automáticos. Falta de expresión en la cara. Escritura lenta y pequeña.

Torpeza manipulativa.
- Alteraciones posturales. Las alteraciones posturales van apareciendo posteriormente con el avance de la enfermedad.
- Anomalías posturales: inclinación del tronco y cabeza hacia adelante. Rodillas y codos como encogidos.

- Anomalías al andar: marcha lenta arrastrando pies. Festinaciones (pasos rápidos y cortos) dificultad para pararse.

Disminución del braceo.
- Trastornos equilibrio
- Trastornos del sueño
- Aumento de la cantidad de saliva.

Generalmente es identificado con la enfermedad de Parkinson, ya que es la principal causante del síndrome. Es la segunda enfermedad neurodegenerativa en frecuencia. En España hay alrededor de 120.000 personas que la padecen. Hay un discreto predominio en varones. Su prevalencia es de 150-200 casos por cada 10000 habitantes y aumenta de forma exponencial entre los 65-90 años. Un 10% de los pacientes inician sus síntomas de manera prematura (antes de los 40 años) 3.

La Enfermedad de Parkinson (EP) se define como un desorden neurodegenerativo (4-5), que surge como resultado de la pérdida de células dopaminérgicas en la sustancia pars nigra compacta (5), cuyo neurotransmisor primario es la dopamina. Es una enfermedad que afecta al sistema nervioso central en el área de coordinar la actividad, el tono muscular y los movimientos. El doctor inglés James Parkinson describió la enfermedad de Parkinson en 1817. La llamó "parálisis agitante" donde se ponían de manifiesto los dos componentes de la enfermedad: la rigidez (parálisis) y el temblor (agitación) 6.

La pérdida neuronal se localiza en la zona de unión entre el cerebro y la médula espinal, el tronco del encéfalo, particularmente en aquellas neuronas que se haya en la sustancia negra y más concretamente en la porción del núcleo llamado pars compacta. Algunas de las neuronas de este núcleo se encargan de producir un pigmento que se llama melanina y que le confiere el color oscuro. La dopamina es la encargada de transmitir información desde la sustancia negra a zonas del cerebro que forman un circuito de conexiones entre sí. Como consecuencia de la degeneración de dicha sustancia negra, disminuyen los niveles de dopamina y de ahí aparecen los trastornos tan característicos de esta enfermedad 7, ya citados anteriormente.

El 70% de los parkinsonianos se caen al menos una vez al año y si se compara con el resto de la población general, el riesgo de caídas se encuentra aumentado el doble 8. Las caídas son acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo a tierra u otra superficie firme que lo detenga. Son la

segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales 9.

Las consecuencias en las caídas en la enfermedad de Parkinson son varias:
- Sufrir traumatismos graves y/o fracturas, especialmente cadera.
- Restricción de la movilidad, con el consecuente aislamiento social y el empeoramiento de la rigidez y el equilibrio, empeorando la calidad de vida del paciente.
- Gran impacto económico al aumentar las consultas en urgencias.
- Institucionalización de los pacientes, un tercio de las personas que sufren caídas son ingresadas en residencias 10-11

Los trastornos de la marcha suponen uno de los principales desafíos terapéuticos en la enfermedad de Parkinson 12, pues implican un riesgo de caídas, discapacidad y declive físico 13. Los avances en el tratamiento de las alteraciones de la marcha, especialmente a través de la farmacoterapia, han mejorado, mientras que las técnicas quirúrgicas es otra opción terapéutica indicada, pero no solucionan de manera definitiva los problemas de la marcha y del equilibrio 14, 15.

2 Objetivos

- Conocer las distintas terapias dentro de la fisioterapia para mejorar marcha, equilibrio y las alteraciones posturales que ayuden al enfermo de Parkinson en su calidad de vida y se reduzca el riesgo de caídas, todo esto complementado con el tratamiento farmacológico tradicional.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en artículos científicos seleccionados en distintas bases de datos como Pubmed, PeDRO, medline y google académico. Se ha hecho la búsqueda con las palabras claves “síndrome de Parkinson”, “enfermedad de Parkinson”, “fisioterapia acuática”, “caídas”, “fisioterapia en el Parkinson”.

Se ha utilizado el filtro por fecha de publicación 5 años atrás. Se han descartado aquellos artículos que no contenían la información deseada. Al final de la búsqueda nos hemos centrado en 5 estudios que se ajustaban a los contenidos que estábamos buscando, en relación con la prevención de las caídas en personas con Parkinson.

4 Resultados

Actualmente el tratamiento médico que se utiliza para la enfermedad de Parkinson es farmacológico. Este tratamiento alivia los síntomas de la enfermedad, pero no son curativos ni evitan su progresión. El tratamiento de referencia es la Levodopa. Ésta se introdujo a finales de los años 60, hasta hoy día, que sigue siendo el medicamento más efectivo para mejorar los síntomas de la enfermedad. Esta sustancia sustituye a la dopamina que produce el propio organismo (de la que es deficitario el paciente parkinsoniano) y que se administra siempre junto a otro fármaco, como la Benseracida o la Carbidopa, para aumentar su actividad y reducir sus efectos secundarios. Su efectividad se reduce con el paso de los años, siendo los periodos off de la enfermedad más largos.

Las caídas suponen una de las principales causas de morbimortalidad en los pacientes con enfermedad de Parkinson. Y sin embargo, apenas existen estudios sobre su incidencia y sus factores predictorios.
En el estudio, Cano de la Cuerda y demás (2017) todos los pacientes de la muestra se habían caído en el último año y un 56% de las caídas se produjeron en las fases del día de mejor movilidad. Hubo una correlación significativa entre el número de caídas y las puntuaciones de Hoehn y Yard y Up and Go. Son mayores las caídas en pacientes con pérdida de reflejos posturales, necesidades para ayuda para la marcha, fenómenos de bloqueo y festinación.

El ejercicio se ha recomendado para los pacientes con enfermedad de Parkinson, independientemente de su estado de salud o el curso de su enfermedad16. Varios tipos de actividad física han sido probados, y los resultados han demostrado los beneficios del ejercicio en relación con la no intervención con deporte17. Algunos investigadores han sugerido que los efectos neuroprotectores del ejercicio podrían contribuir a una disminución en el riesgo de desarrollar EP, o podrían ralentizar la progresión de la neurodegeneración18, 19. A pesar de la creciente atención que se ha dado al ejercicio como terapia para la EP, solo unas pocas directrices prácticas se han desarrollado para la aplicación en clínica20. Están siendo recomendados varios tipos de ejercicios, incluyendo el Tai Chi, Yoga y Pilates, entre otros16, 21.

La hidroterapia se aplica como terapia complementaria en el tratamiento de múltiples patologías. Se ha confirmado la efectividad de distintos programas de rehabilitación de la marcha en la enfermedad de Parkinson. Uno de las terapias posibles es el Ai Chi, siendo creado por Jun Konno en Japón en 1996, nace como

una combinación de conceptos de Tai-Chi y Qi Qong. Para desarrollar esta técnica, el fisioterapeuta enseña verbal y visualmente una serie de movimientos de miembros superiores, inferiores y tronco con ritmo lento y coordinado con la persona en bipedestación dentro de la piscina22, 23

Según S. Pérez de la Cruz y otros (2015) tras haber realizado un estudio en 15 pacientes diagnosticados de Parkinson con un rango 1-3 en la escala de Hoehn y Yahr, con un duración de 10 semanas de duración con sesiones de 2 veces por semana en un programa de Ai Chi acuático. Se han empleado escalas Eva para el dolor, Tinetti de equilibrio y marcha y el test Get up and Go. Los resultados se obtuvieron antes de la terapia, después y el mes de la terapia. Los resultados mostraron una mejoría significativa en cuanto a la disminución del dolor, equilibrio y funcionalidad en la marcha. Por lo tanto, parece ser un tratamiento factible para mejorar su capacidad funcional y así disminuir el riesgo de caídas.

Bañuls (2017) se ha basado en un programa de tratamiento fisioterapéutico combinando diferentes técnicas en un paciente con enfermedad de Parkinson, durante 5 meses 3 veces por semana. La terapia consiste en concepto Bobath, terapia manual, ejercicios de acondicionamiento físico, terapia acuática y ejercicios domiciliarios. Se ha hecho una valoración previa mediante escalas validadas. Se ha empleado la escala del índice de Barthel, Tinetti y Berg. También se han hecho test para evaluar el estado físico del paciente:

Functional Reach test, test de fuerza 30´´, Timed up and go y el test de Romberg. Una vez realizada la evaluación de los resultados, se comprueba que el paciente ha experimentado una mejoría relevante en cuanto a las actividades de la vida diaria, en cuanto a su dependencia. Se puede apreciar en los test de marcha una mejoría significativa en cuanto a la forma en la que se consigue la marcha, la postura, longitud de pasos y la fluidez.

D. Bresson y otros (2017) encontraron que el Tai Chi como ejercicio ayuda a reducir el número de caídas debido a que mejora la fuerza en las piernas, el equilibrio, la coordinación, el control postural, la elasticidad, la movilidad y reduce el miedo a caerse. Li et al demuestran que con 6 meses de práctica de Tai Chi se reduce hasta en un 55% el riesgo de caídas24
Existen varias organizaciones de salud pública que han reconocido que los programas de Tai Chi son un enfoque eficaz en la prevención de caídas. Incluso dentro de la OMS recomiendan programas en grupo que vinculen los ejercicios basados en el Tai Chi con un componente educativo

5 Discusión-Conclusión

Con la progresión de la enfermedad, los pacientes pierden estabilidad postural y tienen disfunción de la marcha, dificultad para manejar las actividades de la vida diaria y caídas frecuentes. Aunque algunas disfunciones motrices, como el temblor, pueden aliviarse con la terapia con fármacos, características tales como la inestabilidad postural son menos sensibles a la medicación y requieren enfoques alternativos. A estos pacientes que presentan estas alteraciones debería pautarse un tratamiento rehabilitador destinado a la prevención de caídas.

La fisioterapia es quizás el procedimiento más comúnmente usado como un complemento a la terapia de fármacos para tratar los trastornos del movimiento de la enfermedad de Parkinson, ya que hay síntomas de la enfermedad que no mejoran con el tratamiento farmacológico habitual. Estos síntomas son la inestabilidad postural, la pérdida de equilibrio, la disminución de la velocidad de los movimientos posturales y la pérdida de respuestas posturales automáticas.

El ejercicio ofrece beneficios físicos para las personas con enfermedad de Parkinson, incluyendo la mejora del equilibrio, de la fuerza de las extremidades inferiores y reducción de la tasa de caídas. Estas mejoras producen un aumento de la calidad de vida. Además, el ejercicio que se puede hacer en grupo, ofrece soporte social que ayuda a mantenerse motivado. La fisioterapia ha demostrado ser eficaz en la mejora del equilibrio, retrasa la deterioración de las funciones motoras, alarga la independencia funcional y mejora las capacidades cognitivas.

El ejercicio presenta un rol muy importante en mantener a la persona con enfermedad de Parkinson sana y así capaz de intervenir en actividades cotidianas de la vida diaria. Reducir el riesgo de caídas es un componente importante en el paciente con Parkinson. Esto se conseguiría ejercitándose en las distintas terapias que aportan beneficios. También es muy importante tener un hogar seguro, libre de obstáculos.

En estos estudios que hemos revisado se pueden ver los diferentes beneficios que aportan a los pacientes. Lo mejor sería una terapia combinada en la que se pudiera trabajar tanto ejercicios aeróbicos como anaeróbicos, que haya un control y disminución del dolor que puede llegar a ser muy incapacitante y buscar una corrección postural lo más normalizada posible. Todo ello, dentro de las posibilidades propias de cada paciente según su situación personal y estadío de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Stoke M, Stack E. Fisioterapia en rehabilitación neurológica. Elsevier 2013.
2. Abizanda Soler P, Rodriguez Mañas L. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria.
3. L.M. De Lau, M.M. Breteler. Epidemiology of Parkinson's disease. Lancet Neurol., 5 (2006), pp. 525-535 http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70471-9.
4. Di Caudo C, Luquin MR. Enfermedad de Parkinson. Medicine. 2010; 10(73): 4944-51.
5. Elizondo Cárdenas G, Déctor Carrillo MA, Martínez Rodríguez HR, Martínez de Villarreal L, Esmer Sánchez MC. Genética y la enfermedad de Parkinson: Revisión de actualidades. Medicina universitaria. 2011; 13(51):96-100.
6. Asociación Párkinson Madrid (internet) Parkinsonmadrid.org 2017.
7. www.fedesparkinson.org
8. Uribe Roca MC. Enfermedad de Parkinson en el anciano. En: Micheli F. Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados. 2ª ed. Buenos Aires. Editorial médica panamericana; 2006, p. 197-218.
9. Caídas [internet]. Organización mundial de la salud; 2012. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/
10. Uribe Roca MC. Enfermedad de Parkinson en el anciano. En: Micheli F. Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados. 2ª ed. Buenos Aires. Editorial médica panamericana; 2006, p. 197-218.
11. Georgy E. Freezing of gait in parkinson's disease: impact on falls risk, walking aids utilization, and assistance-seeking behaviour. EUJAPA. 2010; 3(1): 49-59.
12. C. Moreau, S. Cantiniaux, A. Delval, L. Defebvre, J.P. Azulay. Gait disorders in Parkinson's disease: And pathophysiological approaches.
Rev Neurol., 166 (2010), pp. 158-167 http://dx.doi.org/10.1016/j.neurol.2009.05.010 | Medline.
13. L.M. Shulman, A.L. Gruber-Baldini, K.E. Anderson, C.G. Vaughan, S.G. Reich, P.S. Fishman, et al. The evolution of disability in Parkinson disease. Mov Disord, 23 (2008), pp. 790-796 http://dx.doi.org/10.1002/mds.21879 | Medline.
14. D.E. Shan, S.J. Lee, L.Y. Chao, S.I. Yeh. Gait analysis in advanced Parkinson's disease–effect of levodopa and tolcapone.
Can J Neurol Sci, 28 (2001), pp. 70-75.
15. H. Santos, M.J. García-Antelo, Y. Ivánovic-Barbeito, J.J. Díaz-Silva, M.J. Sobrido. Tratamiento de los trastornos de la marcha en la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol., 54 (2012), pp. 61-68.

16. C.W. Olanow, R.L. Watts, W.C. Koller. An algorithm (decision tree) for the management of Parkinson's disease (2001): Treatment guidelines. Neurology, 56 (2001), pp. 1-88.
17. G. Ransmayr. Physical, occupational, speech and swallowing therapies and physical exercise in Parkinson's disease. J Neural Transm., 118 (2011), pp. 773-781 http://dx.doi.org/10.1007/s00702-011-0622-9
| Medline.
18. J.E. Ahlskog. Does vigorous exercise have a neuroprotective effect in Parkinson disease. Neurology., 77 (2011), pp. 288-294 http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e318225ab66
| Medline.
19. M.A. Hirsch, B.G. Farley. Exercise and neuroplasticity in persons living with Parkinson's disease. Eur J Phys Rehabil Med., 45 (2009), pp. 215-229.
20. S.H. Keus, B.R. Bloem, E.J. Hendriks, A.B. Bredero-Cohen, M. Munneke, Practice Recommendations Development Group. Evidence-based analysis of physical therapy in Parkinson's disease with recommendations for practice and research. Mov Disord., 22 (2007), pp. 451-460 http://dx.doi.org/10.1002/mds.21244
| Medline.
21. L.A. King, F.B. Horak. Delaying mobility disability in people with Parkinson disease using a sensorimotor agility exercise program. Phys Ther., 89 (2009), pp. 384-393 http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20080214.
22. M. Pazos, A. González. Técnicas de hidroterapia. Hidrocinesiterapia. Fisioterapia, 24 (2002), pp. 34-42.
23. D. Unalan, F. Soyuer, A. Ozturk, S. Mistik. Comparison of SF-36 and WHOQOL-100 in patients with stroke. Neurol India., 56 (2008), pp. 426-432.
24. Jiménez-Martín PJ, Hernández-Neira JL. Biomechanical considerations of footground contact in T'ai Chi Chuan. J Altern Complement Med. 2014 Oct;20(10):743-9.

Capítulo 511

LA FISIOTERAPIA, PARTE DEL TRATAMIENTO MULTIDIMENSIONAL EN LAS DIFERENTES FASES DEL ALZHEIMER.

ALDARA LEAL ALONSO

MARIA PARRA GARCIA

CAROLINA PÉREZ PÉREZ

1 Introducción

A medida que la esperanza de vida aumenta, también aumentan las probabilidades de desarrollar demencia. Es por ello que hoy en día la demencia es unos de los temas críticos en la sociedad actual. Entre las demencias, la enfermedad de Alzheimer es la más prevalente y el aumento de número de afectados ha hecho que se desarrollen e implementen intervenciones no farmacológicas basadas en la evidencia con el objetivo de detener o ralentizar el progreso de la enfermedad o incluso mejorar el funcionamiento cognitivo del paciente.

2 Objetivos

- Demostrar la perspectiva global de la fisioterapia, como parte integrante de las estrategias de manejo e intervención en las diferentes alteraciones cognitivas o no, de personas con enfermedad de Alzheimer.

3 Metodología

Se han analizado artículos en base a las enfermedades neurológicas. Tras revisar estudios relacionadas con el Alzheimer se ha planteado la búsqueda de diferentes tratamientos tanto convencionales, como aquellos de los que únicamente existe evidencia clínica, para afrontar los principales problemas que ocasionan. Así como ideas para su aplicación en la práctica clínica.

4 Resultados

Fisioterapia en las enfermedades neurológicas en el anciano
El envejecimiento ha producido un incremento de enfermedades neurológicas: polineuropatías, neuropatías periféricas, degeneración cerebelosa, Parkinson, Alzheimer, deterioro cognitivo leve, accidentes cerebrovasculares, etc.…
Todas estas enfermedades dan lugar a una pérdida de independencia y de calidad de vida del anciano. Con el tratamiento fisioterápico se pretende evitar el deterioro funcional e incluso conseguir una mejoría del estado actual del paciente.
Los síntomas de las enfermedades neurológicas deben recibir un tratamiento combinado. En algunos casos estos tratamientos no tienen evidencia científica pero sí clínica. Teniendo en cuenta la gran variabilidad sintomatológica, se pueden abordar por separado las afecciones motoras, sensitivas y cognitivas.

Diferencias entre deterioro cognitivo leve y alzheimer
Deterioro cognitivo leve
Enfermedad cuyo inicio se presenta como alteración de la memoria y cambios leves en el comportamiento. Posteriormente aparecen cambios derivados de trastornos de personalidad subyacentes. Finalmente puede manifestarse como defecto de codificación, almacenamiento y recuperación de la información, alteración visual, razonamiento abstracto, la fluencia verbal y la denominación. Una de cada tres personas mayores de 80 años presenta DCL.

Alzheimer
Enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Es la forma más común de demencia. Aparece con más frecuencia en las personas mayores de 65 años y su causa es desconocida. Esta enfermedad cursa con síntomas cognitivos, tales como la pérdida de memoria e iniciativa y la dificultad en la planificación de tareas y del aprendizaje.

Los síntomas de la enfermedad de alzehimer podemos clasificarlos en:
Pérdida de memoria, afectación del lenguaje, trastornos intelectivos, trastornos visoespaciales, trastornos práxicos y constructivos, alteraciones gnósicas, trastornos no cognitivos, otros trastornos del comportamiento, cambios físicos.
- Según la fase en que se encuentre el paciente, habrá que intervenir a distintos niveles:
Fase precoz: Actividad física general, técnicas de terapia ocupacional, estímulo del lenguaje, actividades socioculturales.
Fase intermedia: cinesiterapia, terapia ocupacional, tratamiento de las alteraciones del lenguaje.
Fase terminal: mantener la mayor actividad física posible, lograr la estimulación psíquica (Atención, lenguaje, entretenimiento)

- Otra clasificación de cinco fases del Alzheimer que se va abriendo paso, serían:
1. Fase preclínica de la enfermedad de Alzheimer. En la fase preclínica aún no hay síntomas de la enfermedad. La persona lleva una vida normal, en la que seguramente no imagina que en su cerebro se están produciendo cambios que en muchos años harán que no recuerde el nombre de quienes la rodean.
2. Fase de deterioro cognitivo leve (DCL) debido a la enfermedad de Alzheimer. Esta es una de las Alzheimer fases en que ya se notan síntomas, los iniciales, solo que estos son tan leves que generalmente son interpretados como parte del envejecimiento. Los cambios que se van notando no afectan el normal desarrollo de la persona en la vida diaria.
3. Demencia leve debido a la enfermedad de Alzheimer. Ya aquí el alzhéimer ha provocado tanto daño en el cerebro que la persona tiene demencia en su fase leve. Es la fase del Alzheimer en que más habitualmente se diagnostica la enfermedad. Los familiares empiezan a notar que algo no va bien.
4. Demencia moderada debido a la enfermedad de Alzheimer. Los déficits de las anteriores Alzheimer fases se van intensificando en esta etapa. La persona comienza a depender de los demás para el desarrollo de algunas actividades básicas de la vida diaria.
5. Demencia severa debido a la enfermedad de Alzheimer. En esta fase el deterioro cognitivo es profundo y físicamente se producen grandes pérdidas.

Áreas de intervención:
Área físico-funcional. Mantener y/o mejorar la independencia y funcionalidad durante la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D).
• Terapia antiálgica: termoterapia, electroterapia, masaje, terapias manuales,

movilizaciones, etc.
• Reeducación de la marcha.
• Cinesiterapia y gerontogimnasia.
• Psicomotricidad.
• Entrenamiento de las AVD.
• Prácticas de hábitos saludables.
• Prevención de caídas y accidentes.

Área perceptivo-sensorial. Estimular de manera regulada, sistemática y secuencial el área sensorial del individuo como medio para potenciar las capacidades físicas, psicomotoras y cognitivas del mismo.
• Reeducación del equilibrio, coordinación.
• Auto-concienciación de las capacidades individuales y cómo utilizarlas.
• Estimular los distintos sistemas: visual, auditivo, táctil y la propiocepción

Área cognitivo-psicológica. Conseguir que las funciones superiores de la persona mayor sean útiles buscando su carácter práctico y funcional.
• Mejorar y mantener funciones superiores como: o Atención-concentración. o Razonamiento. o Orientación temporo-espacial. o Memoria. o Coordinación.
• Conseguir que las funciones superiores entrenadas y mejoradas sean aplicadas de forma práctica para optimizar el estado funcional.
• Dar apoyo psicológico para que el usuario presente una actitud positiva frente a la dependencia.

Área social. Potenciar o estimular la socialización del mayor para aumentar su integración, normalización y autoestima.
• Potenciar las habilidades sociales del mayor.
• Aumentar la socialización del usuario y su relación con el entorno.
• Prevenir el aislamiento.

Salud integral. Controlar en la medida de lo posible las patologías del mayor para evitar que influyan negativamente en su nivel de autonomía.
• Mantener contacto con el médico de familia y especialistas. Bien directamente o a través de los informes médicos que la familia aporte.
• Controlar factores de riesgo en los que se pueda intervenir en cada caso.
•Realizar actividades de educación para la salud: charlas y folletos informativos sobre diferentes patologías, prevención y actitud frente a ellas, tanto para los propios pacientes en sus fases iniciales, como para los cuidadores y/o familiares.

Relación entre plasticidad y ejecución cognitiva: el potencial de aprendizaje en ancianos con deterioro cognitivo.

El rendimiento de las personas en muchas de las áreas de su vida es inferior a su nivel de competencia y existe, por tanto, una capacidad cognitiva de reserva, plasticidad neuronal o potencial de aprendizaje que puede activarse mediante el aprendizaje, el ejercicio o el entrenamiento.

La vejez es una fase amplia de la vida caracterizada por importantes diferencias inter individuales y con trayectorias vitales diversas que implican en algunos casos altos niveles de funcionamiento cognitivo y físico (envejecimiento exitoso), y en otros casos la presencia de altos niveles de dependencia y deterioro (envejecimiento patológico) y que puede sintetizarse en tres modalidades de envejecimiento: usual, patológico y con éxito. ¿qué variables bio-psico-sociales se asocian a los distintos patrones de envejecimiento?

En cuanto al envejecimiento exitoso podemos señalar que los estudios epidemiológicos indican que un estilo de vida activo y rico a nivel mental, físico y social parecen proteger contra el declive cognitivo y la demencia. Los mejores predictores del envejecimiento exitoso son el género masculino, la alta renta, el nivel educativo alto, la menor edad, la dieta mediterránea, la actividad física, la fuerza y la amplitud pulmonar y el mejor rendimiento en una tarea de aprendizaje y coordinación psicomotriz.

A la fase intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia, se le puede denominar "deterioro cognitivo leve" (DCL) definido como una fase previa a la demencia de tal manera que si bien todas las personas que acaban desarrollando demencia, en concreto demencia tipo Alzheimer (DTA), han pasado por dicha fase, no todas las personas con DCL acaban desarrollando demencia.
El DCL se caracteriza por déficits cognitivos –en especial de memoria– que superan a los esperables por la edad y el nivel educativo de la persona y que pueden dar lugar a ciertas dificultades en la vida diaria, aunque el sujeto no cumple los criterios de demencia. Numerosos estudios se han llevado a cabo para intentar determinar qué variables se asocian a que una persona con DCL acabe desarrollando demencia y en este ámbito se ha observado que un amplio conjunto de funciones cognitivas, en concreto memoria episódica, memoria semántica, funciones ejecutivas y velocidad perceptiva, parecen sufrir un declive desde años antes de que aparezca la demencia. No existe evidencia suficiente que nos permita recomendar pruebas cognitivas concretas para la identificación precoz de la demencia.

La plasticidad cognitiva ("reserva cognitiva o potencial de aprendizaje") puede ser entendida como una expresión de la plasticidad neuronal y es definida como el rango en que un sujeto dado puede mejorar su rendimiento en una tarea cuando se le expone a condiciones de optimización de su ejecución.
Existe, según estudios, plasticidad en ancianos sanos, diferencias en plasticidad relacionadas con la edad, y disminución de plasticidad en ancianos con deterioro cognitivo.
En una fase pre-clínica de la demencia, los cambios estructurales en el cerebro asociados a procesos neuronales patológicos tendrían un impacto negativo sobre la plasticidad cognitiva por lo que examinarla podría ser un indicador útil de estatus cognitivo del sujeto (los ancianos con riesgo de demencia se benefician menos de los programas de entrenamiento cognitivo (lo cual indicaría una menor plasticidad cognitiva)

Se puede diferenciar entre plasticidad y flexibilidad.
- La flexibilidad: entendida como el rango potencial de rendimiento que tiene una persona en un momento dado y hace referencia a la capacidad para optimizar el rendimiento del cerebro dentro de los límites de su estado actual de funcionamiento.
- Plasticidad: que requiere un cambio a nivel estructural y sólo se podría hablar de la misma cuando los cambios funcionales se acompañaran de dichos cambios estructurales.

Por tanto, las mejoras en el rendimiento en una tarea concreta que puedan atribuirse a la práctica o al aprendizaje relacionado con dicha tarea deberían considerarse como evidencias de flexibilidad pero no de plasticidad. Para que hubiera plasticidad debería darse transferencia, esto es, debería haber mejora en tareas no directamente entrenadas.

Otras intervenciones terapéuticas no farmacológicas
Las personas que padecen una demencia pueden mostrar un amplio rango de alteraciones cognitivas, síntomas conductuales, emocionales, funcionales y psicomotores. Por ello, las intervenciones terapéuticas no farmacológicas, que son muy variadas y pueden diferir en muchos aspectos, tienen el objetivo de mejorar su calidad de vida y maximizar la capacidad funcional y social, así como retardar el curso de la enfermedad de las personas que presentan déficits cognitivos y/o demencias.
Las medidas de apoyo no farmacológicas, además de permitir la disminución de

la polifarmacia, permiten también mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas con demencia, así como la de sus familiares y cuidadores.

Múltiples intervenciones no farmacológicas han sido aplicadas en el tratamiento de los procesos de demencia con resultados beneficiosos. Todas ellas deben ser aplicadas por profesionales, basándose en la evidencia científica, en continuidad, siguiendo una metodología de trabajo preestablecida y realizando un seguimiento y un análisis de resultados. La intervención debe ser lo más individualizada posible y, por tanto, adecuada a los intereses, necesidades y capacidades funcionales residuales de cada persona, elaborando programas que provean actividades constructivas y con significado.

Entre las intervenciones no farmacológicas dirigidas a la persona con demencia, también conocidas por "Intervención Psicosocial".
Destacan las siguientes:
- Terapia de Orientación a la realidad: ayuda a personas confusas y desorientadas, proporcionándoles información acerca de la orientación temporal, espacial y personal de forma estructurada y repetida.
- Terapias de estimulación y rehabilitación cognitiva o neuropsicológica: estimulan las capacidades cognitivas como pueden ser la orientación, la atención, la memoria, el lenguaje, el reconocimiento y el razonamiento entre otras.
- Entrenamiento específico de la memoria: aumentan el registro el almacenamiento y la recuperación de la información (visualización, la categorización, el método de la cadena, de los lugares, el agrupamiento y palabras gancho, atención voluntaria, la estructuración, las técnicas asociativas, la repetición o las referencias espaciales y temporales…)
- Terapia de Reminiscencia: centrada propios recuerdos, estimula la conversación, incrementa la autoestima, la satisfacción personal y el bienestar (recuerdo personales, datos históricos, hechos vividos, canciones antiguas…).
- Musicoterapia: mantiene la participación activa y habilidades cognitivas, disminuye posibles alteraciones conductuales, provoca refuerzos afectivos y mejora el estado físico.
- Estimulación multisensorial o snoezelen: estimula de forma controlada los órganos sensoriales: ojos, nariz, boca, piel y oídos. Crea un ambiente seguro y agradable, con luces, música, sonidos, texturas y mejora de la sintomatología ansioso-depresiva (la aromaterapia, es un ejemplo)
- Terapia ocupacional (TO): actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional. Se adaptan las tareas y del entorno

para alcanzar la máxima independencia (rutinas básicas como la alimentación, la higiene y aseo personal, el vestido, la continencia o la movilidad). Se incluyen actividades de estimulación verbal, sensorial, actividades de la vida diaria, adaptación del medio, ejercicio físico, juegos y manualidades.

- La Arteterapia: creación artística con el objetivo de mejorar la autoestima, reducir los síntomas ansiosos, depresivos y de estrés, a la vez que se desarrollan habilidades interpersonales
- Terapia basada en la utilización de animales domésticos: interrelación y creación de un vínculo afectivo con animales entrenados y con intervenciones guiadas por profesionales, sirve para mejorar el estado emocional, psicológico y social de la persona afectada.
- Principios de modificación de conducta: con el refuerzo se consolidan las conductas deseadas o se generar nuevos comportamientos, alterando las contingencias de refuerzo, ignorando las conductas inadaptadas e intensificando las conductas de tipo adaptativo
- Técnicas de relajación: como la respiración controlada, la relajación progresiva de Jacobson, la relajación autógena, la visualización o Mindfulness (atención plena) con el fin de liberar al paciente de las tensiones musculares y de la ansiedad propia de su afección., un método que se centra en prestar atención al presente y al momento vivido en el instante actual.
- Terapia de Validación: método de comunicación basado en el respeto y empatía al interactuar con una persona con demencia, así como en la aceptación de la realidad y la experiencia personal de cada persona que padece el trastorno. Resulta fundamental que el cuidador desarrolle la capacidad de aceptar y empatizar con la persona desorientada.
- Psicoterapia: aprendizaje de estrategias cognitivo-conductuales para lograr soportar el estrés derivado de la pérdida de las capacidades cognitivas y de la sensación de confusión.
- Validación: combinación de distintas técnicas (orientación, reminiscencia, tacto) con la finalidad de empatizar de forma afectiva con el paciente.
- Masaje y tacto: a través del contacto físico, se busca la mejoría afectiva y conductual del paciente de Alzheimer, además incentiva la relajación y el descanso físico.
- Acupuntura: perforación cutánea por medio de agujas en ciertos puntos marcados por la tradición china, acompañada del uso de algunos ungüentos tradicionales (moxibustión). Con esto se persigue la mejoría cognitiva y afectiva del paciente.

- Luz: con distintas intensidades y frecuencias se consiguen unas mejores sincronizaciones del ritmo natural del sueño y vigilia.
- Estimulación magnética: uso de la corriente magnética para facilitar algunas funciones cognitivas y de la conducta.
- Estimulación eléctrica: uso de la corriente eléctrica para facilitar algunas funciones cognitivas, mejorando el sueño

5 Discusión-Conclusión

Durante los últimos años se han logrado importantes avances en el conocimiento y tratamiento de las enfermedades neurológicas. Sin embargo, la etiología de algunas de ellas sigue siendo desconocida y la única coincidencia es la progresiva y gradual afectación del sistema nervioso central.

El Alzheimer se traduce principalmente en déficits motores y/o sensitivos, produciendo discapacidad y minusvalía. En algunos casos, la presencia de deterioro cognitivo aumenta la dependencia y afecta a la calidad de vida tanto del paciente como de la familia.
Su tratamiento debe enfocarse desde un punto de vista interdisciplinar abordando la sintomatología, el deterioro progresivo y la adaptación al medio del paciente.

Actualmente, es habitual que se recomienden intervenciones multimodales, que integran diferentes aproximaciones, individuales y colectivas, y en las que se contempla tanto el tipo de demencia como el estado evolutivo funcional que presenta el paciente. Se trata, en definitiva, de proporcionar una atención centrada en la persona y no tanto en la enfermedad, que cubra sus necesidades de bienestar físico y emocional, en ámbitos como las relaciones interpersonales, el desarrollo personal, la autodeterminación, la inclusión social y el bienestar material.

Las tareas de memoria han sido frecuentemente usadas como medida de plasticidad en ancianos, probablemente debido a que constituye una de las áreas más afectas en el DCL y la demencia. En los trabajos realizados se ha mostrado una mejora significativa en ancianos sanos y con DCL tras entrenamientos en y un mantenimiento de las mejoras durante meses, e incluso años, aunque escasa transferencia a otras tareas, efecto que podría relacionarse con el tipo de entrenamiento que se suministra centrado generalmente en tareas de memoria, y que se basa en el control activo, incremento atencional y agrupamiento de los

estímulos en categorías. Existe mayor plasticidad en ancianos con estilos de vida activo.

Por otra parte, un retraso en las pérdidas cognitivas que caracterizan las demencias supone, también, una disminución notable de los gastos económicos asociados y, lo que es más importante, una profunda mejora en la calidad de vida del paciente, contribuyendo a disminuir su dependencia. Sin olvidar lo que ello supone a familiares y cuidadores.
El concepto de salud ha evolucionado y que el derecho a la salud va más allá de la simple ausencia de enfermedad. Se trata más bien de lograr un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, que incluye el equilibrio psicológico y la inserción social.

La fisioterapia, desde las diferentes terapias físicas hasta las técnicas psicomotrices o movimiento, busca aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y consigue beneficios tanto en el área funcional como en la psicológica y social. Esta terapia genera mejoras en el área motora (coordinación, resistencia, tono muscular, deambulación, equilibrio, prevención de caídas…), a través de ella se puede trabajar la memoria, el lenguaje, la concentración, permite preservar un mayor grado de autonomía, mejorar la autoestima, la imagen corporal e, incluso, la ejecución cognitiva.

Es por todo ello que todas las terapias no farmacológicas pueden articularse con la fisioterapia elaborando, actividades adaptadas a las posibilidades del paciente de Alzheimer, dando prioridad al refuerzo afectivo y emocional del mismo.

6 Bibliografía

- Panyavin I., Olabarrieta-Landa L., Argango-Lasprilla J. C. Estrategias de Manejo e Intervención de las Alteraciones Cognitivas en Personas con Enfermedad de Alzheimer. REVISTA Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias [Internet] 2016; 16(1): 275-291. Disponible en: kupdf.net_rehabilitacion-neuropsicologicapdf.pdf
- Romero, L., Esquivel A., Mesa M,. Mohedas A., Recarte M. Fisioterapia en las enfermedades neurológicas en el anciano. Rev REDUCA. Recursos Educativos [Internet] 2014; 6(4): 195-201. Disponible en: http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/view/1813
- Alzheimer fases, síntomas y tecnologías claves para su manejo Universi-

dad Internacional de Valencia. [Internet] 2017. Disponible en: https://www.universidadviu.es/alzheimer-fases-tecnologias/
- García F., Ceballos R. Enfermedad de Alzheimer y Calidad de Vida (5ª ed.) 2017 Ed. Formación alcalá.
- Navarro E., Calero MD. Relación entre plasticidad y ejecución cognitiva: el potencial del aprendizaje en ancianos con deterioro cognitivo. European Journal of investigation in health, phychology and aducation. 2015; 1(2): (45-59). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/259980788_Relacion_entre_plasticidad_y_ejecucion_cognitiva_el_potencial_de_aprendizaje_en_ancianos_con_deterioro_cognitivo
- Guitart M. Las intervenciones terapéuticas no farmacológicas mejoran la calidad de vida y maximizan la capacidad funcional y social. Geriatricarea [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.geriatricarea.com/2019/12/17/las-intervenciones-terapeuticas-no-farmacologicas-mejoran-la-calidad-de-vida-y-maximizan-la-capacidad-funcional-y-social/

Capítulo 512

FISOTERAPIA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE. REHABILITACIÓN.

CELESTINO GARCIA CAPILLA

ANA GAMUNDI OTERO

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una enfermedad de carácter autoinmune y causa desconocida que afecta a la sustancia blanca del Sistema Nervioso Central en forma de ataques llamados brotes y cuyo carácter es de naturaleza intermitente y consecuencias incapacitantes en mayor o menor medida

La mielina que recubre las fibras nerviosas se ve sustituida por un tejido cicatrizal esclerosante lo que se traduce en un retado o incluso interrupción completa de la conducción nerviosa. El ataque puede tener lugar en cualquier punto del Sistema Nervioso Central y ocurrir simultáneamente en varios de ellos, de ahí su adjetivo de ”múltiple”.

Esta alteración de la mielina traerá consigo una serie de limitaciones e incapacidades según la zona afectada que provocarán una serie de disfunciones crónicas. El total de afectados en el mundo por esta enfermedad está en torno a los 2,4 millones de personas siendo la enfermedad neurológica crónica más frecuente entre los adultos jóvenes, especialmente en el hemisferio norte.

Se clasifica en cuatro categorías:
-Síndrome clínicamente aislado (SCA)

-Remitente recurrente (EMRR)
-Primaria progresiva (EMPP)
-Secundaria progresiva (EMSP)

Algunos autores recogen también la Progresiva recurrente (EMPR). Cada una de ella tiene características y formas de presentación determinadas que las hacen distintas de las demás variando las secuelas que de ellas se puedan derivar.
El papel que la Fisioterapia ha ido cobrando paulatinamente en el tratamiento de los síntomas derivados de esta enfermedad hace de ella un pilar vital englobado dentro del enfoque multidisciplinario necesario para encarar con éxito una estrategia que revierta en una mayor calidad de vida posible y con las menores limitaciones en la vida diaria del paciente.

2 Objetivos

Con esta revisión bibliográfica se pretende mostrar la importancia que tiene en el abordaje de esta patología un buen trabajo rehabilitador desde el enfoque fisioterapeútico, tanto en el tratamiento de los síntomas como en el de las secuelas que se deriven de esta patología y lograr así una mejora en la calidad de vida del paciente y la atenuación de sus limitaciones, ayudando en la recuperación de los brotes e incluso influyendo en cierta medida en el curso de la enfermedad hasta el punto de, en ocasiones, poder controlar sus síntomas y las consecuencias de ellos derivados.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de búsqueda y comparación teórica basada en libros, guías educativas, artículos y bibliografías a través de distintas bases de datos tales como Medine plus y Wikipedia. Para ello se han utilizado los siguientes descriptores:
-Rehabilitación
-Fisioterapia
-Esclerosis Múltiple

4 Resultados

Como resultado nos encontramos con que la mayoría de las personas que padecen este trastorno neurológico la experimentan en su modalidad Recurrente Remitente. Presentarán épocas en las que puedan aparecer nuevos síntomas y recaídas más frecuentes alternándose con periodos más tranquilos de remisión que pueden llegar incluso a durar meses o años sin nuevas manifestaciones.

Hay que destacar la importancia que tiene en los periodos de actividad tratamiento rehabilitador donde el papel de la fisioterapia es crucial tanto preservar y mantener la funcionalidad en las actividades de la vida diaria del paciente como frenar en la medida de lo posible su avance o tratar de convertirlo en lo menos lesivo posible. Tras la aparición de un brote pueden quedar secuelas en forma de dificultad a la hora de realizar ciertas tareas y desempeñarse adecuadamente dentro de las actividades de la vida diaria.

El papel de la fisioterapia no solo debe centrarse en paliar en la medida los efectos de los brotes si no también en enseñar al paciente a enfrentarse y adaptarse a las demandas que conviven en su ambiente diario para poder llevar a cabo dichas actividades.
Dependiendo de los distintos grados de enfermedad y/o brote podremos recurrir a distintos tipos de rehabilitación.

La Neuro-rehabiltación es una modalidad terapéutica basada basada en la estimulación del sistema nervioso para que forme nuevas conexiones neuronales fomentado así la neuroplasticidad o capacidad adaptativa del sistema nervioso a través de nuevas conexiones neuronales permitiendo una mejor recuperación del trastorno o lesión.

Mediante la Fisioterapia o terapia a través de movimiento perseguiremos una mejora en la capacidad del cuerpo para realizar aquellos movimientos que se hallan visto mermados o afectados por el brote. Debemos insistir en aquellos ejercicios que refuercen la autonomía y funcionalidad del paciente tales como reacciones de equilibrio, ejercicios de coordinación, enderezamiento, lucha contra la espasticidad y mantenimiento de una postura óptima.

Deberá evitarse la debilidad muscular y las retracciones tanto musculares como articulares que se pudieran derivar de la falta de movilidad luchando contra las

contracturas, espasmos y rigidez derivados de la espasticidad. La terapia física ha de estar siempre adaptada al estado del paciente y perseguir su el mayor grado de autonomía posible en su movimiento y el desempeño de su actividad sin caer nunca en los estados de fatiga o agotamiento durante los programas de ejercicios.

Otros frentes de tratamiento serán los tratamientos médicos con base inmunológica donde entrarían los corticoides e inmunosupresores entre otros.

5 Discusión-Conclusión

En el momento actual tenemos que reconocer que no existe un tratamiento eficaz que implique una modificación a largo plazo en cuanto a lo que la evolución de la enfermedad se refiere. Pero si podemos concluir que el papel de la Fisioterapia en la Esclerosis Múltiple es un pilar fundamental en la estrategia de tratamiento y ha de aconsejarse siempre, tanto cuando estamos ante un problema especifico como frente a algún síntoma derivado de la misma que afecte a las actividades de la vida diaria y autonomía del enfermo, antojándose imprescindible en el manejo de la enfermedad en su fases de brote y en aquellas en las que éstos no estén presentes.

La constancia, la ayuda psicológica y la implicación del paciente en los programas de tratamiento y cuidado durante las diferentes fases de la enfermedad son premisas ineludibles en todo momento. La actividad rehabilitadora en forma de ejercicios y movilizaciones ha de ser suave, constante en el tiempo y proporcionada atendiendo en cada momento al estado del paciente teniendo como objetivo el evitar la aparición de aquellas complicaciones derivadas de la propia evolución de la enfermedad y por otra parte, mejorar las funciones que pudieran verse comprometidas en el momento actual.

Habrá de valorar siempre el grado de tolerancia al ejercicio y las limitaciones que pueda presentar el sujeto con vistas a lograr la mayor efectividad posible en el tratamiento. La fisioterapia ha de ser continua y acompañar durante toda su vida al paciente, no viéndose limitada solo a aquellos periodos de actividad en la enfermedad. Del mismo modo, habrá de adecuarse siempre como se ha mencionado anteriormente, al estado que presente en cada momento el sujeto.

6 Bibliografía

-Liversedge L.A. Treatment and management of múltiple sclerosis. Be Med Bull 1977; 33:78-83
-Hohlfeld R. Inmunotherapy of múltiple sclerosis. Brain 1977; 865-916
-Geurts JJ, Bo L, Pouwels PJ, Castelijins JA, Polman CH, Barkhof F. Cortical lesions in multiple sclerosis: combined postmorten MR imagin and histopathology. Am J. Neurordiol. 2005;26:572-7
-Gómez-Soriano J et al. Evaluation and quantification of spasticity: a review of the clinical, biomechanical and neurophysiological methods. Rev Neurol. 2012 Aug 16;55(4): 217-26
-Enciclopedia Médico-quirúrgica 26-472-A- 10 Kinesiterapia, Medicina Física.

Capítulo 513

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA E INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA DEL PACIENTE CON EPOC

URSULA ORIVE ALONSO

MONICA FLOREZ NIETO

1 Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable que se caracteriza por una limitación persistente del flujo aéreo, que normalmente es progresiva.

El principal factor de riesgo es la exposición y la inhalación del humo del tabaco, aunque también existen otros factores como son a contaminación ambiental, la exposición ocupacional al polvo y a productos químicos. Además, las infecciones respiratorias frecuentes durante la infancia, como cualquier factor que afecte al desarrollo pulmonar durante la gestación, pueden incrementar el riesgo de desarrollar EPOC.

Las repercusiones en salud si no se llevan a cabo unos cuidados adecuados implican un aumento en el número de ingresos hospitalarios, la aceleración del progreso de la enfermedad y la disminución de la calidad de vida de la persona que lo padece y su entorno.

2 Objetivos

- Valorar la efectividad de la fisioterapia durante el período hospitalario en pacientes ingresados por exacerbación aguda de EPOC.
- Evaluar los resultados de los distintos programas de fisioterapia en pacientes hospitalizados.
- Mostrar, mediante la evidencia científica actual, los cuidados de enfermería y las principales áreas de actuación en las que deben aplicarse para lograr la mejora de la salud de los pacientes que padecen EPOC.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica narrativa utilizando las siguientes bases de datos: Cuiden Plus, Dialnet, PubMed. Se utilizan también otros documentos científicos disponibles en recursos online.

4 Resultados

El objetivo principal de los profesionales sanitarios es el cuidado integral de la persona desde un paradigma holístico en todos sus procesos de desarrollo y etapas del ciclo vital. El cuidado de las personas exige un profundo conocimiento de la problemática a nivel físico y de las consecuencias en el área emocional. Enfermería, en sus planes de cuidados, toma en consideración todas las dimensiones de la persona (biológica, psicológica y social) y adapta sus actuaciones según el contexto familiar, social y económico.

Tomando como modelo de valoración los patrones funcionales, el profesional sanitario individualiza el cuidado. Tras la evaluación pertinente, ajustará las intervenciones (NIC) enfocadas al logro de los resultados y a partir del diagnóstico (NANDA) abordado. La implicación que posee el profesional en el cuidado de la persona resulta fundamental ya que es el responsable directo de la atención sanitaria en todo el proceso de salud.

Los pacientes con EPOC, con frecuencia, presentan un empeoramiento de los síntomas (mayor disnea, incremento en la producción de esputo, disminución de la capacidad física frente a la actividad) este deterioro recibe el nombre de "exacerbación", su aparición implica por un lado disminución del estado de salud y por otro el consumo de recursos sanitarios.

Distintas técnicas de fisioterapia pueden ser aplicadas a los pacientes ingresados por exacerbación aguda de EPOC, con el objetivo de restaurar o mantener la función, y para prevenir o evitar mayor deterioro. El tratamiento de fisioterapia en estos pacientes incluye el uso de técnicas o estrategias dirigidas a mejorar la capacidad pulmonar o que faciliten la eliminación de las secreciones. Las técnicas tradicionales incluyen: percusión, vibración, drenaje postural, ciclos activos respiratorios, presión espiratoria positiva (PEP), electroestimulación muscular, ejercicios de expansión torácica y programas de marcha.

Atendiendo al nivel de evidencia y grado de recomendación basado en la evidencia (EBE) son considerados como componentes fundamentales de los programas de rehabilitación respiratoria (RR): el entrenamiento muscular, la educación y la fisioterapia respiratoria (FR).

Los tipos de entrenamiento incluyen:
- Entrenamiento tipo aeróbico o de resistencia: mejora la adaptación del sistema cardiovascular frente al ejercicio.
- Entrenamiento interválico: especialmente recomendado en pacientes más sintomáticos e incapacitados para mantener períodos de ejercicio continuo.
- Entrenamiento tipo fuerza: permite alcanzar un aumento de la fuerza muscular periférica.
- Entrenamiento de los músculos respiratorios en fuerza y resistencia: entrenamiento muscular inspiratorio favorece la mejora de la disnea y la capacidad funcional.

En cuanto a educación se refiere, cabe destacar que resulta esencial en los programas de rehabilitación respiratoria. El paciente debe ser debidamente informado antes de comenzar la terapia, aprendiendo a ser capaz con esfuerzo y voluntad de practicar el autocuidado y la autogestión de su situación de salud.

5 Discusión-Conclusión

Una combinación entre terapia manual, fisioterapia respiratoria y ejercicio terapéutico resulta beneficioso para disminuir la percepción de disnea, importante para el impacto en el bienestar y en la vida diaria del paciente y para su capacidad de esfuerzo.

6 Bibliografía

- Acevedo Gamboa F. E. Propuesta de cuidado de enfermería al paciente con EPOC según la taxonomía NANDA, NIC, NOC.
- Delgado Lozano C. Caso Clínico: EPOC y pérdida de independencia. Un problema familiar. Rev. Metas Enferm. 2015; 18 (2): 13-18
- Güell R, Ramos P. Rehabilitación pulmonar. Madrid: EGRAF, S. A; 1999. 289p
- Seco J. Sistema respiratorio. Métodos, fisioterapia clínica y afecciones para fisioterapeutas. 1ª Ed. Madrid: Editorial médica panamericana S. A; 2018

Capítulo 514

ABORDAJE ENFERMERO Y TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

URSULA ORIVE ALONSO

MONICA FLOREZ NIETO

1 Introducción

La fibrosis quística es un trastorno multisistémico y es la enfermedad genética más común en los países occidentales. Se trata de un trastorno multiorgánico, por lo que el manejo de estos pacientes se lleva a cabo por profesionales sanitarios de muy diversos ámbitos. Los avances en el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, el descubrimiento del gen que codifica la proteína de membrana, y el surgimiento de nuevas terapias han contribuido a un mejor manejo de estos pacientes y un aumento de su esperanza de vida.

Se considera un trastorno potencialmente mortal por el alto grado de afectación pulmonar a causa de infecciones respiratorias.

Los pacientes que padecen esta enfermedad presentan gran concentración de cloruro sódico en el sudor, lo que permite que se pueda realizar un primer diagnóstico mediante el test del sudor.

Hay que tener en cuenta que la sintomatología que se presenta en la infancia difiere de la de la edad adulta, siendo más grave en la infancia por ocasionar

retraso en el crecimiento y desarrollo, a causa de una mala absorción de todos los nutrientes, especialmente de las proteínas y algunas vitaminas.

Es importante destacar que no existe un tratamiento curativo de este trastorno bioquímico, pero sí tratamientos que mejoran los síntomas y permiten aumentar la esperanza de vida de estos pacientes.

En la actualidad, los tratamientos utilizados para mitigar los síntomas de la enfermedad y que han permitido reducir la morbi-mortalidad, manteniendo una buena calidad de vida son:
- Reemplazar las enzimas digestivas ausentes.
- Realizar ejercicio físico para fortalecer los diferentes órganos y ayudar al manejo de la enfermedad.
- Realizar fisioterapia respiratoria con percusión en tórax y drenaje postural.
- Tratamiento antibiótico para las infecciones respiratorias recurrentes.

2 Objetivos

- Conocer y determinar que alteraciones ocasiona la fibrosis quística.
- Determinar y comparar los distintos tratamientos y la eficacia que tiene la fisioterapia respiratoria en pacientes con fibrosis quística.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda de literatura, recabando información de fuentes especializadas, de guías clínicas y de bases de datos, tales como: Cochrane Plus, Dialnet, PubMed.

4 Resultados

En la actualidad no existe cura para fibrosis quística, de manera que los tratamientos son meramente sintomáticos y su finalidad es lograr un incremento de la esperanza de vida, así como una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

El tratamiento de la fibrosis quística se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar formado por neumólogos, enfermeros, fisioterapeutas y nutricionistas entre otros. Todos estos profesionales trabajan de forma coordinada para ofrecer un tratamiento integral a los pacientes que padecen la enfermedad.

Los cinco pilares en los que se basa el tratamiento de la enfermedad son:

- Terapia génica:

Se basa en el desarrollo de dos agentes denominados "correctores" y "potenciadores".

Los correctores tratan de favorecer la biosíntesis y maduración normal de la proteína CFTR, permitiendo que su localización sea la correcta en la membrana epitelial celular.

Por su parte, los potenciadores se encargan de favorecer la conductividad del cloro a través de la proteína CFTR.

- Terapia farmacológica:

El tratamiento farmacológico va a centrarse fundamentalmente en combatir la infección y la inflamación producida por los patógenos que con frecuencia colonizan las vías aéreas de los pacientes con fibrosis quística, así como mejorar el aclaramiento mucociliar de estos pacientes.

Para combatir la infección, de lleva a cabo la administración de una serie de antibióticos que se encargan de reducir la carga bacteriana y de mejorar la función pulmonar del paciente.

Casi la totalidad de los pacientes, sufren colonización de Pseudomonas Aeruginosas, que se instauran en la vía aérea produciendo una matriz que favorece la colonización posterior e impide que los antibióticos alcancen concentraciones adecuadas, lo que se asocia a un deterioro progresivo e irreversible de la función pulmonar. El tratamiento de este patógeno es clave; si se produce su detección por primera vez, se debe aplicar tratamiento precoz y agresivo; si la colonización es crónica, se realiza un tratamiento de mantenimiento para reducir la exacerbación y enlentecer el círculo infección-inflamación.

Para mejorar el aclaramiento mucociliar de administran broncodilatadores y mucolíticos. Por último, antiinflamatorios.

- Terapia nutricional:

El aspecto nutricional es muy importante en los pacientes que padecen fibrosis

quística ya que se ha evidenciado que mejora su estado de salud general y su tasa de supervivencia.

Se realiza una evaluación teniendo en cuenta los siguientes parámetros:
1. Datos antropométricos.
2. Composición corporal.
3. Desarrollo puberal.
4. Evaluación bioquímica.
5. Aspectos psicosociales de la conducta alimentaria.
6. Adherencia a las recomendaciones nutricionales y médicas.

- Tratamiento fisioterapéutico:

Constituye uno de los pilares fundamentales del tratamiento de estos pacientes y debe, por tanto, iniciarse inmediatamente después de la confirmación del diagnóstico.

Las técnicas recomendadas son:
1. Facilitación de la tos.
2. Drenaje postural.
3. Vibraciones.
4. Presiones.
5. Dispositivo de presión positiva espiratoria oscilatoria.
6. Drenaje autógeno.

Las necesidades del paciente y la experiencia del profesional juegan un papel muy importante en la atención individual. Los pacientes tratados con broncodilatadores deben ser informados acerca de la importancia de la ingesta de medicamentos antes de aplicar técnicas de fisioterapia respiratoria.

El uso combinado de técnicas de higiene bronquial y drenaje postural, resulta más eficaz que cuando se aplican de forma aislada.
Es importante respetar las preferencias de los pacientes a la hora de seleccionar las técnicas.

La combinación de la técnica de drenaje postural, presiones y técnicas de espiración forzada mejoran el aclaramiento de las vías respiratorias, pero no la función pulmonar.

El drenaje autógeno, es una técnica activa que consiste en respirar a diferentes

volúmenes pulmonares, realizando inspiraciones nasales lentas y espiraciones bucales con glotis abierta, manteniendo una apnea inspiratoria de tres segundos. Se puede aplicar en los diferentes decúbitos así cómo en sedestación, consta de tres fases:
1. Desprendimiento periférico de mucosidades.
2. Acumulación de secreciones en vías aéreas de gran calibre.
3. Transporte de secreciones de la vía aérea hasta la boca.

Esta técnica puede ser auto aplicada comenzando el aprendizaje desde la niñez ya que requiere de cierta capacidad y práctica para que su realización sea correcta.

- Ejercicio físico:

La práctica de actividad física permite aumentar el volumen pulmonar, mejorar la postura global y la tolerancia al ejercicio.
Debe realizarse ejercicio físico desde edades tempranas siguiendo las pautas habituales del neurodesarrollo, importante es incentivar el ejercicio aeróbico a partir de los 4 años.

Los ejercicios de elongación global son fundamentales para mantener una correcta alineación de tronco y favorecer el desarrollo torácico y pulmonar, así como los ejercicios de tonificación del suelo pélvico en mujeres que padecen fibrosis quística.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, y para concluir, uno de los aspectos más determinantes en la calidad y esperanza de vida de estos pacientes es el diagnóstico precoz de la enfermedad y el tratamiento inmediato tras el conocimiento del mismo.

Deben recibir tratamiento de por vida, un tratamiento multidisciplinar, lo más tempranamente posible, en el que se respetarán las preferencias individuales y dónde las terapias fisioterapéuticas se irán introduciendo y variando según las características del sujeto.

6 Bibliografía

- Vaquero J. M. Terapia respiratoria de la fibrosis quística. Rev Esp Patol Torac 2005; 17 (1): 43-60

- Federación Española de Fibrosis Quística. Los tres pilares del tratamiento en fibrosis quística. 1ªed. Valencia 2007
- Maiz L, Baranda F. Coll R, Prados C. Vendrell M, Escribano A. et al. Normativa del diagnóstico y el tratamiento de la infección respiratoria en la fibrosis quística 2001; 37 (8): 316-324

Capítulo 515

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

LORENA RUBIO BERDASCO

SUSANA BLANCO DÍAZ

MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria sístemica que afecta predominantemente al esqueleto axial en individuos genéticamente predispuestos. Es probable que esté inducida por factores ambientales. La afectación de las articulaciones periféricas y las manifestaciones extraarticulares, por ejemplo oculares, pueden preceder a su aparición o complicar su curso (Dougados y cols., 1988; Landewe y Goei The, 1989).

El nombre de EA deriva de las palabras griegas ”ankylosis” que significa rigidez, y ”spondylos” que significa vértebra, y describe la inflamación de la columna que puede generar la fusión de las vértebras.

La inflamación de los lugares de inserción ósea de los tendones, los ligamentos o la cápsula articular (entesitis) es característico de la EA (Ball, 1971). La fusión bilateral de las articulaciones sacroilíacas es típico de esta enfermedad. cuya progresión puede llegar a afectar a los ligamentos y a las inserciones discogénicas de la columna (Dudley Hart, 1985).

Los individuos oEA suelen presentar dolor, rigidez, fatiga, pérdida de movilidad y de función, y suelen ser conscientes de que la fisioterapia desempeña un importante papel en el tratamiento de la enfermedad.

2 Objetivos

Objetivos del Tratamiento:
- Aliviar el dolor y disminuir la inflamación.
- Reeducar la postural.
- Prevenir deformidades.
- Preservar y ganar en movilidad articular.
- Mantener o aumentar la capacidad respiratoria.
- Compensar el aspecto psicológico.
- Proporcionar independencia en las actividades de vida diaria.
- Reincorporar a la persona al socio-laboral.

3 Caso clínico

Paciente femenino de 55 años de edad, quien no tiene antecedentes de enfermedades crónicas ni degenerativas, misma que refiere historia de "muchos años de dolor en todo su cuerpo" con nula mejoría, informa además accesos de dolor y una progresiva limitación funcional, manifestada por dificultad para mover el tronco, el cuello y la cintura, así como dificultad para caminar por dolor en ambos pies, se autocataloga como portadora de "reumas" y de ya no "poder ni moverse" pese a múltiples tratamientos con AINEs, corticoides tipo prednisona y betametasona de depósito, además de suplementos de calcio y vitaminas. Refirió sentirse "agotada" y en varias ocasiones ha decidido suspender todo tratamiento por no encontrar alivio.

De entrada a la exploración llama la atención su figura postural con silueta asténica, cuello con posición estructurada (fija) en proyección hacia adelante, hiperextensión de la cabeza mucha limitación para todos los ejes de movilidad cervical, lumbar con test Schober positivo y en la zona torácica disminución de la amplitud del movimiento respiratorio menor a 2.5 cm. Cifosis forsal fija y aplanamiento de la parte baja de la espalda, zona lumboglutea dolorosa, y las rodillas flexas como adaptación postural pero sin rigidez de las mismas en la zona de ambos tobillos con aumento de volumen y sinovitis moderada, dolor en ambos pies a nivel del medio y retropié, y múltiples puntos dolorosos a la digitopresión en tronco, caderas y miembros inferiores. Sus estudios con anemia leve, VSG elevada, PCR positiva,Látex AR negativo.

Finalmente sus estudios de radiología básica con cambios estructurales en toda la columna vertebral, anquilosada, la imagen de "caña de bambú" en la radiografía

de frente de la pelvis con sacroilitis grado 3, Cifosis Dorsal acentuada y calcificación subligamentaria, anquilosis de la columna cervical, en las radiografías laterales de los calcáneos con entesis calcificada de la aponeurosis plantar.
Se evidenció el diagnóstico por criterios clínicos y radiológicos.

Inició tratamiento oral con indometacina 50 mg cada 12 horas, azulfidina 1 g cada 12 con mejoría parcial, se suspendieron esteroides y se aumentó el AINEs a 50 mg cada 8 horas.

El alivio fue mayor sin ser completo, se envió a rehabilitación y se explicó en forma detenida sobre los cuidados y educación para la salud, evitando la propensión a la caída y finalmente se prescribió tratamiento con bifosfonatos semanal, calcio, y calcitriol, la impresión del paciente es de recuperación adecuada más no total, persiste con limitación para la movilidad del tronco, y la sintomatología general, como debilidad y fatiga si presentaron mejoría franca, a un año de seguimiento continúa en condiciones estables.

4 Discusión-Conclusión

De forma general el grupo de expertos en EA de la Sociedad internacional de espondiloartritis (acuerdo compilado de un 92 %) y las recomendaciones de la Liga.

Europea de Reumatología plantean que la rehabilitación es especialmente efectiva en la función física de estos pacientes.

El 100 % coincide que la terapia debe incluir ejercicios, así como un 98 % refiere la utilidad de la educación e instrucciones, datos corroborados en nuestra experiencia, a través del seguimiento sistemático de los pacientes con EA que se atienden por nuestro servicio.

5 Bibliografía

1. Boca Peralta G, Estévez Perera A. Medicina de Rehabilitación. en la espondilitis anquilosante. San José:
Ed. Reh- Latina; 2012. p. 37-61.
2. Burgos Vargas R. Espondilitis Anquilosante en: Vera Lastra OL. Temas de Medicina Interna. Padecimientos
Reumáticos.1ra ed. México DF: Ed. Colegio de Medicina

Interna; 2010. p. 175-87.
3. Reyes Llerena G, Guibert Toledano M, Hernandez Martínez A, Estrada J. Impacto de las enfermedades reumáticas en Cuba. aspecto socioeconómico e invalidez. Revista Cubana de Reumatol [revista en Internet]. 1998 [citado 12 febrero 2014];1(1):73. Disponible en: http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/
article/view/249.
4. Singh JA, Strand V. Health care utilization in patients with spondyloarthropathies. Rheumatology. 2009;48(3):272-76.
5. Suarez Martín R, Porro Novo J, García Pérez. Diez años de rehabilitación ambulatoria por ejercicios de la EAP.
Revista Cubana de Reumatolo. [revista en Internet]. 1998
[citado 12 febrero 2014];1(1):C62. Disponible en: http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/
article/view/247
6. Gossec L, Dougados M, Phillips C, Hammoudeh M, de Vlam K, Pavelka K, et al. Dissemination and evaluation of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis: results of a study among 1507 rheumatologists. Ann Rheum Dis. 2008;67(6):782-8.
7. Rivera NJ, Fernández de las PC, Alonso BC, Miangolarra JC. Repercusiones en la calidad de vida en pacientes con espondilitis anquilosante mediante tratamiento fisioterápico. Fisioterapia. 2005;27(3):138-45.
8. Silva EM, Andrade SC, Vilar MJ. Evaluation of the effects of Global Postural. Reeducation in patients with ankylosing spondylitis [revista en Internet]. Rheumatol Int. 2011 [citado 12 febrero 2014]. Disponible en: http://www.springerlink.com/content/u3270r7434604646/ful
ltext.pdf
9. Fernández S JL, Willisch A, Pértiga DS, Tasende JA, Fernández L JC, Villar NO et al. Validity of the bath ankylosing spondylitis disease activity index for the evaluation of disease activity in axial psoriatic arthritis.
Arthritis Care Res. 2010;62(1):78-85.
10. Trujillo Racero AM, Bravo Panniagua M, Álvarez Sala M. Encuesta a enfermos de espondilitis anquilosante.
Rehabilitación. 2001;Suppl 1(35):82-111.
11. Kain T, Zochling J, Taylor A, Manolios N, Smith MD, Reed MD, et al. Evidence-based recommendations for the diagnosis of ankylosing spondylitis: results from the Australian 3E initiative in rheumatology. Med J Aust.
2008;188(4):235-7.

12. Altan L, Korkmaz N, Dizdar M, Yurtkuran M. Effect of Pilates training on people with ankylosing spondylitis .
Rheumatol Int. [revista en Internet]. 2011 [citado 12 febrero 2014]. Disponible en: http://www.springerlink.com/content/749p10n11u21866n/fu
lltext.pdf.

Capítulo 516

LATIGAZO CERVICAL O ESGUINCE CERVICAL

LUJÁN BLANCO COUTO

NOELIA MURIAS BLANCO

1 Introducción

El esguince cervical también llamado latigazo cervical es una lesión que se produce por una hiperflexión o hiperextensión brusca del cuello, siendo esta última la más frecuente. Suele provocar lesiones musculares, tendinosas, nerviosas o incluso lesiones a nivel discal en los casos más graves, como puede ser una hernia discal. La causa más típica y común del latigazo es el accidente de tráfico por impacto posterior inesperado en el que la musculatura se encuentra relajada y no limita el recorrido articular.

2 Objetivos

- Exponer y analizar un caso clínico de un latigazo cervical por impacto posterior en un accidente de tráfico.

3 Caso clínico

Varón de 35 años que tiene un accidente de tráfico cuando está estacionado ante un semáforo en rojo, despistado y un vehículo impacta por detrás. En el momento no refiere sintomatología ninguna. Al cabo de varios días acude a consulta de

fisioterapia por cefaleas, mareos y dolor cervical irradiado a miembro superior derecho.

Presenta rectificación de la columna cervical, hombro derecho elevado, puntos gatillo en ambos trapecios, escalenos, esternocleidosmastoideos y suboccipitales. El balance articular está muy limitado y doloroso en todos los parámetros fisiológicos de movimiento. Test de Jackson y Spurling negativos descartando compromiso discal. Test de tensión neural del mediano y cubital positivo en el lado derecho.

Latigazo cervical por accidente de tráfico.

Nuestro objetivo principal ante este paciente va a ser la eliminación del dolor y restaurar la movilidad cervical, para ello empleamos técnicas miofasciales, cinesiterapia de columna cervical, termoterapia profunda y electroterapia analgésica. También le vamos a prestar especial atención a la sintomatología nerviosa que presenta nuestro paciente en el miembro superior derecho realizando técnicas de movilización neuromeníngea del mediano y cubital. Insistiremos durante el tratamiento en la reeducación postural.

4 Discusión-Conclusión

La evolución del paciente tras varias sesiones de tratamiento ha sido favorable, el dolor fue disminuyendo y la sintomatología nerviosa desapareció por completo. La movilidad articular en columna cervical es casi completa, con cierta limitación a las rotaciones.

El paciente debe continuar realizando los ejercicios pautados en la consulta y en caso de dolor aplicar calor local en la zona cervical.

Es recomendable reincorporarse a las actividades diarias y habituales cuanto antes, aunque en un principio puedan resultar molestas, no solo no agravarán el proceso sino que serán beneficiosas para impedir la atrofia muscular debida al esguince cervical.

Conocer las características y secuelas de los pacientes con esguince cervical es muy importante ya que si no son diagnosticados y tratados correctamente aunque no tengan alteraciones anatómicas relevantes pueden tener una evolución tan desfavorable que acaben requiriendo la valoración de una incapacidad laboral.

5 Bibliografía

- Treavelen J. Sensoriomotor disturbances in neck disorders affecting postural stability, head and eye movement control. Man. Ther. 2008 Feb;13 (1): 2-11. Epub 2007 Aug 16
- www.accigest.com
- www.iconicasports.com

Capítulo 517

SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO: MANEJO FISIOTERAPEÚTICO.

JAVIER GARCÍA URRUZOLA

ANA BELÉN MARTÍN GONZÁLEZ

MARTA BLANCO CARRANCIO

1 Introducción

El túnel carpiano es un canal en la región anterior de la muñeca delimitado por el pisiforme y el ganchoso en su área medial y el trapecio y las tuberosidades del escafoides en su área lateral. El complejo ligamentario transversal (retináculo flexor) cubre estas prominencias óseas. Este túnel es atravesado por el nervio mediano y por otros nueve tendones de la musculatura de la región.

El síndrome del túnel carpiano es uno de los tipos más comunes de atrapamiento nervioso a nivel periférico. La sintomatología que produce esta patología es principalmente dolor y parestesias de predominio nocturno, acompañadas de hormigueo y entumecimiento en el área de inervación del nervio medial anteriormente mencionado. En estadios más avanzados puede llegar a producir un deterioro de la función motora de la muñeca y mano, conllevando una reducción de la movilidad de estas, afectando de forma negativa a la calidad de vida, al desempeño de tareas y a la vida del paciente.

Dicha patología presenta una mayor incidencia en mujeres que es hombres cuyas edades oscilan entre los 45 y los 54 años. El índice de masa corporal, el sobrepeso/obesidad, el puesto de trabajo desempeñado o incluso algunas patologías

del ámbito endocrino (acromegalia, hipotiroidismo y diabetes mellitus) pueden ser factores de riesgo para padecerla.

2 Objetivos

- Detectar el factor causante de la patología.
- Valorar los posibles factores perpetuadores de la sintomatología.
- Realizar un adecuado diagnóstico diferencial: Artritis reumatoide/artrosis o posibles afectaciones nerviosas a niveles proximales.
- Elaborar un juicio clínico adecuado.
- Proporcionar un tratamiento específico de la patología, enfocado al alivio del dolor, reducción de la posible inflamación, mejora de la movilidad, normalización del tono muscular y la movilidad tanto articular como del tejido nervioso.
- Educar en ergonómica al paciente enfocada principalmente al ámbito laboral.
- Valorar las posibles patologías derivadas de dicha afección.

3 Caso clínico

En este caso clínico, nos encontramos ante el tratamiento de una paciente, mujer de 48 años, que acude al servicio de rehabilitación motu proprio, por dolor de más de un año de evolución en muñeca y mano derecha con ligera irradiación hacia las tres primeras falanges. Refiere una acentuación de dicha sintomatología durante la jornada laboral, al conducir su vehículo o por la noche. Así mismo, refiere la presencia ocasional de parestesias en dicha región, acompañadas de pérdida de fuerza, percibida principalmente durante la carga de peso. La paciente trabaja como administrativa en un bufete de abogados.

Al preguntar por el inicio de los síntomas, nos comenta que estos fueron apareciendo de forma gradual. Inicialmente los padecía únicamente durante la jornada laboral, pero últimamente este cuadro se ha acentuado y actualmente son percibidos durante todo el día.

Antes de comenzar con el tratamiento, decidimos realizar una anamnesis completa para clarificar el origen de la lesión. Comenzamos realizando los siguientes test ortopédicos con el objetivo de evaluar la patología: Test de Phalen y Phalen invertido, test de Tinel y test de compresión del nervio mediano. Todos ellos resultaron ser positivos. A continuación, realizamos las pruebas de Wright, el test de Jackson, test de Adson y test de Eden con la finalidad de descartar un compromiso

o afectación nerviosa en niveles más proximales. Dichos test mostraron un resultado negativo. Durante la palpación, detectamos un incremento significativo del tono de la musculatura del antebrazo, así como un ligera atrofia tenar. Durante la evaluación, la paciente presenta una disminución de la sensibilidad en los tres primeros dedos de la mano derecha. Por otro lado, al realizar la anamnesis, la paciente nos confirma la presencia del signo de Flick. Finalmente, con el objetivo de evaluar la conducción nerviosa, solicitamos la realización de las siguientes pruebas electrofisiológicas: electromiografía (EMG) y un estudio de conducción nerviosa (ECN). Tras evaluar los resultados de dichas pruebas y comparándolos con nuestra valoración en consulta, confirmamos el diagnóstico de síndrome del Túnel Carpiano.

El plan de tratamiento para este caso, se basó principalmente en: la normalización del estado de la musculatura afectada a través de punción seca profunda, técnicas de musculo-energía, masoterapia y estiramientos analíticos; y la movilización del nervio mediano a través de técnicas de neurodinamia. Por otro lado se recomendó al paciente el uso de baños de contraste, crioterapia, estiramientos y automovilizaciones neurodinámicas como tratamiento domiciliario. Así mismo, realizamos una educación ergonómica a la paciente aplicada al ámbito laboral, ya que este es el principal origen de su patología.

4 Discusión-Conclusión

Tras realizar una evaluación del caso clínico expuesto anteriormente, podemos observar la existencia de una relación entre la ergonomía y el trabajo desempeñado por la paciente, y el origen de su patología. Estos factores han conllevado una sobrecarga muscular, una disminución de la movilidad y finalmente, la aparición de la sintomatología descrita previamente.

El síndrome del túnel carpiano puede producir diferente sintomatología a nivel de la muñeca, mano y falanges, así como, algias persistentes en dichas regiones. El tratamiento conservador de la mano de la Fisioterapia puede ser una gran ayuda para el alivio o incluso eliminación de estos síntomas, como alternativa al tratamiento quirúrgico.

5 Bibliografía

- Mansoor S, Moradi-Joo M, Ahmad S, Hasan M, Seyed-Nezhad M, Heidari S. Effectiveness of Low-Level Laser Therapy compared to Ultrasound in Patients With Carpal Tunnel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. J Lasers Med Sci. 2019;10(1):82-89.
- Wonly T, Linek P. Long-term patient observation after conservative treatment of carpal tunnel syndrome: a summary of two randomised controlled trials. PeerJ. 2019;1-13.
- Ezzati K, Laakso EL, Saberi A, Yousefzadeh Chabok S, Nasiri E, Bakhshayesh EB. A comparative study of the dose-dependent effects of low level and high intensity photobiomodulation (laser) therapy on pain and electrophysiological parameters in patients with carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. Eur J Phys Rehabil Med. 2019;
- Newungton L, Clare E, Walker-Bone K. Carpal tunnel syndrome and work. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015;29(3):440–453.
- Ashworth NL. Carpal Tunnel Syndrome. Am Fam Physician. 2016;94(10):830-831.
- Milandri A, Farioli A, Gagliardi C, Longhi S, Salvi F, Curti S, et al. Carpal tunnel syndrome in cardiac amyloidosis: implications for early diagnosis and prognostic role across the spectrum of aetiologies. Eur J Heart Fail. 2020.
- Yeh KT, Lee RP, Yu TC, Wang JH, Liu KL, Peng CH, et al. Risk factors for carpal tunnel syndrome or trigger finger following distal radius fracture: a nationwide study. Sci Rep. 2020;10(1):469.

Capítulo 518

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

NOELIA MURIAS BLANCO

LUJÁN BLANCO COUTO

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se define una enfermedad respiratoria caracterizada por disnea persistente y limitación crónica al flujo aéreo generalmente progresiva, causada generalmente por el tabaco. Los síntomas respiratorios suelen ser tos crónica acompañada o no de expectoración y presencia de agudizaciones y comorbilidades que pueden contribuir a la gravedad en algunos pacientes.

La espirometría no puede considerarse diagnóstica por sí sola, sino que se utiliza como prueba de confirmación ante la sospecha diagnóstica en un paciente que presenta síntomas respiratorios crónicos y es o a sido fumador. En casos menos frecuentes podemos obtener una historia de exposición a otros agentes tóxicos inhalados en el hogar o en el lugar de trabajo.

2 Objetivos

- Presentar y analizar un caso clínico de un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

3 Caso clínico

Varón 65 años de edad, fumador de una cajetilla y media diaria, con insuficiencia respiratoria desde hace un mes y con abundantes secreciones. Presenta hipoxemia e hipercapnia. Como antecedentes presenta una sobrecarga del ventrículo derecho (cor pulmonale) por hipertensión arterial pulmonar y varias reagudizaciones de la enfermedad respiratoria.

Exploración y pruebas complementarias:
- Tórax en tonel, pulmones hiperinsuflados y aumento del diámetro anteroposterior.
- Tórax fijado en inspiración con espiración prolongada con labios fruncidos.
- Sobresolicitación de los músculos respiratorios accesorios.
- Timpanismo a la percusión.
- Los ruidos respiratorios normales están disminuidos y presenta sibilancias.
- En la radiografia observamos las costillas horizontalizadas por un aumento de los espacios intercostales y un descenso y aplanamiento del diafragma.

Juicio clínico:
Paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Plan de tratamiento:
Como principal acción, se encuentra promover hábitos de vida saludable (alimentación, ejercicio), abandonar el hábito tabáquico y que el paciente tenga una adherencia terapéutica. Se aplican técnicas de fisioterapia respiratoria para mejorar los síntomas como son la disnea y para disminuir las secreciones. Dichas técnicas consisten en ejercicios respiratorios que el paciente realiza y aprende en la consulta para posteriormente hacerlos a diario en su domicilio. Con estos ejercicios se relajarán o fortalecerán, según la necesidad, los músculos respiratorios y del tórax adaptando o modificando el patrón respiratorio para que sea más eficaz en los esfuerzos.

También se trabajará la ventilación pulmonar y el drenaje de secreciones para facilitar su expectoración y así disminuir el número de infecciones. La fisioterapia respiratoria se completa con un entrenamiento al esfuerzo junto con técnicas de relajación y control respiratorio, dándole mayor independencia y calidad de vida al ayudarle a disminuir y controlar su disnea.

4 Discusión-Conclusión

Desde el diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica la participación del paciente en el tratamiento es fundamental para modificar los hábitos de vida, que van a mejorar la evolución de la enfermedad y ayudar a prevenir las agudizaciones, las hospitalizaciones y aumentar su calidad de vida. El paciente tiene un papel activo respecto al tabaco, al ejercicio físico, a la alimentación, cuidar el sueño y disfrutar de la vida.

Los resultados obtenidos en este caso fueron muy favorables ya que mejoró de manera considerable la sintomatología inicial, la tolerancia al esfuerzo y su calidad de vida. Todo ello conlleva a una mejoría del estado de ánimo del paciente y a una disminución de las hospitalizaciones, contribuyendo a una disminución de los gastos sanitarios y estabilizando o revirtiendo las manifestaciones sistémicas de la enfermedad.

5 Bibliografía

- www.fisiorespiracion.es.
- Sistema Respiratorio. Métodos, fisioterapia clínica y afectaciones para fisioterapeutas. Editorial Panamericana. Jesús Seco.
- Fisioterapia Respiratoria. Editorial Panamericana. West.

Capítulo 519

POLIARTROSIS

NOELIA MURIAS BLANCO

LUJÁN BLANCO COUTO

1 Introducción

La artrosis es una artropatía crónica degenerativa no inflamatoria. El término artrosis u osteoartrosis se refiere al proceso degenerativo que sufren las articulaciones. Se produce por fenómenos mecánicos y bioquímicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago y el hueso subcondral. Este desequilibrio puede ser iniciado por múltiples factores: genéticos, del desarrollo, metabólicos y traumáticos. Se manifiesta por modificaciones morfológicas, bioquímicas, moleculares y biomecánicas de las células y de la matriz extracelular conduciendo a una remodelación, fisuración, ulceración y pérdida del cartílago articular, esclerosis del hueso subcondral con osteofitos y quistes subcondrales.

2 Objetivos

- Exponer y analizar un caso clínico de una artrosis de manos.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 72 años de edad con dolores generalizados, más acentuados en las manos. A la exploración física se observan tumoraciones duras en las articulaciones interfalángicas proximales y distales de ambas manos, dolorosas algunas

de ellas a la palpación y movilidad. El resto de la exploración física revela dolores articulares y limitación de la movilidad en rodillas y caderas.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente presenta dolor insidioso y de carácter mecánico al iniciar la actividad para desaparecer progresivamente cuando lleva un rato moviéndose. Alivio del dolor en reposo. Rigidez matinal de corta duración. Presenta tumefacción articular secundaria a sinovitis y crepitación articular a la movilización. En la exploración visual observamos una deformidad en valgo de ambas rodillas y en las manos presenta nódulos de Heberden en interfalángicas distales y nódulos de Bouchard en las interfalángicas proximales de casi todos los dedos que producen una disminución del recorrido articular sobre todo a la extensión. A nivel del pulgar observamos una deformación en flexión y aducción, con atrofia muscular que junto con los nódulos da lugar a un aspecto característico de mano cuadrada.

Juicio clínico: Poliartrosis.

Plan de tratamiento: La fisioterapia juega un papel muy importante en el manejo de estos pacientes que presentan limitaciones funcionales que con frecuencia les impiden desarrollar actividades de la vida diaria. Los objetivos de fisioterapia en la artrosis serán: aliviar el dolor, mantener la movilidad articular, evitar la rigidez, potenciar la fuerza muscular, retardar la evolución de la enfermedad y mantener o aumentar la independencia funcional. Para ello utilizaremos distintas modalidades terapéuticas como: termoterapia, crioterapia en fase aguda de dolor, masaje muscular sedante y relajante, hidroterapia, ejercicio aeróbico durante 30 o 60 minutos diarios sobre todo los acuáticos o de paseo.

4 Discusión-Conclusión

Además del plan de tratamiento realizado es muy importante instruir al paciente en medidas de economía articular para evitar el ejercicio innecesario en carga, sobre todo en condiciones desfavorables, como marchas por terrenos irregulares. Evitar almohadas debajo de las rodillas, pues favorecen el flexo de cadera y de rodilla. En la cama o en otro modo de descarga, realizará ejercicios simples de máximo recorrido articular, para mantener los movimientos funcionales, así como para favorecer la nutrición del cartílago, que no se consigue por la inmovilización.

La artrosis constituye la causa articular más frecuente de consulta en reuma-

tología por el dolor y la discapacidad que provoca. A pesar de ser la más frecuente de las enfermedades articulares, es todavía insuficientemente conocida y sus causas, su historia natural y su progresión constituyen un desafío para la medicina. La artrosis actualmente no se considera una enfermedad sino un síndrome que agrupa diversas enfermedades que afectan a la articulación.

5 Bibliografía

- Trujillo E, Rodriguez C, Rojas et al. Prevalencia de la artrosis de rodilla en la población española, estudio EPISER. Rev Esp Reumatol 2000; 27;181S.
- Alonso A. Artrosis: Definición y clasificación en: manual SER de la Artrosis. Batlle, Benito, Blanco, Martín des. Monografías SER, 2003.

Capítulo 520

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN CONTRA LA OBESIDAD INFANTIL PROMOVIENDO ACTIVIDAD FÍSICA Y HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLES.

BEATRIZ LLANO MENÉNDEZ

1 Introducción

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. Es un problema a escala mundial que está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que en 2010 había 42 millones de niños y niñas con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones vivían en países en desarrollo. La obesidad y el sobrepeso en la infancia tienden a mantenerse en la edad adulta y aumenta las probabilidades de padecer, a edades más tempranas, diabetes y enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son, en gran medida, prevenibles. De ahí la importancia de dar prioridad a la prevención de la obesidad infantil.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud. Según la OMS, la obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de muerte prematura, discapacidad y obesidad en la edad adulta. Los niños que la padecen también pueden sufrir dificultades respiratorias, mayor riesgo

de fracturas e hipertensión y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos

En los últimos años, la prevalencia de obesidad infantil a nivel mundial se ha incrementado considerablemente. En 2010, la OMS estimó que la obesidad había alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. Se calculó que, aproximadamente, el 10% de los niños en edad escolar, entre 5 y 17 años, del mundo tiene exceso de grasa corporal y una cuarta parte de ellos son obesos.
La obesidad representa hoy en día un desafío para la salud pública, siendo su prevención y control de gran importancia. Los estudios epidemiológicos muestran que durante las últimas dos décadas la prevalencia de obesidad infantil ha ido aumentando de forma alarmante hasta convertirse en una de las preocupaciones principales de la salud.
La epidemia de obesidad podría anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido al aumento de longevidad en el mundo. Se estima que, en 2014, 41 millones de niños menores de 5 años presentaban sobrepeso u obesidad.
En Europa, se estima una prevalencia de sobrepeso en niños y adolescentes de aproximadamente el 20 %, y un tercio de estos se consideran obesos. Según los datos del informe de situación de obesidad de España del año 2012, dos de cada tres hombres tienen sobrepeso, una de cada seis personas es obesa y uno de cada tres niños de edades comprendidas entre 13 y 14 años tienen sobrepeso.

La obesidad en la edad pediátrica constituye uno de los problemas de salud pública más importantes de nuestra sociedad, no sólo porque su incidencia está aumentando de forma considerable sino porque la obesidad del niño tiende a perpetuarse en la adolescencia, y la del adolescente, en la vida adulta.
La evaluación precoz de la obesidad infantil es importante ya que es el mejor momento para intentar evitar la progresión de la enfermedad y la morbilidad asociada a la misma.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha elaborado esta Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). Ha de servir de plataforma para fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física, para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad, y con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas. Se trata de un conjunto de acciones dirigidas a toda la población, pero, dado el problema específico de nuestro país, la prioridad para la prevención de la obesidad se centrará en los niños y los jóvenes, cuyos hábitos alimentarios y de actividad física no están aún consolidados y pueden modificarse,

sobre todo, a través de la educación.

2 Objetivos

- Evaluar la efectividad de un programa escolar contra la obesidad infantil promoviendo hábitos de alimentación saludables y actividad física.
- Proporcionar información acerca de la obesidad infantil para lograr disminuir su prevalencia en la infancia, tanto de sus causas como sus consecuencias.

3 Metodología

Tipo de estudio.
Ensayo clínico, experimental, analítico, longitudinal, prospectivo, no aleatorizado y simple ciego.

Estrategias de búsqueda.
Se determinan los Medical Subject Headings (MeSH) para búsquedas de bases de datos de lengua inglesa: Physiotherapy, Childhood Obesity, Physical Activity Questionnaire for Children, Overweight, Obesity, Factor Risk, Public health, BMI. Y los Descriptores Ciencias de la Salud (DeCS) para los artículos y estudios en lengua castellana: fisioterapia, obesidad infantil, cuestionario de actividad física para niños, sobrepeso, obesidad, factor de riesgo, salud pública, IMC.

Población.
Los participantes serán niños y niñas de dos colegios con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años (de 3º a 6º de Primaria). El tamaño muestral será de 160 sujetos (n=160)
El grupo de intervención se formará con los alumnos de 3º a 6º de Primaria de uno de los colegios y el grupo control con los alumnos de 3º a 6º de Primaria del otro colegio. Ambos colegios pertenecen a la misma fundación y tienen los mismos planes educativos y de gestión. El perfil socioeconómico de los alumnos es similar.

Intervención.
La intervención comenzará con una reunión informativa con los directores de los colegios para explicarles en qué va a consistir la intervención, la duración de esta, la necesidad del uso de espacios y materiales y solicitar la participación activa de padres, profesores y de la propia dirección.

Los alumnos se dividirán al azar en grupo experimental y grupo control. La intervención consistirá en realizar un protocolo de actividad física que incluirá entrenamiento con ejercicio físico, charlas sobre alimentación en la infancia, talleres sobre alimentación saludable y actividades deportivas en familia.

Se realizará una evaluación de datos físicos (altura, talla, peso, Índice de Masa Corporal, pliegues cutáneos, masa grasa, masa muscular), un Cuestionario de Actividad Física para Niños (PAQ-C) y el Test de Adherencia a la Dieta Mediterránea.

La intervención en el grupo experimental se dividirá en tres periodos, coincidiendo con los tres trimestres en los que se divide el curso escolar. Al finalizar cada trimestre se realizará una reevaluación de los datos físicos recogidos en la primera entrevista.

Durante la intervención se llevarán a cabo las siguientes actividades:
1. Programa de actividad física coordinado y diseñado por el fisioterapeuta responsable del proyecto. Se realizarán entrenamientos aeróbicos, de fuerza, de coordinación y de flexibilidad.
2. Charlas sobre alimentación en la infancia.
3. Talleres sobre alimentación saludable.
4. Actividades deportivas en familia: senda en bicicleta, ruta por la montaña, y rutas caminando.
A lo largo de la intervención se realizarán varias evaluaciones.

Recogida y análisis de los datos.
El fisioterapeuta responsable del estudio se encargará de recopilar la información personal de cada participante, así como todos los datos obtenidos de las valoraciones realizadas. En todo momento se mantendrá la confidencialidad de la información recopilada.

Se llevará a cabo un análisis estadístico a través del programa SPSS Statistics 22.0. Se realizará un análisis descriptivo de la muestra observando, por un lado, la relación entre la variable dependiente con las independientes y, posteriormente, la variable dependiente con las confusoras, estableciendo comparaciones entre los dos grupos a estudio. Se seleccionarán las pruebas estadísticas que mejor se ajusten a la relación entre las variables. Finalmente, se realizará la interpretación de los resultados obtenidos y se obtendrán las conclusiones.

4 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso infantiles.WHO.
2. Yeste D, García-Reyna N, Gussinyer S, Marhuenda C, Clemente M, Albisu M et al. Perspectivas actuales del tratamiento de la obesidad infantil. Rev Esp Obes. 2008; 6(3): 139-152.
3. Aranceta J, Pérez C, Ribas L, Serra L. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7(1): 13-20.
4. Vázquez F, Díaz E, Lera L, Meza J, Salas I, Rojas P. et al. Impacto del ejercicio de fuerza muscular en la prevención secundaria de la obesidad infantil; intervención al interior del sistema escolar. Nutr Hosp. 2013; 28(2): 347-367.
5. Hoyos-Ruiz G, Hoyos LC, Castro PI, Chávez ME, Ogarrio CE. Actividad física y orientación nutricional para niños con sobrepeso y obesidad. Biotecnia. 2013; 15(3): 51-55.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estudio ALADINO: estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España 2011. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición; 2013.
7. Durá T, Castroviejo A. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. Nutr Hosp. 2011; 26(3): 602-608.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
9. Kisner C, Colby LA. Ejercicio terapéutico. Fundamentos y técnicas. Barcelona: Ed. Paidotribo; 2005.

Capítulo 521

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA.

BEATRIZ LLANO MENÉNDEZ

1 Introducción

La columna vertebral posee una serie de curvaturas normales en el plano sagital (anteroposterior) mientras que las curvaturas laterales, en el plano frontal, se consideran anormales y reciben el nombre de escoliosis. Estas se nombran por la convexidad de la curva. El término escoliosis tiene un amplio significado, por lo tanto, conviene disociar desde un principio la actitud escoliótica de la escoliosis estructurada o escoliosis verdadera.

Mientras que la actitud escoliótica presenta una curvatura lateral de la columna sin deformación estructural de las vértebras o de los discos intervertebrales y sin rotación fijada en las curvaturas (lo que implica una ausencia de gibosidad en el examen clínico), la escoliosis estructural o escoliosis verdadera muestra una desviación lateral de la columna vertebral tridimensional, progresiva y con rotación de los cuerpos vertebrales dentro de la curvatura por lo que provoca una gibosidad característica en el examen clínico.

Con relación al examen radiológico una curvatura se considera estructurada cuando el ángulo de Cobb, que es el ángulo formado por el entrecruzamiento

de las líneas perpendiculares a la cara superior del cuerpo de la vértebra límite superior y la cara inferior de la vértebra límite inferior, es igual o superior a 10º.

Las escoliosis estructurales se suelen clasificar principalmente en función de la etiología, la edad de inicio y el grado de gravedad según la magnitud de la curva.

Según la etiología, la escoliosis se clasifica en congénita, aquella secundaria a anomalías en desarrollo vertebral o sinostosis costal; neuromuscular, debida a enfermedades que presentan una afectación de unidad motora en cualquiera de sus puntos: asta anterior de la médula espinal (atrofia muscular espinal), nervio periférico (neuropatías), placa motora (miastenia gravis) y músculo (distrofias musculares, miopatías); ósea, secundaria a modificaciones de la estructura ósea por infecciones, traumatismos, inflamaciones o tumores; por último, idiopática o esencial, de la cual se desconoce la causa que produce la curvatura.

Atendiendo a la edad de inicio, la clasificación sería: escoliosis infantil, que abarca de 0 a 3 años; escoliosis juvenil, de 4 a 9 años; escoliosis del adolescente, desde los 10 años a la madurez esquelética (18 años); y escoliosis del adulto, a partir de la madurez esquelética.

En cuanto a la gravedad, las escoliosis se diferencian entre leve, moderada y grave, presentando un ángulo de Cobb menor de 25º, entre 25º y 50º y mayor de 50º respectivamente.

Dentro de las actitudes escolióticas se encontrarán todas aquellas deformidades no estructurales y entre cuyas causas se pueden encontrar las malas posiciones por báscula de la pelvis (debido a que produce una diferencia en la longitud de los miembros inferiores), espasmos o parálisis musculares de diverso origen o desviaciones de compensación.

La escoliosis idiopática adolescente tiene una prevalencia mundial que oscila entre el 0,47 - 5.2 %, siendo más frecuente en niñas, por una relación que varía entre 1.5 a 3 superior. En un cribado realizado en diferentes Comunidades Autónomas españolas, en adolescentes de entre 10 y 12 años, se obtuvo una prevalencia de la patología que varía entre el 16% y el 19,2%.

Atendiendo a la prevalencia de la escoliosis idiopática en función de la edad de inicio tendríamos una prevalencia del 1% para la infantil, entre un 10% y un 15% en la juvenil, de las cuales en torno a un 95% requieren de cirugía, en torno al 90% en la del adolescente y por último en la del adulto la prevalencia sería de más

del 8% en mayores de 25 años mientras que en mayores de 60 años esta aumenta hasta el 68%.

Por otro lado, no se puede obviar que los adolescentes entre 10 y 15 años están en un periodo crítico en el desarrollo del autoconcepto, por lo que la aparición de la escoliosis les supone un recordatorio constante de su cuerpo y se dan cuenta de que su aspecto físico es diferente al de su entorno, lo cual supone que suelan tener una percepción negativa de sí mismos, sintiendo ansiedad e incluso presentando un sentimiento de culpa y vergüenza por su condición.

Además, la escoliosis genera ansiedad en las familias y en los adolescentes afectados por temor a la deformidad posible y a repercusiones negativas en la vida futura de estos jóvenes.

A pesar de ser una patología con una incidencia relativamente alta, existe poca evidencia en relación a sus causas exactas y a los factores de riesgo. Si bien, la mayoría de los autores apuntan que los tres principales factores de riesgo son el sexo, el componente genético y la obesidad.

La mayoría de los estudios encuentran una relación clara entre el sexo femenino y una mayor incidencia de escoliosis, una posible causa puede ser que durante los 11 y los 13 años las niñas pasan por un periodo de crecimiento mayor, lo que favorece la aparición de problemas posturales.

También es común señalar el factor genético como causa de la escoliosis, considerándose esta como una patología de característica epigenéticas, y se caracteriza por la interacción de factores ambientales y del genoma del individuo en la primera década de la vida. Algunos autores han encontrado evidencias de que hasta un 97% de los pacientes con escoliosis tienen algún pariente que presenta también la patología mientras que otros autores no están de acuerdo con esta afirmación. Este componente genético también variaría entre distintas razas, ya que en diversos estudios se ha encontrado mayor incidencia en europeos, chinos y afroamericanos que en polinesios, indios y caucásicos respectivamente.

Por otra parte, aunque hay menos pruebas, también se señalan otros posibles factores de riesgo. Entre ellos están los comportamientos de riesgo relacionados con la postura, que en edad de crecimiento favorecen la aparición de anomalías posturales como puede ser la escoliosis; otro factor de riesgo podría ser el nivel socioeconómico, ya que tanto una nutrición deficiente como un mal calzado podría facilitar la presencia de escoliosis; dormir menos de ocho horas también

supondría más riesgo de tener escoliosis, debido a que un sueño más corto sería insuficiente para que los músculos se relajaran completamente, lo que alteraría la estática corporal; por último, en cuanto al mobiliario escolar, parece que podría haber relación entre la escoliosis y las mesas que impiden que quien se sienta en ellas pueda mover las piernas libremente, sin embargo, el tamaño de la silla parece no tener relación.

En lo referente a la prevención, se debe tener en cuenta que la población escolar se encuentra sujeta a numerosos cambios fisiológicos y anatómicos, por lo tanto, se hace necesario preparar a estos niños para afrontar y prevenir posibles anormalidades de tipo raquídeo que pueden llegar a producirse en años posteriores.

La hipótesis que se trata de demostrar con este proyecto es que una intervención educativa, desarrollada por profesionales de fisioterapia y basada en una serie de ejercicios dirigidos a la flexibilización, movilización y potenciación de la columna vertebral, disminuirá la prevalencia de la aparición de la escoliosis idiopática en la población a estudio.

2 Objetivos

- Evaluar la efectividad de una intervención educativa, realizada por fisioterapeutas, en la prevención primaria de la escoliosis idiopática adolescente en la ciudad de Oviedo.

3 Metodología

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

Marco teórico.
Tipo de estudio.
Se realiza un estudio de tipo experimental, del grupo control sin tratamiento en el que se realizará una aleatorización por pasos.

Población.
Se elegirá la población sobre la que actuar en este programa de prevención mediante un muestreo aleatorio por pasos, considerando como unidad de análisis 37 colegios públicos, concertados y privados del área urbana de Oviedo. Se seleccionarán diez, empleando un generador de números aleatorios.

En cada uno de los colegios se seleccionará una clase de quinto de primaria y otra de sexto de primaria. Las clases sobre las que actuar en cada colegio también serán elegidas de forma aleatoria, excepto en aquellas en las que solo haya un curso por año.

El grupo control del estudio estará formado por el resto de los colegios excluidos en la muestra, utilizando los mismos criterios de selección que se habrán utilizado para la muestra.

Las unidades de análisis estarán constituidas por los niños que forman parte de las clases seleccionadas y que hayan presentado el consentimiento informado, quedando excluidos aquellos alumnos que presenten una escoliosis estructurada o alguna enfermedad médica diagnosticada que impida la actividad física. También será criterio de exclusión la ausencia a la intervención durante 3 días consecutivos o 5 días alternos.

Variables a estudio .
A la hora de realizar la valoración en la población sobre la que se va a actuar, se realizarán las siguientes mediciones: edad, talla, peso, estudio columna vertebral, test de adams, longitud MMII, patrón de marcha, apoyo plantar.

Categorización de las variables:
- Variables talla y peso: se utilizan para calcular el índice de masa corporal (IMC), que dotará de información relacionada con posibles sobrepesos, los cual entra dentro de la categoría de posible factor desencadenante.
- Variable estudio de la columna vertebral: es el estudio de la columna vertebral en el plano frontal y sagital, en el que se tomarán referencias anatómicas para observar posibles alteraciones en la estructura corporal.
- Variable Test de Adams: consiste en realizar una flexión del tronco para identificar una actitud escoliótica. La mayoría de los autores la consideran como la prueba de mayor fiabilidad en la valoración de la escoliosis.
- Variable patrón de marcha: es el estudio del patrón de marcha, pudiendo observar posibles anomalías que indicarían patología o podrían ser precursoras de ella.

- Variable apoyo plantar: es el estudio del apoyo plantar mediante un podoscopio, con el fin de obtener información acerca de la pisada, la cual ofrece una perspectiva sobre el reparto de cargas del cuerpo.

Intervención.
Se realizará un programa de ejercicios con el objetivo de flexibilizar y fortalecer de forma global la musculatura que puede dar lugar a una escoliosis idiopática en el futuro, dicho programa estará basado en algunos de los aspectos de los siguientes métodos:

El método Schroth, en el cual se emplea el uso de ejercicios isométricos con el fin de fortalecer o elongar los músculos asimétricos, es decir, aquellos que debido a su descompensación puedan actuar favoreciendo la aparición de EI. El tratamiento consiste en corregir la actitud escoliótica acompañado de un patrón respiratorio y desarrollando la percepción de la información interoceptiva y exteroceptiva sobre la postura corporal. Para mejorar la captación de los estímulos se puede emplear un espejo como ayuda externa. Al patrón respiratorio empleado se le denomina respiración rotacional, en la cual durante la inspiración el aire va dirigido a las áreas cóncavas del tórax que perciben mayor dificultad para insuflarse. Las fases de las que consta el método son:
- Autoestiramiento para eliminar el componente de decaimiento que produce un aumento de curvaturas.
- Deflexión para corregir las asimetrías en el plano frontal.
- Destorsión con el fin de corregir el componente rotacional de la escoliosis. Esto se trabaja a través de la respiración rotacional.
- Facilitación mediante el empleo de estímulos exteroceptivos como pueda ser la presencia de espejos.
- Estabilización al final de la corrección, empleando la tensión isométrica para tratar de afianzar la postura adecuada.

Entre los métodos en los que se basa los ejercicios también se encuentra el método de Klapp, el cual emplea de base la postura de cuadrupedia, y juega con los movimientos de la columna vertebral para corregir las diferentes alteraciones. Además, esto lo acompaña con estiramientos de cadenas musculares y marchas en cuadrupedia adecuadas en función de la alteración que se presente.

También se contará con el método Mézières, cuya base es que solamente existen lordosis, por lo que la escoliosis en este caso es considerada como un mal secundario a una compensación de la lordosis. Así pues, en este tratamiento el ejercicio empleado es el estiramiento de los músculos que ocasionan la lordosis y de los

músculos rotatorios internos mediante un tiempo prolongado para conseguir el efecto de fluencia. El estiramiento se realizaría en decúbito supino con los MMII extendidos y verticales y los MMSS en rotación externa asociados a la relajación del diafragma. Tras el estiramiento seguiría el fortalecimiento de la musculatura posterior de las cinturas escapular y pélvica y la musculatura anterior de la parte inferior del tronco.

Otro método que se empleará como tratamiento preventivo será el RPG (reeducación postural global), método creado por Ph.Souchard. Está basado en el concepto de cadenas musculares y en el método Mézières. En éste, el tratamiento consiste en técnicas de elongación que emplean el reflejo miotático inverso.

Por otro lado, no solo se emplearán ejercicios a la hora de tratar de prevenir la escoliosis, sino que se tendrá presente la higiene postural. Así pues, se realizará una serie de recomendaciones encaminadas a disminuir el estrés al que está sometida la columna vertebral, de manera que las cargas que tenga que soportar se ajusten y se mantengan en la región correcta de la espalda, y los movimientos que se hagan no sean abrasivos frente a los cuerpos vertebrales. También se observará la ergonomía, conocida como la adaptación del ambiente laboral al hombre, de manera que se eliminen aquellos medios que puedan constituir un factor de riesgo para la aparición de la EI como bien pueda ser una silla, un banco o cualquier otro mobiliario no adecuado para la salud postural de los niños.

4 Bibliografía

1. Kendall´s. Músculos, pruebas, funciones y dolor postural, Madrid, Editorial Marbán, Año 2005, cuarta edición, p.121.
2. Konieczny MR, Senyurt H, Krauspe R. Epidemiology of adolescent idiopathic scoliosis. J Child Orthop. 2013; 7(1):3-9.
3. Zurita Ortega F, Moreno Lorenzo C, Ruiz Rodríguez L, Martínez Martínez A, Zurita Ortega A, Castro Sánchez AM. Cribado de la escoliosis en una población escolar de 8 12 años de la provincia de Granada. An Pediatr (Barc). 2008; 69(4):342-50.
4. Bonilla Carrasco MI, Solano Ruiz MC. Perceived self-image in adolescent idiopathic scoliosis: an integrative review of the literature. Revista da Escola de Enfermagem da U S P. 2014; 48(4):748-57.
5. Esparza Olcina, MJ. Cribado de la escoliosis idiopática del adolescente. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado junio de 2014.

6. Zurita Ortega F, Fernández Sánchez M, Fernández García R, Jiménez Schyke CE, Zaleta Morales L. Factores predictores de escoliosis en la población escolar. Gac Méd Méx. 2014; 150:533-9.
7. Amigo Vázquez I, Busto Zapico R, Herrero Díez J, Fernández Rodríguez C. Physical activity, sedentary leisure, short sleeping and childhood overweight. Psicothema. 2008; 20(4):516-20
8. Martínez-Crespo G, Rodríguez M, López AI, Zarco MJ, Ibáñez T, Echevarría C. Dolor de espalda en adolescentes: prevalencia y factores asociados. Rehabilitación. 2008; 43(2):72-8
9. Yves Xhardez. Vademécum de kinesioterapia y de reeducación funcional, Argentina, Editorial el Ateneo, Año 2010, quinta edición, p.33-6.

Capítulo 522

REHABILITACIÓN TEMPRANA EN FRACTURA DE CADERA

GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS

1 Introducción

La prevalencia de la fractura de cadera es un problema de salud pública de importancia por su frecuencia, riesgo y coste. Las consecuencias médicas, de rehabilitación y sociales tienen gran impacto.

2 Objetivos

- Conocer los beneficios a nivel hospitalario del inicio temprano de la rehabilitación en pacientes intervenidos de fractura de cadera.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se seleccionan 4 artículos que cumplen los criterios de inclusión: formato a texto completo, de acceso libre y publicados en los últimos 5 años.

4 Resultados

Tras una intervención quirúrgica por fractura de cadera es muy importante iniciar la rehabilitación de manera temprana porque aporta una serie de beneficios:

- Menor tiempo de ingreso hospitalario.
- Menor gasto sanitario.
- Mejora la autoestima y el estado de ánimo del paciente.
- Menor tiempo necesario total para su rehabilitación.
- Menor riesgo de adherencias.
- Disminuye el dolor del postoperatorio.
- Mejora la circulación sanguínea.
- Menor riesgo de tromboembolismo venoso.

5 Discusión-Conclusión

Iniciar la rehabilitación el segundo día tras intervención quirúrgica supone una gran mejoría de la calidad de vida del paciente y a la vez un menor coste para las gerencias.

6 Bibliografía

- Airam Pareja-Ríos Pablo. Fractura de cadera en el anciano: a propósito de un caso. Ene. [Internet]. 2014 Mayo [citado 2020 Feb 11] ; 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100009&lng=es.
- http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100009.

Capítulo 523

FASCITIS PLANTAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

ANA GAMUNDI OTERO

CELESTINO GARCIA CAPILLA

CARLOS MORGADE FERNÁNDEZ

1 Introducción

La fascia plantar es una estructura de tejido conectivo que se extiende por la parte inferior del pie conectando el talón con los dedos.

La irritación e inflamación de su inserción en el calcáneo es lo que se conoce como fascitis plantar.

Es una patología frecuente en deportistas, sobre todo en aquellos deportes con impacto repetitivo sobre el talón como los jugadores de baloncesto o los corredores.

En la población no deportista, es más común en mujeres. Se sabe que la fascitis plantar está asociada a un acortamiento de la musculatura posterior de la pierna. El uso continuado de zapatos de tacón puede ser una de las causas.

2 Objetivos

- Conocer las causas por las que se produce esta lesión para realizar un tratamiento más completo y evitar recidivas.

- Disminuir el dolor y la inflamación del talón.
- Normalizar el tono de la musculatura de la pierna y del pie.

3 Caso clínico

Acude a consulta una mujer de 45 años, corredora habitual (3 - 4 veces por semana), que presenta dolor en el talón, siendo más intenso durante los primeros pasos al levantarse por la mañana y después de hacer ejercicio.

Durante la exploración, observamos disminución de arco plantar y tendencia a la pronación durante la marcha, dolor a la palpación en la zona de inserción de la fascia en el calcáneo y acortamiento de la cadena muscular posterior de la pierna. Basamos nuestro tratamiento en medidas físicas para disminuir inflamación y dolor (crioterapia, ultrasonidos, corrientes analgésicas), ejercicios de fortalecimiento para restablecer la bóveda plantar y estiramientos que involucren a toda la cadena posterior para evitar la tracción de ésta sobre el calcáneo.

La paciente es dada de alta a las 3 semanas con las siguientes recomendaciones:
- Realización de estiramientos pre y post ejercicio.
- Estudio de la pisada por la posible necesidad de una plantilla.
- Alternar el uso de zapatos de tacón con zapatos más planos.

4 Discusión-Conclusión

En una fascitis plantar es fundamental conocer la causa original de la patología. Es posible realizar un tratamiento global con el que conseguiríamos disminuir la sintomatología pero si no tratamos el problema de base, las recidivas serán frecuentes y la tracción continuada de la fascia sobre el calcáneo acabará provocando un espolón.

5 Bibliografía

- Rioja, J. Tratamiento combinado de la fascitis plantar crónica en el adulto en edad superior a los 50 años. Rehabilitación 2001
- Moreno Jl. Podología Deportiva. Barcelona:Masson; 2005.
- S.J. Bartola. Fascitis plantar. La fascia plantar como fuente de dolor: biomecánica, manifestaciones clínicas y tratamiento.
- www.podoactiva.com

- www.medlineplus.gov

Capítulo 524

FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS

GONZALO PRIETO CRISTOBAL

CRISTINA CRISTOBAL ALLER

MARÍA PRADO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) o burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de estas.

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo del síndrome de Burnout en los fisioterapeutas.

3 Metodología

Se emplearon los motores de búsqueda PubMed y Scielo, empleando las palabras clave ”fisioterapia” ”burnout” y ”factores de riesgo burnout”. Se seleccionaron los artículos más actuales y considerados más adecuados para abordar el tema.

4 Resultados

En cuanto a los diferentes factores de riesgo de padecer burnout a los que se enfrentan los fisioterapeutas en su día a día en el trabajo, podemos distinguir entre dos tipos: ergonómicos y psicosociales.
Entre los ergonómicos se encuentran la manipulación manual de carga inadecuada, espacios reducidos de trabajo, la mala ventilación, la movilización de mobiliario y aparatos, etc.
Entre los factores de riesgo psicosociales están el control emocional insuficiente del propio profesional, la ausencia de descansos, la dificultad en la comunicación, la relación y comunicación con los pacientes, los objetivos demasiado ambiciosos o los factores de personalidad predisponentes de los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout es una afectación que sufren tanto los fisioterapeutas directamente como los pacientes de manera indirecta. En cuanto a sus factores de riesgo distinguimos entre psicosociales cuando repercuten directamente en el estado emocional del profesional o ergonómicos cuando lo hacen de manera física e indirecta.

6 Bibliografía

- Capilla PR. El síndrome del burnout o de desgaste profesional. Revista Fundación (Facultad de Medicina). 2000;58:1334.

- Ortega C y López Ríos F. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int J Clin Health Psychol. 2004; 4(1):137-60.

Capítulo 525

CALIDAD DE VIDA A LOS AÑOS

MÓNICA FERNÁNDEZ BARRERA

1 Introducción

El envejecimiento de la población es un proceso que afecta al mundo en su totalidad. Siendo la vejez la última etapa de la vida del hombre. Para la Organización Mundial de la Salud se es mayor entre los 65 y los 74 años, se es viejo a los 75 años y se es muy viejo a partir de los 80.

Se entiende por :
- Envejecimiento como el proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes.
- Envejecimiento activo es un concepto definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.
- Salud: según la OMS la salud es el esto de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad.

Por tanto el envejecimiento saludable incluye distintos componentes como son los biológicos, los psicológicos y los sociales.

La OMS propone a los mayores a que se hagan mayores sin " Envejecer" a través del desarrollo continuo de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida.

En este proceso de envejecimiento existen unos factores intrínsecos como pueden ser antecedentes longevos, sexo femenino y raza, pero también extrínsecos como

llevar una vida ordenada, higiene correcta, ejercicio moderado, alimentación adecuada y clima benigno. Son estos factores extrínsecos sobre los que podemos actuar, lo cual será nuestro objetivo. El proceso de envejecimiento está muy influenciado por el entorno, el estilo de vida o las enfermedades. Por lo tanto tendremos que potenciar los estilos de vida que permitan gozar de un nivel de salud máximo, potenciar el bienestar físico, social y mental según sus deseos, necesidades y capacidades.

La Teoría de Actividad, desarrollada por Havinghurst en 1953, comenta que la participación de las persona anciana con el resto de la sociedad es un factor fundamental par su bienestar, tanto psicológico como físico. De ahí que se deba fomentar la actividad en las personas mayores, a que encuentren hobbies (fomentando el tiempo de ocio activo ya que su ocio tiende a ser pasivo sobretodo con el uso de medios de comunicación como TV y radio), a que se relacionen con gente de su misma edad,que se mantengan activos físicamente,... dando así calidad de vida a sus años.

2 Objetivos

- Conocer la importancia del envejecimiento activo

3 Metodología

- Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes libros especializados y en bases de datos como: Dialnet, pubmed y google académico.
- Se han utilizado como descriptores: " envejecimiento activo", "prevención", "ejercicio", " estilo de vida" y " calidad de vida"
- Se han utilizado como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Teniendo en cuenta que la Promoción de la salud es " Conjunto de estrategias para conseguir cambios de actitudes, hábitos, estilos de vida que lleven a mejorar la calidad de vida de los individuos".Hay que plantearse una serie de objetivos básicos como son:

- Evitar la vida sedentaria (es un factor de riesgo importante para los problemas cardiovasculares y favorecer patologías como estreñimiento, insuficiencia venosa, osteoporosis, etc.
- Evitar el estrés.
- Llevar una vida ordenada
- Evitar alcohol, tabaco y tóxicos
- Realizar una higiene correcta
- Llevar a cabo una alimentación adecuada: evitando el exceso alimenticio o la mala adecuación de los alimentos.
- Realizar ejercicio moderado (no es necesario comenzar con un deporte sino que se pueden ir implantando pequeños hábitos como subir escaleras de acceso a casa, caminar, bajar una parada antes del autobús, etc.)
- Actuar sobre las diferentes áreas específicas de bienestar: clínica, funcional, mental y social.

Es hoy una opinión bastante generalizada y probada científicamente que la práctica continuada y controlada de actividades físicas y deportivas es el mejor medio para mantenerse en forma y evitar un envejecimiento patológico. Por el contrario, una vida demasiado tranquila y sedentaria en la vejez fomenta la probabilidad de sufrir enfermedades.(Dialnet – Salud y Calidad de vida en Personas Mayores).

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento «basado en las necesidades» (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos) a otro «basado en los derechos», que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. Y respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria. (Revista Española de Geriatría y Gerontología).

Por lo tanto, como señala Martínez Rodríguez (2006:51) , envejecer bien es envejecer activamente y esto implica fundamentalmente tres condiciones: envejecer teniendo un rol social, envejecer con salud y envejecer con seguridad. (Revista de Psicología y Educación).
Tras revisiones bibliográficas se ha sacado la conclusión de que se deben actuar sobre los factores extrínsecos que influyen en la persona. Como por ejemplo en :
1. Dieta. La alimentación suele ser un problema común en el anciano. Estos

trastornos pueden ser tanto por exceso como por defecto así como el no tener hábitos alimenticios saludables que puedan prevenir enfermedades. Y es que no es suficiente con comer una cantidad determinada de alimento sino que la dieta debe de ser equilibrada. Con una selección juiciosa de alimentos que cubran las diferentes necesidades nutricionales. Se debe insistir en incluir proteínas, fibra, fruta y verduras, beber lo suficiente (1,5 a 2 l. al día para regular el tránsito intestinal, facilitar eliminaciones bronquiales y disminuir la incidencia de infecciones urinarias.) y se debe de reducir la ingesta de grasas fundamentalmente saturadas.

2. Actividad física. Practicar ejercicio físico con regularidad disminuye el índice de mortalidad y alarga la vida. Es un elemento importante par la conservación de la independencia. A la hora de practicar ejercicio debemos de tener en cuenta una serie de factores tales como:
- Fuerza. Para soportar el esfuerzo
- Resistencia. Para hacer que sea continuo
- Flexibilidad, Capacidad de moverse
- Coordinación. Para integrar los diferente movimientos
- Equilibrio. Papel importante para evitar caídas

Antes de empezar la realización de ejercicio se deben de explorar , por ejemplo, el número de pulsaciones después de un esfuerzo o midiendo el tiempo de recuperación y comparándolos con tablas de referencia., o la saturación de oxígeno, etc.

Se debe de hacer un reconocimiento médico anterior a la práctica de ejercicio. El ejercicio debe realizarse llevando a cabo unas dosis terapéuticas adecuadas. Por ejemplo, en una primera fase el ejercicio debe de realizarse a baja intensidad y más tiempo para poder llegar al cabo de un tiempo un ejercicio de alta intensidad y tiempo corto para poder ganar fuerza. También se comenzará con ejercicios de flexibilidad y luego de fortalecimiento.
- Recomendar una adecuada exposición solar para un adecuado manejo del calcio y aprovechamiento de la vitamina D.
- Recomendar unos hábitos saludables. Como reducir el estrés, el consumo de alcohol, medicamentos y otras drogas, hábitos horarios, etc.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento de la población parece ser consecuencia de la mejor calidad de vida y es un buen indicador de desarrollo. Se debe fomentar la participación

de la tercer edad convirtiéndolos en sujetos activos de su propio proceso de desarrollo. Con una intervención integral que incluya Prevención, tratamiento y rehabilitación.

Desde Atención Primaria se debe de realizar una promoción de la salud a través de actividades y actuaciones para impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad o tratar la enfermedad.

6 Bibliografía

- Férnandez-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Íñiguez, J., García, L. F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con vitalidad". Revista Española de Geriatría y Gerontología, 40(2), 92-102.
- Dialnet . Salud y Calidad de vida en personas mayores. Francisco Ramos Campos
- Experto universitario en envejecimiento. ESHE
- Revista Española de Geriatría y Gerontología (Vol.37.Núm.S2. Páginas 74-105 (Agosto 2002)
- Revista de Psicología y Educación. Núm. 6, pág.225-238
- OMS | Envejecimiento

Capítulo 526

EPICONDILALGIA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

ANA GAMUNDI OTERO

CELESTINO GARCIA CAPILLA

1 Introducción

La epicondilalgia se define como la irritación y degeneración de los tendones de la musculatura que se inserta en el epicóndilo. Provoca dolor en la cara externa del codo y suele verse agravado al realizar una contracción contra resistencia de la musculatura epicondílea.

Aunque suele relacionarse con el mundo del deporte (de ahí que se conozca con el nombre de ”codo de tenista”), afecta a la población en general. Esta patología es provocada por movimientos repetitivos que conllevan un sobreesfuerzo o vibración de manera continuada sobre el brazo.

2 Objetivos

- Realizar un correcto diagnóstico diferencial para evitar confusiones con otras patologías que cursen con dolor de codo.
- Conocer la causa que esta provocando la patología y hacer consciente al paciente de lo movimientos que debe corregir.
- Normalizar el tono de la musculatura epicondílea para evitar la tensión continuada sobre su inserción.

3 Caso clínico

Acude a consulta un hombre de 45 años, camarero de profesión, actualmente de baja, con dolor en la cara externa del codo de meses de evolución.

En un primer momento, el dolor se presentaba al finalizar su jornada laboral pero desde hace unas semanas, el dolor es continuo y el paciente se queja de que se ve imposibilitado para llevar la bandeja con las bebidas sobre la mano derecha.

Durante la valoración descartamos que se deba a una patología de origen cervical o a un dolor referido por puntos gatillo activos de la musculatura del hombro.

La ecografía nos confirma la epicondilalgia.

Utilizamos la técnica de Electrolisis Percutánea Intratisular (EPI) para actuar sobre los tendones degenerados, recurrimos a las corrientes analgésicas para disminuir el dolor, realizamos punción seca sobre los puntos gatillo encontrados en la musculatura epicondílea y reforzamos la musculatura afectada con ejercicios de fortalecimiento.

El paciente es dado de alta a las 4 semanas pudiendo retomar su actividad laboral.

Se le recomienda modificar el agarre de la bandeja de las bebidas y utilizar una órtesis durante las horas de mayor trabajo para disminuir la tensión de la musculatura en la zona de inserción.

4 Discusión-Conclusión

La epicondilalgia es responsable de multitud de bajas laborales. Es fundamental un diagnóstico correcto para poder actuar de inmediato sobre el origen de la patología. La utilización de la técnica de EPI para tratar esta lesión ha conseguido disminuir significativamente el número de días de baja del paciente.

5 Bibliografía

- www.efisioterapia.net
- www.fisioterapia-online.com
- www.elsevier.es

Capítulo 527

HIGIENE POSTURAL

PEDRO MIGUEL BRAVO MAYORAL

MARTA PEREZ RODRIGUEZ

LAURA DÍAZ LÓPEZ

1 Introducción

La higiene postural es un conjunto de normas, consejos y actitudes posturales, tanto estáticas como dinámicas, encaminadas a mantener una alineación de todo el cuerpo con el fin de evitar posibles lesiones. Su principal objetivo es aprender una serie de normas y hábitos para ayudar a proteger la espalda a la hora de realizar actividades de la vida cotidiana.Una correcta postura de pie, sentado o acostado es aquella que permite la realización de estas actividades con la mayor eficacia.

La ergonomía evita las posiciones forzadas en el trabajo, temperaturas extremas, ambientes contaminados, problemas de sobreesfuerzos, etc. Con esta técnica se obtiene un trabajo más sano y seguro, más agradable y confortable.

2 Objetivos

Estudio de la profilaxis y de la corrección de las posturas incorrectas en las actividades (cotidianas y profesionales) del individuo.

3 Metodología

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

Marco teórico.

Posiciones adecuadas a adoptar acostado.
Boca arriba .
Necesitaremos dos cojines; uno fino debajo del cuello, asegurando que el eje del cuello esté en prolongación con el tronco, y otro un poco más grueso debajo de las rodillas, para corregir el aumento de la curvatura lumbar que se produce en esta posición.

De lado .
Utilizaremos una almohada gruesa de bajo de la cabeza, de manera que el cuello se mantenga en el mismo eje que el tronco. Para que la posición sea más confortable flexionaremos ambas rodillas, o bien, dejaremos la pierna de abajo extendida y la de arriba flexionada y apoyada sobre otra almohada.

Boca abajo.
Es una posición que deberíamos evitar al dormir, ya que provoca un gran aumento de la curvatura lumbar y obliga a mantener una prolongada rotación de la columna cervical. En caso de adoptar esta posición, lo haremos sin almohada debajo de la cabeza y colocando un cojín debajo del abdomen para corregir la columna lumbar.

Cómo acostarse y levantarse de la cama.
Para acostarnos, primero debemos sentarnos al borde de la cama, y seguidamente inclinarse de lado ayudándose con los brazos, al mismo tiempo que subimos las piernas semiflexionadas por el lado.
Para levantarnos, nos colocamos en decúbito lateral, seguidamente dejamos caer las piernas por el lado de la cama al mismo tiempo que incorporamos el cuerpo con la ayuda de los brazos.

Posición de sedestación (sentado)

Sentado en la oficina.
- La silla deberá ser móvil, estable y regulable, para poder elegir la altura adecuada
- La altura será la correspondiente a la distancia entre el hueco posterior de la rodilla y el suelo, de forma que la rodilla quede flexionada en ángulo recto.
- El plano del asiento será ligeramente cóncavo, acolchado y con el borde anterior redondeado, para evitar presiones sobre los vasos y nervios de las piernas.
- El respaldo deberá ser vertical, de unos 50 cm de altura y acolchado en la zona lumbar. Los apoyabrazos cortos, y si carece de ellos, podrá apoyar los antebrazos en la mesa. Es aconsejable el uso de un reposapiés, con una altura regulable hasta 15 cm y una inclinación de hasta 20º.
- Es importante interrumpir la posición estática de vez en cuando, es decir, dar algunos pasos.

Sentado durante el descanso.
- La silla o sillón deberá estar bien almohadillado y con el respaldo inclinado de 10 a 15º para leer y 15 a 20º para el reposo.
- También es importante que tenga apoyo para la cabeza y apoyabrazos, que no deberán ser ni muy separados ni muy altos, para evitar el sufrimiento de los hombros.
- Si levantamos las piernas, éstas deberán quedar siempre con las rodillas ligeramente flexionadas.
- Nunca mantendremos las piernas cruzadas para evitar problemas vasculares.

Cómo sentarse y levantarse de la silla.
Para sentarnos, debemos colocarnos de espaldas a la silla y a continuación agacharnos flexionando las rodillas, con el cuerpo inclinado hacia adelante y la cabeza agachada. También podemos ayudarnos apoyando las manos sobre las rodillas.
Para levantarnos colocamos los pies a nivel del borde anterior de la silla o un poco por detrás. Seguidamente inclinamos el cuerpo y la cabeza hacia delante, y apoyamos las manos en los muslos para que nos ayuden a levantarnos.

Sentado en el automóvil.
- La columna lumbar deberá quedar en posición fisiológica, para ello es necesario que el respaldo tenga forma anatómica. Las rodillas deben estar algo más elevadas que las caderas, y los pedales tienen que manejarse con simples movimientos de tobillo con el talón apoyado.
- El reposacabezas tiene una finalidad protectora, no debemos apoyarnos en él ya que esto limita la capacidad de movimiento de la cabeza.

- El control del volante se llevará a cabo con una ligera flexión de los codos.
Para entrar en el coche, deberemos sentarnos primero lateralmente y luego girar sobre nuestras nalgas.

Posición en bipedestación (de pie).
Bipedestación estática (de pie sin desplazarnos).
En este apartado podríamos incluir algunas tareas domésticas, como planchar o fregar los platos, y todas aquellas actividades profesionales que nos obligan a permanecer de pie sin movernos durante largo rato. En todos estos casos es necesario que la superficie sobre la que se trabaja (tabla de planchar, mesa, etc…), esté adaptada a nuestra altura, de tal forma no debemos flexionar el tronco hacia delante, cuando es demasiado baja, o sin tener que extenderlo en exceso, cuando es demasiado alta.
Los pies deberían estar ligeramente separados, para aumentar la base de sustentación, y uno de ellos más elevado, apoyado sobre un reposapiés, alternando uno y otro pie, sucesivamente.
Es importante interrumpir la posición estática de vez en cuando, dando algunos pasos o apoyándose en una pared.
En algunos casos no será posible adaptar la superficie de trabajo a nuestra altura.Agachar Si la superficie es baja (colocar los platos en el lavavajillas, bañar a los niños en la bañera, etc…), no flexionaremos el tronco para adaptarnos a ella, sino que flexionaremos las rodillas. En caso que la superficie sea alta (pintar la parte alta de una pared, colocar libros en una estantería, etc…), no extenderemos el tronco y los brazos, sino que usaremos una escalera.

Bipedestación dinámica (de pie con desplazamiento).
Esta situación se dará principalmente en tareas domésticas, como fregar el suelo, barrer, sacar el polvo, etc…, aunque también puede haber algunas actividades profesionales en que se de las mismas circunstancias.
A la hora de barrer o fregar, es importante tener en cuenta la longitud del palo de la escoba o fregona, que deberá ser lo suficientemente largo para poder desarrollar la actividad sin tener que flexionar el tronco. Si tenemos que llegar a algún rincón bajo. Nos agacharemos flexionando las rodillas. Al sacar el polvo o frotar los cristales, llegaremos a las zonas bajas mediante una flexión de rodillas y a las zonas altas utilizando una escalera.
En todos los casos se deberá evitar los giros bruscos de tronco. Si hay que realizar giros o torsiones se llevarán a cabo con un movimiento de cadera y rodillas.
Es importante remarcar que nunca se deben utilizar zapatos de tacón alto (recomendable no más de 2,5 cm)

4 Bibliografía

- El web de la espalda [Internet]. Fundación Kovacs, 2003. Normas de higiene postural y ergonomía.
- Menéndez, Carolina G. Posturas para cuidar la espalda La Opinión De Murcia. Martes 5 de marzo de 2013. Salud.
- Edu Sportmec [Internet]. Madrid: Ministerio de Educación; 2010. Higiene postural. Crecer en salud: información para jóvenes. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2008.
- Miranda López, P., Orenes Torrecillas, C., Gutiérrez García, J.J., Ordoñana Martín, J.R., Ramos Postigo, F.B., Martínez López, P.A [et al]. Guía de higiene [monografía en Internet]. Murcia: Consejería de Sanidad;1992.
- Ripol Muñoz, Mª Elena. La tarea de cuidar: higiene postural, movilización y transferencias [monografía en Internet]. Zaragoza: Departamento de Servicios Sociales y Familia; 2011 .
- CEIP La Asomada(Cartagena).

Capítulo 528

LA INFLUENCIA DE LA NUTRICIÓN EN LA CARIES POR EL HIGIENISTA DENTAL.

NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA

NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ

1 Introducción

A pesar de que la reducción de la incidencia y prevalencia de la caries dental en muchos países se relaciona en gran medida con el uso sistemático del flúor en las pastas dentífricas y la mejora de la higiene dental, se debe tener presente la importancia de los hábitos alimentarios en la prevención primaria y secundaria de la caries dental . La dieta y la nutrición intervienen de forma decisiva en el desarrollo somático y dental. También influye en la integridad de los tejidos gingivales, boca y en la prevención y tratamiento de enfermedades estomatológicas.

La nutrición y la dieta influyen en la cavidad bucal, pero también el estado de esta, influye en la capacidad de la persona para consumir una dieta adecuada.

2 Objetivos

- Prevenir la aparición de la caries dental.
- Conseguir evitar la enfermedad crónica e infecciosa más común del mundo, pues una gran consecuencia es la pérdida de dientes por caries.

3 Metodología

Es una de las funciones de la higienista dental facilitar información y educación al respecto la nutrición que puede provocar o frenar la caries. Para ello debemos conocer y diferenciar los alimentos cariogénicos, carioestaticos y anticariogenicos e intentar aplicar a nuestras dietas. La frecuencia de la ingesta de alimentos cariogénicos sobre todo entre comidas, tiene una fuerte relación con el riesgo de caries, pues favorece cambios en el pH y alarga el tiempo de aclaramiento oral lo que incrementa la probabilidad de desmineralización del esmalte.

Respecto a la consistencia y aclaramiento oral son varios los estudios que han observado que algunos alimentos, aún con un alto contenido de azúcar, pueden tener mayor solubilidad y son más rápidamente eliminados de la cavidad oral, mientras que alimentos con un alto contenido en almidón pueden incrementar la producción de ácidos y es más lenta su eliminación de la cavidad oral.

4 Resultados

Los carbohidratos que encontramos formando parte de los alimentos son fundamentalmente: monosacáridos (glucosa, fructosa, galactosa), disacáridos (sacarosa = glucosa + fructosa, maltosa = glucosa + glucosa, lactosa = glucosa + galactosa), oligosacáridos (de 3 a 8 moléculas de glucosa) y polisacáridos (almidón). La cocción y preparación de los alimentos afectará a la composición de los hidratos de carbono de la comida y tendrá influencia en su potencial cariogénico.

1. Los alimentos cariogenicos son los que contienen carbohidratos fermentables que, cuando se ponen en contacto con los microorganismos de la cavidad bucal, acidifican el pH de la saliva a menos de 5,5 y estimulan las bacterias destruyendo los tejidos duros calcificados dentarios . La bajada del pH de la placa se normaliza en la media hora posterior a la última ingestión de alimentos. Pero si se mantienen azúcares en la boca (consecuencia de una deficiente higiene bucal o de una alta frecuencia de consumo) este pH se mantiene ácido y la desmineralización continúa. Si los períodos de desmineralización del diente son largos o demasiado frecuentes, se favorece más fácilmente la aparición de caries.

Estos alimentos son:
- Dulces, azúcar, bebidas azucaradas, miel, uvas (sacarosa).
- Pan y cereales refinados (glucosa, fructosa , almidón).
- Pastas, patatas y frutas(lactosa, almidón).

Los no cariogenicos son:
- Vegetales cocinados, frutas (Almidón crudo)
- Vegetales crudos, frutas, legumbres, leche (sorbitol, manitol)
- Carne huevos , queso, maíz, aceite, pescado, cacahuetes, semillas (Xylitol, no hidratos de c carbono).

2. Los alimentos cariostáticos son aquellos que contribuyen a frenar o impiden la progresión de la caries. Pueden ser de origen natural o sintético. Son sustitutos del azúcar y estos deberán cumplir una serie de propiedades:
- Tener poder edulcorante suficiente.
- No ser tóxicos.
- Tener un coste razonable.
- No alterar la temperatura de cocción de los alimentos.
- Tener una acción positiva anticaries.

Los edulcorantes, que son de intenso poder endulzante, no calórico. Su sabor es, a misma cantidad, más dulce que el azúcar. Se suelen mezclar con sustitutos del azúcar en distintos alimentos, como:
- Sacarina, su poder endulzante es 450 veces mayor que la sacarosa. Está demostrado su efecto cariostatico activo al inhibir el crecimiento bacteriano con un menor acumulo de placa.
- El ciclamoato, compite con la sacarina por su termo-estabilidad y ausencia del gusto amargo que deja la sacarina. Es 30 veces más dulce que la sacarosa y completamente soluble en agua.
- Aspartamo, es 180 veces más dulce que la sacarosa. Tiene buen sabor, pero no es termoestable. Inhibe el crecimiento bacteriano y la adherencia de la placa.
- Thaumatina, es 3.000 veces más dulce que la sacarosa. Es la proteína de ui planta africana. Se usa con otros edulcorantes en bebidas y refrescos.

Existen otros elementos cariostáticos como son:
- Fosfatos: tienen un efecto carioprotector (dentífricos, pasta pulido),. Potencian la acción anticaries del flúor. Tienen actividad tampón cuando están combinado con azúcares. Su acción consiste en neutralizar los ácidos orgánicos originados en la fermentación de la placa bacteriana. También reducen la velocidad de disolución de la hidroxiapatita.
- Oligoelementos: interaccionan con la placa bacteriana, como el flúor. Otros elementos como el vanadio y el molibdeno parecen tener un efecto reductor de la caries.

- Lácteos: aunque contienen lactosa que es cariogénica también están compuestos por elementos protectores como calcio, fósforo, proteínas (caseína) y grasas.
Grasas: facilitan la limpieza oral, recubren las superficies dentales, impidiendo incluso la entrada de hidratos de carbono. Altas concentraciones de ácidos grasos a pH bajo, tienen propiedades antibacterianas. La única grasa que potencia la caries es la del cacao.
Chocolate: podría contener un efecto protector (aún por demostrar), pues el azúcar del chocolate es menos dañino que cantidades similares de azúcar en otras formas.
Regaliz: parece tener propiedades anticaries. Su acción sería reducir la disolución del esmalte, por estímulo de la secreción salival.

5 Discusión-Conclusión

Se tiende a consumir preferentemente alimentos blandos y se elimina de la dieta los que son difíciles de masticar, lo que se traduce en una alimentación deficiente, generalmente pobre en proteínas y fibra. Además el número, la ubicación y la distribución de los dientes que faltan también afectan a aspectos estéticos, psicológicos y de auto-percepción, influyendo en el menoscabo de la autoestima, dificultando la fonación y la comunicación.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008
- Temario Higienistas dentales de Instituciones sanitarias del insalud. https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-nutricion-caries-accion-preventiva-13042395

Capítulo 529

LA HUMANIZACIÓN EN LAS INSTITUCIONES SOCIO-SANITARIAS: UN PASO OBLIGADO

EMILIA ISABEL GONZALEZ CABEZA

1 Introducción

A lo largo de este capítulo intentaremos entender la importancia que tiene la humanización en las instituciones socio-sanitarias desde diferentes puntos de vista, comenzaremos por definir; ¿qué se entiende? por; "humanización de los servicios de salud": es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud, cuando estos valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, podemos hablar de humanización.

Es fundamental tener claro que humanizar la asistencia socio-sanitaria no pasa solamente por desarrollar y ejecutar programas encaminados a mantener la salud o recuperarla en caso de haberla perdido, sino que, además, tiene que abarcar conceptos mucho más extensos e igual de importantes como el respeto de los valores, el manejo de los sentimientos de frustración y pérdida, el respeto a la autonomía, etc. En definitiva, hay que considerar a la persona como un todo, es un compromiso ético que abarca la persona de forma global e integral.

Para una intervención tan global se necesita de una gran capacitación de los agentes sociales en el ámbito de la inteligencia del corazón o emocional, de las habilidades para entrar en el mundo personal y particular de la persona a la que se tiene que tratar, no solo atendiendo o cubriendo sus problemas o necesidades,

sino que habría que explorar los recursos y habilidades que las personas tienen frente a un proceso de enfermedad o dependencia.

Fomentar la dignidad de todo ser humano constituye el fundamento principal de toda acción humanizadora. Hay que saber, ponerse en la piel del paciente, es una persona que tienen necesidades fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento o de autorrealización, en definitiva, las necesidades que tienen todas las personas y que se acentúan cuando se pasa por una enfermedad o se es dependiente de otro.

2 Objetivos

Objetivo principal.
- Describir cómo se ha ido evolucionando en los últimos años, en el trato y el cuidado del paciente, hacia prácticas donde se intenta tratar otros aspectos del enfermo que pueden ser esenciales para que el paciente se sienta en un mejor entorno de bienestar y seguridad.

Objetivos secundarios.
- Analizar, como poder medir la calidad asistencial del paciente, la importancia de la cultura y de las relaciones paciente-profesional o paciente-familiar.
- Definir como los cuidados paliativos han supuesto un gran avance hacia la humanización de las instituciones socio-sanitarias.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de principales fuentes bibliográficas en diferentes bases de datos como Scielo y Pubmed, que tratan de primera mano, los avances hacia la humanización en el cuidado y trato de pacientes, además se han incluido opiniones personales basada en la amplia experiencia profesional en este ámbito.

4 Resultados

Muchos autores se han sumado a impulsar el concepto de asistencia sanitaria personalizada o centrada en la persona, abordándolo desde una perspectiva global, con su autonomía y su dimensión subjetiva, es decir, no tratando al enfermo como un número de historial, sino como persona, teniendo muy presente además

de los aspectos fisiológicos, los no menos importantes aspectos psíquicos, espirituales, biográficos y sociales, ya que, "detrás de cada persona enferma esta un ser humano con todas sus vivencias y su personalidad".

En el ámbito del instituto de salud se lleva tiempo reflexionando en torno al concepto de la humanización, pasando de unos inicios con escasos fundamentos a promover jornadas y sesiones de trabajo que ponen el foco en la necesidad de humanizar la existencia. Desde los inicios hay un intento serio de profundizar en el significado de humanizar la asistencia hospitalaria, involucrando la gestión, el funcionamiento de la estructura y sobre todo a los profesionales del sector que son los actores principales por su contacto directo con el paciente.

Por otra parte, las políticas sociales han experimentado un avance importante en nuestro país en los últimos años, poniendo el foco no solo en la atención hospitalaria sino también en la asistencia a las personas mayores, un colectivo que cada día es más numeroso, teniendo en cuenta la demografía y el aumento de esperanza de vida. Estas políticas hablan ya de envejecimiento activo y saludable, promoviendo la calidad de vida y la buena salud y fomentando el ejercicio físico y la interacción social con el fin de reforzar la autonomía, impedir el aislamiento, en definitiva, lograr que las personas mayores disfruten de esa etapa de su vida sin sentirse "una carga o un estorbo".

En cuanto a la asistencia de las personas mayores el pionero fue el Plan Gerontológico, que empezó su vigencia en 1992, lográndose avances significativos y un nivel razonable de ejecución. Posteriormente, El Plan de Acción para las personas mayores 2003-2007 tuvo como primer objetivo el desarrollo de los principios de envejecimiento activo, desatacando la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, fomentando hábitos de vida saludable que lleven una vida sana y autónoma. No podemos obviar que las personas mayores y los dependientes son colectivos muy vulnerables a la hora de que sus derechos sean respetados, por eso podemos decir sin exagerar que: los servicios sociales en España constituyen un sistema consolidado, con fuerza en su implantación y desarrollo, aunque sin perder de vista aspectos que son susceptibles de mejora y que sobre todo necesitan de financiación y soporte por parte de las Administraciones Públicas. ¿Cómo medir el grado de calidad? Existe una línea muy fina entre humanización-deshumanización, según varios estudios consultados se puede medir la calidad asistencial (indicadores de calidad) pero no se tiene datos objetivos sobre la humanización y mucho menos cuando se trata de asistencia a pacientes dependientes.

Los indicadores de calidad comparan las expectativas que tiene los usuarios con la percepción respecto al servicio prestado, es decir, comparan lo que el usuario espera recibir de la asistencia, con lo que percibe. Para que los indicadores de calidad tengan buena puntuación es muy importante la fiabilidad (prestar el servicio prometido de modo cuidadoso y fiable) la capacidad de respuesta o disposición del personal para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido, de seguridad, conocimientos, atención y habilidades mostradas por los profesionales y sobre todo empatía o esfuerzo por entender la perspectiva del usuario mediante la atención individualizada.

En un nivel superior se encuentran los modelos de excelencia que ponen en marcha nuevos procesos, todos ellos encaminados a conseguir una asistencia de más alta calidad, teniendo como meta prioritaria la humanización o estar ya en la senda de conseguirlo. Para hablar de humanización también se debería especificar de manera exhaustiva, en ¿qué consiste la deshumanización?, este concepto tiene un amplio significado, pero por concretarlo un poco, hablaríamos de una pérdida de la identificación personal en favor del colectivo, es decir "ser un número en el hospital". Dentro de este contexto también podríamos hablar de ¿cómo se anteponen las necesidades de un centro asistencial a cualquier necesidad del enfermo o residente? En muchos sentidos el sistema, es un negocio, una empresa, y como tal tiene objetivos, algunos de los cuales pueden converger con las necesidades del paciente como la disminución de los días de ingreso, la reducción de las listas de espera, la compra de nueva tecnología para avanzar en el diagnostico o la implantación de nuevos tratamientos para alcanzar la curación de ciertas patologías.

Si se permite que las instituciones se dejen llevar solo, por los objetivos empresariales, se irá estableciendo una mentalidad centrada en los propios derechos y la propia funcionalidad, es decir funcionar como una cadena de montaje, olvidándonos el objetivo principal que no es "montar coches" sino atender a personas con muchas necesidades. Si esto ocurriera se iría perdiendo el compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad, sin olvidarnos, que, promover la dignidad de todo ser humano constituye el fundamento principal de la acción humanizadora. La dignidad es el pilar sobre el que se sustenta toda acción que quiera ver en el otro, un semejante, ayudándolo a ser él mismo para que contribuya con su personalidad a la construcción de un mundo más igualitario, más justo, más pacífico y más saludable.

Revisemos el concepto contrario, cuando hablamos de deshumanización, rápida-

mente se nos viene a la cabeza la despersonalización, asociando a ésta, la pérdida de las características profundas de las personas y que al final nos lleva a la frialdad de las relaciones interpersonales y a descuidar la dimensión emotiva y de valores del ser humano. Es una cuestión compleja que abarca más que la falta de cariño o empatía, en la atención, lleva asociada consigo unas consecuencias muy graves como pueden ser; la falta de autonomía en el enfermo y sus familiares, la sensación de ser un número de historia clínica y por lo tanto tener nula participación en los procesos terapéuticos, lo que repercute de manera directa en la salud del paciente. En cuanto al personal asistencial, se ve abocado a una instrumentalización, es decir funcionar prácticamente como un robot, centrándose solo en las funciones y dejando de lado las emociones, suyas y principalmente del enfermo o persona asistida.

Hay que tener en cuenta que el mundo de la asistencia y por ende de la dependencia es muy complejo y existen muchos parámetros que condiciona la deshumanización. Un factor esencial es el, factor económico, ya que, sin una gran provisión de fondos es imposible llegar a una asistencia integral. La escasez de recursos, se ve agravada por la magnificación de los centros, tanto sanitarios como gerontológicos. Se debería poner, especial hincapié en la distribución de los recursos que la administración dedica a este apartado tan importante, siendo muy escrupulosa con la gestión que lleven a cabo las personas encargadas de distribuirlos, evitando en la medida de lo posible los sobre-costes de las partidas o incluso la desviación de fondos.

Debe existir un grado importante de compromiso y concienciación de las personas que estén encargadas de distribuir dichos recursos y también de los profesionales encargados de utilizarlos. Los avances en las técnicas de curación pueden humanizar o deshumanizar según se utilicen, pero, en última instancia quien humaniza o deshumaniza es el ser humano. Una mala práctica de los recursos no solo victimiza a la persona enferma o asistida, sino que también perjudica al personal involucrado, llevándolo a un desgaste psicológico que puede terminar en el temible burnout o más conocido como "síndrome del quemado", sin perder de vista que la persona necesitada va a ser la más afectada por su vulnerabilidad.

La cultura y las relaciones, marcan de forma relevante como se desencadena el proceso, la forma de relacionarnos entre las personas es un parámetro fundamental dentro de la humanización y concretamente, en el ámbito de la salud cobra un sentido especial, ya que, con ella se diagnostica una enfermedad, se pauta un tratamiento, se asignan los recursos, se reconforta o se comunican malas noticias

y por supuesto se le da al paciente o asistido soporte emocional. En este sentido la personalidad del paciente o persona necesitada de asistencia, influirá mucho en las relaciones, no será lo mismo que sea u na persona extrovertida o introvertida, puede querer saber mucho o nada sobre su proceso y puede querer compartir la información o guardársela para sí.

La cultura tiene una intervención importante en la actitud de las personas frente a las enfermedades, ante situaciones de vulnerabilidad, y más drásticamente ante la muerte. El temor a ésta, es universal, se suele pensar en ella como algo que está ahí, pero lejano en el tiempo, sabemos que es ineludible, pero tendemos a pensar que la vida es infinita. Esto, sobre todo, suele ocurrir cuando se trata de personas jóvenes, las personas mayores ya lo ven como algo más cercano y lo tienen más interiorizado. Es frecuente temer más a las circunstancias que rodean a la muerte que a esta en sí misma. La expectativa de sufrir, de estar rodeados de tubos y aparatos, de sentir dolor etc. Hacen a la persona ser muy vulnerable. Las personas mayores pueden llegar a sentirse culpables por lo que hicieron o dejaron de hacer en su vida, pueden sentirse rechazados, en fin, una serie de sentimientos negativos encontrados que necesitarán de ayuda psico-espiritual para gestionarlos.

Tenemos que tener en cuenta que, en esta relación, el profesional que atiende al paciente, tiene una cuota muy importante para que esta sea lo más fructífera posible, y ello pasa por ponerse en la piel del paciente y pensar que el proceso de enfermedad de un paciente le genera muchos y distintos sentimientos. Normalmente suele ser una convivencia o un viaje que a veces tiene un destino feliz y otras muchas se hace largo y tedioso y acaba en una situación terminal. Es un proceso en el que se alternan buenas y malas noticias, momentos de esperanza y preocupación, pero siempre con la idea de formar equipo para luchar juntos contra la enfermedad. A veces se puede dar una relación paterno-filial entre el médico y el paciente y esto hace que el primero se sienta responsable del segundo, y ello lleva acarreado la falta de "poder de decisión" y autonomía del enfermo. A veces, esa protección llega incluso a ocultar el verdadero pronóstico de la enfermedad para que el paciente mantenga las esperanzas.

La familia, en estas situaciones tiene un papel fundamental, ya que, en muchos casos se ven desbordados, tienen sus propios miedos, muchas veces, se cree de manera errónea, que si no se habla de la enfermedad es como si ésta no existiera, es una situación muy difícil que en la mayoría de los casos necesita ayuda para afrontarla. La educación en estos procesos juega un papel muy importante, hay

estudios que señalan que los pacientes con estudios universitarios demandan más información sobre su diagnóstico que los pacientes con un nivel educativo más bajo.

Los cuidados paliativos se ha comprobado que marcan un gran paso hacia la humanización: entendemos por cuidados paliativos, como la asistencia total y activa a los pacientes y a sus familias por un equipo multiprofesional, cuando no hay esperanza de curación y el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida sino en asegurar la máxima calidad de vida posible. El concepto incluye la satisfacción de necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales para el enfermo y la familia. Estos cuidados deben ser individualizados e integrales, porque las intervenciones se planifican desde un orden biológico-psicológico-social y también espiritual. En definitiva, son programas de tratamiento dirigidos fundamentalmente a aliviar los síntomas molestos y a mejorar la comodidad del paciente en fase terminal.

En España en los últimos años los cuidados paliativos han tenido un avance muy importante y están presentes tanto en los hospitales con las unidades de cuidados paliativos, como en el propio domicilio con las unidades de asistencia a domicilio. Se trata en definitiva de mejorar constantemente la manera de tratar y cuidar a una persona enferma durante sus últimos días y hacer posible que el último acto que corone la obra de la vida este rodeado de cuidados repletos de amor y de paz. El concepto de morir con dignidad, es decir, sintiéndose persona y aliviado de todos los síntomas es llevar el término humanización de la asistencia socio-sanitaria a su máximo exponente.

5 Discusión-Conclusión

Podemos señalar que la sociedad está demandando un estilo más horizontal en las relaciones ayudante-ayudado, en el que el profesional reconoce al otro como adulto, como persona y no meramente como un número de historial. Las personas dependientes son aquellas que necesitan de una atención permanente, bien sea por razones de edad, de enfermedad o discapacidad y esto conlleva una pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial. Por lo tanto, precisan de la atención de otras personas y de su ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVVD).

Estas personas demandan cada vez más, un sistema socio-sanitario humanizada, es decir, que esté al servicio de la persona, pensada y concebida para atender

todas sus necesidades. Por lo tanto, debemos conseguir un sistema sanitario integrado, que proteja y promueva la salud, que no permita las discriminaciones, que permita la implicación y participación de los usuarios y que garantice la salud de todos los ciudadanos.

Estamos tomando conciencia de que la humanización del mundo socio-sanitario o de la dependencia, abarca muchos ámbitos e implica muchos actores: la persona mayor, dependiente, el enfermo, el personal sociosanitario, las administraciones, los políticos, la investigación biomédica, la educación y sobre todo los valores.

En situaciones de enfermedad grave el paciente tiene derecho a esperar la curación y a aceptar o no su situación. Las habilidades de comunicación y la experiencia del médico serán muy importantes a la hora de mantener el equilibrio entre contar la realidad de la enfermedad y la esperanza en la curación. Así como, el apoyo de la familia, que será determinante.

En definitiva, podemos concretar que si humanizar es hacer digno de la condición humana todo cuanto se vive, las relaciones interpersonales juegan un papel fundamental. Con ellas se puede tender hacia la personalización y dignificación o hacia todo lo contrario. Es obligación de la sociedad actual encontrar formas de trabajo en las que el fin último sea conseguir la humanización en las instituciones socio-sanitarias, los cuidados paliativos han supuesto un gran paso hacia un futuro más humanizado de las instituciones.

Por último, no quiero dejar de exponer, mi propia visión basada en mis más de 20 años de experiencia profesional, en el ámbito de los cuidados gerontológicos, en los que uno llega a entender cuáles son los sentimientos y las demandas de nuestros mayores. Nuestra profesión es muy dura física y psicológicamente, puesto que convivimos casi a diario con la muerte, pero también es muy gratificante poder arrancarle una sonrisa a personas que necesitan tanto y son tan vulnerables. No se trata tanto de cubrir sus necesidades físicas, que también, sino como de darles cariño, comprensión y hacerles sentir que no están solos y sobre todo estar ahí siempre que nos necesiten para darles unas palabras de ánimo y que se sigan sintiendo importantes y necesarios. No somos los sustitutos de los familiares, sino que debemos estar para llenar esos huecos y hacerlo con toda la paciencia y amor que seamos capaces.

Debemos y queremos que nuestros ancianos pierdan el miedo a la soledad, haciéndoles sentir que estamos ahí para lo que necesiten. No es tarea fácil, teniendo en cuenta la masificación de los centros geriátricos, pero nuestra priori-

dad debe ser humanizar lo máximo posible la asistencia y procurarles felicidad hasta el final de su existencia.

6 Bibliografía

- Qué es humanizar la salud- Jose Carlos Bermejo. Revista Iberoamericana de bioética, editada por la Universidad Pontificia de Comillas.
- Humanización de la asistencia al enfermo. Victor Frankl. Sol Terrae 1999.
- Humanización de la atención sanitaria. Rosa Carabias, Marta Villacieros. Ética de los cuidados 2011 Jul-Dic.
- Plan de la humanización de la asistencia hospitalaria. INSALUD.
- Deshumanización. Editorial Cáritas 2007.
- El médico, su paciente y la enfermedad. Michael Balint. Editorial libros básicos. Buenos Aires 1986.
- Un enfermo en la familia. Antonio Rocamora. Editorial San Pablo. Madrid 2000.
- Medicina paliativa. Diccionario Mosby de medicina y ciencias de la salud. Ed. Harcourt S.A.
- Conspiración de silencio en familias y pacientes al final de la vida. Rosa Carabias; Jose Carlos Bermejo. Artículo publicado por Elsevier España S.L 2011.

Capítulo 530

CRITERIOS RADIOLÓGICOS Y FACTORES DE EXPOSICIÓN DE LA COLUMNA VERTEBRAL TOTAL

ISABEL REGO GONZÁLEZ

1 Introducción

Para estudiar la alineación total de la columna vertebral hay que hacer una placa en su totalidad, es decir, que incluya desde la primera vértebra cervical a la primera sacra. Si no es posible realizarlo en una única placa, es importante que en cada una de ellas se incluya la región adyacente, de modo que por superposición se pueda reconstruir la totalidad de la curva.

2 Objetivos

- Describir la utilidad de la radiografía de la columna vertebral, así como sus posiciones durante la prueba.

3 Metodología

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

4 Resultados

La radiografía de la columna vertebral sirve para:
- Reproducir linealmente la superficies inferior y superior de los cuerpos vertebrales en el centro de lazo y visualización de los espacios vertebrales.
- Reproducir nítidamente los pedículos.
- Visualizar las articulaciones intervertebrales. Reproducir las apófisis espinosas y transversas.
- Visualizar nítidamente las estructuras trabeculares y corticales.
- Visualizar suavemente los tejidos adyacentes.

No es recomendable hacer uso de la colimación estrecha particularmente en las primeras radiografías, debido a que puede existir deformidades en las zonas adyacentes a las costillas y a la pelvis que pueden tener importancia. Es importante tener en cuenta en este estudio la dirección de las curvas vertebrales en relación con el haz de rayos X, cuando la concavidad de una curva mira hacia el tubo las vértebras se verán separadas en la radiografía, mientras que si es la convexidad la que se dirige hacia el tubo las vértebras alejadas de las de rayos X se verán superpuestas. Si alguna zona de la columna no se puede enderezar, se coloca al paciente de manera que la concavidad mire hacia el tubo o bien se ladea el haz de rayos X para separar entre sí las imágenes de las vértebras. Se utilizarán protectores gonadales en tiroides, mamas y gónadas para proteger frente a la radiación con excepción de la región lumbosacras y sacra en la mujer.

5 Discusión-Conclusión

Es importante qué el técnico de rayos conozca la técnica para ayudar al paciente a colocarse de la forma correcta.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 531

CISTOGRAFIA

MARIA LUISA TOCINO SANCHEZ

1 Introducción

Se conoce como cistografía a la exploración radiológica de la vejiga urinaria, usando para ello un medio de contraste que puede ser una solución iónica o no iónica. Antes de realizar el estudio el paciente debe ser sondado utilizando para ello unas medidas de asepsia muy rigurosas.

2 Objetivos

- Describir en qué consiste la cistografía y sus indicaciones.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos sobre la urografía publicados en revistas indexadas en las bases de datos de Pubmed y Scielo. Las palabras clave utilizadas han sido: cistografía, vejiga.

4 Resultados

La realización de unas cistografía está indicada en los siguientes casos:
- Ante la sospecha de ruptura de la vejiga.
- En los casos de existencia de divertículos en la vejiga.
- Para demostrar la presencia de fístulas.

- Ante la sospecha de hernias vesicales.

En primer lugar se realiza una radiografía simple antero-posterior (AP) de la vejiga utilizando para ello una placa de 24 × 30 colocada longitudinalmente, centrada a nivel de la depresión el de los tejidos blandos que se encuentra situada justo por encima del punto más prominente del trocánter mayor, y se centra el rayo con una inclinación de unos 15° en dirección caudal a unos cuatro o 5 cm por encima de la sínfisis del pubis. Después de la placa simple, procedemos al sondaje con una sonda con balón tipo foley desde la uretra hasta llegar a la vejiga soltando la pinza de la sonda y drenándola para prepararla para la introducción del contraste hidrosoluble triyodado hasta que el paciente avise que tiene ganas de orinar. En ese momento se realiza una radiografía AP centrada en vejiga, una oblicua posterior derecha e izquierda y una lateral. Después de realizar la radiografías oblicuas se suele hacer una placa Post miccional.

5 Discusión-Conclusión

La cistografía es un método diagnóstico para detectar patologías vesicales frecuentes donde es importante instaurar un tratamiento para la pronta recuperación del paciente.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 532

COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCOPICA (CPRE O ERCP)

CARMEN NIÑO ANTOMIL

1 Introducción

Procedimiento que permitirá al médico diagnosticar los problemas de la vesícula biliar y conductos biliares y del páncreas. Siempre y cuando no exista dilatación de las vías biliares ni obstrucción de la ampolla hepatopancreática o ampolla de Vater. Es una técnica que combina la radiación y el uso de un endoscópio de fibra óptica.

2 Objetivos

- Describir para qué sirve la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y sus utilidades.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos sobre la CPRE publicados en revistas indexadas en las bases de datos de Pubmed y Scielo. Las palabras clave utilizadas han sido: CPRE, colédoco, ampolla de valer,

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 533

GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

MARIA LUISA CUELLO ANTUÑA

RAQUEL GARCÍA PANDIELLA

1 Introducción

Llamamos gestión de residuos al conjunto de actividades cuya finalidad es dar a los residuos el final más adecuado. Estas actividades son un conjunto de operaciones que comprende: clasificación, manipulación, segregación, envasado, etiquetado, transporte y almacenamiento.
Hay dos tipos de gestión:
- Gestión interna: que consta de operaciones de manipulación, clasificación, envasado, etiquetado, recogida, y almacenamiento dentro del centro de trabajo.
- Gestión externa: consta de operaciones de recogida, transporte, tratamiento y eliminación de los residuos una vez que han sido retirados del centro que los generó.

Las normas para la gestión de residuos vienen determinadas por:
- Ley 10/1998 de residuos.
- Ley 22/2011 de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados.
- Plan estratégico de residuos del Principado de Asturias 2014-2020.

Para realizar esta tarea es importante conocer las definiciones que se exponen a continuación:
- Residuo sanitario: todos los residuos en cualquier estado que se generen de la actividad sanitaria en cualquiera de sus centros. Se incluyen envases y residuos de envases que los contengan o los hayan contenido.

-Centro sanitario: cualquier instalación que, de forma permanente o temporal, desarrolle actividades a la atención de la salud humana o veterinaria. Asistencia sanitaria al paciente, análisis, investigación, obtención o manipulación de productos biológicos, medicina preventiva, asistencia veterinaria, servicios funerarios y forenses.
- Residuo biosanitario: residuos sanitarios potencialmente contaminados con sustancias biológicas por haber entrado en contacto con pacientes o líquidos biológicos.
- Residuos citotóxicos: residuos de medicamentos que producen toxicidad celular y todo el material que haya estado en contacto ellos.
- Residuos citostáticos: residuos de medicamentos que inhiben el crecimiento celular y todo el material que haya estado en contacto ellos.
- Contenedor: recipiente en el que se acumulan los residuos.

La producción de residuos urbanos y asimilables a urbanos se ha incrementado muchísimo en los últimos años. Este problema es general en toda Europa. Somos una sociedad con mayor capacidad de consumo, a la que se le ofrecen gran cantidad de productos envasados, cuyo envase se convierte en residuo una vez finalizado su uso. Los centros sanitarios no son ajenos a esta tendencia. En ellos se producen gran cantidad de residuos difíciles de reciclar, además de por su composición por la cantidad. Las farmacias, cocinas y almacenes de los centros sanitarios son grandes productores de envases, por lo que se hace necesario y es muy importante la recogida selectiva de estos productos.

2 Objetivos

- Exponer la problemática asociada a los residuos, así como los tipos existentes y su gestión en el medio sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura existente. Hemos consultado tanto las normas para la gestión de residuos así como el Plan Estratégico de Residuos del Principado de Asturias.

4 Resultados

Los residuos generados en la actividad sanitaria se clasifican en residuos sanitarios peligrosos y no peligrosos.
La Ley 10/1998, de 21 de abril, de residuos, define como residuos urbanos o municipales "los generados en domicilios particulares, comercios, oficinas, y servicios que no tengan la calificación de peligrosos y que por su naturaleza o composición puedan asimilarse a los producidos en los anteriores lugares o actividades".

1. Tipos de residuos. Clasificación:
1.1. Residuos sanitarios no peligrosos:
- Grupo I: residuos generales asimilables a urbanos. Estos residuos se generan fuera de la actividad sanitaria y no precisan de ninguna medida de tratamiento especial. Coinciden con los residuos domésticos o municipales.
Entre ellos se encuentra: biorresiduos: residuos alimenticios y de cocina procedentes de las plantas de hospitalización, comedores, cafeterías, etc. También se encuentran en este grupo los residuos biodegradables de jardines; residuos procedentes de la actividad administrativa. Papelería en general; residuos procedentes de las actividades de limpieza y mantenimiento. Muebles en desuso, colchones, palets, etc; residuos municipales: papel, cartón, vidrio, plásticos, etc; residuos procedentes de pacientes no infecciosos que no están incluidos en los grupos II y III. Los centros sanitarios son grandes productores de este tipo de residuo, por lo que se hace necesario un sistema de recogida selectiva de este tipo de residuos.
- Grupo II: residuos sanitarios asimilables a urbanos. Son residuos que se generan a consecuencia de la actividad sanitaria asistencial y/o la investigación asociada. No son residuos peligrosos por lo que su recogida y eliminación no precisa de ningún tratamiento especial. Estos residuos son: restos de curas, bolsas de diuresis vacías, restos de pequeñas intervenciones quirúrgicas, objetos punzantes y cortantes que no hayan estado en contacto con infecciosos, material contaminado una vez que se haya descontaminado, residuos de hemodiálisis no contaminados con VHB o VIH (entre otros), vacunas inactivadas, sangre y hemoderivados en forma líquida en cantidades menores a 100ml, residuos de liposucción con alto contenido en grasa, etc. También restos asociados a animales que no hayan sido infectados, su eliminación se encuentra regulada por el Reglamento(CE)1069/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 21 de octubre de 2009.
1.2 Residuos peligrosos:
- Grupo III: residuos sanitarios peligrosos. Son los residuos generados como consecuencia de la actividad sanitaria, veterinaria o de investigación que conllevan

a un riesgo potencial para los trabajadores expuestos o para el medio ambiente.

- Grupo IIIA: residuos biológicos. Son aquellos que precisan requisitos especiales de transporte y eliminación para evitar infecciones, ya que están contaminados con agentes patógenos que pueden resultar contaminantes para el medio ambiente. Estos residuos son: infecciosos (pueden transmitir enfermedad en el momento actual) como restos de brucellosis, pus, secreciones respiratorias, secreciones de lesiones, excretas, material contaminado con sangre, LCR, y tejidos de infectividad alta, cólera, etc. Agujas y material punzante o cortante utilizados en la actividad sanitaria y que están en contacto con fluidos. Cultivos y reservas de agentes infecciosos (placas de Petri, hemocultivos, líquidos, etc). Residuos infecciosos de animales de experimentación. Vacunas vivas o atenuadas, así como viales y jeringas con restos de ellas. Sangre y hemoderivados en cantidades mayores a 100 ml. En el caso de la orina puede ser vertida por el desagüe y el recipiente que la contuvo puede tratarse como residuo de grupo II. En el vertido por el desagüe se debe tener especial precaución con las salpicaduras y la formación de aerosoles.
- Grupo IIIB: residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos. Engloba restos de medicamentos anticancerosos, así como el material sanitario de un solo uso que haya estado en contacto con el fármaco. Restos de viales y ampollas sin usar, mezclas intravenosas no usadas, medicamentos caducados, productos de derrames y extravasaciones, excretas de pacientes que han recibido el medicamento, material desechable contaminado, equipos de trabajo y EPI empleados en cualquier fase del proceso, filtros de las cabinas de seguridad empleados en la preparación del fármaco para su administración.
- Grupo IIIC: residuos químicos. Son aquellos residuos sólidos, líquidos o gaseosos procedentes de productos químicos que por su composición se consideran peligrosos, bien por la propia sustancia presente en el residuo bien por la concentración de la misma. Disolventes halogenados y sus mezclas que contienen más del 2% de algún halogéno, disolventes no halogenados que contienen más de un 2% en halógenos, disoluciones acuosas de productos orgánicos e inorgánicos, ácidos o mercurio, entre otros.

2. Contenedores.

Los residuos sólidos urbanos no reciclables y los del grupo II pueden depositarse en bolsas que irán depositadas en contenedores y carros para su posterior traslado. Los contenedores deben ser: impermeables, opacos, resistentes a la humedad y desechables para la recogida de los residuos del grupo III, no generar emisiones tóxicas, presentar asepsia y no poseer elementos cortantes o punzantes en el exterior, además de ser resistentes a la rotura, y de un solo uso. Deben ir

identificados con el tipo de residuo que contiene y su fabricación debe estar homologada. En este grupo sólo se permite usar envases rígidos, resistentes a la perforación externa e interna y a la rotura, con cierre hermético, pictograma de riesgo biológico. Los envases para residuos del grupo III B tendrán las mismas características que los anteriores y llevarán el pictograma de riesgo citotóxico. Se ha de tener en cuenta que las bolsas y los contenedores rígidos no deben llenarse por seguridad. Ha continuación se enumeran las características que ha de poseer cada contenedor en función del tipo de residuo que alberga.

Contenedores para residuos del Grupo I:
- Bolsa de color azul de polietileno impermeable y resistente a las roturas. Para una capacidad menor de 60 litros debe ser de mínimo 200 galgas, y para una capacidad de entre 60 y 100 litros, de 300 galgas. En estas bolsas se depositará papel y cartón.
- Contenedor rígido azul: papeleras para 30 a 60 litros, contenedores con ruedas y pivotes DIN para una capacidad de 120 a 240 litros. Se recoge en ellos papel y cartón.
- Bolsa amarilla y papeleras de 30 a 60 litros donde se depositan plásticos.
- Papelera blanca de 30 a 60 litros para vidrio.
- Bolsa negra de polietileno. Para menos de 60 litros debe ser de mínimo 200 galgas, y si es de entre 60 y 100 litros, de 300 galgas para residuos municipales.

Contenedores para residuos del Grupo II:
- Bolsa verde de poliuretano, impermeable y resistente a la rotura con autocierre. Para una capacidad menor de 60 litros debe ser de 200 galgas, y para una capacidad de entre 60 y 100 litros, de 400 galgas.
- Papelera verde rígida para capacidad menos a 60 litros, y contenedor con ruedas y pivotes DIN para de 120 a 240 litros de capacidad.

Estos contenedores deben ser técnicamente seguros y debidamente señalizados para el manejo de material cortopunzante.

Contenedores para residuos del Grupo IIIA:
- Bolsa amarilla de poliuretano, impermeable y resistente a la rotura. Para una capacidad menor de 60 litros debe ser de 300 galgas, y para una capacidad de entre 60 y 100 litros, de 500 galgas.
- Envase rígido de color amarillo desechable, opaco e impermeable, resistente a la rotura y la perforación interna y externa, con cierre hermético. Para volúmenes inferiores a 5 litros, dotado de una tapa con un mecanismo adecuado para la desactivación de los dispositivos dotados con elementos cortantes o punzantes

insertados en forma de lanza o rosca.
- Envase color amarillo con las características anteriores (excluyendo el mecanismo específico de desactivación de dispositivos), de un volumen mayor que el anterior y de hasta 60 litros. Los envases se identificarán con la señal de peligro biológico.

Contenedores para residuos del Grupo IIIB:
- Envase rígido rojo, desechable, opaco e impermeable resistente a la rotura y la perforación interna y externa, libre de sustentación. La tapa constará de un mecanismo para la desactivación de los elementos cortantes o punzantes insertados en forma de lanza o de rosca. Para volúmenes inferiores a 5 litros.
- Envase rígido rojo, desechable, opaco e impermeable, libre de sustentación, resistente a perforaciones internas y externas y con cierre hermético. Volumen inferior a 60 litros. Estos recientes se usan para todo tipo de residuos citostáticos y citotóxicos.

Contenedores para residuos del Grupo IIIC:
- Garrafas azules de polietileno, de alta densidad de boca estrecha y cierre hermético para líquidos. Volúmenes de 5 a 25 litros.
- Bidones azules de polietileno, de alta densidad de boca ancha con cierre a rosca o ballesta herméticos y con junta de estanqueidad. Volúmenes de 30 a 120 litros.
- Bidones azules metálicos y boca ancha con cierre ballesta herméticos. Volúmenes de más de 200 litros.

3. Etiquetado. Los recipientes o envases que contengan residuos peligrosos deberán ir etiquetados de forma clara, indeleble y legible, además de llevar el pictograma adecuado. En la etiqueta deben constar:
- El código de identificación del residuo, según los Reales Decretos 833/1988 y 952/1997.
- Nombre, dirección y teléfono del titular del residuo.
- Fecha de envasado, donde costará cuando se completa el llenado y comienzo del almacenamiento.
- Naturaleza de los riesgos del residuo.
La etiqueta, de tamaño 10x10cm, se fijará al envase y llevará el pictograma del residuo correspondiente representado en negro sobre fondo amarillo-naranja.

4. Minimización. Son las medidas organizativas y operativas que permiten disminuir, hasta niveles económicos y factibles, la cantidad y peligrosidad de los residuos.

5. Manipulación. El mayor riesgo se produce en la carga y descarga, así como en el transporte.
6. Segregación y acumulación. Esta tarea debe realizarse fuera de las zonas de hospitalización y atención al paciente y en lugares dispuestos para ello, a fin de minimizar el riesgo.
7. Trasporte interno. Debe haber circuitos de forma que se evite cualquier riesgo para pacientes, personal o visitantes.
8. Almacenamiento intermedio. Depósito temporal (no más de 24 horas) de los residuos, debidamente segregados, hasta su transporte y depósito en el almacén. En estas zonas los residuos se almacenarán en soportes o carros para su posterior traslado al almacén final. Serán zonas de acceso restringido, con paredes y suelo impermeable, sin ángulos y con un sumidero central, cuya ubicación no puede coincidir con circuitos limpios o zonas de tránsito. Deben estar debidamente señalizados
9. Almacenamiento final. Ha de ser de uso exclusivo y separado de actividad sanitaria. Puede ser interior o a la intemperie o bien una combinación de los dos. Los residuos de tipo III se almacenarán en contenedores con llave. Los residuos del Grupo IIIA se recogerán cada 48-72 horas, salvo agujas y material punzante y vacunas vivas o atenuadas. Este almacén será un local separado de la actividad sanitaria, bien ventilado, espacioso iluminado señalizado y protegido de las temperaturas elevadas (cubierto) y protegido de la acción de animales. Dispondrán de suelo y paredes de materiales que se puedan limpiar a diario. Tendrá tomas de agua y desagüe, además de un fácil acceso, sin escaleras y una pendiente menor al 5%. Solo entrará personal autorizado.
10. Gestión externa de residuos. Cada centro cederá sus residuos a gestores autorizados de residuos

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que se entienda que, cada recurso natural y/o material utilizado (agua, suelo, madera, combustibles, metales, etc.) está limitado tanto por sus fuentes como por las formas de desecharlo. El primer principio en el manejo de residuos es evitar el propio residuo. La excesiva generación de residuos, y especialmente de envases se ha convertido en uno de los principales problemas ambientales, llenando los vertederos y contaminando el aire, el suelo y el agua. Por ello la recogida selectiva de residuos es una actividad muy positiva y necesaria. El objetivo que persigue la gestión de residuos es separar y recuperar la mayor cantidad posible de materiales que se desechan y por tanto disminuir el

volumen de residuos de los vertederos.

Los residuos peligrosos representan un peligro para el medio ambiente, la salud humana o los recursos naturales. La gestión de estos residuos, además de ser imperativo legal, es el mejor camino para que los residuos tengan el tratamiento adecuado. Herramientas para la clasificación de los residuos, que se puede usar de forma complementaria:
- Fichas de datos de seguridad de los productos que han intervenido en la formación del residuo.
- Lista Europea de Residuos (LER).
- Caracterización analítica por laboratorio externo.

Recurriendo a las dos primeras herramientas se puede conseguir clasificar, razonadamente un determinado residuo. El primer paso será consultar las fichas de seguridad de los productos, que han intervenido en la generación del residuo e identificar el residuo dentro de la lista de la LER. Si no se consiguiera información concluyente, se recurrirá entonces a una característica analítica del residuo por un laboratorio.

6 Bibliografía

- SESPA y Gobierno del Principado de Asturias. Guía para la gestión de residuos sanitarios del Principado de Asturias. 2014-2020.
- Gobierno de Asturias, Consejería de Sanidad. Manual Básico de Gestión de Residuos Sanitarios del SESPA.
- Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados.

Capítulo 534

TERAPIA OCUPACIONAL PARA PERSONAS CON DEMENCIA Y SUS CUIDADORES FAMILIARES EN EL HOGAR

BEATRIZ RAMOS LORENZO

1 Introducción

La mayoría de las personas con demencia viven en el hogar y dependen de recibir atención de cuidadores familiares [1]. Los miembros de la familia que asumen el papel de cuidador primario posteriormente informaron mayores tasas de tensión del cuidador, problemas de salud física y mental, y experimentan dificultades para mantener el empleo, las actividades de ocio y las interacciones familiares que afectan su calidad de vida [2]. Con un número cada vez mayor de personas diagnosticadas con demencia, la demanda de investigación sobre enfoques que permitan a las personas quedarse en casa el mayor tiempo posible y evitar la institucionalización con el consiguiente aumento en los costos de atención médica es fuerte [3].Sin embargo, para que las personas con demencia se queden en casa, los cuidadores familiares necesitan apoyo para optimizar la independencia de la persona en las AVD y poder comprender y responder a los cambios en el comportamiento y las necesidades psicosociales de la persona, entre la miríada de otros problemas cotidianos que Necesito atender.

La investigación que prueba los efectos de las intervenciones no farmacológicas para personas con demencia se está expandiendo. 1 Las intervenciones no farmacológicas pueden desempeñar un papel en retrasar el deterioro funcional,

reducir la gravedad de BPSD y apoyar a los cuidadores familiares. Las revisiones sistemáticas de las intervenciones no farmacológicas [3] y las Guías de práctica clínica para la demencia en Australia han señalado el potencial de la terapia ocupacional para las personas con demencia que viven en la comunidad [4].Los terapeutas ocupacionales tienen como objetivo mejorar el ajuste entre la ocupación (por ejemplo, actividades y roles), las capacidades de la persona y el entorno físico y social en el que viven para optimizar la participación en actividades, roles y relaciones valiosas. Para las personas con demencia, este proceso puede implicar ayudarles a identificar actividades que consideren significativas, simplificar e implementar estas actividades de tal manera que optimice su participación en ellas y elimine los estresores y las distracciones del entorno [5]. También implica colaborar con los cuidadores familiares para ayudarlos a reconocer y ajustar más fácilmente los aspectos de la actividad y el entorno que permiten este compromiso y participación.

2 Objetivos

Determinar y evaluar el efecto de la terapia ocupacional proporcionada en el hogar sobre las actividades de la vida diaria, los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia y la calidad de vida para las personas con demencia, y el efecto sobre la carga del cuidador familiar, la depresión y la QOL.

3 Metodología

Buscamos en las bases de datos PUBMED y Google Académico y realizamos una búsqueda manual de artículos. Se seleccionaron los trabajos publicados en los idiomas español e inglés hasta diciembre del 2019. En la búsqueda se emplearon los siguientes descriptores: “Demencia“, “terapia ocupacional”, “familia “, “Alzheimer”, “memoria”, “lenguaje” y “cuidadores”.

Con los criterios de búsqueda se obtienen 135 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo un total de 9.

4 Resultados

Los efectos de las intervenciones se presentan por separado a continuación para las personas con demencia y sus cuidadores familiares. Todos los tamaños de los

efectos se basaron en las diferencias entre grupos medidas después de la finalización de las intervenciones, con siete estudios [7] que proporcionaron datos de uno o más puntos de seguimiento más allá de la finalización de la intervención. Solo los datos de los puntos de tiempo de seguimiento de 3 o 6 meses se incluyeron en los metanálisis. No se incluyeron puntuaciones de cambio. Trece estudios [5] compararon la terapia ocupacional con la atención habitual o el control de la atención y se presentan primero. Luego se presentan dos estudios que compararon la terapia ocupacional con otra intervención [8].

5 Discusión-Conclusión

Se debe considerar la derivación a terapia ocupacional para personas con demencia en etapa moderada y sus cuidadores familiares para apoyar y optimizar la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades cotidianas y mejorar su calidad de vida mientras vive en casa. La terapia ocupacional en los estudios de esta revisión, como muchos enfoques en terapia ocupacional, comprendía múltiples componentes. Los terapeutas trabajaron tanto con la persona con demencia como con su cuidador familiar para identificar sus objetivos, adaptar y adaptar las actividades para la persona con demencia, y modificar el entorno para mantener su compromiso y participación [4]. Los terapeutas ocupacionales también brindaron apoyo al cuidador familiar como individuo, sin embargo, los beneficios sobre la carga del cuidador aún no se han aclarado. Si bien se pueden hacer esfuerzos para identificar qué 'componente' de la terapia ocupacional proporciona beneficios, la fortaleza de la terapia ocupacional está en su enfoque integrado para analizar la ocupación (actividad), el entorno físico y social y sus recursos, y las habilidades del individuo, para guiar la intervención [6].

Algunos estudios [4] [6] informaron el tiempo de capacitación que los terapeutas ocupacionales necesitaban para proporcionar las intervenciones que iban de 16 a 80 horas, con una mediana de 25 horas. La traducción de esta investigación a la práctica deberá considerar el conocimiento y la habilidad de los terapeutas ocupacionales involucrados; viabilidad y preparación de las organizaciones para implementar el uso de visitas domiciliarias de terapia ocupacional múltiple; disponibilidad de fondos suficientes o modelos de atención que permitan múltiples visitas domiciliarias; y la conciencia de otros profesionales de la salud para referirse a la terapia ocupacional, donde esté disponible [9]. El esfuerzo para ampliar el uso de la terapia ocupacional que se brinda en el hogar es complejo y requeriría una fuerza laboral bien calificada y modelos de referencia y finan-

ciación receptivos. Esto tiene implicaciones para la capacitación que actualmente brindan las escuelas de terapia ocupacional y las organizaciones de capacitación específicas para la demencia y la educación de las partes interesadas sobre el alcance completo de la práctica de terapia ocupacional para este grupo de clientes.

Los resultados sugieren que la terapia ocupacional proporcionada en el hogar puede mejorar una variedad de resultados importantes para las personas con demencia y sus cuidadores familiares. Los profesionales de la salud podrían considerar derivarlos para terapia ocupacional.

En resumen, existe evidencia de que la terapia ocupacional que se brinda en el hogar puede ayudar a optimizar el rendimiento de la AVD de las personas con demencia, reducir el comportamiento y los síntomas psicológicos (pero no la depresión y la ansiedad) y contribuir a mejorar su calidad de vida. También puede tener efectos beneficiosos sobre la angustia del cuidador familiar con los comportamientos, el número de horas que asiste a la persona con demencia y mejorar la calidad de vida del cuidador familiar. Sin embargo, la traducción de este conocimiento a la práctica requerirá más investigación para determinar el modelo de terapia más rentable y cómo se pueden superar los desafíos para su entrega.

6 Bibliografía

1. Sociedad de Alzheimer. Estadísticas del informe Demencia 2014 , 2016 . Disponible en: https://www.alzheimers.org.uk/statistics.
2. Brodaty H , Donkin M . Cuidadores familiares de personas con demencia . Diálogos Clin Neurosci 2009 ; 11 : 217 - 28 .
3. Brodaty H , Arasaratnam C . Metaanálisis de intervenciones no farmacológicas para síntomas neuropsiquiátricos de demencia . Am J Psychiatry 2012 ; 169 : 946 - 53
4. Graff MJL , Vernooij-Dassen MJM , Thijssen M , y col. . Terapia ocupacional basada en la comunidad para pacientes con demencia y sus cuidadores: ensayo controlado aleatorio . BMJ 2006 ; 333 .
5. Gitlin LN , Invierno L , Burke J , et al. . Actividades personalizadas para controlar los comportamientos neuropsiquiátricos en personas con demencia y reducir la carga del cuidador: un estudio piloto aleatorio . Am J Geriatr Psychiatry 2008 ; 16 : 229 - 39 .
6. Ley M , Cooper B , Strong S , et al . El modelo Persona-Medio Ambiente-Ocupación: un enfoque transaccional para el desempeño ocupacional . Can J Oc-

cup Ther 1996 ; 63 : 9 - 23 .
7. Gitlin LN , Invierno L , Dennis MP , et al. . Orientación y manejo de los síntomas conductuales en personas con demencia: un ensayo aleatorio de una intervención no farmacológica . J Am Geriatr Soc 2010 ; 58 : 1465 - 74 .
8. Voigt-Radloff S , Graff M , Leonhart R , y col. . Un ECA multicéntrico sobre terapia ocupacional comunitaria en la enfermedad de Alzheimer: 10 sesiones no son mejores que una consulta . BMJ Open 2011 ; 1 : e000096 .
9. Gitlin LN , Marx K , Stanley IH , y col. . Traducción de intervenciones de cuidado de demencia basadas en evidencia a la práctica: estado de la ciencia y próximos pasos . Gerontólogo 2015 ; 55 : 210 - 26 .

Capítulo 535

CÁNCER DE MAMA. ETIOPATOGÉNIA.

INMACULADA PEREZ MONTIEL

1 Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad que se encuentra entre las principales causas de muerte a nivel mundial en los paises occidentales. Una de cada ocho mujeres va a padecer esta enfermedad a lo largo de su vida. Aunque es más frecuente en mujeres, también puede darse algún caso en hombres.

2 Objetivos

- Conocer el cáncer de mama, cómo se desarrolla, cuáles son sus síntomas, cómo se diagnostica y prevención de la enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

El cáncer de mama es la proliferación maligna de las células mamarias. Las células mutadas se dividen sin control produciendo un tumor. Algunas de estas mutaciones proceden de genes heredados de padres a hijos, sin embargo en la mayoría de los casos estos cambios del código genético se producen a lo largo de la vida. Esta enfermedad puede tener el origen genético, en cuanto a los genes que pueden portar mutaciones y predisponen al paciente a sufrir este tumor hereditario son BRCA 1 y BRCA 2; y otros como Rb, P53, NF-1 que pueden estar mutados tanto en el cáncer esporádico como en el hereditario.

Los principales tipos de cáncer son entre otros:
- El carcinoma ductal infiltrante, el cual se desencadena en los conductos que llevan la leche por la mama hasta el pezón. Este es el tipo más frecuente, (80% de los casos).
- El carcinoma lobulillar infiltrante, que se produce en los lobulillos donde se forma la leche. Este ocupa el segundo lugar, (10-12% de los casos).

El cáncer de mama se desarrolla en estadios, que nos indican en el grado en que se encuentra el mismo.
- Estadio 0: Las células no presentan carácter invasivo, se encuentran localizadas.
- Estadio 1: El cáncer está en un nódulo y aún no se extiende a otros tejidos, es inferior a 2 cm.
- Estadio 2: Se puede extender fuera de la mama y seguí siendo inferior a 2cm; o bien crecer hasta llegar a 5 cm y tener el 50% de posibilidad de haberse extendido a ganglios axilares.
- Estadio 3: El nódulo puede alcanzar los 5cm y extenderse a la axila; o bien el tumor puede alcanzar otros tejidos cercanos a la mama.
- Estadio 4: Las células se han extendido a otros tejidos y órganos del cuerpo, es decir hay metástasis.

Los síntomas más característicos son:
- Un engrosamiento en el pecho.
- Inversion del pezon, secreción.
- Cambio de tamaño de una mama.
- Formación de hoyuelos en las mamas, enrojecimiento e incluso cambios en la piel de la areola.

Los factores de riesgo de sufrir este tumor, además del componente genético son:

- La edad; ya que la cifra de casos aumenta entre las mujeres con edades comprendidas entre los y 50 y los 69 años.
-La menstruación precoz y la menopausia tardía.
-Embarazos a edad avanzada.
- El tabaco.
- La dieta poco equilibrada.

En cuanto al diagnóstico, está basado en el empleo de técnicas y pruebas que requieren alta calidad combinadas con el criterio del profesional médico. Algunas de estas pruebas son la mamografía, la ecografía, la biopsia y la resonancia magnética. También el uso de otras pruebas como la analítica de sangre en el que se estudian marcadores tumorales, complementan el diagnóstico y ayudan al seguimiento de la enfermedad. Entre los marcadores más usados destacan el antígeno carcinoembrionario (ACE) y el antígeno de carbohidrato 15-3 (CA 15-3). Los métodos mediante los cuales se puede tratar el cáncer de mama son estudiados específicamente en cada caso y pueden ser cirugía, quimioterapia y radioterapia.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad se llevan a cabo campañas de detección precoz dirigidas a la población de riesgo. El pronóstico de esta enfermedad está muy condicionado por el estadio en el que se encuentre en el momento en el que es diagnosticada. Por tanto estas campañas junto a la autoexploración se consideran la mejor herramienta para la lucha contra esta enfermedad.

6 Bibliografía

- Http://scielo.sld.cu/scielo.php.
- https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-el-origen-genetico.
- https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama.

Capítulo 536

ESTUDIO DE LAS ETS EN EL DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.

ANA ISABEL MENENDEZ DE LA CERA

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) también llamadas infecciones de transmisión sexual (ITS) están causadas por bacterias, virus o parásitos que se adquieren o transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual por fluidos orgánicos como el semen, la sangre o fluidos vaginales entre otros; aunque también pueden se pueden transmitir de forma no sexual como por ejemplo a través de transfusiones sanguíneas , pinchazos con agujas contaminadas e incluso de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

Pueden afectar tanto a hombres como a mujeres, pero por norma general provocan daños más graves en la salud de las mujeres. Más de un millón de personas contraen una ETS cada día; por eso son unos de los problemas sociales y de más actualidad que nos rodean.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Informar sobre la situación epidemiológica de las ETS.

Objetivos secundarios:

- Disminuir los obstáculos personales e institucionales con el diseño de mensajes de prevención.
- Facilitar toda la información necesaria para poner freno a éstas infecciones que tanto nos afectan hoy en día.

3 Metodología

Para la elaboración y diseño de éste trabajo he realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como MedLine, LILACS, CUMED, Sciencie Direct así como en la biblioteca virtual en salud Ibecs. En el desarrollo del tema se utilizan procedimientos actuales, específicos y concretos tratando siempre la información obtenida con el máximo respeto. Además he empleado manuales y protocolos de laboratorio basados en las técnicas más utilizadas y actuales. Las palabras claves usadas han sido: ETS, ITS, análisis ETS, sífilis o VIH.

4 Resultados

Las ETS pueden ser causa de embarazos ectópicos, abortos, infertilidad, infecciones congénitas y peri anales, cáncer de cérvix, ano y pene; así como de la transmisión del síndrome de la inmunodeficiencia humana más conocido como VIH.

En el laboratorio se realizan pruebas diagnósticas que permiten analizar de forma rápida y simultanea más de una enfermedad con un sólo cartucho como por ejemplo ocurre con la sífilis y el VIH. Por el contrario otras bacterias, hongos, parásitos o virus necesitan de otros cultivos y pruebas serológicas para su cuantificación y posterior diagnóstico.

En el tracto genital masculino encontramos bacterias que moldean la flora normal como los Staphylococcus coagulasa negativos o Corynebacterias; así como en el tracto genital femenino lo componen los Lactobacillus. Por otro lado la flora patógena que encontramos la clasificamos en bacterias, hongos, parásitos y virus de la siguiente forma:
- Bacterias como la Neisseria gonorrhoeae (causante de la gonorrea), Treponema pallidum (sífilis o chancro duro), Gardnerella vaginalis, Haemophilus duchreyi (chancro blando), Mycoplasma o Ureaplasma y la Chlamydia trachomatis.
- Hongos como Cándida spp.
- Parásitos como las Trichomonas vaginalis.

- Virus como Citimegalovirus, herpes virus genital (VHS), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o el candiloma acuminado (Papilomavirus).

Las muestras más utilizadas para el posterior cultivo son de exudados vaginales o uretrales tanto femeninas como masculinas respectivamente. Se utilizan hisopos finos, con varilla de alambre o plástico, no muy flexibles de alginato cálcico o Dracon, con medios de transporte Stuart Amies en donde es necesario para una correcta recogida de la muestra, introducir dos centímetros en el interior de la vagina o uretra y rotar la torunda. Se recomienda la recogida de dos muestras, una se utilizará para cultivo y la otra para un examen directo.

En el laboratorio de Microbiología se realizan los pertinentes cultivos de éstos exudados en donde se procesan en diferentes placas con medios de cultivo selectivos y enriquecidos, para poder efectuar la posterior identificación de los microorganismos en estudio, donde los más utilizados son:
• Tayer-Martin y NYC para Neisseria gonorrhoeae.
• Gardnerella para Gardnerella vaginalis.
• Agar Chocolate para Haemophilus duchreyi.
• Saboureaud para Cándida spp.
• Roiron y Diamod (medio líquido) para Trichomonas vaginalis.

Hay que destacar que diferentes bacterias presentan dificultades para su crecimiento por lo que se han desarrollado métodos serológicos que no ayudan a su cuantificación, para ello necesitaremos muestras de sanguíneas obtenidas por venopunción. Éstos utilizan altos títulos de anticuerpos usándose métodos de fijación del complemento. Se utilizan para bacterias como la Chlamydia trachomatis (bacteria intracelular) y para el Treponema pallidum para el cual el método más recomendado es FTA-ABS por su alta sensibilidad y especificidad.

Esto mismo ocurre con los virus, donde tenemos que recurrir a test de inmunofluorescencia directa del raspado de la lesión o test serológicos de EIA (enzimoinmunoanálisis). Ocurre con el diagnóstico de Herpes virus genital (VHS) o Papilomavirus (HPV) donde éstas técnicas nos permiten detectar los Ac circulantes.

El virus del VIH pertenece a la familia Retroviridae y concretamente al género Lentivirus del se puede diferenciar dos subgrupos; el VIH 1 que es el más extendido en el mundo y el VIH 2 más limitado, principalmente en África occidental.

Su estructura posee una envoltura lipo-proteica y una nucleocápside central llamada “core” con dos cadenas de ARN y las enzimas necesarias para el ciclo vital.

En el laboratorio se diagnostica con diferentes métodos que a continuación se explican:
1. Métodos indirectos por EIA donde destacaremos el Western Blot determinante en su confirmación, basado en detectar Ac específicos frente a diferentes proteínas del VIH.
2. Métodos directos como la detección del Ag P24 que nos indica replicación activa, es detectado durante la fases aguda de la enfermedad y nos ayuda en un diagnóstico precoz y como marcador pronóstico de la infección. También se usan técnicas como la PCR o Reacción en cadena de la Polimerasa que nos permiten detectar la infección en estadios iniciales donde los Ac aún no están presentes.

Para el tratamiento de las ETS se usan antibióticos, a menudo de una sola dosis, que pueden radicar infecciones causadas por bacterias y parásitos. Por el contrario, para el VIH o herpes se utilizan medicamentos antivirales que mantienen la enfermedad bajo control aunque el paciente seguirá siendo portador y podrá transmitir la infección. Ejemplo de antibióticos son azitromicina, ceftriaxona, ciprofloxacina, penicilinas y antivirales como aciclovir o rilpivirina.

5 Discusión-Conclusión

La OMS elabora normas y pautas mundiales para tratar y prevenir la ITS; y se encarga de dirigir el programa mundial de investigaciones respecto a éstas. A día de hoy existen vacunas eficaces y seguras como ocurre con la vacuna del HPV incluida en programas de inmunización sistemática en 85 países, en su mayoría de medianos y altos ingresos. Con éstas podríamos prevenir la muerte de millones de mujeres afectadas de cáncer cervicouterino; y su administración se realiza en mujeres comprendidas entre los 15 y 26 años.

Aunque el método barrera más eficaz sigue siendo el preservativo, siempre y cuando su uso sea el correcto y por sistema. En España la vigilancia de la ETS se realiza a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y de Sistema de información Microbiológica (SIM).

Por lo que respecta al laboratorio se seguirá trabajando en el avance de las técnicas actuales y en el desarrollo de otras, para así poder realizar un diagnóstico precoz para su posterior tratamiento y ofrecer al paciente afectado una buena calidad de vida.

Y en conclusión se deben aunar esfuerzos para mejorar la prevención, diagnós-

tico, tratamiento y control de éstas infecciones; ya que en España en los últimos años se ha incrementado notoriamente el número de casos.

6 Bibliografía

- Grupo de Enfermedades Infecciosas. Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención primaria. SCMFIC, SVMFIC, SBMFIC, SMMFYC Madrid, 2005.
- ESSTI. Sexually Transmitted Infections in Europe. London: health Protection Agenci; 2008.
- Guía de Buena Práctica Clínica en tratamiento antimicrobiano en la comunidad: Organización Médica Colegial; 2006.
- Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al.Global and Regional Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2016. WHO Bulletin. June 2019.
- Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación de la epidemia de sida, diciembre de 2009.
- MAD 2019. Técnico Especialista en Laboratorio. Volumen 3.
- Ministerio de Sanidad. Informe de Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedades de Transmisión Sexual en España 2017.
- Panel de Lineamientos sobre Antirretrovirales para Adultos y Adolescentes. (2012).Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- Internatonial Union against Sesually Transmitted Infections (IUSTI). European STD guidelines. Int J STD & AIDS 2001; 12.

Capítulo 537

EL ROL DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LA REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS

PAULA IGLESIAS PAJARES

1 Introducción

Actualmente, el cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres de todo el mundo (Ruíz 2015). A nivel mundial, según datos del 2008, se diagnosticaron 1.380.000 nuevos casos de cáncer de mama. En España se diagnostican 26.000 nuevos casos cada año, lo que significa un 30% de los tumores diagnosticados en el total de mujeres. Se estima que 1 de cada 8 mujeres tendrá cáncer de mama en su vida.

El cáncer de mama afecta a un órgano en concreto que cumple unas determinadas funciones fisiológicas en la mujer. Tiene un fuerte significado social para el sexo femenino por el hecho de que la mama es un órgano que se considera como una seña de identidad. La importancia social que tiene la apariencia de la mujer en la actualidad hace que el aspecto psicológico y el impacto en la calidad de vida sea más fuerte que en otros tipos de tumores.

Es importante un acompañamiento continuo en todas las fases del proceso de la enfermedad, desde el diagnóstico, hasta la recuperación y por ello es importante el papel del equipo sanitario durante todo el proceso de la enfermedad.

Los servicios de sanitarios, desde la unidad de patología mamaria donde comienza el diagnóstico de la enfermedad hasta la atención primaria donde continuarán las revisiones periódicas, tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunicaciones en todas las etapas del ciclo vital y en su proceso de desarrollo (RDL 1231, 2001).

Teniendo en cuenta la importancia de la sexualidad y el atractivo físico en la cultura occidental y lo que supone su pérdida, se cree necesario el aporte de información, recursos materiales, asociaciones, por parte de los servicios sanitarios, acerca de las técnicas y otros métodos que ayuden a la mujer a paliar este malestar en el caso de mujeres mastectomizadas o que han sufrido una notable tumorectomía.

La caída del cabello también es uno de los síntomas más frecuentes como consecuencia del tratamiento. Es aconsejable cortar el pelo antes de que empiece a debilitarse para evitar el impacto de su caída. Además, existe la posibilidad de utilizar pelucas (evitando las pelucas permanentes y aquellas que utilicen pegamentos agresivos) y pañuelos de algodón para mejorar el aspecto y la comodidad de las mujeres.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Analizar los problemas biopsicosociales de las mujeres que padecen este tipo de cáncer.

Objetivos secundarios:
- Determinar pautas de actuación en relación al afrontamiento de la enfermedad en el ámbito del profesional sanitario.
- Describir las características y necesidades de la mujer tras la detección de una neoplasia mamaria.
- Enumerar las terapias rehabilitadoras para mujeres intervenidas por neoplasia mamaria.
- Identificar los recursos materiales necesarios para mejorar el aspecto y autoestima de las mujeres mastectomizadas.

3 Metodología

Para la elaboración este trabajo se ha realizado, en primer lugar, una búsqueda libre y desordenada en Google académico para conocer el estado actual del tema y concretar la estructura, los objetivos y el desarrollo posterior del trabajo.

Una vez planteados y definidos los objetivos se ha llevado a cabo una búsqueda rigurosa para profundizar en el tema y conocer las nuevas evidencias científicas respecto a la adaptación global de las mujeres mastectomizadas, desde un punto de vista del equipo de enfermería.

Se recurrió a buscar en fuentes de datos secundarias como lo son las principales bases de datos de Ciencias de la Salud: Dialnet, sciELO

También se ha buscado información en páginas de asociaciones oficiales como la AECC (Asociación Española contra el Cáncer) y FECMA (Federación Española de Cáncer de mama).

4 Resultados

El cáncer de mama es uno de los cánceres más comunes en los países desarrollados y en el nuestro está en el segundo puesto de la lista de causa de muerte en mujeres de cada vez menor edad (AECC, Asociación Española Contra el Cáncer) , debido a lo cual hace que la prevención sea una de las medidas más importantes a la hora de reducir su incidencia y prevalencia.

A este cáncer se le asocia además un gran estigma social (Rincón Fernández et al. 2012) por lo que las mujeres que son diagnosticadas de ello sufren una gran conmoción caracterizada por una fase de negación incluso represión evitando hablar de ello y evitando la información sobre el tema.

Como respuesta a los objetivos planteados, se observan pautas de actuación como:
- La realización estudios personalizados, con encuestas, equipos de psicólogos y valoración del entorno social del paciente para determinar los problemas biopsicosociales de manera individualizada, así como las necesidades que puedan ir sobrevenidas de ello.
- La elaboración talleres y terapias donde las pacientes que sufran esta enfermedad tengan claras unas pautas de actuación y unas rutinas en relación a su cambio de vida.

- Dar a las pacientes mastectomizadas recursos y toda la información relacionada con la medicina estética y psicológica para abordar el cambio físico y psicológico que conlleva desde el hospital y siguiendo por atención primaria.
- Crear sesiones de terapias rehabilitadoras de fisioterapia y medicina física individualizadas para cada paciente según en el momento de la enfermedad en el que se encuentren. FECMA (Federación Española de Cáncer de mama).

5 Discusión-Conclusión

Todo tratamiento del cáncer de mama deriva en unas secuelas en la mujer. Estas pueden ser temporales o permanentes y afectan a la mujer en todas sus dimensiones: biológica, psicológica y social.
- El equipo sanitario es la encargado de proporcionar la información para prevenir las secuelas y también en los casos en los que ya estén presentes, conocer qué se puede hacer para mejorar la calidad de vida de las mujeres.
- El grado en el que las secuelas de la enfermedad afecten a la mujer van a depender directamente de la eficacia del trabajo de los profesionales y de la participación de la propia paciente y su circulo social.
- Se debe enseñar a las mujeres a vivir con el diagnóstico de la enfermedad, reduciendo el impacto que éste genera a todos los niveles.
- La decisión de hacerse o no una reconstrucción mamaria es muy personal. No existe una "decisión correcta universal" en lo que respecta a la mastectomía y la reconstrucción mamaria.

6 Bibliografía

- Ruíz, P. (2015). Estudio sobre la calidad de vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama Tesis Universidad de Murcia. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=99899.
- Rincón Fernández, ME., Pérez San Gregorio, MA., Borda Mas, M., y Martín Rodríguez, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. Universitas psychologica, 11(1), 25-41.
- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.
- Boletín Oficial del Estado Madrid núm. 269, de 9 de noviembre de 2001, páginas 40986 a 40999 (14 págs.)

- Cáncer de mama (2019), artículo de la página oficial de AECC , Recuperado de https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Datos-cancer-mama_2019_0.pdf.

Capítulo 538

EL ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA DESDE UN ÁMBITO BIOPSICOSOCIAL

PAULA IGLESIAS PAJARES

1 Introducción

La enfermedad crónica es un trastorno tanto orgánico como funcional que obligará al paciente y a su entorno a una modificación en el modo de vida el cual persistirá durante un largo tiempo o para toda la vida.

Enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.

El diagnóstico de una enfermedad crónica es una crisis imprevisible que sufre el paciente, lo que puede provocar en él una serie de reacciones a nivel psicológico como negación, regresión, ansiedad.

Una vez asimilado el impacto, ya en la fase de reacción el paciente podrá tomar varias posturas como afrontar la enfermedad como un castigo, esperar un tratamiento nuevo que presente su curación lo que finalmente hará que se desespere en la mayoría de los casos y que no sea capaz de seguir el tratameinto, encontrar muchas dificultades como horarios, dietas para cumplir con esas pautas... etcétera.

Nosotros como profesionales sanitarios debemos de acompañar y enseñar en todo el proceso de la enfermedad desde la fase de impacto que le producirá ese cambio hasta la fase de reorganización.

Este trabajo se va a basar en las acciones que deben de seguir todo el personal sanitario en su conjunto para que ese impacto que sufre el paciente así como la manera de afrontar su enfermedad y la forma de tomar su nueva vida sea lo menos traumático y rápida posible.

2 Objetivos

- Ayudar al paciente y a su entorno a aceptar y convivir con la enfermedad.
- Conseguir un correcto autocuidado, la confianza y la seguridad del paciente consigo mismo.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro se ha hecho primeramente una búsqueda de información libre en Google académico para conocer el tema y los datos del mismo en la actualidad poder concretar objetivos y el cuerpo del trabajo.

En segundo lugar se han descrito los objetivos y se ha hecho una búsqueda más detallada del tema desde un punto de vista sanitario, para ello se ha recurrido a buscadores científicos como SCiELO, Dialnet, OMS.

Finalmente se ha realizado una lectura crítica de todos los artículos que se habían seleccionado previamente y se enfoca hacia lo que se quería transmitir.

4 Resultados

Como resultados a los objetivos planteados se pueden seguir ciertas pautas de actuación como son:
- Observar las implicaciones de su círculo social con la enfermedad y fomentarles a ser partícipes de ellas siempre y cuando no sea perjudicial para el paciente.
- Propiciar momentos de conversación con el paciente y con los familiares, creando un clima de confianza sin forzar.
- Enseñar pautas en su autocuidado y reconocer sus logros.

- Poner a su alcance recursos como asociaciones, información lo que aporta seguridad en el paciente al sentirse perteneciente de un grupo.
- Evitar el aislamiento también con terapias de grupos de personas con características similares y asociaciones.

5 Discusión-Conclusión

A la conclusión que podemos llegar tras la revisión bibliográfica del tema, es que una enfermedad crónica conlleva al paciente a sufrir cambios no solo a nivel fisiológico si no a nivel psicológico y social, no podemos olvidar que somos seres biopsicosociales y una alteración en uno de esos ámbitos creará también de manera colateral un desajuste en los otros dos aspectos.

De esta manera no debemos olvidarnos de esa parte que es igual de importante que la parte biológica por lo que debemos abordar la enfermedad del paciente crónico desde una disciplina psicológica.

6 Bibliografía

- Página oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas [online]. 2005, vol.1, n.2, pp. 125-137.
- Diana Marcela Achury Saldaña, Lilia Andrea Buitrago Malaver, Intervención de enfermería en los pacientes con depresión después de un infarto audo de miocardio , Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo: Vol. 11 Núm. 1 (2009).
- Stefano Vinaccia, Psic. Revista Colombiana de Psiquiatría, El Patrón de Conducta Tipo C en Pacientes con Enfermedades Crónica.

Capítulo 539

UN ACTO DE VALENTÍA DE LA SOCIEDAD: ATAJAR EL ACOSO ESCOLAR (BULLYING).

LLARA LOBO BARRO

MARIA DEL MAR BARRO RIVERA

1 Introducción

El bullying no es un fenómeno nuevo, de hecho, ha existido durante generaciones. Los niños siempre han sufrido amenazas, abusos y humillaciones, pero en estas últimas décadas es cuando ha empezada a considerarse como un verdadero problema de difícil solución.

La evolución de las tecnologías (internet, móviles, programas informáticos de comunicación y redes sociales entre otros) han recrudecido éste fenómeno del acoso, puesto que trasciende más allá del entorno del acosado, haciéndose el problema de mayor magnitud implicando de forma pasiva como meros espectadores a una globabilidad de personas, que hace que el acosado se sienta aún más humillado.

El acoso escolar es un abuso de poder de forma repetida, con la única intención ridiculizar y hacer daño. Esta forma de violencia gratuita atenta directamente contra el derecho fundamental que tienen los niños y adolescentes de sentirse seguro afectando a su desarrollo personal, psicológico, social y afectivo.

Es una de las formas de violencia que mayor repercusión tiene en niños en edad escolar. La agresión es verbal, psicológica, física o sexual, y generalmente no

ha sido precedida de provocación por parte de la víctima ya que la mayoría de los casos suelen ser niños tímidos, retraídos o con algún tipo de complejo y el agresor cuenta con la ventaja de que la víctima, en la inmensa mayoría de los casos, no intentará defenderse. Distintos autores lo definen como "un continuado y deliberado maltrato verbal y de modales agresivos que recibe un niño por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objeto de someterlo, apocarlo, asustarlo, amenazarlo y que atentan contra la dignidad del niño" (Oñate y Piñuel, 2005).

Se comienza a usar éste vocablo a raíz de un incidente en Noruega a finales de 1982, cuando sale publicado en la prensa el suicidio de tres niños a consecuencia del acoso continuo que sufrían por parte de otros compañeros de clase. El impacto fue de una magnitud a nivel mundial y la Organización Mundial de la Salud lo consideró en 1999 como un problema universal (WHO, 1999).

La sociedad es cada vez más consciente de éste problema y muestra más rechazo a estos comportamientos que dan lugar a una agresión violenta y gratuita, repetida y cruel hacia los escolares más débiles desde sus propios compañeros. Pero, ¿ qué estamos haciendo mal cuando nuestros menores llegan a ensañarse con sus iguales de tal manera.

2 Objetivos

- Analizar este fenómeno a nivel nacional e internacional, describir sus características más significativas e identificar las diferentes formas de acoso y sus principales consecuencias.

3 Metodología

Abordamos el análisis del fenómeno Bullying realizando una revisión de la literatura científica, seleccionando artículos con información relevante para la temática de nuestra investigación. Nos centramos en trabajos originales.

Son consultadas distintas bases de datos, entre ellas Dialnet, Medline, Cuiden, Scielo así como trabajos pertenecientes a la Editorial Elsevier. El idioma de publicación de los mismos eran, en su mayoría, castellano.
Usamos descriptores como: "bullying", "acoso", "violencia en colegios" y "maltrato escolar".

4 Resultados

Después de revisar la bibliografía, el acoso escolar está presente en todos los centros educativos y en todos los niveles de enseñanza, aunque suele ser más acusado en los últimos cursos de Primaria y a principios de la enseñanza Secundaria. A pesar del alto número de niños implicados, los adultos, padres y profesores suelen ser ajenos a esta situación, puesto que los alumnos se sienten incapaces de contarlo, por miedo a las amenazas recibidas y a posibles represalias, porque no creen ser creídos o simplemente porque piensan que no pueden ayudarlo. Quieren sencillamente dejar pasar el tiempo con la esperanza de caer en el olvido de su agresor. Intentan soportar en silencio a espera de dejar de ser el centro del acoso.

Si bien es cierto, que un pequeño número de ellos sí lo cuenta a sus padres, sobre todo los de menores edad. Muchas veces desde los propios centros escolares se tiende a minimizar el problema debido a la mala publicidad para la institución. Los padres son los denunciantes en la mayoría de los casos conocidos. Un estudio llevado a cabo en 11 países de la Unión Europea en el año 2009, sitúa el porcentaje de acoso escolar en nuestro país en torno al 23,7% para niños de 8 a 18 años (Analitis et al, 2009; Milton et al, 2004). Casi un cuarto de la población menor ha sufrido o sufrirá bullying en el entorno escolar.

El acoso escolar no es únicamente violencia de tipo físico, sino que está compuesto por un conjunto de agresiones verbales, físicas, psicológicas o sexuales, tanto directas como indirectas, de tal forma, que la víctima no es capaz de resolver esta situación por sí misma. Nos encontramos ante una situación que tiende a empeorar progresivamente, ya que el agresor va fortaleciendo su posición, mientras que la víctima va perdiendo confianza y autoestima, sintiéndose cada vez más indefensa.

Esta conducta se da también fuera del horario escolar y tiende a hacerse crónica. Existe una intención clara de hacer daño. El acosador suele recibir apoyo de otros compañeros, mientras que la víctima recibe burlas y pasividad del resto de alumnos.

5 Discusión-Conclusión

Vivimos en comunidad y nos relacionamos con las personas de nuestro entorno. Respecto a las causas por las que un chico se convierte en agresor o en víctima, di-

remos que no existe una única razón. Los menores especialmente, por la etapa de desarrollo personal que atraviesan, necesitan pertenecer a un grupo. Se sienten reforzados y más seguros dentro de ese grupo. Buscan ser aceptados por todos los que lo forman. Precisamente por ello se refuerza la figura del líder, que actúa y toma decisiones que afectan a todos.

Es precisamente esta figura de líder la que la mayoría de las veces ejerce abuso de poder sobre otras personas externas al grupo, para reforzar así su posición ante los demás. Necesita demostrar su posición para ganarse la admiración y respeto del resto. Y el acosado suele ser una persona tímida, acomplejada, y normalmente más solitaria y aislada, que se sitúa en la indefensión ante los ataques del líder. El resto de las personas del grupo apoyan o son meros espectadores, sin intervenir por medo a ser expulsados del grupo.

Es probable también que si un niño ha presenciado violencia en su entorno familiar desarrolle un comportamiento agresivo y se convierta en agresor y aquellos chicos más callados, tímidos, que están solos en el recreo o con alguna necesidad educativa especial, tienen más posibilidades de sufrir acoso, puesto que los agresores creen que no van a delatarlos ya que no tienen apoyo del grupo y los sitúan en una situación de inferioridad.

El acoso escolar es un problema global que limita gravemente el derecho de todos los niños a asistir a su centro escolar en condiciones libres de violencia y miedo. Tanto el profesorado, como las familias no pueden seguir mirando para otro lado mientras este problema siga presente, influyendo negativamente en nuestros escolares. Las repercusiones negativas del bullying están ampliamente descritas y demostradas, de modo que el siguiente paso debe estar encaminado a su prevención, detección temprana y en última instancia, a su erradicación total del sistema educativo.

Es necesaria la implantación de un mayor número de programas específicos en las aulas, con evaluaciones de resultados periódicas. Analizados varios de estudios, observamos que cada uno de ellos emplea una método distinto, unos incluyen rangos de edad variables o incluyen como conductas de acoso ciertos actos y otros no. Es conveniente unificar criterios y que los propios alumnos puedan expresar sus opiniones, sentimiento y percepción del problema. Tenemos que escucharles, a ellos, a los realmente protagonistas. Esta información resultaría sumamente valiosa.

Otra cuestión poco tratada es la repercusión a largo plazo de las consecuencias

del bullying en edades adultas. Se están poniendo en marcha campañas de sensibilización a nivel nacional a través de los medios de comunicación. Se han emitido programas de televisión en los que se da voz a las víctimas y a sus familiares, exponiendo abiertamente a la sociedad el padecimiento cruel e injustificado de la violencia que sufren estos chicos. Estos niños nunca olvidarán la situación de acoso vivida.

Antes el acoso tenía ámbito escolar pero, precisamente por el desarrollo y el fácil acceso a las redes sociales, ahora va más allá, pues continua hasta en la propia casa de la víctima. La escuela no puede resolver todos los problemas sociales, puede intervenir y paliar los efectos. Es responsabilidad de toda la sociedad frenar y poner fin a esta lacra que se va recrudeciendo. Hay que poner freno y erradicarlo de forma prioritaria y urgente.

6 Bibliografía

- http://www.antibullying.eu/sites/default/files/strategy_position_paper_es.pdf.
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000600016.
- https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/primavera%202019/.
- https://revistamagisterioelrecreo.blogspot.com/2010/12/acoso-escolar-en-las-aulas.html
- https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-que-se-sabe-bullying.
- https://www.anar.org/acoso-escolar-menores/.

Capítulo 540

EXÁMENES CON ANTÍGENOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD EN EL LABORATORIO

SERGIO MURILLO DIAZ

VÍCTOR ADRIAN RODRÍGUEZ DIAZ

1 Introducción

Se trata de un método de uso habitual en los procesos analíticos realizados en los laboratorios clínicos, mediante la evolución de los antígenos leucocitarios humanos (HLA).

2 Objetivos

- Conocer y determinar las utilidades diagnosticas de las pruebas analíticas que utilizan los HLA para la obtención tanto resultados diagnósticos como para la corroboración de la compatibilidad entre diferentes pacientes.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Dialnet, Medline, Google Académico. Los descriptores utilizados fueron en español: examen, antígenos, histocompatibilidad, HLA y en ingle: test, antigens, histocompatibility, HLA. Se utilizaron filtros de

búsqueda para una mayor especificidad, la búsqueda se realizo en los últimos 5 años (2015-2020), se buscaron artículos de revisión científica, dan acceso a texto completo e idioma tanto en español como en inglés.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica queda constancia de que es trata de una prueba que con lleva poco riesgo para los pacientes que se sometan a ella y que proporciona una gran utilidad a la hora de determinar la compatibilidad tanto de tejidos como de órganos entre donantes y receptores (mediante la confrontación de anticuerpos preformados del suero procedente del receptor; contra los antígenos expresados en la superficie de los linfocitos del donador, realizándose así una prueba cruzada), así como ofrecer un buen resultado en procesos de determinación de parentesco y diagnostico de ciertos trastornos autoinmunitarios.

5 Discusión-Conclusión

Es un método rutinario a la hora comprobar la compatibilidad tanto de los tejidos y órganos de los donantes hacia los receptores finales dentro del sistema de donación, ya que ayuda a disminuir los riesgos de rechazos hiperagudos o la perdía del injerto realizado. También presenta una utilidad de la comprobación del parentesco gracias al análisis de HLA heredados de los progenitores.

6 Bibliografía

- Fagoaga OR. Human leukocyte antigen: the major histocompatibility complex of man. In: McPherson RA, Pincus MR, eds. Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods. 23rd ed. St Louis, MO: Elsevier; 2017:chap 49.
- Monos DS, Winchester RJ. The major histocompatibility complex. In: Rich RR, Fleisher TA, Shearer WT, Schroeder HW, Few AJ, Weyand CM, eds. Clinical Immunology: Principles and Practice. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 5.
- Wang E, Adams S, Stroncek DF, Marincola FM. Human leukocyte antigen and human neutrophil antigen systems. In: Hoffman R, Benz EJ, Silberstein LE, et al, eds. Hematology: Basic Principles and Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 113.

- Revista de investigación clínica, ISSN 0034-8376, Vol. 57, Nº. 2 (MAR-ABR), 2005, págs. 142-146.

Capítulo 541

IMPORTANCIA DEL PERSONAL SANITARIO ANTE PROBLEMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

PAULA IGLESIAS PAJARES

1 Introducción

La violencia contra la mujer es hoy en día un problema de salud pública que cualquier mujer es susceptible de sufrir, no solo de manera física sino, como declara la ONU, de forma sexual o psíquica y también las amenazas de cualquiera de estos actos. Se ha convertido en un problema que afecta a millones de mujeres en todo el mundo.

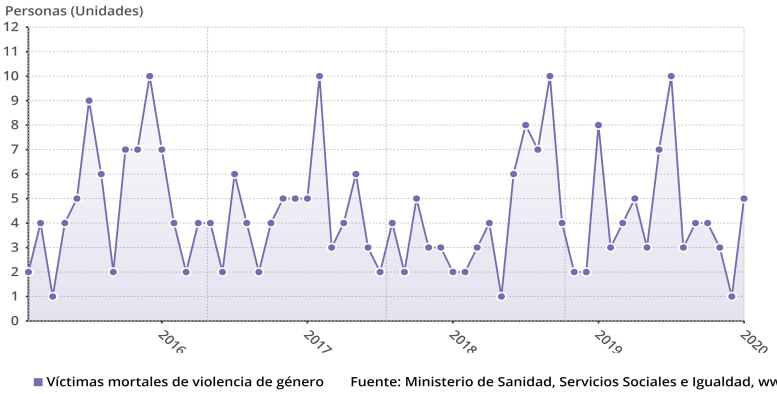
La Organización Mundial de la Salud (OMS) postula que la violencia de género es un problema prioritario en salud pública, el cual necesita intervenciones conjuntas desde todos los ámbitos: educativos, sociales y sanitarios

Las consultas médicas de este tipo de víctima suele ser por muy inespecíficas lo que dificulta el trabajo del personal sanitario que deberá valorar y pensar que podría existir este problema de fondo, tarea que resulta complicada. De ahí la importancia de que se implique para dar con él de forma precoz y sigan unas pautas coordinadas de actuación, entre todo el equipo sanitario y con todas las instituciones que tienen que formar parte del proceso.

Antiguamente la violencia de género se basaba únicamente en los actos que alteraban la integridad física de la mujer, con el paso de los años se ha visto que existen otras formas de actuar de los maltratadores hacia las víctimas, presentando cuatro tipos de maltratos más significativos:

-El control exhaustivo sobre la mujer, la restricción a la información a la asistencia creando una dependencia económica y sentimental y el aislamiento con su entorno social
-Relaciones sexuales forzadas
-Maltrato psicológico que engloba la humillación, intimidación, desprecio bien sea en público o en privado
-Las agresiones físicas

Mujeres asesinadas por violencia machista los últimos cinco años



2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer la situación de la violencia de género actual y profundizar en los aspectos más importantes.

Objetivos secundarios:
- Trabajar en la prevención primaria (cuando el problema no ha aparecido y podemos evitarlo) o secundaria (cuando el problema ha aparecido y podemos trabajar sobre él).
- Facilitar los instrumentos necesarios en el ámbito sanitario a todo los profesionales para detectar los casos o las situaciones de riesgo.
- Determinar unas pautas globales e individualizadas para trabajar el problema

de manera física y psicológica, preservando en todo momento la protección de datos y seguridad de la víctima.

3 Metodología

La metodología de este trabajo se ha basado en una primera búsqueda libre de la información en Google Académico y páginas de asociaciones estatales y páginas oficiales del gobierno en temática de violencia de género.

En segundo lugar se han seleccionado las palabras clave y contenidos significativos para finalmente desarrollar el trabajo con los objetivos principales y los resultados de los mismos siguiendo el esquema de presentación pautado.

4 Resultados

Como resultado a los objetivos planteados en esta revisión se puede destacar que es crucial como personal sanitario, seguir una serie de pautas a la hora de tratar con pacientes que sospechamos puedan ser víctimas de este problema.

Para ello debemos formar a todo el equipo en el ámbito de la prevención, atención y comunitario:
-Sensibilizando a los profesionales.
-Preguntando con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
-Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento, al hacer pruebas diagnósticas, examen de la piel, anamnesis de datos…
-Registrar cualquier incidente en su historia
-Comprender y ser asertivos y ayudar.
-Proporcionar la información necesaria (carteles, charlas, trípticos informativos).

5 Discusión-Conclusión

Todo el equipo sanitario así como otros servicios sociales son imprescindibles para la prevención y el tratamiento de la violencia de género, por lo cual, es importante dotar de información y de recursos en este campo a todos los profesionales. Y poder llevar a cabo con seguridad los protocolos de actuación para garantizar en los pacientes seguridad y atención individualizada.

6 Bibliografía

- Gráfica Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Disponible en: https://www.epdata.es/datos/violencia-genero-estadisticas-ultima-victima/109/espana/106.
- GC González, RC Bejarano - Enfermería Global, 2014 - revistas.um.es.
- M Sans, J Sellarés - Revista española de medicina legal, 2010 – Elsevier.
- Protocolo común para la atención sanitaria en violencia de género, 2012- Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf.

Capítulo 542

RIESGOS DE LOS RAYOS X.

COVADONGA DE LA HERA RAPOSO

1 Introducción

Los rayos X son un tipo de radiación electromagnética con una energía tal que no solo pueden provocar cambios en las moléculas, sino también en la estructura de los átomos que conforman esa molécula, produciendo la ionización del átomo, por lo que se denominan radiaciones ionizantes.

El uso de rayos X ha permitido realizar importantes progresos en el diagnóstico y tratamiento de múltiples enfermedades. Pero esta práctica no está exenta de riesgos para la salud de los pacientes y los profesionales implicados, derivados de la exposición a las radiaciones.

2 Objetivos

- Determinar qué riesgos están asociados a los rayos X.

3 Metodología

Se realizaron búsquedas en las bases de datos de Scielo, Google Académico y Medline con los descriptores “radiación ionizante” “riesgos radiación” “rayos X” “dosis máxima”. Se realizó una búsqueda en libros específicos.

4 Resultados

La exposición a la radiación tiene unos efectos inmediatos cuando son producidos por dosis altas y uno efectos tardíos a la exposición de la radiación por bajas dosis liberadas en un periodo de tiempo largo.

- Efectos inmediatos:
Tras la exposición a altas dosis de radiación, los seres humanos pueden experimentar una respuesta desde los pocos días a las pocas semanas. Esta respuesta precoz se denomina efecto inmediato de la radiación. Estos efectos son no estocásticos, la gravedad de la respuesta se relaciona con la dosis y hay dosis umbral.

La secuencia de acontecimientos siguientes a la exposición a altas dosis de radiación que conducen a la muerte al cabo de pocos días o semanas se denomina síndrome de radiación aguda, e incluye el síndrome hematológico que se caracteriza por una reducción en el número de células blancas, células rojas y plaquetas, incluye también el síndrome gastrointestinal que comienza con náuseas y vómitos, seguido de diarrea y llega a la muerte debido al daño grave de las células que recubren el intestino y por último el síndrome del sistema nervioso central que la causa de la muerte por este síndrome es una elevación en el contenido liquido del cerebro.

Cuando solo una parte del cuerpo es irradiada, se toleran dosis mayores. Cada órgano y tejido del cuerpo puede verse afectado por la irradiación corporal parcial. El efecto es la muerte celular, que tiene como resultado una reducción del tamaño de los órganos y tejidos. Esto puede conducir a una pérdida total de la funcionalidad para un órgano o tejido determinado o bien, puede seguirse de una recuperación. Ejemplos de daño tisular local son los efectos sobre la piel, las gónadas y la medula ósea.

La radiación en los testículos masculinos puede resultar en una disminución de los espermatozoides. Una dosis de 200 rad puede producir infertilidad temporal. Y de 500 rad produce esterilidad permanente.
El estudio del daño cromosómico producido por la exposición a la radiación se denomina citogenética. El daño cromosómico puede ser: deleción de la cromátide, aberración cromosómica dicéntrica y translocaciones recíprocas.

- Efectos tardíos:
Los efectos tardíos de la exposición a la radiación suceden tras un largo periodo de tiempo después de la exposición. Los efectos tardíos se pueden producir por

exposiciones a dosis altas, durante un corto periodo, pero la preocupación en el diagnostico radiológico son las dosis bajas durante largo tiempo.

Muchos estudios epidemiológicos han demostrado resultados positivos; sin embargo, existen problemas: habitualmente se desconoce la dosis exacta y la frecuencia de respuestas observables es baja. La mayoría de efectos tardíos son estocásticos, la incidencia de la respuesta se relaciona con la dosis y no hay dosis umbral.
Los tejidos pueden verse localmente afectados por dosis bajas de radiación. En la piel los efectos tardíos aparecen como cambios benignos. La piel muestra una apariencia curtida, callosa y descolorida. El daño cromosómico en los linfocitos circulantes y las cataratas en el cristalino ocular se han observado como efectos tardíos de la exposición a la radiación.

Debido a que la relación dosis – respuesta no es exacta cuando se observa los efectos tardíos de la radiación, se utiliza el riesgo estimado para valorar la respuesta a la radiación en una población. El riesgo relativo se calcula cuando se desconoce la dosis de radiación de una población. El riesgo relativo se calcula comparando el número de personas de la población expuesta que muestran efectos tardíos con el número de una población no expuesta que desarrollan los mismos efectos. El exceso de riesgo determina la magnitud de un efecto tardío como la diferencia entre casos y sujetos control.

Los efectos de la irradiación in útero con dosis bajas, durante largo tiempo, incluyen los siguientes: muerte prenatal, muerte neonatal, anomalías congénitas, malignidad, retraso del crecimiento, efectos genéticos y retraso mental. Sin embargo, estas anomalías se basan en dosis mayores de 100 rad, con dosis mínimas registradas en animales de experimentación de aproximadamente 10 rad. No existe evidencia a nivel humano ni animal que indique que los niveles de radiación experimentados corrientemente de forma laboral o médica sean responsables de ningún efecto sobre el crecimiento ni desarrollo fetal.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo asociado con los procedimientos de toma de imágenes médicas se refiere a los posibles efectos secundarios a corto y largo plazo. La mayoría de los procedimientos por imágenes tienen un riesgo relativamente bajo. Los profesionales técnicos en imagen para el diagnóstico aplican los principios de ALARA (As Low As Reasonably Achievable), esto significa que se hace todo lo posible para

disminuir el riesgo de radiación. Se puede concluir que el beneficio de la toma de imágenes radiológicas, que es un diagnóstico preciso, es más grande que el pequeño riesgo que causa su utilización.

6 Bibliografía

- Neumología Pediátrica. 2015.
- Robert N. Cherry Jr. Radiaciones ionizantes. Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo.
- Pérez Velo G. Riesgos y protección frente a los rayos X en el quirófano. Metas de Enfermería. 2012.
- Adriana Cascón. Riesgos asociados con las radiaciones ionizantes. Revista argentina de cardiología. Vol. 77 núm. 2. 2009.
- Stewart C. Bushong. Manual de radiología para técnicos. Elsevier. Madrid.

Capítulo 543

ANÁLISIS EN EL LABORATORIO DE CALCIO EN MUESTRA DE ORINA

SERGIO MURILLO DIAZ

VÍCTOR ADRIAN RODRÍGUEZ DIAZ

1 Introducción

Método que se centra en encontrar o confirmar la presencia de calcio de una muestra de orina proporcionada por los pacientes.

2 Objetivos

- Determinar los niveles de este mineral en la orina, y confirmar posibles enfermedades debió a niveles altos de este mineral en las muestras a analizar.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Dialnet, Medline, Google académia. Los descriptores utilizados fueron en español: análisis, calcio, muestra, orina, y en inglés: analysis, calcium, sample, urine. Se utilizaron filtros de búsqueda para una mayor especificidad, la búsqueda incluyo artículos de revisión científica, con acceso a textos completos e idioma tanto en español como en inglés.

4 Resultados

Se trata de una prueba clínica de utilidad para el diagnóstico y vigilancia del buen funcionamiento de los riñones así como para diagnosticar posibles problemas con las glándulas paratiroides (ya que estas son encargadas de regular la cantidad de calcio en el cuerpo) o posibles enfermedades óseas. Tanto los niveles más altos como los más bajos, nos indicarían la presencia de algún trastorno a estos niveles.

5 Discusión-Conclusión

Es un método que se realizan ante la presencia de síntomas relacionados con los producidos por cálculos renales o los ocasionados por el trastorno de las gandulas tiroideas. Además la toma de la muestra puede realizarla el paciente ya que no conlleva ningún riesgo para su salud (orina de 24h), tan solo habrá que indicarle cómo recolectar las muestra de manera correcta.

6 Bibliografía

- Hinkle J, Cheever K. Brunner & Suddarth's Handbook of Laboratory and Diagnostic Tests. 2nd Ed, Kindle. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; c2014. Calcium, Serum; Calcium and Phosphates, Urine; 118–9 p.
- Mayo Clinic [Internet]. Mayo Foundation for Medical Education and Research; c1998–2017. Hypoparathyroidism: Symptoms and Causes; 2017 May 5 [cited 2017 May 9]; [about 5 screens]. Available from: http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hypoparathyroidism/symptoms-causes/dxc-20318175
- Mayo Clinic [Internet]. Mayo Foundation for Medical Education and Research; c1998–2017. Hyperparathyroidism: Symptoms; 2015 Dec 24 [cited 2017 May 9]; [about 3 screens]. Available from: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hyperparathyroidism/symptoms-causes/syc-20356194.

Capítulo 544

ANÁLISIS EN EL LABORATORIO DE LA BILIRRUBINA EN SANGRE

SERGIO MURILLO DIAZ

VÍCTOR ADRIAN RODRÍGUEZ DIAZ

1 Introducción

Análisis utilizado para detectar bilirrubina (sustancia amarillenta producida por la descomposición de los glóbulos rojos, se encuentra en la bilis, la cual es eliminada por el hígado), en el torrente sanguíneo del paciente.

2 Objetivos

- Explicar la detención o confirmación de la presencia de bilirrubina en sangre, además de los niveles presentes en esta.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Medline, Dialnet, Google académico. Los descriptores utilizados fueron en español: análisis, bilirrubina, sangre y en inglés: analysis, bilirubin, blood. Se utilizaron filtros de búsqueda para una mayor especificidad, la búsqueda se centro en los últimos 5 años (2015-2020). Se buscaron artículos de revisión científica, con acceso a texto completo e idioma tanto en español como en inglés.

4 Resultados

Queda confirmada la utilidad de esta prueba a la hora de diagnosticar casos de ictericia debida a problemas relacionados con el hígado, así como la utilidad de esta en los recién nacidos (suelen presentarla debido a la inmadurez de hígado) los cuales en algunos casos podrá presentarse niveles elevados, los cuales pueden daña el cerebro del bebé. La obtención de la muestra necesaria para el análisis será indolora y segura.

5 Discusión-Conclusión

Se trata de un análisis de carácter rutinario para los recién nacidos, mientras que para el resto de pacientes se les realizara si muestran algún indicio de enfermedad relaciona con el mal funcionamiento de las funciones del hígado así como para detectar problemas a nivel de vesícula biliar.

También permitirá un seguimiento de las enfermedades que estén afectando en órgano dañado.

6 Bibliografía

- American Liver Foundation. [Internet]. New York: American Liver Foundation; c2017. Liver Function Tests; [updated 2016 Jan 25; cited 2017 Jan 31]; [about 4 screens]. Available from: http://www.liverfoundation.org/abouttheliver/info/liverfunctiontests/
- Healthy Children.org. [Internet]. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; c2017. Jaundice in Newborns Q&A; 2009 Jan 1 [cited 2017 Jan 31]; [about 3 screens]. Available from: https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/Pages/Jaundice.aspx
- Mayo Clinic [Internet]. Mayo Foundation for Medical Education and Research; c1998-2017. Bilirubin test: Definition; 2016 Jul 2 [cited 2017 Jan 31]; [about 2 screens].
- Mayo Clinic [Internet]. Mayo Foundation for Medical Education and Research; c1998-2017. Bilirubin test: Results; 2016 Jul 2 [cited 2017 Jan 31]; [about 6 screens].

Capítulo 545

TINCIÓN DE PERLS ” COMO SE VE EL HIERRO EN LA MEDULA ÓSEA”.

VERÓNICA FERNANDEZ NUÑEZ

1 Introducción

La tinción de Perls pone de manifiesto la presencia de hemosiderina en el citoplasma de los hematíes en sangre periférica o en médula ósea. Los siderocitos son hematíes que contienen uno o más gránulos de hemosiderina, también denominados gránulos sideróticos. Estos gránulos no se ven en frotis teñidos con tinciones panópticas y, para poder observarlos, es necesario realizar esta tinción con la que se tiñen de color azul turquesa. La presencia de gránulos sideróticos excluye la ferropenia.

Pueden observarse tras esplenectomías o cualquier situación que se acompañe de sobrecarga férrica. Esta sobrecarga recibe el nombre de anemia sideroblástica o sideroacréstica.

2 Objetivos

- La tinción de tiene como objetivo reconocer la presencia de hemosiderina en el interior de los hematíes y, por tanto, la presencia de siderocitos.

3 Metodología

Revisión de la tecnica de Perls, busqueda bibliografica y revisión de los protocolos de laboratorio de hematología de un hospital comarcal en Asturias.

4 Resultados

El colorante usado en esta tinción es el Azul de Prusia, una dilución de 1:1 de ácido clorhídrico y ferrocianuro potásico. El HCl actúa sobre la hemosiderina liberando iones férricos que reaccionan con el ferrocianuro potásico para dar lugar a ferricianuro férrico, otorgándole al gránulo siderótico un color azul verdoso/turquesa.

-El precipitado de ferricianuro férrico se observa en el interior de los hematíes con el microscopio óptico.
- Posteriormente, Realizar una extensión sanguínea. Fijar el frotis con metanol durante 10 minutos.
- Lavar con agua destilada y secar la extensión.Cubrir el frotis con azul de prusia durante 30 minutos.
- Lavar con agua destilada y secar. Cubrir la solución con el colorante de contraste (Hematoloxilina de Harris) durante 15 minutos.
- Lavar con agua destilada y secar.
- Observar el resultado al microscopio óptico.

5 Discusión-Conclusión

En condiciones normales la hemosiderina está presente en los macrófagos medulares y en un 30-60% de los eritroblastos.

La cifra normal en sangre periférica es de 0,5-0,8% de siderocitos. Su presencia es casi siempre patológica salvo en periodo neonatal.

Al no haber observado ningún siderocito es posible que la muestra cumpla con los valores normales absolutos. Se descarta así cualquier estado de sobrecarga férrica como podría ser una anemia sideroblástica o sideroacréstica.

6 Bibliografía

- Candiano, G., Bruschi, M., Musante, L., Santucci, L., Ghiggeri, G.M., Carnemolla, B., Orecchia, P., Zardi, L. and Righetti, P.G. (2004). «Blue silver: A very sensitive colloidal Coomassie G-250 staining for proteome analysis.». Electrophoresis, 25 (9): 1327 - 1333.

Capítulo 546

ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO

1 Introducción

Hoy en día la violencia de género es uno de los problemas sociales más acuciantes y de mayor importancia dentro de la prevención e intervención psicológica en los ámbitos familiar, comunitario e individual.
Se debe analizar la situación actual y la normativa vigente y las consecuencias que sufren las mujeres víctimas de violencia de género, para estudiar las principales implicaciones a nivel social y sanitario y las dificultades existentes en su abordaje.

Por parte de los profesionales, es muy importante reconocer los factores relativos al maltratador, a la víctima y a los contextos familiar y sociocultural, ya que la violencia de género es un problema complejo y multidimensional.
Aquellas personas que tienen mayor probabilidad de cometer actos de violencia contra sus parejas son aquellos que han estado expuestos, en su niñez, a modelos de agresión en las relaciones interparentales; los individuos con actitudes que justifican la violencia, o que mantienen la creencia de que es aceptable la violencia en la resolución de los conflictos interpersonales, los que presentan altos niveles de cólera o los que tienen un bajo nivel de autoestima, así como los que tienen actitudes negativas o patriarcales hacia las mujeres.

Violencia de género es lo mismo que hablar de violación de derechos humanos, es hablar de víctimas y hablar de agresores, es hablar de desigualdad.
La Asamblea General de las Naciones Unidas, define la violencia de género como:

"Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada"

2 Objetivos

El objetivo general es instruir al personal sanitario en la identificación temprana de la violencia de género en el ambito social, laboral con el fin de erradicar este problema que sigue siendo noticia de actualidad de forma diaria.

Objetivio especifico:
- Instruir al personal sanitario para saber identificar los indicadores de sospecha.
- Reconocer los factores o indicadores de riesgo.
- Aumentar la capacidad del personal sanitario en estas situaciones para brindar una atención integral al paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de la literatura y revisión de lo más relevante, incluyendo los documentos principales relacionados con la violencia contra mujeres en España durante los últimos diez años, acentuando estrategias nacionales y regionales para la asistencia , así como se realiza una búsqueda sistemática en buscador científico (PubMed) utilizando palabras claves como género, violencia, familia, víctima. Ademas de la busqueda en bibliografía especializada.

4 Resultados

En los últimos años, la violencia de género se ha convertido en un creciente problema de salud pública que afecta a millones de mujeres en todo el mundo, se puede estimar que las cifras irán disminuyendo gradualmente.
El perfil de las mujeres afectadas se relaciona con un nivel socioeconómico bajo y bajos niveles educativos, aunque también nos encontramos con todo lo contrario, por eso la importancia de la detección temprana.

- Todos los profesionales deben de saber identificar los indicadores de sospecha: Por parte del personal sanitario, se ha de prestar atención a estos indicadores que

nos pueden hacer sospechar de violencia de género

- Reconocer los factores de riesgo.

Por parte de los profesionales, es muy importante reconocer los factores relativos al maltratador, a la víctima y a los contextos familiar y sociocultural, ya que la violencia de género es un problema complejo y multidimensional.

Aquellas personas que tienen mayor probabilidad de cometer actos de violencia contra sus parejas son aquellos que han estado expuestos, en su niñez, a modelos de agresión en las relaciones interparentales; los individuos con actitudes que justifican la violencia, o que mantienen la creencia de que es aceptable la violencia en la resolución de los conflictos interpersonales, los que presentan altos niveles de cólera o los que tienen un bajo nivel de autoestima, así como los que tienen actitudes negativas o patriarcales hacia las mujeres.

Como factores de riesgo de victimización encontramos el consumo de alcohol y drogas, los sentimientos de desesperanza y la baja autoestima, el inicio temprano de las relaciones sexuales, mantener conductas sexuales de riesgo - tener múltiples parejas sexuales, no utilizar preservativos-; el embarazo, así como las formas de control de peso no saludables.

Las consecuencias de la violencia de género en la salud de la mujer incluyen las manifestaciones físicas, problemas emocionales y una mayor utilización de los servicios sanitarios, siendo algunas veces inespecífico el motivo de consulta.

Entre las principales dificultades encontradas en la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género cabe destacar la no detección y la falta de coordinación entre los distintos organismos implicados

La aplicación de Atención Integral a la Salud implica que los diferentes profesionales que forman parte de red sanitaria, enfermería, medicina, trabajo social, psicología, matronas, etc. que interactúan en el tratamiento y diagnóstico de los pacientes que atienden, deben procurar dar respuesta a su llamada de atención .

Estos profesionales de los servicios sanitarios deben de mantener con el paciente escucha activa y empática, este ambiente facilitará a la ruptura del silencio por parte de la víctima y supondría el primer paso para la compresión y visualización del problema.

Si el profesional sanitario no reconociera esta situación de maltrato en un condicionante de salud puede llevar a esta víctima a la cronificación del problema y a la medicalización del problema.

Es por tanto importante y necesario la coordinación entre todas las instituciones para dar una respuesta integral a este tipo de situaciones.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental en la prevención, detección y tratamiento, siendo necesario potenciar una formación específica en este campo y articular mecanismos y protocolos de coordinación entre los distintos servicios socio-sanitarios, que garanticen una atención integral e integrada a las mujeres afectadas.

Los profesionales de la salud deben tomar conciencia que la detección de la violencia de género y la atención a las víctimas forma parte de su papel profesional.

6 Bibliografía

- https;/www.boe.es/legislación/
- https;/www.interior.gob.es/
- https;/www.inmujer.gob.es/conoceDerechos/
- Cabrera Espinosa, Manuel (2011) ¿Usted por qué pega? La violencia de género a través del maltratador :Editorial Académica Española
- España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género Madrid: Gobierno de España
- Perez Viejo, Jesús M. y Montalvo Hernández Ana (2011) Violencia de género. Prevención, detección y atención
- Bosh, Esperanza Y Ferrer, Victoria A. (2013). Nuevo modelo explicativo para la violencia contra las mujeres en la pareja: el modelo piramidal y el proceso de filtraje. En Revista Asparkia
- San Segundo (2016). A vueltas con la violencia. Una aproximación multidisciplinar
- Suarez Ramos, Amalis (Coord.), (2015). Protocolo Andaluz de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Sevilla : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía.

Capítulo 547

EL BRUXISMO.

JENNIFER GARCÍA LÓPEZ

1 Introducción

El bruxismo es una patología que consiste en "rechinar los dientes" o apretarlos simplemente de manera involuntaria, provocando una hiperactivación de los músculos masticadores, lesión de la articulación temporo mandibular (ATM), lesionar el periodonto y el esmalte de los dientes. Es una enfermedad del siglo XX aunque ya en tiempos antiguos se hablaba de esta patología sin ser reconocida como tal. Se denomina también enfermedad silenciosa, es una patología que padece el 70% de la población, afectando tanto a hombres como a mujeres.

Aparece en edades tempranas generalmente adolescencia sin que a esas edades se considere patológico, sino una forma normal del desarrollo muscular y óseo del hueso de la cara, tendiendo a la desaparición al alcanzar la segunda década de la vida (1).

Las dos causas más importantes que provocan esta patología son el estrés y el trastorno del sueño.

La ATM comprende un conjunto de estructuras anatómicas que establecen una relación entre el hueso temporal, en la base del cráneo y la mandíbula. Está dispuesta entre el cóndilo de la mandíbula y la eminencia y la fosa articular del temporal. Funcionalmente es la única articulación bilateral, se caracteriza por trabajar conjuntamente con el lado opuesto de forma sincronizada, está íntimamente relacionada con la oclusión dentaria. Es una articulación sinovial y relacionada por los movimientos asociados a la masticación. Es una de la articulaciones más afectadas con esta patología.

Está formada por:
1. Cóndilo mandibular.
2. Eminencia articular y fosa articular del temporal.
3. Disco articular, que se relaciona y amortigua el trabajo de las piezas articulares.
4. Membrana sinovial, cubierta interna articular que regula la producción y composición del líquido sinovial.
5. Cápsula articular que envuelve y protege la articulación (2).

2 Objetivos

- Demostrar como la sociedad actual genera situaciones de estrés y ansiedad desembocando en nuevas patologías como esta, que en principio deberían de ser de adolescentes y temporales convirtiéndolas en patologías de adultos y crónica.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de artículos que utilizan términos como "bruxismo", "ATM", "tipos de bruxismo" en los buscadores profesionales Pubmed, Mediline, Scielo.

4 Resultados

Existen cinco tipos de bruxismo:
1. Apretamiento: se produce un apretamiento continuo y fijo en una posición determinada. No hay desgaste de la dentición y si una retracción de la encía, dañando el periodonto.
2. Frotamiento: Se produce fricción de los dientes y por lo tanto el desgaste de los mismos, es el considerado "rechinamiento dental".
3. Diurno: se sucede durante el día y por lo tanto somos más conscientes de él.
4. Nocturno: se sucede durante la noche, es el más habitual.
5. Diurno y nocturno: se da en pacientes crónicos que alternan esta patología (3).

Las causas que provocan el bruxismo son:
1. Trastorno de ansiedad y/o estrés: Suele ser la causa más común. Los problemas vividos durante el día se acumulan al llegar la noche enfrentándonos a situaciones que nos provocan ansiedad y pueden provocar tensión mandibular y rechinamiento en los dientes.

2. Trastornos del sueño: puede causar una mala calidad del mismo y desencadenar una tensión reflejada en el apretamiento mandibular.
3. Trastornos dentarios: Mal posición dentaria, ausencia dentaria o mordida anormal.
4. Si se tiene un empaste o una corona nuevos y que haya quedado más alta que el resto de la mordida, esto sería de forma puntual hasta solucionar el problema en nuestro dentista habitual.

Los síntomas que indican un bruxismo son:
1. Dolores de cabeza y cuello: debido a la presión ejercida sobre la zona genera una tensión que llega a provocar contracturas en estas zonas.
2. Dolores de mandíbula, articulación temporo mandibular (ATM): dificulta o limita la apertura de la boca.
3. Dientes fracturados: esa presión ejercida de forma consciente o inconsciente sobre los mismos puede provocar lesiones en el esmalte dentario provocando desgastes o incluso agujeros y en los casos más graves la fractura dentaria propiamente dicha.
4. Sensibilidad dental: se provoca por la pérdida del esmalte (el tejido más duro de todo el organismo) además de la retracción de la encía provocada por el apretamiento.

El bruxismo es una patología que para llegar a visualizarla bien con el desgaste del esmalte del diente o ante una fractura dentaria pasa bastante tiempo incluso años.

El bruxismo es una patología que se tiene que curar desde el origen que lo produce y establecer un tratamiento dependiendo del mismo, normalmente es una combinación de técnicas de relajación con el uso de una "férula de descarga" (4).

Posibles tratamientos orientados a la odontología:
1. Con la férula se conseguirá que desaparezca el ruido al rechinar y que siga avanzando el desgaste de los diente. Se trata de una prótesis hecha a medida de la boca del paciente que utilizará durante las horas de sueño para evitar el desgaste del esmalte, el rechinar de los dientes así como una relajación de la ATM. Suelen ser férulas duras de resina. En casos donde el bruxismo también es diurno, esta se puede utilizar también durante el día.
2. Rehabilitación protésica: se recomendará en caso de desgaste dental rehabilitar protésicamente las piezas dentales con el fin de recuperar la posición articular idónea, también la reposición de aquellas piezas dentales ausentes para compensar la mordida e incluso en caso de mal posición dentaria se puede recomendar

también la ortodoncia (5).

Los especialistas no comprenden del todo la causa exacta del bruxismo, pero puede deberse a una combinación de factores como pueden ser físicos, psicológicos y genéticos (6).

En los factores genéticos se suele pensar que es un rasgo de la familia, es posible que otros miembros de la familia lo tengan o lo hayan tenido (es más típico en el nocturno).

Los factores psicológicos suelen ser un acumulo de emociones como el estrés, la ira, la frustración o la tensión.

5 Discusión-Conclusión

Es una patología que se suele diagnosticar con el tiempo, que su tratamiento abarca varias ramas médicas que deben de actuar conjuntamente, actualmente debido a la sociedad no suele desaparecer sino que se prolonga a lo largo de los años pero no es una patología que produzca enfermedades más complicadas, es de fácil control pero no fácil de curar.

Actualmente existe artículos como el del periódico El País "España aprieta los dientes", donde se explica como la crisis financiera y laboral ha impactado fuertemente en patología como la descrita en este capítulo (7).

6 Bibliografía

1. https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/bruxismo#
2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072005000300005&script=sci_arttext&tlng=en
3. https://dentalmariajosemanrique.com/bruxismo-tipos-existen/
4. https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/dental/tratamientos-dentales/bruxismo/index.html
5. https://www.tucanaldesalud.es/es/canalciencia/articulos/bruxismo-causa-puede-tratarse
6. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bruxism/symptoms-causes/syc-20356095
7. https://www.dentaly.org/es/odontologia-general/bruxismo/

Capítulo 548

CORONAVIRUS

MACARENA RODRIGUEZ RICO

1 Introducción

El coronavirus es un virus que se descubrió en la década de los 60 cuyo origen es todavía desconocido. Sus diferentes tipos provocan diferentes enfermedades, desde un resfriado hasta un síndrome respiratorio grave como es una neumonía.

2 Objetivos

- Analizar y estudiar este virús (coronavirus) en condiciones normales y en esta nueva cepa (2019nCOV)

- Informar sobre este virus y frenar la propagación de la nueva cepa, que empezó en Wuhan (China), con una cifra de muertes elevada, y que se está propagando a países como EEUU, Francia, Japón, Tailandia, Corea del Sur, Australia y Singapur, entre otros más.

3 Metodología

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

4 Resultados

El coronavirus es un grupo de virus de ARN que en su mayoría no representa peligro. En diciembre del año 2019 se detectó una nueva cepa que genera la llamada neumonía de Wuhan. El primer caso fue detectado en China (Wuhan) y actualmente hay mas de 300 casos confirmados con cifras de mortalidad elevadas.

Por lo general los coronavirus no suelen ser peligrosos y su tratamiento resulta eficaz. Es usual que muchas personas contraigan este virus a lo largo de su vida, sobretodo durante su infancia. Cuando más frecuente es el contagio es en otoño o invierno, pero se puede manifestar en cualquier época del año. El nombre de este virus es debido al aspecto que presenta de corona o halo y se puede presentar en humanos y en animales. Son conocidos tres importantes brotes epidémicos en los últimos años conocidos como:

- SRAS-CoV comenzo en noviembre de 2002 en China y fue un sindrome respiratorio agudo y grave, afectando a más de 8000 personas en 37 países con la cifra de más de 700 muertes.

- MERS-CoV este virus conocido como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) se dio por primera vez en el año 2012 en Arabia Saudí, provocando más de 800 muertos y 2400 personas infectadas y prolongándose hasta octubre de 2019.

- Por último, y actualmente, tenemos la cepa 2019nCoV que tiene sus comienzos en Wuhan (China). Este ha provocado una continua infección en personas, causando varias muertes y detectando que no solo se trasmite de los animales-personas sino también de personas-personas. No parece tan grave como el SRAS ni tan letal como el MERS.

No son conocidos los origenes del virus aun que es cierto que los murciélagos pueden ser uno de los portadores principales. El contagio se produce generalmente en humanos, a través de las gotas salivales que producimos cuando tosemos o estornudamos al hablar.

Aparentemente, este último coronavirus tiene un origen animal, puesto que en las noticias nos informan que está relacionado con un mercado de animales vivos en Wuhan. Este coronavirus MERS se relaciona posiblemente con los camellos, pudiendo ser una fuente animal de infección en los seres humanos tal y como nos ha dado a conocer la Organización Mundial de la Salud (OMS), sin ser todavía veraz. De hecho se cree que este virus hace muchos años pudiera haberse

transmitido de los murciélagos a los camellos y pasando inlcuso a otros pequeños mamíferos.
En cuanto a los síntomas principales referentes de esta infección podemos destacar: fiebre, insuficiencia respiratoria (disnea), tos, dolor de cabeza, dolor de garganta y malestar general entre otros confundiéndolo así en la mayoría de casos con la gripe común. Sin embargo, puede no presentar ninguno de estos síntomas y solo manifestarse con síntomas respiratorios leves o agudos causando dificultades respiratorias, fiebre y tos desencadenando una neumonía.
La mortalidad de este se manifiesta sobre todo en personas mayores, personas inmunodeprimidas o con enfermedades crónicas.

La prevención establecida puesto que carecemos de tratamiento específico y vacuna, es evitar el contacto con personas infectadas, el uso de mascarillas, lavarse las manos con agua y jabón, no llevarse las manos a la boca, no consumir carne cruda o poco cocinada y, su hubiese cualquier duda, consultar a su médico.

5 Discusión-Conclusión

Debemos estudiar este virus y las cepas cíclicas que se dan cada vez más a menudo para evitar un contagio masivo generando así una epidemia.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/es/

- https://www.elcomercio.com/tendencias/oms-conclusiones-gravedad-coronavirus-china.html

- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/infecciosas/coronavirus.html
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 549

RIESGO LABORAL FÍSICO: RUIDO

MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ

ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ

KAREN ALVAREZ ROZADA

ROCÍO GONZÁLEZ CASTRO

LUCIA PIQUERO CASADO

1 Introducción

Aunque casi desde el comienzo de la civilización ya comenzó el ser humano a realizar trabajos para poder comer y mantener a su tribu, fue en el siglo XVII con la publicación por parte de Bernardino Ramazzini del ensayo "De morbis Artificum Diatriba", cuando se realiza un estudio sistemático y ordenado de las enfermedades que ocasionaban los distintos trabajos en las personas que los ejercían. Por eso se le considera como el padre de la medicina laboral.

Con la Revolución industrial del siglo XIX y la aparición de maquinaria en diversos trabajos para aumentar la productividad, así como las expectativas económicas de los empresarios, aumentaron los accidentes laborales y las enfermedades, lo que dio lugar a las primeras huelgas y quejas por parte de los trabajadores, se crearon por eso mismo las primeras organizaciones sindicales.

Aunque el gran impulso se produce en los años 90 del siglo XX por parte de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) al crear un conjunto de normas para prevenir los riesgos laborales.

En España, la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales promueve la seguridad y salud de los trabajadores con la aplicación de medidas y actividades para prevenir los riesgos que surgen en el ámbito laboral. Así mismo introduce a los trabajadores como parte importante en la participación conjunta con los empresarios y en la formación en las medidas preventivas.

Según esta ley se define riesgo laboral como la probabilidad de sufrir un daño por desempeño de la actividad laboral que tiene el trabajador. Para saber como calificar ese riesgo se tendrá en cuenta el daño que pueda producir y la severidad de este. Daños derivados del trabajo serán las patologías, lesiones o enfermedades que pueda sufrir los trabajadores por la tarea laboral que realicen. Define prevención como las medidas que se prevean o adoptan para disminuir o evitar cualquier riesgo posible.

El empresario siempre deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores, para ello se debe integrar la prevención dentro de cualquier actividad laboral que se realice en la empresa, además de hacer un seguimiento de esta.

2 Objetivos

- A través de una revisión bibliográfica, tratar de definir el ruido como riesgo físico.

- Explicar cuales son las consecuencias sobre la salud del trabajador cuando se expone al mismo.

- Definir las medidas preventivas a tomar para que sus consecuencias pasen casi desapercibidas en la salud del trabajador hospitalario.

- Tratar de exponer, dentro del ámbito sanitario, dónde se puede sufrir y cómo evitarlo.

3 Metodología

Se realizo una búsqueda bibliográfica a través de distintas bases de datos como Medline, Wok, Cuiden, SciELO, Dialnet y PudMed, además de en los buscadores Google Académico y Jurn. El periodo para la búsqueda es desde 2005 hasta la actualidad.

Para la estrategia de búsqueda hemos utilizado las siguientes palabras clave en

castellano, riesgo laboral, ruido sanitario, ruido en hospitales, riesgo laboral y ruido en trabajadores sanitarios, riesgos físicos, riesgo laboral y prevención y las siguientes en inglés, noise, work noise, hospital worker and noise.

Tras obtener más de doscientas publicaciones hemos excluido aquellos que no tenían rigor académico, así como opiniones, hemos incluido artículos de revistas científicas, capítulos de libros, y paginas públicas de entidades ministeriales.

Hemos revisado un total de quince publicaciones.

4 Resultados

Mantener un adecuado entorno laboral debe considerarse desde directivas empresariales uno de los aspectos más importantes, pues mejorara la calidad del rendimiento de sus trabajadores, lo que ayudara a obtener una mejor productividad.

Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, la pérdida de audición, como consecuencia del ruido en ámbitos laborales, es la enfermedad profesional más común en Europa, por delante de los problemas de piel y las enfermedades respiratorias.

En nuestro país el Real Decreto 286/2006, de 10 de marzo, legisla la protección y seguridad contra los riesgos que se pueden dar como consecuencia de la exposición al ruido.

Se define (4,5) el ruido a un sonido que por uno u otro motivo resulte indeseable o desagradable a la persona pues molesta, impide la comunicación con pacientes o compañeros, produce algún daño en el organismo o perturba la tranquilidad del entorno. Por lo tanto (5), es un sonido no deseado, cuya intensidad se mide en decibelios (dB).

Para valorar el ruido, como afecta a las personas, tendremos en cuenta cuatro factores:

• Presión sonora, que se refiere a la potencia y a la intensidad del ruido, que se mide en decibelios (dB).

• La frecuencia, las veces que se repite el ciclo por unidad de tiempo, se mide en hertzios (Hz).

• Distancia al foco, que es la distancia desde el agente que da lugar al ruido y el trabajador, lo miden en metros.

• Tiempo de exposición, establecido por la legislación vigente como un máximo de 8 horas diarias y cuarenta semanales.

• Receptor, a todas las personas el mismo ruido no les afecta de la misma manera, pues la sensibilidad auditiva no es la misma para todas. La edad también es un factor que hay que tener en cuenta, pues con los años los sonidos suelen alterar más. También el entorno cultural donde se mueva la persona va a incidir en su manera de apreciar los distintos sonidos.

• La actividad, se da el caso que no va a producir el mismo efecto un sonido cuando estamos trabajando, o cuando estamos en nuestro tiempo libre, que por ejemplo cuando queremos dormir, leer o cuando estamos enfermos.

El ruido no necesariamente para ser dañino tiene que ser alto, pues unido a otros riesgos laborales puede elevar el riesgo de accidente al solapar otras señales de advertencia, interactuar junto algunas sustancias de origen químico que aumenta la posible perdida de audición e incluso es una de las causas que aumentan los riesgos psicosociales que producen el estrés.

También podemos observar que existen diferentes tipos de ruido, dependiendo de la presión acústica ponderada (LpA): ruido estable, es aquel que mantiene la LpA constante, es decir, entre su valor máximo y mínimo no hay mas de 5 dB de diferencia; ruido periódico, los valores entre la máxima y la mínima LpA es igual o superior a 5 dB, y se repite de manera cíclica; ruido aleatorio, los valores entre el máximo de la LpA es superior o igual a 5 dB pero varían de forma aleatoria; ruido de impacto, La presión acústica decrece de manera exponencial en el tiempo, y dura menos de un segundo.

Otros autores hacen otro tipo de clasificaciones según la intensidad:

• Muy bajo, su intensidad esta entre 10/30 dB. Un ejemplo claro está en una biblioteca.

• Bajo, varia de 30/55 dB. Un ordenador o un equipo de electros genera sobre cuarenta decibelios.

• Ruidoso, supera los 55 dB. Una aspiradora, música alta son algún caso.

• Ruido fuerte, se encuentra en una franja de 75/100 dB. El camión de la basura,

un escáner, están en este grupo.

• Ruido intolerable, son aquellos que superan 100 dB. Los gritos en una pelea, música en una discoteca, son ejemplos.

Dentro del ámbito sanitario los ruidos los encontramos nada más entrar en el centro sanitario. Desde el ruido de las maquinas limpiadoras que utilizan las limpiadoras, las herramientas de trabajo (talados, martillos, radiales) del personal de mantenimiento, las conversaciones entre personal y pacientes, las maquinas de diagnostico (scanner, resonancias, ecografías…), los dispositivos de cuidado (monitores, tensiómetros, respiradores,…) con alarmas, altavoces, camas que se trasladan o camillas, carros de ropa o medicaciones, toda la maquinaria de los distintos laboratorios para la realización de hemogramas, etc., hacen que los hospitales tengan niveles mas elevados de lo adecuado. La continua exposición a este tipo de ambiente, unido a su vez, con factores como el trabajo a turnos, la escasez de medios da lugar a una serie de efectos sobre la salud de los trabajadores, incluso sobre algunos pacientes que vamos a explicar.

Los efectos que el ruido produce sobre la audición pueden ser de menor a mayor relevancia, los siguientes:

- Dificultad de compresión, los ruidos impiden la adecuada comunicación evitando que el receptor no reciba adecuadamente las palabras del emisor, lo que puede provocar errores a la hora de realizar el trabajo y como consecuencia producirse algún tipo de accidente laboral.

- Cansancio auditivo, se produce un descenso momentáneo en la percepción auditiva. No hay lesión por lo que después de un descanso sonoro, sin esos ruidos, se recupera la audición. La recuperación va proporcional al tiempo que transcurra desde el sonido que provoca la lesión. Se produce por un bloqueo mecánico de la transmisión dl oído interno.

- Hipoacusia o sordera permanente, se produce ante una continua exposición a ruidos fuertes o intolerables, sin las adecuadas medidas de protección y aun con el uso de ellas por que no funcionen adecuadamente. También el cansancio auditivo sin el descanso adecuado llevará a esta patología. Suele comenzar cuando no se perciben los tonos bajos y llegar a no percibir ninguno.

Otros efectos sobre la salud de los trabajadores por la presencia del ruido, nada tienen que ver con el órgano auditivo, pero son también de gran relevancia entre ellos se encuentran:

- Daño psíquico, se suele producir por una exposición continuada al ruido, que tendrá como consecuencias en el trabajador, dificultad para comunicarse, dificultad para el reposo y descanso, incapacidad de concentración, malestar y ansiedad. Todo esto provocará en el trabajador posibles cuadros de estrés, que alterarán su vida social y familiar. Estos efectos psicosociales del ruido van a depender de la persona, de su sensibilidad, de su actitud ante el trabajo a realizar y las condiciones, del tiempo que lleve trabajando, y de su evaluación del problema.

- Alteraciones en otros órganos, algunas de ellas son: alteraciones de la frecuencia cardiaca e hipertensión arterial, se produce por la liberación de catecolaminas, que es lo que aumenta la presión sanguínea y se relaciona con el estrés; alteraciones del aparato digestivo, aumento de acidez…; alteraciones del ritmo respiratorio, aumenta la frecuencia al respirar, llegando a provocar desmayos; alteraciones del sistema nervioso, produciendo insomnio y ansiedad.

Según estudios de órganos europeos, la exposición de las trabajadoras a niveles altos de ruido puede afectar al feto por el aumento de la presión arterial y por el cansancio que les provoca. Por lo tanto, las empresas deben hacer un estudio, como marca la correspondiente legislación, que evalué el grado, la duración y la naturaleza del ruido, para realizar los cambios necesarios y mejorar así, el entorno laboral de la trabajadora embarazada.

Otro de los grandes problemas del ruido en los entornos laborales es que aumenta considerablemente el número de accidentes laborales por motivos como la dificultad de los trabajadores en escuchar y entender las señales o voces, ocultando los sonidos de advertencias de máquinas y vehículos (alarmas o bocinas), distraen al personal e incluso al aumentar la carga cognitiva, incrementando la posibilidad de incurrir en errores.

Según la legislación vigente de Prevención de Riesgos Laborales, es obligatorio reducir el ruido en los entornos laborales de los trabajadores a los niveles más bajos posible. Cuando esto no se pueda hacer, y los niveles superen los límites, habrá que desarrollar un programa de prevención con medidas de organización, así como técnicas que lo controlen. Las primeras, las organizativas, serán para exponer al trabajador el menor tiempo posible, mientras que las segundas, las técnicas, serán las encargadas de disminuir la causa que genera el ruido o su propagación.

Estas medidas se podrán aplicar sobre la fuente del ruido, disminuirá el mismo desde el origen, modificando los procesos, aislando con cerramientos la máquina

o fijándola; sobre el medio de transmisión, evita que el ruido llegue al trabajador, insonorizando el cerramiento, colocando entre el emisor y el receptor mamparas de absorción acústica, revestir paredes y techos con materiales que absorban las ondas acústicas o aislar al trabajador en cabinas; y por último, sobre el receptor (trabajador) con el uso de los equipos de protección individual adecuados, que no dejen pasar los ruidos, como por ejemplo, los cascos.

Hay zonas dentro de los hospitales, como pueden ser las unidades de cuidados intensivos, en las que aumenta en gran medida la intensidad media, ya que si la media en un hospital esta entre 50-70 dB, en la UCI alcanza de 100-120 dB. Incluso por la noche la media esta entre 55-65 dB, cuando para un adecuado descanso nunca debería pasar de los 30 dB. Todo esto entorpece la recuperación, pues reduce la respuesta inmunitaria, aumenta el riesgo de problemas cardiovasculares e incluso afecta a la actividad cerebral. Así mismo, da lugar a que el enfermo no pueda conciliar el sueño, se interrumpen las fases REM (el enfermo no descansara adecuadamente), y por tanto ante su agitación se les aumentara la medicación para dormir. Les provocara algunos problemas cardiacos como alteraciones en la frecuencia o aumento de la tensión arterial. Por lo tanto, los trabajadores hospitalarios deberán esmerarse, aún más si cabe, en realizar el menor ruido posible a la hora de realizar las obligatorias pruebas de control, bajar las alarmas acústicas de respiradores y monitores, aunque conlleve más trabajo de vigilancia o pedir en los movimientos de pacientes, que no haya brusquedad ni golpes, que les molesten.

5 Discusión-Conclusión

Dicen las estadísticas que España es un país ruidoso, respecto a nuestros vecinos europeos. El norte también es dentro de nuestro país una zona mas ruidosa que por ejemplo el centro peninsular.

Podemos concluir diciendo que un entorno laboral adecuado evitará muchos riesgos físicos, incluidos los provocados por el ruido, lo que disminuirá las patologías o enfermedades que conlleva estar expuestos a ellos.

La prevención en los riesgos laborales es la mejor medida que se puede llevar a cabo, aumenta la calidad del trabajo realizado, y reduce el absentismo. Formar adecuadamente a los trabajadores y hacerles participes de las medidas que se imponen para su seguridad, les hará más seguros.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con

2.Ganime J.F., Almeida da Silva L., Robazzi ML do C.C., Valenzuela Sauzo S., Faleiro S.A.. El ruido como riesgo laboral: una revisión de la literatura. Enferm. glob. [Internet]. 2010 Jun [citado 2020 Ene 28] ; (19). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200020&lng=es.

3. https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/57

4. Parraga Velasquez, MR. García, TZ. El ruido y el diseño de un ambiente acústico. 2005 jul./dic. Vol. 8, n 2, p. 83-85.

5. http://www2.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/111/doc170223_SECTOR_-AEREO.pdf

6. Toribio, L. A., Aranguren, D. C., Ruiz, D. M., & Maqueda, M. J. R. (2011). Ruido ambiental: seguridad y salud. Tecnología y desarrollo, 9, 31.

7. Amable Álvarez I,Méndez Martínez J, Delgado Pérez L, Acebo Figueroa F, de Armas

Mestre J,Rivero Llop ML. Contaminación ambiental por ruido. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 May-Jun [citado: fecha de acceso];39(3). Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2305/3446

8. Comunicación de la Comisión sobre las directrices para la evaluación de los agentes químicos, físicos y biológicos, así como los procedimientos industriales considerados como peligrosos para la salud o la seguridad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (Directiva 92/85/CEE del Consejo)

9. Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia

10. LEY 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido. https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/10/19/1367

11. Real Decreto 1367/207 que desarrolla la Ley del Ruido de 37/2003. https://www.boe.es/boe/dias/2007/10/23/pdfs/A42952-42973.pdf

Capítulo 550

GALACTOGRAFÍA O DUCTOGRAFÍA

ANDREA GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

Se realiza en las pacientes que tienen una secreción sanguinolenta o transparente que sale del pezón y para ayudar a diagnosticar las lesiones de mamás como papilomas, cambios fibroquísticos y cánceres de mama.

Es un procedimiento intervencionista de la mamá que consiste en la realización de mamografías tras la administración de contraste a través de un orificio del pezón.

Se realiza en pacientes ambulatorios. la paciente se tumba en la camilla, se limpia el pezón y se saca una pequeña cantidad de líquido mismo para saber el conducto que segrega coma se introducirá el contraste y se realizará una mamografía sobre ese no, con la cánula puesta se realizan las proyecciones craneocaudal y lateral pura a 90 grados.

2 Objetivos

- Revisar la técnica de la galactografía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se

han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Obtención imágenes tras administración de contraste por el conducto galactóforo afectado realizando mamografías en posición craneocaudal y lateral pura. Pudiendo estás imágenes dar a conocer la localización de la lesión que segrega sangre o líquido por el pezón de la paciente.

5 Discusión-Conclusión

La galactografía es una técnica en la evaluación de pacientes con secreción por el pezón. Muchos radiólogos la consideran una prueba complicada y trabajosa y que requiere mucho tiempo de realización por eso está cayendo en desuso a favor de otros métodos de imagen pero aún sigue siendo una técnica muy útil incluso para algunos un referente diagnóstico de imagen en las presiones intraductales.

6 Bibliografía

- El sievert y manual de masson.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 551

SALUD DIGITAL PARA PERSONAL SANITARIO.

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

LUCIA GÓMEZ GONZALEZ

MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ

CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Paul Sonnier define la salud digital como ”aquella disciplina donde convergen las revoluciones digital y genómica con la salud y la asistencia sanitaria”.

En la actualidad la Salud Digital se ha convertido en un área muy extensa de conocimiento que incluye el uso de aplicaciones móviles, blogs y webs especializadas, sistemas de información sanitaria digitalizada y una mayor conexión entre profesionales sanitarios y pacientes gracias a las redes sociales o la telemedicina. Es una parte de la transformación social hacia el mundo digital, que afecta a la sanidad y que está en pleno desarrollo.

2 Objetivos

- Describir el concepto de salud digital y explicar su uso en el entorno sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tema tratado a través de bases de datos como Medline, Scielo y Dialnet. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: "salud digital" y "redes sociales sanitarias".

4 Resultados

En la actualidad los blogs de profesionales sanitarios han crecido notablemente. Son muchos los profesionales que se aventuran a la creación de blogs cuyo contenido se basa en datos científicos o sanitarios. También se han diseñado multitud de portales webs especializados en las diferentes enfermedades, categorías sanitarias, sociedades científicas… La mayoría de estas webs están destinadas a otros profesionales sanitarios o pacientes.

También existen webs creadas para intentar detener o desmentir bulos relacionados con la salud que circulan por las redes sociales de forma viral.

Por otro lado están las redes sociales que han crecido espectacularmente y han inundado el mundo sanitario. En la actualidad es bastante raro que las personas no usen las redes sociales. Muchos profesionales sanitarios se han creado su propio espacio en la redes sociales con contenidos muy especializados y exactos. Crean su propia comunidad con una red de contactos de todas las plataformas de comunicación que existen. Así los pacientes también tienen acceso a los expertos en sus materias y pueden involucrarse en debates y disipar algunas de sus dudas.

También tenemos la implantación de la historia clínica electrónica que es otra herramienta que posibilita tener todos los datos de los pacientes en una base de datos, esto nos ahorra tiempo delante del ordenador ya que agiliza la búsqueda de los datos y mejora los procesos dentro del sistema sanitario.

Existen también sensores de constantes vitales y dispositivos inteligentes que conectan entre sí y a su vez con los sistemas sanitarios. De esta forma los datos de los pacientes son manejados por los profesionales a tiempo real, lo que nos lleva a una atención más rápida y eficaz. Con estos dispositivos el paciente está en contacto con el profesional sanitario y cada vez se involucra más en el manejo de su enfermedad de forma más sencilla.

Y por último tenemos las aplicaciones móviles dedicadas al ámbito sanitario, que

cada día son más e inundan nuestros móviles. Tenemos aplicaciones o Apps sanitarias de todo tipo. Desde aplicaciones con certificados de calidad que aseguran la seguridad clínica para el personal sanitario y para el paciente, hasta aplicaciones en forma de juego para agilizar la mente.

5 Discusión-Conclusión

Hemos pasado de tener habitaciones llenas de papeles donde encontrar un expediente era toda una odisea a disponer de un programa informático o una aplicación que busca dentro de una base de datos y te encuentra la información en segundos.

A pesar de que las nuevas tecnologías están disponibles y pueden aportar nuevas posibilidades no se han generalizado en el mundo sanitario por reticencias varias. Aún existe bastante desconocimiento y miedo a este mundo nuevo digital. Aunque está demostrado que las nuevas tecnologías disminuyen la carga de trabajo y acercan a profesionales de salud con pacientes.

La salud digital beneficia a pacientes y sanitarios con una atención sanitaria más segura, más accesible y de mayor calidad.

6 Bibliografía

1. Silano, M. F. (2013). La Salud 2.0 y la atención de la salud en la era digital. Revista médica de Risaralda, 20(1).
2. Peña-López, I. (2017). Big Data en salud digital.
3. Ríos, A. (2010). Salud Digital, la suma de todos. Temas de Comunicación, (20), 13-35.
4. Garcia-Cuyàs, F., de San Pedro, M., & Roldan, J. M. (2015). La salud digital como motor de cambio hacia nuevos modelos asistenciales y de relación entre los pacientes y los profesionales de la salud. La disrupción de los procesos asistenciales. Medicina Clínica, 145, 38-42.
5. González de Dios, J., González Muñoz, M., González Rodríguez, P., Esparza Olcina, M. J., & Buñuel Álvarez, J. C. (2013). Blogs médicos como fuente de formación e información: El ejemplo del blog Pediatría basada en pruebas. Pediatría Atención Primaria, 15(57), 27-35.
6. Sánchez-Vigil, J. M., Marcos-Recio, J. C., & Olivera-Zaldua, M. (2010). Presencia y contenidos de los blogs en los principales diarios españoles. El profesional de

la información, 19(6).

Capítulo 552

PRINCIPIOS DE BIOÉTICA DEL PERSONAL SANITARIO.

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

LUCIA GÓMEZ GONZALEZ

MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ

CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La bioética es una disciplina científica que existe desde hace poco tiempo. Estudia los aspectos éticos de la Biología y la Medicina en las relaciones del hombre, con el resto de los seres vivos. Aplicada a los profesionales sanitarios, trata que el personal sanitario anteponga la moral a otros intereses como ciencia que orienta a la conducta humana.

La bioética médica trata sobre los principios que rigen la relación médico-paciente, persona sana, familia y comunidad. También abarca los errores médicos, el secreto profesional y la experimentación con humanos.

2 Objetivos

- Definir la bioética y sus principios de forma general para adquirir una base de conocimientos
- Describir situaciones en las que intervenga la bioética y sus principios para profesionales sanitarios.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión y búsqueda bibliográfica de artículos relacionados con el tema tratado a través de las siguientes bases de datos: Medline, Scielo y Dialnet. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: “bioética”, ”principios de la bioética” y “bioética sanidad”.

4 Resultados

La Bioética es ”el estudio sistemático de la conducta humana en los campos de las ciencias biológicas y de la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se analiza a la luz de los principios y valores morales”.

La bioética Intenta dar una respuesta que se adecue a la complejidad en la atención sanitaria.Intenta dar una respuesta a la sociedad y sobretodo a los profesionales sanitarios. Debe ayudar a dar unar espuesta a las opciones que son mejores respecto a la vida en una sociedad libre.

Por ello la bioética se ocupa de las cuestiones éticas involucradas en la comprensión humana de la vida. Nace por la conciencia de la necesidad del pensamiento crítico sobre conflictos éticos provocados por los avances de la ciencias de la salud.

La bioética no busca defender una actitud moral concreta ni pretende ofrecer respuestas determinadas y definitivas. No pretende defender extremismos morales, pero sí busca reflexiones críticas con fundamento y bien argumentadas centradas en situaciones correctas.

Actualmente la sociedad se caracteriza por su diversidad de ideas y creencias sobre el bien. En el ámbito sanitario tenemos conflictos entre criterios médicos y voluntades de los pacientes. La bioética no consiste en un protocolo que decide lo que es correcto y lo que jo lo es, sino que aporta elementos para la reflexión que ayudan en el análisis de las decisiones a la hora de la toma de decisiones. No determina cual es la correcta, ayuda a acordar entre las dos partes mediante un diálogo a tomar la decisión más adecuada para cada caso mediante el respeto.

Los 4 principios básicos de Bioética son:
Autonomía: Es la capacidad de las personas de decidir actuar sobre las decisiones personales que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que no pueden decidir sobre sí mismos tienen derecho

a la protección.

Beneficencia: "Hacer el bien". Se trata de la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y no está penado legalmente si no se cumple.

No-maleficencia: No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. Es un principio de ámbito público y está penado por la ley sino se cumple.

Justicia: Exige una distribución justa de cargas y beneficios para la salud. Es valorar si la actuación es o no ética y es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación o desigualdad por cualquier motivo. Es un principio de carácter público y está legislado.

La bioética suele aplicarse en casos muy concretos que generan debates de discusión:
- Las transfusiones de sangre.
- La utilización de armas químicas o nucleares.
- La interrupción del embarazo (aborto).
- Fecundación invito (FIV).
- La utilización de animales para llevar adelante experimentos y pruebas de nuevas medicinas o de vacunas.
- La donación de órganos.
- La duración de vida o calidad de vida.
- La eutanasia.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental el conocimiento y la aplicación de los principios de la bioética por el personal sanitario ya que se trata de una herramienta eficaz para llevar a cabo las tareas diarias de los profesionales sanitarios en todas las circunstancias que se puedan dar en el día a día.

Es importante señalar que el avance de la tecnología y la ciencia han intervenido en el desarrollo de la bioética porque actualmente todos los profesionales sanitarios tienen que tomar decisiones acertadas y éticas, respetando los derechos de los pacientes, llegando incluso a situaciones en las que se tenga que decidir entre realizar acciones técnicamente posibles pero que no estén de acuerdo con las

normas éticas o anteponer ante toda situación los principios y valores actuando de manera correcta.

La dignidad, el respeto por la vida y los derechos de los seres humanos son condiciones que debe reunir el personal sanitario para hacer el bien a los pacientes.

6 Bibliografía

- Reyes López M, Ríos Pacherco M, Hidalgo de Paz A. Exploración de conocimientos bioéticos en el personal de enfermería del hospital clinicoquirúrgico de Cienfuegos. Rev. Cubana Enfermer (periódica en línea). 1997; 13 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403191997000100004&lng=%20es&nrm=iso&tlng=es
Acceso: 25/5/2009
- Pastor García LM, León Correa FJ. Manual de ética y legislación en enfermería: bioética de enfermería. México, DF. Mosby; 1996.
- Suárez EE. Cuando la muerte se acerca. Guadalajara, México: Mc. Graw-Hill, Interamericana; 1998.
- Colliere M. Promover la vida. Madrid: Mc. Graw Hill, Interamericana; 1993.
- Arena N. El cuidado como manifestación de la condición humana. Rev Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. 2006; 10: 1
- Sanjuán, J. A. G. (2013). Los cuidados al final de la vida: documento de recomendaciones. Una aportación desde la bioética a la calidad de la atención sanitaria en Galicia. Galicia clínica, 74(2), 51-57.
- Sánchez, P. G. (2009). Principios básicos de bioética. Revista peruana de ginecología y obstetricia, 55(4), 230-233.

Capítulo 553

LA COMUNICACIÓN, LA MEJOR AYUDA PARA TRABAJAR.

MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ

EDITA MARTÍNEZ SANTIAGO

AROA LÓPEZ LEMA

PAULA LÓPEZ LEMA

ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los seres humanos somos seres sociales, desde nuestro nacimiento crecemos y vivimos rodeados de personas, por lo que es muy importante cómo nos relacionamos y sobre todo cómo afrontamos la comunicación con ellos.

Todas las personas somos diferentes por lo que pueden surgir divergencias en estas relaciones interpersonales debido a la desigualdad en entender la realidad, no todos tomamos las mismas referencias, ejemplo claro está, en la persona que desde que nace está en un ambiente estructurado con horarios, buen ambiente y la persona que está rodeada de un ambiente problemático, donde en su día a día, escucha gritos o discusiones, pues esta última puede llegar a creer que hablar alto es adecuado, mientras que la primera se sentirá ante un grito, amenazada.

Este tipo de situaciones se verán aumentadas en gran medida, si las técnicas de comunicación que se utilicen son inapropiadas. Aunque todos sepamos que

escuchar, ponerse en el lugar de nuestro semejante o entenderle es la manera más fácil para el buen entendimiento, no se nos enseña adecuadamente y más actualmente donde se tiende a el individualismo, por lo que llegamos a concluir que nuestros modelos son deficitarios. Son muchas los entornos donde falta una buena comunicación, fluida y adecuada.

En la comunicación también juega un papel muy importante el estado de ánimo de la persona, por lo que a veces, por falta de análisis de nuestra realidad interna, podemos agravar el mal entendimiento, pues dejamos que ese estado anímico "hable por nosotros", un ejemplo será la persona que va a trabajar tras una discusión familiar, y al realizar una tarea con su compañero paga la frustración de esa pelea con él. Por esto es importante concienciarse de lo que vamos a transmitir y el cómo, para paliar en lo medida de lo posible situaciones de frustración o insatisfacción.

La manera de educar también jugará un papel importante en nuestra comunicación con los demás. Aunque en la actualidad se están igualando los roles entre hombres y mujeres, seguimos padeciendo la sociedad patriarcal que se definió desde el inicio del mundo. Nos enseñaban que hombre y mujeres no éramos iguales, por lo que no se lograban relaciones equilibradas.

Empezar a educar en habilidades sociales, hacer entender que las formas también importan, o que nuestras ideas o principios son los únicos válidos nos ayudarán a comunicarnos de tal forma que conseguiremos relaciones más sanas y equilibradas lo que repercutirá en una mayor autoestima y satisfacción personal.

2 Objetivos

- Definir qué es la comunicación, determinar qué tipos de comunicación nos podemos encontrar y enumerar cuales son las principales barreras para que la comunicación se fluida en el ámbito hospitalario.
- Explicar la importancia de la comunicación en las relaciones sociales y exponer cuales son las mejores técnicas para comunicarnos eficazmente con pacientes, familiares y otros trabajadores.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de distintas bases de datos como Medline, Science Direct, Cuiden, SciELO, Dialnet y PubMed, además de en los

buscadores Google Académico y Jurn.

El periodo para la búsqueda es desde 2010 hasta la actualidad, aunque de las diez últimas publicaciones, su fecha de publicación era a partir del 2015.

Para la estrategia de búsqueda hemos utilizado las siguientes palabras clave en castellano, comunicación, partes comunicación, entorno comunicativo, comunicación en sanidad, comunicación sanitaria, lenguaje sanitario, comunicación empática, comunicación y barreras, barreras comunicativas, comunicación no verbal y las siguientes en inglés, hospital communication, communication barriers, health language.

Tras obtener más de cincuenta publicaciones hemos excluido aquellos que no tenían rigor académico, así como opiniones, hemos incluido artículos de revistas científicas, capítulos de libros, y páginas públicas de entidades ministeriales. Hemos revisado un total de diez publicaciones, por que es un tema amplio, y no todas ellas se centraban en el proceso de la comunicación exclusivamente.

4 Resultados

Según la Real Academia de la Lengua (RAE) se define comunicación como la transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.

También es definida por otros autores como el proceso por el cual el emisor, transmite al receptor un mensaje mediante un código que ambos entienden y a través de un canal. En esta última definición quedan reflejados todos los elementos que componen la comunicación.

Los elementos que componen el proceso de la comunicación son:
• Emisor, la persona, animal o máquina que transmite el mensaje, deberá utilizar un lenguaje claro para que llegue correctamente.
• Receptor, quien recibe dicho mensaje.
• Mensaje, es la información que se quiere transmitir.
• Código, son el conjunto de reglas y signos que construyen el mensaje. Los hay lingüísticos pueden ser orales o escritos, como el abecedario o el lenguaje de signos para las personas sin audición, y no lingüísticos, como señales de advertencia, de tráfico, los gestos.
• Canal, medio por el que se transmite el mensaje. Puede ser el aire, por papel (periódicos) o por cable (teléfono, fibra).
• Situación, o contexto, el lugar, el momento o el estado anímico.

• Interferencias, son los elementos que pueden causar molestias e impedir la adecuada transmisión del mensaje.
• Feedback o retroalimentación, es la interpretación que el receptor hace de lo que el emisor intenta comunicar.

Cuando utilizamos el lenguaje para difundir un mensaje estamos utilizando un tipo de comunicación verbal (oral o escrita) el lenguaje será el código para utilizar. El otro tipo de comunicación es la no verbal, se realiza la transmisión del mensaje mediante un mensaje carente de palabras, es decir mediante expresiones o lenguajes corporales. Mientras que en la comunicación verbal el código debe ser entendido por los dos, los signos están unidos a un significado o el mensaje tiene cierto carácter informativo y son sus principales características en el no verbal influyen de manera importante el volumen, las pausas, el tono… lo que se conoce como paralenguaje, también la proxémica que es una ciencia que estudia los espacios personales (espacios físicos)en una conversación o la kinésica, que es la que estudia la manera en la que nuestro cuerpo se comporta durante la conversación, son las principales características de la comunicación no verbal.

En el entorno laboral, la comunicación será uno de los ejes fundamentales para que los trabajadores cooperen, se coordinen e integren adecuadamente en su trabajo. Los procesos de trabajo se podrán ver interrumpidos o bloqueados si la relación interpersonal de comunicación no es la adecuada, por lo que una adecuada formación en habilidades sociales ayudaría a impedir este tipo de situaciones.

En el entorno sanitario tenemos tener en cuenta que los trabajadores deben tratar con personas enfermas que se encuentran en un estado de vulnerabilidad muy alto, por lo que un tono inadecuado, un gesto mal recibido o una impresión poco adecuada les hará sentirse "agredidos", lo que dará lugar a situaciones de conflicto que debemos intentar disminuir en todo lo posible.

Las personas que se encuentran bajo una enfermedad importante son susceptibles a todo tipo de gestos o voces, es adecuado, para hablar con ellos mantener un tono de voz suave y cercano, sin invadir su espacio vital, aunque estemos entendiéndose. Así mismo, es importante antes de cualquier procedimiento o técnica, explicárselo con delicadeza, pues por ejemplo, mujeres de cierta edad solteras, están educadas culturalmente, en creencias que les hacen pasar un mal momento cuando las deben sondar, por que tienen que dejar entrar en sus zonas más íntimas, por lo que intentar hacerles el momento cómodo, conlleva una respuesta más positiva por su parte, y de todo esto se encarga la escucha activa.

La escucha activa necesita un superior esfuerzo para hablar y escuchar, porque junto a ello hay que intentar interpretar lo que el otro quiere decir no solo a través del discurso verbal, sino con sus sentimientos, pensamientos e ideas, lo cual entenderemos mejor si se trabajan algunas de las siguientes habilidades sociales como pueden ser la empatía, saber ponerse en el lugar de la otra persona, y que comprenda que le estamos entendiendo; parafrasear, decir con nuestras palabras lo que nos comunica el interlocutor, para que vea que le hemos comprendido; gestionar el tiempo, dar tiempo al paciente a que se explique sin apuros, ni interrupciones; resumir, hacer una breve síntesis de lo que el otro quiere explicar; aclarar, a través de preguntas que hagan que el interlocutor esté pendiente de lo que se le está diciendo y sea consciente de ello.

En el proceso de la comunicación también hay que tener en cuenta las barreras comunicativas que nos podemos encontrar, en la tabla que se adjunta, podemos ver algunas.

Además de las barreras explicadas podemos encontrarnos con diferencias socioeducativas, pues no es lo mismo explicar las opciones de tratamiento, o la enfermedad que padece a una paciente con dificultades cognitivas que a una persona con estudios superiores.

También ocurre que el personal sanitario debe también estar formado adecuadamente, para que sepa adaptar su lenguaje a cada tipo de paciente, a la vez que mostrara interés para saber si el paciente ha comprendido la información que le acaba de comunicar. Así mismo hay tener respeto hacia la persona, la diversidad y las ideologías de cada paciente.

En algunos estudios realizados en base a los trabajadores de centros sanitarios en su trato con los pacientes queda reflejada la importancia que tanto unos y otros dan al lugar adecuado para mantener conversaciones con relación a la enfermedad y salud del paciente. Todos ellos coinciden que el lugar debe ser tranquilo y cerrado, con una adecuada iluminación, sin ruidos ni posibles molestias, evitando a su vez obstáculos entre ellos, ordenadores, máquinas de diagnóstico. Se muestra gran aversión a ser informados en pasillos o zonas comunes, como salas de espera.

Algunas medidas a tomar que mejorarían la comunicación son las siguientes:
• Presentación, aquí se incluye desde el personal sanitario a pacientes y familiares, como las técnicas que se van a realizar en cada momento, con un breve explicación de cada una de ellas.

• Priorizar el tiempo, adaptando tiempos de visitas en función de las posibilidades de familiares y amigos del paciente, eso sí, sin causar molestias al trabajo diario o a otros pacientes, es decir, cierta flexibilidad en las visitas.
• Contacto visual con el paciente, intentar dentro de lo posible mantener una posición donde el paciente nos pueda ver la cara.
• Entorno físico adecuado, libre de barreras arquitectónicas.
• Preparar la visita, por parte del paciente, llevando cuaderno donde apuntar sus cosas, y darle tiempo a hacerlo desde la parte del personal sanitario.
• Consensuar decisiones, en todo lo que pueda llevar el tratamiento.
• Potenciar las nuevas tecnologías par mejorar la comunicación, posible acceso a preguntas por medios de email, o chat preparados desde los centros sanitarios.

Según el modelo de la inteligencia emocional de Goleman, reconocer y gestionar las emociones, es una aptitud incluida, denominándose autorregulación. Dominar este tipo de aptitud, hará que la comunicación sea más eficaz.

5 Discusión-Conclusión

Mantener la tranquilidad, dar tiempo al interlocutor, buscar lugares adecuados, conseguir hablar con tonos adecuados, aunque las circunstancias nos sobrepasan, son medidas que debemos tomar para poder comunicarnos adecuadamente con los pacientes y sus familiares, a la vez que con los demás trabajadores.

6 Bibliografía

1. http://www.abretumente.org/comunicacion-y-relaciones-sociales/
2. http://www.webgou.uma.es/archivos/comunicacion.pdf
3. https://dle.rae.es/comunicaci%C3%B3n
4. https://studylib.es/doc/8309022/la-importancia-de-la-comunicaci%C3%B3n-en-las---mcgraw
5. http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/elibros_internet/55772.pdf
6. https://www.macmillaneducation.es/wpcontent/uploads/2018/10/habilidades_sociales_libroalumno_unidad1muestra.pdf
7. https://www.novartis.es/sites/www.novartis.es/files/PDF-Comunicacion-profesional-sanitario-paciente.pdf

Capítulo 554

PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DIAGNÓSTICO DE ANEMIA FERROPÉNICA

VIRGINIA LINARES FERNANDEZ

MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ

MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La anemia es la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre, va acompañada de una disminución de hematocrito y a veces del número de hematíes.

Se considera anemia en hombres adultos con concentraciones de hemoglobina menor de 13 g/dl, en mujeres menos de 12 g/dl y en niños menos de 11 g/dl.

La hemoglobina es al encargada del transporte de oxígeno a los tejidos, por tanto cuando disminuye se produce una hipoxia tisular que el organismo intenta compensar disminuyendo la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno, redistribuyendo el flujo sanguíneo, aumentado el gasto cardiaco y estimulando a la médula ósea para que produzca mas hematíes.

La anemia ferropénica se produce cuando las reservas de hierro disminuyen hasta que hacen que la eritropoyesis no sea normal.

Las causas más frecuentes de anemia ferropénica son:

- Hmorragias crónicas.
- Aumento de las necesidades de hierro por situaciones como embarazo o crecimiento.
- Dietas pobres en hierro.
- Trastornos de al absorción del hierro.

2 Objetivos

- Conocer las pruebas de laboratorio que ayudan a diagnosticar una anemia ferropénica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las principales pruebas que se realizan en el laboratorio para la ayuda al diagnóstico de la anemia ferropénica son el hemograma y es estudio del hierro.

En el hemograma los datos a tener en cuanta son:
- Hemoglobina: el valor normal esta entre 13.5 y 17.5 g/dl y estará disminuida.
- Hematocrito: el valor normal esta entre 40 y 50%. En la anemia ferropénica esta disminuido.
- La HCM y el VCM estarán disminuidos con valores de HCM menores de 27 pg y VCM menor de 80 fl, de forma que en el frotis observaremos hematíes hipocrómicos y microcíticos.
- Reticulocitos: están disminuidos ya que se trata de una anemia arregenerativa.

Pruebas que estudian el hierro:
- Sideremia: son los niveles de hierro sérico. El Valor normal está entre 60 y 160 microgramos/dl y estará disminuido.

- Capacidad de saturación de la transferrina: mide la cantidad de trasferrina disponible para fijar y transportar hierro. Normalmente la transferrina circula saturada un 33%. Los valores normales de CST son entre 250 y 400 microgramos/dl. En la anemia ferropénica la CST está aumentada y el % de saturación de la transferrina disminuido.
- Ferritina sérica: mide el nivel de ferritina en suero. La ferritina es el hierro de depósito. Los valores normales están entre 15 y 200 microgramos/L. en este caso estarán disminuidos.
- Depósitos medulares de hierro: para ello se usa la tinción de Perls en médula ósea, donde se tiñe de azul la hemosiderina. No suele ser necesaria para el diagnóstico de anemia ferropénica.

5 Discusión-Conclusión

Con los datos de laboratorio mencionados anteriormente podemos ayudar al diagnóstico de una anemia ferropénica. Además debe hacerse un diagnóstico diferencial con otras anemias microcíticas e hipocrómicas como talasemia, anemia sideroblástica o anemia de las enfermedades crónicas.

6 Bibliografía

- www.msdmanuals.com
- www.elsevier.es.

Capítulo 555

EMPATÍA EN EL ENTORNO SANITARIO.

SUSANA DIAZ REVUELTA

LAURA DIEZ GONZALEZ

1 Introducción

La empatía: Derivada de la voz griega em-patheia, literalmente "sentir en" o "sentir dentro" la palabra empathy existe en inglés desde 1904, fecha en la que Webster la recoge por primera vez en su diccionario, evolucionando a través del tiempo, después de algunos cambios menores, a su acepción actual en la que suele definirse como la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y hacerlo evidente en la relación, ya sea a nivel verbal ("ya veo que te sientes mal") o no verbal (expresión facial acorde a la situación) (Eisenberg 1990; Lipkin 1995; Müggenburg et al. 2015).

Nuestro diccionario de la Real Academia no incluye la palabra empatía hasta su 21 edición (DRAE, 1992), donde la define como "Participación afectiva, y por lo común emotiva, de un sujeto en una realidad ajena". En la 22 edición (DRAE, 2001) la definición cambia ligeramente a: "identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro".

Podríamos decir (González de Rivera, 2004), que la empatía es algo así como sintonizar con la frecuencia emocional de una persona, lo que nos permite reproducir interiormente sus sentimientos hasta llegar a comprenderlos. La empatía es fundamental para establecer relaciones profundas, y constituye el principio de conexión entre los seres humanos. A través de ella podemos sentirnos partícipes

de la experiencia de otros y elaborar experiencias comunes. Su apropiado funcionamiento es necesario para la creación de grupos y para la formación y transmisión de actitudes, valores e identidades grupales, aplicada como técnica es un elemento esencial de toda psicoterapia, y en el ámbito asistencial es clave como elemento de relación terapéutico.

La empatía evita realizar un juicio de valor (ya verás cómo te pones bien muy pronto") y a diferencia de la simpatía, no se produce un contagio emocional, circunstancia esencial para los profesionales asistenciales de modo que en todo momento pueden reconocer cuáles son las emociones suyas y cuáles las del paciente. La empatía en la asistencia sanitaria radica en un esfuerzo por parte del profesional sanitario en comprender la realidad de alguien que hasta el momento no considerábamos ni familiar ni amigo (Borrell 2011).

La empatía empieza cuando escuchamos a alguien, sin presuponer nada y con ánimo de ayudarle.
Para mantener una actitud empática, el profesional debe tener la habilidad de identificarse con la situación emocional del paciente, sentir como él, pero también debe tener la habilidad de liberarse de esta identificación y restablecer la distancia emotiva. El equilibrio entre implicación y retirada emotiva es fundamental para no "quemarse" en el desempeño de la profesión (síndrome de burnout) y para no trabajar desde una excesiva distancia o frialdad con el enfermo (Ayuso y Tejedor, 2015).

Si un profesional sanitario es capaz de empatizar correctamente con el enfermo, este último manifestará mayor satisfacción, adherencia al tratamiento y voluntad para entregar información sensible a fin de establecer su diagnóstico y sus cuidados; así mismo, aumentan la participación y la educación del paciente, y se disminuye el malestar emocional incrementando la calidad de vida, según los estudios de Hemmerdinger (2007) y Newmann (2011).

Para Bermejo existen tres fases presentes en los actos de empatía:
- Identificación con la persona y la situación del otro.
- La repercusión e incorporación, o conciencia y manejo de la propia vulnerabilidad ajena.
- La separación o restablecimiento de la distancia psicológica y emocional acortada por la aproximación del primer momento.

Es evidente que los profesionales sanitarios, precisan entrenamiento profesional para desarrollar habilidades que permitan regular la capacidad empática, no sólo

en el sentido de aumentarla y aplicarla de manera natural y eficaz, sino también de limitar su expresión cuando esta puede ser perjudicial para el paciente y para nosotros mismos.

Desde el punto de vista de la calidad asistencial no debemos olvidar que la satisfacción del paciente es una prioridad en la atención sanitaria, y que la satisfacción del paciente se suele medir mediante encuestas estructuradas, en las que se prioriza el trato, la amabilidad y la información recibida por los profesionales sanitarios, todas ellas entroncadas con la empatía y las habilidades sociales, por tanto es clave el que estas habilidades estén desarrolladas si se quiere alcanzar la calidad asistencial en los cuidados que se prestan.

Dentro de las habilidades para comunicarse en salud destacan: la empatía, la cordialidad, la educación y el respeto. La estrategia para facilitar la comprensión y recordar los mensajes de salud, consiste en comunicar la información de forma veraz, inteligible, clara, sencilla, concisa, concreta, evitando tecnicismos y con un vocabulario accesible.

Destacar que las habilidades de comunicación son fundamentales y están íntimamente relacionadas con la habilidad empática, la cual consiste en escuchar atentamente realizando una adecuada escucha activa para comprender las peticiones de los familiares y dudas sobre la situación de su familiar.

"Los pacientes quieren una buena comunicación y, sobre todo, empatía."

Para ayudar a los pacientes a manejar mejor sus emociones, manténgalos al corriente de lo que está pasando, incluso con respecto a pequeños problemas, como un inconveniente en su institución que podría hacer retroceder el examen de imagen. No deje que se sienten en la sala de espera y se preocupen. Los pacientes están ansiosos de escuchar su explicación de lo que mostraron sus exámenes. Tome el tiempo necesario para ser claro con respecto a sus hallazgos y lo que sucederá después. Tómese unos minutos adicionales para una conversación minuciosa sobre su cuidado."

Estos son todos excelentes puntos. Sin embargo, tan importante como lo que usted dice es a sus pacientes, escucharlos es aún más crucial.

Respetar y honrar la diversidad.
Con el tiempo, verás todo tipo de pacientes, diferentes razas y etnias, religiones, edades, orientaciones sexuales, discapacidades y más. También encontrará muchos tipos de unidades familiares: los casados con hijos, las parejas del mismo

sexo, los hogares monoparentales y otros. Todos tienen diferentes valores, preocupaciones y áreas de sensibilidad. Sin embargo, lo que comparten en común es la necesidad y el deseo de respeto. Usted necesita empatizar con todas estas preocupaciones.

Tómese el tiempo para cuidar, aunque está bajo una severa presión de tiempo. Pero el peor lugar para tratar de ahorrar tiempo es en sus conversaciones con los pacientes. Si ven que se apresuran a terminar con ellos y pasar al siguiente paciente, no se sentirán valorados o cuidados – y sus aspiraciones centradas en el paciente se irán por la ventana. Por ende, tanto como sea posible, tómese su tiempo explicando los resultados de sus exámenes, y darles el tiempo para hacer sus preguntas y expresar sus preocupaciones. También puede pedirles que reproduzcan la información que les ha dado. De esa manera, puede estar seguro de que se ha hecho de manera clara.

Coloque a los pacientes en su equipo de atención médica.
Presentar a sus pacientes la tecnología de intercambio de imágenes, un portal de pacientes que permite a los pacientes ver sus imágenes y diagnósticos de exámenes en línea, de forma fácil y segura. Pueden compartir imágenes con la familia y enviarlas a otros profesionales o centros de salud.

También puede incluir pacientes en comités e iniciativas de planificación para mejorar la calidad de la atención.
Sobre todo, recuerde: todo empieza con empatía.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Describir los factores de personalidad existentes en el personal de sanidad que puedan estar relacionados con la empatía y las habilidades sociales.

Objetivo secundario:
- Plantear una discusión acerca de la necesidad que este tipo de profesionales posea estas habilidades e incluso detectar áreas de mejora ligadas a un mayor desarrollo de dichas habilidades que redunden en un mejor trato al paciente y generación de mejores ambientes de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Agency for Healthcare Research and Quality. Shared Decision-Making. Available at: cahps.ahrq.gov/quality-improvement/improvement-guide/browse-interventions/Communication/Shared-Decision-Making/index.html. Accessed September 21, 2015.
- Aguirre Raya, D. 2005. Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. Educ. Med. 19 (3): 25-34.
- Astudillo, W. and Mendinueta, C. 2005. "¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?". ARS Médica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. 11: 132-138.
- Artús A, Beux V, Pérez S. Comunicación de Malas Noticias. Biomedicina. 2012; 7 (1): 28-33.
- Ayuso Murillo D. Empatía y habilidades sociales en enfermeras asistenciales en el servicio madrileño de salud. Comunitania: International Journal of Social Work and Social Sciencies. 2016;16: 111- 25.
- Ayuso Murillo D, Tejedor Muñoz L, Serrano Gil A. Enfermería Familiar y Comunitaria. Actividad asistencial y aspectos ético-jurídicos. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2015.
- Ayuso Murillo D, De Andrés Gimeno B. Gestión de la calidad de cuidados en enfermería. Seguridad del paciente. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2015.
- Ayuso Murillo D, Grande Sellera RF. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2006.
- Báez Hernández, F.J., Nava Navarro, V., Ramos Cedeño, L. and Medina López, O.M. 2009. "El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería". Aquichan. 9 (2): 127-134.
- Barca Fernandez I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martin P, Fernandez Alarcón F, Alejandre Lázaro G, Lopez de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones. Madrid: Atención Primaria, 2004.

- Bascuñan ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. Revista Médica de Chile. 2005;133: 693-98.
- Beca JP. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. Ética de los cuidados. 2008.; 1 (1):1-4.
- Bermejo J. Relación de ayuda. En: García J. Alarcos F. 10 palabras clave en humanizar la salud. Verbo Divino. 2001.
- Blanca Gutiérrez, J.J., Blanco Alvariño, A.M., Luque Pérez, M. and Ramírez Pérez, M.A. 2008. "Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos". Enfermería Global. 12: 1-14.
- Borrell Carrió, F. 2011. "Empatía, un valor troncal en la práctica clínica". Med Clin (Barc). 136 (9): 390-397.
- Buckman R. Difficult conversations in medicine 2010, EEUU: The John Hopkins University press.
- Chin JJ. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. Singapore Med J; 2002.
- Caballo Vicente, E. 2007. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.
- Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, Mª.C. and Carballal Balsa, Mª.C. 2010. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. España: Elsevier.
- Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la asistencia sanitaria, 2016-2019. Madrid. 2016.
- Davis, M.H. (1980). A multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology,10, 85.
- Davis, M.H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. Journal of Personality and Social Psychology, 44 (1), 113-26.
- De Figueiredo, C.Z., Nuñez, H.A., Mulet, F.F., Núñez, A.M. and Andrade, M.L. 2008. "El significado de cuidado para los enfermeros que cuidan de personas con lesión medular". Cultura de los cuidados. 12 (24): 117-123.
- Donoso Sabando CA. La empatía en la relación médico paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. pers.bioét. 2014; 18(2): 184-93.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, Regulation, and Moral Development. Annual Review of Psychology, 51, 665-697.
- Eisenberg, N., Fabes and R.A. 1990. "Empathy: conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior". Motiv Emot. 14:131-149.
- Gil, F. 1991. Entrenamiento en habilidades sociales en los servicios de salud. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.

- González de Rivera Revuelta, J.L. 2004. Empatía y ecpatía. Psiquis;25 (6):243-45.
- González Ortega, Y. 2007. "La enfermera experta y las relaciones interpersonales". Aquichan. 7 (2): 130-138.
- Guibert Reyes, W., Grau Abalo, J. and Prendes Labrada, Mª.C. 1999. "¿Cómo hacer más efectiva la comunicación en salud en atención primaria?".Rev. Cuba. Med. Gen. Integr. 15 (2):176-183.
- Hemmerdinger J, Stoddart S, Lilford R. A systematic review of tests of empaty in medicine. BMC Medical Education. 2007; 7:7-24.
- Knapp ML. Non verbal communication in human interaction. 4th ed. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1997.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, ≪BOE≫ núm. 102. de 29 de abril de 1986. http://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. B.O.E. de 15de noviembre de 2002, núm. 214. http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. ≪BOE≫ núm. 298. de 14 de diciembre de 1999.
- Lipkin, M., Putnam, S.M. and Lazare, A. 1995. The medical interview. Nueva York: Springer-Verlag.
- Lolas F. Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud. Santiago de Chile. Andrés Bello; 1997.
- López-Fernández C. Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería. Educ Med. 2015;16(1):83-92
- March Cerdá, J.C., Danet, A. & García Romera, I. (2015). Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. Index Enferm. 24 (1-2): 15-28.
- March Cerdá, J.C.& Prieto Rodríguez, Mª.A.(2006). La comunicación interna en las organizaciones sanitarias. Su aplicación a la gestión de enfermería y de servicios generales. En: Ayuso Murillo, D & Grande Sellera, RF. La gestión en enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Marin Sánchez, M. and León Rubio, J.M. 2001. "Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería". Psicothema. 13 (2): 247-251.
- Marques Cristina, R., Silva Paes, M.J. and Maia Motta, F.O. 2008. "Comunicación efectiva con familiares de cuidados en pacientes críticos: opinión de los profesionales de salud". Enfermería Herediana. 1 (2): 65-70.

- Marriner Tomey, A. and Raile Alligood, M. 2000. Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier Science. Mosby.
- Meneu R. La perspectiva de los pacientes [editorial]. Valencia: Gestión Clínica y Sanitaria; 2002.
- Garcia Milan A. La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. Albacete: Revista Clínica de Medicina de Familia; 2009.
- Mestre Escrivá, V., Frias Navarro MD, Samper García, P. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. Psicothema 2004; 16(2): 255-60.
- Müggenburg, C., Olvera, S., Riveros, A., Hernández-Guillén, C. and Aldana, A. 2015. "Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida con pacientes como resultado de un entrenamiento". Enfermería Universitaria, 12(1), 12-18.
- Naranjo Bermúdez, I.C. and Ricarte García, G.P. 2006. "La comunicación con los pacientes". Invest. educ. enferm. 24 (1): 94-98.
- Newmann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer M, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy declince and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Academic Medicine. 2011; 86: 996-1009.
- Peñacoba Puente, C., Ardoy Cuadros, J., González Gutiérrez, J.L., Moreno Rodríguez, R. and Martínez Palacios, G. 2003. "Efectos de un programa de habilidades de comunicación en estudiantes de enfermería. Propuesta de un instrumento de evaluación (ISEC)". Revista Clínica y Salud. 14 (2): 129-155.
- Queiróz, A.A. 2004. Empatia e Respeito. Coimbra: Editorial Ariane.
- Queiroz Bezerra, A.I., Watanabe Dal Ben, L., Vieira Camargo, M.N. and De Oliveira Pinheiro, V.F. 1998. "Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientaçao a familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI)". Esc.Enf. USP. 32(2):134-239.
- Ramón Garcia, R., Segura Sánchez, Mª.P., Palanca Cruz, Mª.P. and Román López, P. 2012. "Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar". Rev Esp ComunSalud. 3(1): 49-61.
- Riggio, R.E. 1989. Manual of Social Skills Inventory manual: Research Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Ruiz Moral, R. Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación médico-paciente. Educ Med. 2015; 16(1): 74-82.
- Russell, M.T. and Karol, D.L. (2013). 16PF-5 Cuestionario factorial de personalidad. Tea Ediciones. Madrid.
- Tazón Ansola P, García Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y Comunicación. Ediciones DEA. Grupo Paradigma. 2009.

- Toledo Fernández, A.M. and Torres Pérez, E.M. 2005. "Comunicación social en salud". Rev. Cuba. Med. Ger. Integr. 21 (5-6): 1-5.
- Van-Der Hofstadt Román CJ, Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián Mª J. Técnicas de Comunicación para profesionales de enfermería. Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana. 2006.
- Vall Casas A, Rodríguez Parada C. El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica. Barcelona: Textos Universitaris de Biblioteconomia I Documentacio, Facultat de Biblioteconomia I Documentac Universitat de Barcelona; 2009.
- Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Pragmatics of human communication. New York: Norton; 1967.

Capítulo 556

VIOLENCIA DE GÉNERO EN SANIDAD

PATRICIA MARTINEZ GARCÍA

MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ

RAQUEL RUIZ TURRADO

ELIZABET GARCIA GRANDA

ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO

1 Introducción

La violencia doméstica constituye un importante problema de salud, con una alta prevalencia en los servicios de urgencias. Nosotros los profesionales ocupamos un lugar privilegiado para la detección de casos de maltrato e intervención precoz. Pero aun así se detectan pocos casos debido a la existencia de muchas barreras tanto por parte de la mujer afectada como de los profesionales sanitarios que atienden se recomienda estar atento a determinados signos de sospecha e incluso un cribaje sistematizado.

La violencia de género repercute negativamente en la salud de las mujeres que la padecen. Además de las lesiones traumáticas derivadas directamente de un acto de maltrato físico, el estrés crónico generado por el maltrato ocasiona numerosos síntomas psíquicos, favorece la aparición de enfermedades y empeora las ya existentes.

2 Objetivos

- Conseguir que un número mayor de víctimas expresen abiertamente su situación.
- Detectar situaciones de violencia de género.
- Eliminar esta conducta de cualquier entorno laboral y de cualquier otro tipo.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en diferentes manuales sobre violencia de género , revistas médicas y en buscadores como Google académico y Pumbed, utilizando como palabras clave “violencia de género en el servicio de urgencias”, “violencia de género en el sistema sanitario”, “”. Se emplean como criterios de inclusión: textos gratuitos en castellano; y como criterios de exclusión: textos publicados previamente al año 2003.

4 Resultados

La violencia de género es un fenómeno muy frecuente que afecta a la salud de las personas que la padecen. Es necesario la sensibilización del profesional sanitario, una formación adecuada sobre el mismo, y buena coordinación entre los servicios de atención primaria y los servicios sociales.

5 Discusión-Conclusión

Siempre debe ofrecerse ayuda a las pacientes que se hallen en esta situación, aunque no lo confiesen, sí la paciente reconoce la situación, la respuesta debe ser inmediata. Hay que tener en cuenta la situación de cada mujer o las personas que dependen de ella.

Los profesionales de urgencias, además de la capacidad de detección de casos de violencia de género, tienen la capacidad de intervenir, tener acceso a información específica y medios para actuar. En cuanto a la atención concreta que se realice a la paciente, siempre debe abordar los aspectos médico, social y legal.

6 Bibliografía

- S.Scout Polsky,J Markowitz.color atlas of dometic violence .ST.Louis,Missouri:Mosby.2004.
- Blanco P,Rui-Jarabo C,Garcia de Vinuesa L,Martin-Garcia M.La violencia de pareja y la saludde las mujeres.Gac Sanit 2004;18.182_8.

Capítulo 557

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO

GIORDANA LÓPEZ VALLE

1 Introducción

El Virus del Papiloma Humano es un virus con tropismo por el tejido epitelial y mucosas, relacionado con infecciones de transmisión sexual y procesos oncológicos malignos del aparato genital femenino y con menos frecuencia en el masculino. Se han descrito más de 120 tipos de VPH que se dividen en genotipos de alto y bajo riesgo según si su infección puede conducir o no al desarrollo de una neoplasia. Los VPH de bajo riesgo, producen lesiones verrugosas benignas en el tracto genital y no son oncogénicos. Por otro lado, los VPH de alto riesgo causan lesiones mucho menos evidentes y son clasificados como potencialmente oncogénicos.

La infección por el VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente. El 70-80% de las mujeres y los hombres sexualmente activos han estado expuestos al virus en algún momento de su vida. En la actualidad la tasa de infección en las mujeres mayores de 15 años es de 270 millones en todo el mundo. La incidencia de infección por HPV en mujeres de más de treinta años es del 5-15 %. Entre el 5-10% terminan siendo portador crónico del HPV. Se calcula que hay 310 millones de portadoras del virus. Este estado de portador puede evolucionar posteriormente a lesiones neoplásicas.

2 Objetivos

La infección por el VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente del mundo. El objetivo de esta publicación es informar sobre los métodos de prevención aunque también en los tratamientos que actualmente se aplican para tratar las lesiones derivadas del contacto con el virus.

3 Metodología

Una infección por VPH recurrente o bien de larga duración puede llegar a desencadenar cáncer de cuello de útero. Los virus de bajo riesgo originan lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado mientras que los de alto riesgo pueden producir lesiones de alto grado y en último término la transformación neoplásica de la unión escamocolumnar. Los factores implicados en esta progresión son dependientes tanto del virus como de los hábitos del huésped.

A pesar de que la relación del VPH con el cáncer de cuello de útero es consistente, para que se desencadene el proceso de transformación y malignización celular con la consiguiente progresión a carcinoma es de suma relevancia la influencia de una serie de factores ambientales. El hábito tabáquico, la anticoncepción hormonal administrada durante más de cinco años, un índice de paridad superior a cinco embarazos, la edad en la que se mantiene la primera relación sexual sobre todo por la falta de conocimientos del riesgo de contraer algunas ETS con consecuencias graves para la salud, las co-infecciones con otros agentes que producen inflamaciones crónicas, los déficits nutricionales que conducen a bajos niveles de antioxidantes así como el estado inmunológico son determinantes para que esta progresión hacia la malignización ocurra. En este último aspecto cabe destacar la relación directa entre la afección por VIH y el contagio por VPH.

Debido al determinante papel de dichos factores externos, es en ellos donde en parte radica la clave para prevenir el contagio del virus. Evitar el consumo de tabaco, llevar una alimentación rica en vitaminas, acudir a revisión ginecológica periódicamente y usar métodos anticonceptivos de barrera que impidan el contacto piel con piel son algunas de las medidas preventivas más eficaces.

Próximamente comenzarán a aplicarse las primeras vacunas profilácticas frente al virus. La mayor dificultad en la investigación de dichas vacunas ha sido la imposibilidad de replicar el virus in vitro. Por ello, las vacunas preventivas están constituidas por subunidades virales L1 y/o L2 sintetizadas de forma artificial.

Entre las vacunas profilácticas con mejores resultados obtenidos a lo largo del periodo de ensayos clínicos destacan las dos variantes basadas en la proteína L1: la bivalente VPH 16 y 18 y la tetravalente 6,11,16 y 18.

4 Resultados

El diagnóstico de la infección por VPH se puede realizar por varios métodos:
-El programa de cribado que combina el estudio de una muestra citológica cervico vaginal con métodos moleculares de detección del virus que constatan eficazmente la presencia de ADN viral aún en pequeñas cantidades mediante la hibridación son sondas múltiples o la PCR, principalmente. La hibridación es un método poco sensible que utiliza dos tipos de sondas, una con material genético que permitirá la identificación de aquellos VPH de bajo riesgo y la otra con el que identifica a los de alto riesgo y que por tanto no permite conocer el genotipo exacto del virus. Por otro lado, mediante la PCR se puede detectar el virus aún si la cantidad de ADN del mismo en la muestra es mínima y genotiparlo. En el varón se deben estudiar aquellas lesiones sugestivas de condilomas o acetoblancas por penescopia.

Los métodos inmunológicos o serológicos ponen de manifiesto la presencia de VPH mediante la reacción antígeno VPH-anticuerpo. A pesar de la especificad del método, la sensibilidad es limitada puesto que no permite diferenciar los distintos tipos de genotipos que producen la infección y por tanto no se recomiendan si el fin es diagnóstico. Sin embargo, son métodos muy útiles en estudios epidemiológicos.

5 Discusión-Conclusión

La infección por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en el mundo. Es importante conocer qué métodos de diagnóstico existen actualmente así como informar acerca de los métodos de prevención más eficaces para impedir su contagio.

6 Bibliografía

- TEJEDA, Diestro; SERRANO VELASCO, M.; GÓMEZ-PASTRANA NIETO, F. Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). Oncología (Barcelona), 2007, vol. 30, no 2, p. 14-31.

- GARCÍA, I. Gómez, et al. Infección por Papillomavirus en el hombre. Estado actual. Actas Urológicas Españolas, 2005, vol. 29, no 4, p. 365-372.
- ZALDÍVAR LELO DE LARREA, Guadalupe, et al. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2012, vol. 77, no 4, p. 315-321.
- CABRERA, Y., et al. Cáncer de cérvix: Análisis de 72 casos. Oncología (Barcelona), 2005, vol. 28, no 5, p. 26-32.

Capítulo 558

LA BRUCELOSIS Y SU DIAGNOSTICO SEROLOGICO MEDIANTE LA TÉCNICA ROSA DE BENGALA

MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ

VIRGINIA LINARES FERNANDEZ

MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ

1 Introducción

La brucelosis llamada también fiebre de malta, es una enfermedad bacteriana sistémica importante originada, tanto en el ser humano como en los animales por microorganismos del género Brucella. Infecta principalmente a los animales domésticos como vacas, cabras, ovejas, cerdos y perros, aunque también afecta a la fauna silvestre y a los mamíferos marinos.

La brucelosis en el hombre se presenta por estar en contacto con animales que portan la bacteria brucella. Las personas que tienen trabajos donde a menudo entran en contacto con animales o carne, tales como los trabajadores de mataderos, los ganaderos y los veterinarios, son las más propensas a contraer esta enfermedad. También en consumidores de leche fresca y derivados así como personal del laboratorio.

Estas bacterias son cocobacilos Gram negativos, pequeños, su tamaño varia de 0,5 a 1micras, aerobios (solo B. abortus y B. ovis requieren CO2), inmóviles y de crecimiento lento, no poseen cápsula, esporas ni flagelos. Son microorganismos

patógenos intracelulares, lo cual impide la acción habitual de los antibióticos y de la actividad de anticuerpos sobre ellos haciendo de su infección un estado crónico. Se multiplican en una gran variedad de células eucariotas tanto fagocíticas como no fagocíticas. De las seis especies (biovariedades) solo cuatro se asocian con la enfermedad humana: B. melitensis, B. abortus, B. suis y B. canis (B. ovis y B. neotomae no producen patología en el hombre).

La brucella es capaz de sobrevivir en el medio ambiente por periodos relativamente largos. En las heces hasta 100 días, en la tierra del suelo hasta 80 días y en ambientes helados su supervivencia puede prolongarse durante meses.

Las formas más comunes en que las bacterias se propagan de los animales a las personas son las siguientes:
- Comer productos lácteos crudos. La bacteria Brucella en la leche de animales infectados puede contagiarse a los humanos mediante leche, helado, mantequilla y quesos sin pasteurizar. Las bacterias también pueden transmitirse en la carne cruda o poco cocida de animales infectados.
- Inhalación de aire contaminado. La bacteria Brucella se propaga con facilidad en el aire. Los agricultores, cazadores, técnicos de laboratorio y trabajadores de mataderos pueden inhalarla.
- Tocar sangre y fluidos corporales de animales infectados. La bacteria presente en la sangre, el semen o la placenta de un animal infectado puede ingresar al torrente sanguíneo a través de un corte u otra herida. Dado que el contacto normal con los animales (tocarlos, cepillarlos o jugar con ellos) no causa infección, es raro que las personas se contagien con brucelosis de sus mascotas.
- La transmisión de brucelosis de persona a persona es extremadamente rara pero en algunos casos, las mujeres han transmitido la enfermedad a sus hijos durante el parto o a través de la leche materna. En casos excepcionales, la brucelosis se puede contagiar a través de la actividad sexual o por medio de transfusiones de sangre o médula ósea contaminadas.

Los síntomas de la brucelosis se pueden presentar pocos días o meses después de haberte infectado y pueden ser:
- Fiebre
- Escalofríos
- Pérdida de apetito
- Sudores
- Debilidad
- Fatiga

- Dolor articular, muscular y de espalda
- Dolor de cabeza

Los síntomas de la brucelosis pueden desaparecer durante semanas o meses y después volver a aparecer. Algunas personas tienen brucelosis crónica y tienen síntomas durante años, incluso después del tratamiento. Los signos y síntomas a largo plazo pueden incluir fatiga, fiebre recurrente, artritis, inflamación del corazón (endocarditis) y espondilitis, una artritis inflamatoria que afecta la columna vertebral y las articulaciones adyacentes.

2 Objetivos

Describir brevemente la brucelosis y su diagnostico en el laboratorio mediante la prueba rosa de bengala.

3 Metodología

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

4 Resultados

La infección por Brucella conduce a una respuesta humoral con la producción de anticuerpos o inmunoglobulinas. Se diagnostica generalmente mediante la detección de anticuerpos específicos contra Brucella en sangre por seroaglutinación. También por aislamiento del patógeno mediante hemocultivo. Con la llegada de las tecnologías del ADN en las últimas décadas se está utilizando para diagnóstico la PCR (Reacción de la polimerasa en cadena) la cual es altamente específica e incluso sirve para distinguir entre las diferentes especies de Brucella, pero su costo hace que la seroaglutinación siga siendo una técnica más utilizada que la PCR.

También se puede realizar un cultivo bacteriológico del microogarnismo: puede aislarse a partir de sangre, médula ósea (MO), orina, bilis, líquido cefalorraquídeo

(LCR), exudados y material de biopsias. En las infecciones recientes, el hemocultivo resulta positivo en el 100 % de los casos, en las formas crónicas, el aislamiento resulta bastante difícil. El crecimiento de las brucelas es lento.

La prueba rosa de bengala es muy útil como prueba de despistaje inicial o screening, es la prueba más utilizada debido a su rapidez y a su muy alta sensibilidad y especificidad, ya que permite una aproximación diagnóstica inmediata. Detecta fundamentalmente anticuerpos Ig G de forma cualitativa. Consiste en una aglutinación en porta que utiliza como antígeno una suspensión bacteriana de brucelas en tampón lactato (muy ácido) a la que se ha añadido el colorante rosa de bengala, enfrentándola al suero sin diluir del enfermo. Es una aglutinación con un valor predictivo positivo muy alto 99 % en los paciente que padecen brucelosis o que han tenido contacto previo con el agente. Un resultado negativo excluye prácticamente la enfermedad y su positividad, en presencia de síntomas, confirma la infección. Sus falsos negativos se limitan a enfermos con procesos de pocos días de evolución y a algunos casos de enfermedad de curso muy prolongado.

Para realizar la prueba de Rosa de Bengala se necesitan tarjetas de lectura en las cuales se va a depositar 30 microlitros de suero problema sobre uno de los cuadrados de la lámina y sobre otro cuadrado depositamos un control positivo. Se añaden otros 30 microlitros del antígeno rosa de bengala a cada uno de los cuadrados y se mezcla el suero con el antígeno con una varilla o mezclador. Girar la tarjeta durante 4 minutos, al cabo de los cuales se lee la aglutinación.

El resultado de la lectura se informa como positivo o negativo. Las reacciones positivas presentan grumos de aglutinaciones que pueden ser grandes o pequeñas y los negativos tienen ausencia de estos grumos. El control positivo debe de aglutinar para que la prueba sea válida. Durante el almacenamiento y el transporte el antígeno debe mantenerse entre 2ºC y 8ºC. A la hora de realizar la prueba, los sueros y el antígeno deben de estar a temperatura ambiente.

5 Discusión-Conclusión

La prueba serológica de rosa de bengala se caracteriza:
- Es una prueba in vitro, rápida y sencilla
- Representa la prueba “screening” o tamizaje
- Es una prueba de alta sensibilidad y especificidad debido a su Ph ácido
- Procedimiento cualitativo rápido de aglutinación macroscópica que se efectúa con una sola dilución y que detecta principalmente anticuerpos Ig G

- El colorante rosa de bengala no ejerce ninguna acción en la actividad serológica, su función es facilitar la observación de la reacción.

Se deben de tomar algunas precauciones para reducir el riesgo de contraer brucelosis:

- Evita los alimentos lácteos sin pasteurizar .Es mejor evitar la leche, el queso y el helado sin pasteurizar, sin importar cuál sea su origen. Si se va a viajar a otros países, evitar los alimentos lácteos crudos.
- Cocina la carne por completo. Cocinar la carne hasta que alcance una temperatura interna de 63 a 74 ℃. Cuando se come en un restaurante, pedir carne de res y de cerdo por lo menos a temperatura media-alta. Cuando viajes al extranjero, evita comprar carne de vendedores ambulantes y pide que toda la carne esté bien cocida.
- Usa guantes. Si eres veterinario, granjero, cazador o trabajas en un matadero, usa guantes de goma al manipular animales enfermos o muertos, tejidos de animales o al asistir a animales a dar a luz.
- Toma precauciones de seguridad en los entornos de trabajo de alto riesgo. Si trabajas en un laboratorio, manipula todas las muestras en condiciones de bioseguridad apropiadas.
- Vacuna a los animales domésticos. Esta puede eliminar casi por completo la brucelosis en los rebaños de ganado. Como la vacuna contra la brucelosis es una vacuna viva, puede provocar la enfermedad en las personas. Todas las personas que se hayan pinchado accidentalmente con una aguja al vacunar a un animal se tienen que tratar. No existe vacuna para los seres humanos.

6 Bibliografía

- Acha PN, Szyfres B. Zoonosis y Enfermedades Transmisibles Comunes al Hombre y a los Animales. 3a edición. Washington D.C. organización Panamericana de la Salud, 2001
- Brucelosis laboral. Secretaria de Política Sindical - Salut Laboral, UGT de Catalunya, 2009
- Brucellosis. Edward J.Young. Principles and Practice of Infectious Diseases. Mandel. Douglas and Bennett. 1995.
- Corbel M.J. Brucellosis in humans and animals. Editorial de la OMS. 2006

Capítulo 559

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL CÁNCER DE PULMÓN

ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ

JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El cáncer de pulmón es una enfermedad en la cual las células comienzan a multiplicarse sin control en el pulmón. Generalmente se produce en las células que recubren los conductos de aire en los pulmones. Hay dos tipos principales que son el cáncer pulmonar en células no pequeñas y el cáncer pulmonar en células pequeñas.

2 Objetivos

Saber cuál es la causa provoca cáncer de pulmón, así como que técnicas se utilizan para su diagnóstico precoz y conocer más sobre la materia.

3 Metodología

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

4 Resultados

El cáncer de pulmón es uno de los canceres mas comunes en el mundo. Se produce tanto en hombres como en mujeres, pero suele ser más común en hombres. Su principal causa es el tabaquismo. Cuantos más cigarrillos se consumen más posibilidades de padecerlo hay. Otras causas de su desarrollo son los altos niveles de contaminación, la dieta y la carga genética

Sus síntomas más comunes son la tos, tos que no desaparece y cada vez va a peor y llega a expectorar sangre, la falta de aire que provoca fatiga y ronquera, por ejemplo, pérdida de apetito y de peso.

Las pruebas de imagen que se realizan para la detección precoz del cáncer de pulmón son la radiografía de toras PA y lateral. Cuando es la radiografía encontramos algo anormal se pasa a realizar una tomografía computarizada de tórax.
La tomografía de tórax se realiza con baja dosis de radiación, el cual es una prueba indolora, no invasiva, en el cual obtenemos muchas imágenes de los pulmones y del interior del pecho. Es una técnica muy precisa la cual tiene capacidad de detectar nódulos muy pequeños. Es efectiva a la hora de diagnosticar el cáncer de pulmón en estadios mas tempranos los cuales es más fácil su tratamiento y curación.

5 Discusión-Conclusión

El tac de tórax es muy importante para la detección precoz de la enfermedad. También es importante para la detección de otras enfermedades como son las neumonías, la tuberculosis entre otras.

El papel del técnico de rayos es muy importante para la detección precoz del cáncer. El cáncer de pulmón es un tumor muy agresivo por lo que su detección precoz es muy importante para su posterior tratamiento.

La radiografía de tórax también es muy importante, es una prueba sencilla de realizar que nos da imágenes los pulmones, los vasos sanguíneos, las vías respiratorias, el corazón, los huesos de la columna vertebral y el pecho.
El principal objetivo seria terminar como el tabaquismo tanto activo como pasivo ya que su principal causa, pero esto es algo muy difícil por no decir imposible.

Después de la búsqueda de información, hemos conseguido nuestros objetivos.

6 Bibliografía

- https://www.radiologyinfo.org
- https://medlineplus.gov/spanish/lungcancer.html
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 560

GESTIÓN DE RESIDUOS EN EL LABORATORIO.

GRACIELA PEÓN MARTÍNEZ

VERÓNICA FERNÁNDEZ SUÁREZ

MARIA DEL CARMEN SANCHO ORTIZ

VERONICA COSTA COSSIO

1 Introducción

Un residuo de laboratorio en una sustancia que casi siempre presenta características de toxicidad y peligrosidad para el personal y/o para el medio ambiente. Por ello su almacenamiento y su identificación deben de ser adecuados, ya que de lo contrario supondría un riesgo para el personal.
La gestión de residuos está regulada por la Directiva 91/689/CEE que es la relativa a residuos peligrosos en lo referente a la Unión Europea. En España la ley que tenemos es la Ley 20/1986 "Básica de residuos Tóxicos y Peligrosos".
Un residuo es todo aquel producto que la persona que lo posee, lo abandona, ya no lo necesita para su uso.
En la Ley 20/1986 se define como residuo tóxico y peligroso a aquel "material sólido, pastoso, líquido, así como los gaseosos contenidos en recipientes que después de su utilización y abandono del mismo, este dentro de su composición tiene alguna sustancia que representa un riesgo para la salud humana o para el medio ambiente. En esta ley también se encuentran definidos, las normas de identificación etiquetado.

2 Objetivos

Identificar y gestionar todos aquellos residuos que se pueden generar en el laboratorio.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica para obtener información sobre la clase de residuos que se pueden generar en el laboratorio, así como de la forma que nos podemos deshacer de ellos.
Se realizaron varias búsquedas en diferentes páginas de internet y libros, y se encontraron diferentes artículos utilizando una serie de palabras:
- Gestión de residuos.
- Contenedores utilizados en el laboratorio.
- Residuos peligrosos.
- Residuos peligrosos y sus pictogramas.
- Almacenaje de residuos peligrosos.

De todos los artículos encontrados se ha reseñado, aquellos que se han encontrado más importantes, según la información que se encontraba en ellos.
Se emplearon como criterios de inclusión textos escritos en idioma castellano e inglés; excluyendo aquellos que carecían de acceso gratuito.

4 Resultados

Los residuos se clasifican en residuos comunes y residuos peligrosos, para determinar si un residuo es común o peligroso, se hará según la Lista Europea de Residuos (LER), en la que se distinguen a los peligrosos con un asterisco.
Los residuos comunes son aquellos que están generados por el desempeño normal de la actividad, son aquellos que están exentos de peligrosidad.
Los residuos peligrosos son aquellos desechos que poseen unas cualidades que pueden llegar a poner en riesgo la salud de las personas o pueden causar un daño para el medio ambiente. Las propiedades que se tienen en cuenta para que el residuo sea tóxico son: la inflamabilidad, la toxicidad, la corrosividad, la reactividad y la radioactividad.
En un hospital podemos encontrar un 85% de residuos comunes y un 15% de residuos peligrosos.

En los laboratorios se utilizan los contenedores y los colores de las bolsas de basura dependiendo de qué tipo de residuo se vaya a depositar en ellas. La relación de los residuos y sus contenedores son los siguientes:
Grupo I:
- Vidrio: irán a contenedores blancos, rígidos. En este contenedor se echaran todos aquellos residuos de vidrio que no tengas ningún tipo de material que pueda ser contaminante.
- Papel y cartón: tanto el contenedor como la bolsa tienen que ser de color azul. Los contenedores poder estar sin bolsa o con ella.
- Otros residuos municipales: bolsas de color negro. Todos aquellos residuos que no contengan nada peligroso, y puedan ser desechados como residuos urbanos.
Grupo II:
- Sanitarios asimilables a domésticos: color verde tanto para el contenedor como para la bolsa de basura. Contenedores que tienen que estar debidamente señalizados, ya que en ellos se puede encontrar material desechable de inyecciones.
Grupo III:
- Biológicos: los contenedores son rígidos amarillos, y opacos. Se pueden encontrar dos tipos de contenedores, de tamaño tanto grande como pequeño. Son resistentes a las roturas y a la perforación tanto interna como externa. Ambos tipos de contenedores deben disponer de un cierre hermético. En los contenedores pequeños se encuentra en su tapa un dispositivo un mecanismo de desactivación de los elementos punzantes.
- Citotóxicos y citostáticos: son envases de color rojo. Envases rígidos desechables, opacos e impermeables. Este tipo de contenedores se utilizan para todos aquellos residuos citotóxicos y citostáticos. Para luego su transporte se cuenta con la homologación UN.
Todos los materiales peligrosos tienen que disponer de unos pictogramas en su etiquetado. De esta manera se podrá diferenciar qué cuidado se tiene que tener respecto a la peligrosidad que tiene.
Respecto al almacenamiento de los residuos peligrosos se debe tener en cuenta su peligrosidad a la hora de colocarlos juntos. A continuación, explicamos cómo se puede almacenar :
- Los residuos inflamables pueden almacenarse entre ellos y con los residuos que son peligrosos por aspiración.
- Los residuos explosivos solo se pueden almacenar entre ellos.
- Los residuos tóxicos se almacenan entre ellos y con aquellos que son peligrosos por la aspiración.
- Los residuos peligrosos cutáneamente se almacenan solo ellos mismos.

- Los comburentes se almacenan con ellos mismos, y también se pueden almacenar con aquellos perjudiciales por aspiración pero manteniendo unas medidas preventivas.
- Los perjudiciales por aspiración no se encontraría problema en almacenar tanto con los inflamables como, como con ellos mismos, y manteniendo unas medidas preventivas se podría almacenar con los comburentes.
(*) Se podrían almacenar juntos, adoptando una serie de medidas preventivas.

5 Discusión-Conclusión

Creemos que es muy importante un buen funcionamiento del laboratorio, reciclando todo aquello que sea posible, para poder conseguir minimizar al máximo los residuos generados.
Es muy importante también llevar un correcto stock del mismo, de esta manera los productos no llegan a su caducidad y reducimos la cantidad de residuos generados.

6 Bibliografía

- NTP 359: Seguridad en el laboratorio: gestión de residuos tóxicos y peligrosos en pequeñas cantidades.
- Duarte, Mónica Residuos de establecimientos de salud Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.
- Guía para la gestión de residuos sanitarios del Principado de Asturias.
- Nuevos pictogramas de productos químicos peligrosos Fernando Ignacio de Prada-Pérez de Azpeitiafile.

Capítulo 561

ENFERMEDADES PARASITARIAS, LA TOXOPLASMOSIS.

SARA FERNÁNDEZ MALLO

1 Introducción

La toxoplasmosis es una zoonosis causada por Toxoplasma Gondii, un parásito intracelular que infecta varios tejidos. Su ciclo de vida incluye una fase sexual y otra asexual. Esta fase asexual se puede presentar en el hombre y en cualquier animal de sangre caliente, en quienes se manifiesta la enfermedad. El riesgo de transmisión congénita de una madre gestante que se infecta por primera vez con el parásito puede ser de hasta el 90% en el tercer trimestre, si no recibe tratamiento. En pacientes inmunocomprometidos, una infección latente puede reactivarse causando enfermedad severa e incluso la muerte. Unas pruebas de laboratorio aplicadas e interpretadas de forma adecuada pueden ser de gran utilidad en los diferentes escenarios de esta enfermedad.

El Toxoplasma Gondii fue aislado por primera vez en 1908 por Alfonso Splendore en conejos de experimentación.

Su clasificación taxonómica es la siguiente:
- Filo: Apicomplexa.
- Clase: Sporozoea.
- Subclase: Coccidia.
- Orden: Eucoccidiiae.
- Suborden: Eimeriina.
- Familia: Sarcocystidae.
- Género: Toxoplasma.

- Especie: Toxoplasma gondii.

Es un protozoo intracelular obligado. Con base en los análisis isoenzimáticos y de RFLP, así como por la virulencia en ratones, las cepas de Toxoplasmosis Gondii se clasifican en tres tipos: el primero corresponde a las cepas virulentas, un ejemplo es la cepa RH, la cual es letal para los ratones 6 días después de la inoculación de un parásito viable. El segundo y tercer tipo corresponden a cepas menos virulentas como son las ME49 y C56, respectivamente, las cuales ocasionan la muerte de los ratones de 10 a 20 días después de la inoculación de 1.000-100.000 parásitos viables. En humanos estas cepas se aíslan de casos congénitos y de individuos inmunodeficientes con episodios de reactivación. Las cepas de tipo III se han aislados en humanos en muy pocos casos. No obstante, todas las cepas tienen capacidad infectiva sobre humanos.

Este parásito tienen ciclo de reproducción sexual y asexual. La reproducción sexual ocurre exclusivamente en los hospedadores definitivos, los felinos, en tanto que la reproducción asexual ocurre en los hospedadores intermediarios (especies de sangre caliente, incluido el hombre) y en los definitivos.

El parásito puede presentarse en 3 formas diferentes:
- Ooquistes: miden 10x12 micras aproximadamente, son de forma ovoide y contienen esporozoítos. Solo se producen en los hospedadores definitivos como resultado de la reproducción sexual del parásito en el intestino de los felinos. Durante la infección activa los felinos excretan millones de ooquistes en la materia fecal durante 7-21 días. Para que el ooquiste sea infeccioso es necesario que esporule o madure, lo cual se da después de ser excretado en el medio ambiente. Puede tardar de 2-4 días a temperaturas altas o entre 14-21 días a temperaturas más bajas. Los ooquistes pueden permanecer viables hasta 18 meses en tierras húmedas, las cuales sirven como reservorio.
- Taquizoitos o trofocitos: miden de 2-4 micras de ancho y de 4-8 micras de largo. Pueden tener forma oval o de luna creciente y son la forma asexual invasiva del parásito. Tiene la capacidad de infectar todas las células nucleadas, las cuales se lisan después de varios ciclos de replicación, diseminando más trofocitos por vía sanguínea para infectar muchos tejidos, entre ellos el sistema nervioso central, el ojo, el corazón y la placenta. El trofocito es la forma que induce la respuesta inflamatoria y la destrucción de tejidos asociadas con las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Los trofocitos se transforman en bradizoitos para formar los quistes una vez concluida la fase aguda de la infección.
- Quistes: poseen un diámetro entre 10-200 micras y contienen miles de bradi-

zoitos, los cuales persisten durante la vida del hospedador en los diferentes tejidos. Los bradizoitos son morfológicamente idénticos a los trofocitos, pero se multiplican más lentamente. Ante una deficiencia del sistema inmune pueden transformarse otra vez en trofocitos y causar sintomatología. Los quistes están en los estadios infecciosos crónicos de los hospedadores intermediarios y definitivos. Son relativamente resistentes a los jugos digestivos, no obstante, son sensibles a temperaturas mayores de 60°C durante más de 4 minutos.

Clínicamente, la infección por T. Gondii puede manifestarse de forma variada (desde asintomática hasta causar la muerte).

En la fase aguda de la infección adquirida se puede observar un amplio espectro de manifestaciones clínicas, la mayoría de las cuales son inespecíficas: fiebre moderada, mononucleosis, exantema, adenopatías, astenia, cefalea, mialgia, hepatitis, neumonía o encefalitis. Durante esta fase hay parasitemia transitoria con intenso parasitismo tisular puesto que los taquizoitos se distribuyen por vía hemática y linfática hacia todos los tejidos. En los órganos afectados ocurre necrosis con reacción mononuclear circundante, la cual desaparece con el establecimiento de la inmunidad adaptativa. La evolución clínica de la toxoplasmosis aguda depende de la condición inmunológica del hospedador, de forma que en individuos inmunocompetentes la fase aguda de la infección es autolimitada.
La fase crónica es asintomática y se caracteriza por la persistencia de quistes tisulares.

La toxoplasmosis congénita tiene lugar cuando la fase aguda de la infección sucede en mujeres gestantes. La probabilidad de infección congénita es prácticamente nula en hijos de mujeres con anticuerpos e inmunidad específica contra el parásito, no obstante, puede ser difícil discriminar el momento de la infección aguda y el inicio de la gestación. Son pocos los casos en los cuales, a pesar de existir inmunoglobulina G (IgG) específica, ocurre infección congénita y se observan anormalidades en las ecografías obstétricas. Si las hay pueden encontrarse calcificaciones intracraneales, dilatación ventricular, hepatomegalia, ascitis y aumento del grosor de la placenta. En el recién nacido, las manifestaciones clínicas son diversas e incluyen fiebre, exantema, hepatomegalia y esplenomegalia, hiperbilirrubinemia, anemia, trombocitopenia, estrabismo, ceguera, calcificaciones en el SNC e hidrocefalia.

La toxoplasmosis ocular se manifiesta como una coriorretinitis que puede adquirirse de forma congénita o postnatal, como resultado de una infección

aguda o de una reactivación. Se manifiesta por unas lesiones focales blancas, usualmente unilaterales, acompañadas de reacción inflamatoria.

El diagnóstico de la toxoplasmosis humana puede hacerse por métodos directos o indirectos. Los métodos directos se basan en la demostración de formas parasitarias completas o su material genético en fluidos o tejidos corporales. Los métodos indirectos para el diagnóstico se basan en la demostración de la presencia de anticuerpos IgM, IgG o IgA específicos contra el parasito.

En cuanto a los métodos directos, una de las técnicas de diagnóstico se basa en la reacción a la cadena polimerasa (PCR), en la que se determina la presencia de ADN de T. Gondii en muestras de fluidos y tejidos corporales. Es muy útil para el diagnóstico de la infección congénita a partir de líquido amniótico, sangre u orina del neonato. La realización de esta prueba en humor vítreo o en el humor acuoso permite el diagnóstico en casos específicos y de difícil manejo de la toxoplasmosis ocular. También es aplicable para el diagnóstico de encefalitis toxoplásmica en los pacientes con SIDA, a partir de líquido cefalorraquídeo, o para la identificación de la primoinfección en individuos infectados por VIH.

Para los métodos indirectos se busca determinar anticuerpos IgG, IgM e IgA y generalmente se emplea la técnica ELISA en placas sensibilizadas con antígenos totales o fracciones de parásitos. La sensibilidad y la especificidad de estos métodos son mayores del 90%. Estas pruebas se encuentran disponibles en kits comerciales y son de fácil aplicación en un laboratorio.

El diagnóstico de la toxoplasmosis también puede requerir algunas pruebas complementarias de acuerdo con los órganos afectados. Así, por ejemplo, para la encefalitis toxoplásmica se utiliza la tomografía axial computerizada y la resonancia magnética nuclear. Para la toxoplasmosis ocular se utiliza la evaluación exhaustiva del fondo del ojo.

T. Gondii es un parásito biológicamente bien adaptado a sus hospedadores, se establece una relación en la que el parásito se replica hasta garantizar un estado de latencia que no amenaza la supervivencia del hospedador. En el hombre sólo se observan manifestaciones clínicas importantes en pacientes con déficit o inmadurez en la inmunidad celular y en los casos en los que el parásito se aloja en la retina. Esto significa que normalmente no se requiere el tratamiento de la infección adquirida en individuos inmunocompetentes.

Algunos de los medicamentos disponibles contra el parásito son la pirimetamina, la sulfadiazina, la espiramicina y la clindamicina, ellos controlan parcialmente la replicación de los taquizoitos, pero no evitan la formación de quistes tisulares ni tienen acción sobre los existentes.

El tratamiento está indicado en los casos de infección aguda complicada, gestantes con primoinfección, infección congénita activa, toxoplasmosis ocular activa, inmunodeprimidos con infección aguda o con reactivación de la infección crónica.

2 Objetivos

- Acercar al lector a una de las enfermedades que más preocupan a mujeres gestantes.
- Informar sobre sus posibles formas viables, sus manifestaciones clínicas, así como su diagnóstico y sus tratamientos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Boehringer, E., Fornari, O. and Boehringer, I. (1962). The First Case of Toxoplasma gondii in Domestic Ducks in Argentina. Avian Diseases, 6(4), p. 391.
- Couvreur, J. and Desmonts, G. (2008). Congenital and Maternal Toxoplasmosis. Developmental Medicine & Child Neurology, 4(5), pp. 519-530.
- Gazzinelli, R., MendonÃ§a-Neto, R., Lilue, J., Howard, J. and Sher, A. (2014). Innate Resistance against Toxoplasma gondii: An Evolutionary Tale of Mice, Cats, and Men. Cell Host & Microbe, 15(2), pp. 132-138.
- Holliman, R. (1990). The diagnosis of toxoplasmosis. Serodiagnosis and Immunotherapy in Infectious Disease, 4(2), pp. 83-93.
- Munoz, M., Liesenfeld, O. and Heimesaat, M. (2011). Immunology of Toxoplasma gondii. Immunological Reviews, 240(1), pp. 269-285.

- RV005 Consulting Laboratory for Toxoplasmosis: Conventional and unconventional diagnosis of Toxoplasmosis in Germany. (2003). International Journal of Medical Microbiology Supplements, 293, pp. 191-192.
- Schade, B. and Fischer, H. (2001). Toxoplasma gondii induction of interleukin-12 is associated with acute virulence in mice and depends on the host genotype. Veterinary Parasitology, 100(1-2), pp. 63-74.
- Subauste, C., Ajzenberg, D. and Kijlstra, A. (2011). Review of the Series â€œDisease of the Year 2011: Toxoplasmosisâ€ Pathophysiology of Toxoplasmosis. Ocular Immunology and Inflammation, 19(5), pp. 297-306.
- Tekkesin, N. (2012). Diagnosis of toxoplasmosis in pregnancy: a review. HOAJ Biology, 1(1), p. 9.
- Tripathy, K. and Sharma, Y. (2016). Congenital toxoplasmosis. BMJ, p.i5028.
- Zuckerman, M. (1993). Molecular and Cell Biology of Opportunistic Infections in AIDS. Sexually Transmitted Infections, 69(4), pp.326-326.

Capítulo 562

ENFERMEDADES INFECCIOSAS. LA RUBEOLA.

SARA FERNÁNDEZ MALLO

1 Introducción

La rubéola es una enfermedad infecciosa de origen vírico que afecta sobre todo a niños y mujeres embarazadas. Está causada por un Rubivirus de la familia Togaviridae. No existe ningún tipo de tratamiento curativo sino solo paliativo de los síntomas causados por esta enfermedad (fiebre, exantema, etc.). Sin embargo, esta puede prevenirse cumpliendo con el programa de vacunación en vigor.

La vacuna triple vírica protege frente a la rubéola entre otras enfermedades infecciosas.
La rubéola es una enfermedad infecto-contagiosa exantemática aguda que afecta preferentemente a niños y adultos jóvenes no vacunados. El curso por lo general es benigno pero, en mujeres embarazadas, la infección puede afectar al feto, produciendo la embriopatía rubeólica (rubéola congénita), debido a la teratogenicidad del virus causal. Pasar la enfermedad confiere inmunidad específica permanente. La vacuna de virus vivos atenuados frente a la rubéola es muy efectiva y segura y su uso ha logrado un gran impacto en todo el mundo.

El virus causal es un Rubivirus, de la familia Togaviridae. Se trata de un virus de ARN monocatenario de polaridad positiva y provisto de una cápsula lipídica. Su cápsida tiene una geometría icosaédrica. Se replica en el citoplasma de la célula huésped. La especie humana es el único reservorio de esta familia de virus. El virus es relativamente inestable y es inactivado por solventes grasos, tripsina, y luz ultravioleta, calor y pHs extremos.

En cuanto a su estructura antigénica se han descrito varios antígenos de la cubierta y el núcleo, pero los que forman la base de las reacciones serológicas más utilizadas para la identificación son el Antígeno inhibidor de la hemaglutinación o hemaglutinina de la cubierta y los Antígenos Fijadores del Complemento de la cubierta y el núcleo. Se han descrito tres polipéptidos estructurales en el virus de la rubéola denominados E1, E2 y C. El E1 y el E2 son glucoproteínas transmembrana y el C es la proteína de la cápsida que rodea el ARN del virión. La hemaglutinina y los antígenos fijadores del complemento están compuestos por varias proporciones y mezclas de E1, E2 y C.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es el análisis del virus de la rubéola. Enfermedad muy común tanto en niños como en mujeres gestantes. Se informa sobre su etiología, sus manifestaciones tanto prenatal como posnatal y su tratamiento, así como su prevención.

3 Metodología

1. Rubéola posnatal
1.1 Epidemiología y transmisión
El virus penetra por la vía respiratoria a través de las secreciones nasofaríngeas de la persona infectada.
Se multiplica en el epitelio de las vías respiratorias superiores y se disemina por la vía linfática a la sangre para llegar a la piel, tejidos linfoides, mucosa respiratoria y otros órganos.
El exantema aparece 14-21 días después de la exposición y coincide con los niveles más altos de viremia, de eliminación del virus por secreciones respiratorias y de aparición de anticuerpos.
La infectividad es muy alta en aquellas personas susceptibles, siendo el riesgo de transmisión del 10-30%, aunque varía con los grados de cobertura vacunal de la población.

1.2 Clínica
Desde el punto de vista diagnóstico, en el hemograma del paciente se detecta leucopenia con elevación de las células plasmáticas y linfocitos anormales, parecidos a los que se observan en la mononucleosis infecciosa. Los anticuerpos neutralizantes específicos en suero o saliva aparecen 1-2 días después del brote ex-

antemático y permiten hacer el diagnóstico de seguridad. Una respuesta de anticuerpos específicos IgM indica probable infección aguda. También puede diagnosticarse a través del aislamiento del virus en distintas muestras clínicas.

El pronóstico es excelente sin dejar secuela alguna. Excepcionalmente se puede dar encefalitis (1/6000 casos) y suele ser menos grave que en otras enfermedades exantemáticas. Pueden presentarse también trombocitopenia (1/3000 casos), artritis acompañada de artralgias transitorias, más frecuentes en adolescentes y adultos, muy raras en niños, y finalmente púrpura rubeólica postinfecciosa.

1.3 Prevención. Las vacunas.

La única forma de inmunoprevención de la rubéola es la vacunación sistemática durante la infancia, actualmente practicada con la vacuna triple vírica. Una dosis a los 12 meses de vida procura tasas de seroconversión superiores al 95 %, que se elevan prácticamente hasta el 100 % tras una 2.ª dosis de la vacuna. Son necesarias coberturas vacunales del 80-85 % para lograr inmunidad de grupo, interrumpir la transmisión y propiciar la eliminación del virus.

Las vacunas monovalentes frente a la rubéola están compuestas por virus vivos atenuados pertenecientes a la cepa Wistar-RA 27/3. Es la cepa más utilizada en el mundo. Esta cepa se obtiene después de ser sometido el virus de la rubéola a entre 25-33 pases en cultivo de células diploides humanas (WI-38 o MRL-5). La vacuna monovalente fue introducida en España en 1979 para niñas de 11 años como profilaxis de la rubéola congénita y, posteriormente, en 1981 se incluyó como componente de la vacuna triple vírica combinada con las vacunas de sarampión y parotiditis. La vacuna produce una respuesta serológica con la producción en el 98% de los vacunados de un nivel de anticuerpos superior al considerado como protector. Induce una respuesta de anticuerpos IgG e IgM.

La respuesta de IgM es de más corta duración. Se ha demostrado también una respuesta inmunitaria de anticuerpos IgA secretores en nasofaringe que puede prevenir la infección por el virus salvaje. La respuesta serológica persiste durante largo tiempo. El tipo de anticuerpos que se obtienen tras la inmunización con vacuna Wistar-RA 27/3 son similares a los que se observan después del padecimiento de la enfermedad, pero con títulos más bajos. La vacuna induce igualmente una respuesta inmune de tipo celular con un aumento en la proliferación de linfoblastos a partir de la segunda semana de vacunación.

La vacuna está recomendada a todos los niños a partir de 12 meses de edad, así como a adolescentes y adultos, sin antecedentes de vacunación completa y siem-

pre que no exista un diagnóstico serológico de haber padecido la enfermedad. Las adolescentes que no hayan recibido la vacuna deben ser vacunadas tan pronto como sea posible; las mujeres diagnosticadas como seronegativas durante el embarazo deben ser vacunadas tan pronto como sea posible tras el parto, preferiblemente antes del alta hospitalaria. Es importante también incidir en la vacunación del personal sanitario que puede atender a individuos susceptibles, especialmente a los de alto riesgo. Deben de administrarse dos dosis, la primera entre los 12-15 meses y la segunda a los 3-4 años. Ambas se administran actualmente bajo la forma de vacuna combinada triple vírica SRP. Se utiliza la vía subcutánea, tanto si se utiliza la monovalente como en el caso de la triple vírica.

1.4 Tratamiento
El tratamiento es únicamente sintomático. La única precaución a tener en cuenta es el aislamiento de mujeres embarazadas susceptibles durante el primer trimestre de gestación.

2. Rubéola prenatal. Síndrome de la rubéola congénita
2.1 Epidemiología y transmisión
La rubéola congénita se origina durante la fase de viremia en la embarazada afectada de rubéola, tras la infección de las vellosidades coriales y la placenta. Desde aquí se produce un paso transplacentario de virus a la sangre del feto (viremia importante) que afecta a todos los tejidos de este. Si la viremia se produce durante las doce primeras semanas de gestación, el feto tendrá un alto riesgo, de hasta el 84 %, de padecer el síndrome de la rubéola congénita.

Después de la 12.ª semana de embarazo el riesgo disminuye, habiéndose descrito como complicación de la infección la sordera cuando la viremia se produce en las semanas 16-20. Los lactantes con el síndrome eliminan grandes cantidades del virus por las secreciones nasales, heces, orina, etc., hasta 12 meses después del nacimiento, por lo que se consideran contagiosos hasta el año de edad.

2.2 Clínica
Como manifestaciones clínicas se puede dar retraso del crecimiento intrauterino, hepatoesplenomegalia, adenopatías generalizadas, anemia hemolítica, trombopenia, hepatitis, ictericia, lesiones óseas, fontanela anterior muy extensa, microcefalia, miocarditis, neumonitis y nefritis.

Además, ya desde el nacimiento pueden observarse cataratas congénitas, glaucoma o retinopatía. El nervio auditivo puede estar también dañado por lo que puede existir sordera neurosensorial y otros defectos relacionados. Cardiopatías

congénitas, defectos inmunológicos y trastornos de la conducta e incapacidad para el aprendizaje son otras de las manifestaciones clínicas que pueden darse. El diagnóstico se lleva a cabo por el aislamiento del virus en cultivos celulares de muestras procedentes de faringe, LCR, orina y demostración de anticuerpos específicos IgM frente a la rubéola, que pueden estar presentes hasta los 6-12 meses de edad.

2.3 Prevención
La inmunización activa está formalmente contraindicada durante el embarazo. La única prevención posible en esta enfermedad es la vacunación previa a la gestación, no debiéndose administrar a menos de un mes antes del embarazo.

Todas las mujeres en edad fértil deberían someterse a una prueba de detección de anticuerpos y conocer su estado inmunitario frente a la rubéola.

4 Bibliografía

1. https://imgv2-2-f.scribdassets.com
2. http://www.msssi.gob.es
3. http://vacunasaep.org/profesionales/enfermedades/rubeola
4. https://microbewiki.kenyon.edu/index.php/Rubivirus
5. http://www.micromadrid.org/pdf/tomo1_tema45.pdf

Capítulo 563

SÍNDROME BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO.

PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ

AINOA MARTINEZ PEREZ

LOURDES BELEN PEREZ LORENZO

1 Introducción

El síndrome de burnout o también conocido como la sobrecarga laboral o desgaste profesional, trabajador quemado, es cada vez más frecuente en el ámbito laboral con entornos estresantes mantenidos durante un largo periodo de tiempo, lo que incide en la salud del trabajador (agotamiento físico y mental) y en la empresa (absentismos, excedencias, bajas laborales, cambios de trabajo, etc.).

El término burnout fue descrita por primera vez por Freudemberg en 1974 como una sensación de fracaso y la presencia de agotamiento, como resultado de una sobrecarga laboral. Afecta la calidad del trabajo bajando el rendimiento laboral y también afecta la vida diaria, son personas infelices, sin motivación ninguna, emocionalmente inestables y con una actitud fría hacia las personas que le rodean, dando lugar así a un aislamiento e indiferencia social y generando una sensación de egocentrismo.

Es importante no confundirlo con el estrés. El estrés es el precursor del burnout. Si el estrés se acumula, al cabo de cierto tiempo esto da lugar a un burnout. Por lo tanto, un burnout no puede aparecer sin haber experimentado primero estrés,

sin embargo, el estrés puede manifestarse sin derivar forzosamente en burnout. Por lo que el estrés no es un trastorno por sí solo, mientras que el burnout sí.

La sintomatología más habitual, frecuentemente va sufriendo una escalada.

Síntomas leves: cefaleas, fatiga, lumbalgia.
Síntomas Moderados: insomnio, automedicación, irritabilidad.
Síntomas graves: insatisfacción con todo lo que le rodea, absentismo, cinismo, alcoholismo.
Síntomas extremos: Aislamiento, crisis, riesgo de suicidio.

2 Objetivos

- Conocer el síndrome de burnout, saber reconocer los indicativos que pueden provocar situaciones de riesgo para la salud debido a esta enfermedad y determinar los síntomas en cada etapa del síndrome de burnout con el fin de prevenir la sobrecarga laboral total.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo y Cuiden, así como en la editorial Elsevier. Google Academic, MedlinePlus y Dialnet. Para la búsqueda se utilizaron los descriptores: enfermería, factores de riesgo, agotamiento profesional y Burnout.

4 Resultados

En los artículos consultados se encuentran diferentes etapas del síndrome de burnout.

Según diversos autores hay 4 etapas:
Etapa de idealismo y entusiasmo (sobrecarga laboral voluntaria relacionada con motivación intrínseca).
Etapa de estancamiento (impotencia al saber que el trabajo que realiza no compensa).
Etapa de apatía (frustración parcial, agotamiento y desmotivación).
Etapa de distanciamiento (frustración total, decepción, desvalorización profesional y ansiedad).

Según otros autores existen 3 etapas: Agotamiento emocional, despersonalización (impotencia, cinismo y desmotivación) y falta de realización personal laboral (baja autoestima, ansiedad, aislamiento, agotamiento físico y mental).

Es importante reconocer los síntomas más característicos como son:
Alteración del sueño, cansancio, debilidad, agotamiento.
Dolores musculares
Inquietud, irritabilidad, ansiedad, angustia.
Abuso de medicamentos.
Absentismo laboral.
Depresión.
Así podremos reconocer las diferentes etapas o estadios. En la primera, se comienza a sufrir una situación de estrés debido a la gran carga laboral durante un largo periodo de tiempo, influyendo las condiciones de trabajo. En la segunda, se empieza a dar un sobresfuerzo laboral, aumentando el cansancio y la irritabilidad. En la tercera, trata de enfrentarse a la tensión por medio de unos mecanismos neuróticos.

El personal sanitario y profesionales como norma general, debemos disminuir el desgaste profesional manejando el estrés, siendo la mejor manera de prevenir el agotamiento profesional.
Facilitar y potenciar el diálogo entre los compañeros, da la oportunidad para una buena relación social entre los trabajadores.

Reducir los excesos de jornada, así como no sobrecargar las funciones del trabajador evita el deterioro profesional. Los profesionales con menor carga laboral, mayor retribución y mayor reconocimiento laboral gestionaban mejor el estrés y sufrían menos ”burnout”·.

5 Discusión-Conclusión

Este síndrome es más común de lo que pensamos, y aunque es más frecuente en mujeres toda persona es susceptible de sufrirlo. Por tanto para poder evitarlo y facilitar la prevención, es imprescindible que todo el personal sanitario lo sepa identificar. Para ello la OMS ha desarrollado una serie de programas de fomento de la salud tanto individuales como colectivos.

Es producido por situaciones estresantes en el lugar de trabajo, siendo un proceso continuo y progresivo, hasta que el trabajador desarrolla la sintomatología

específica, es decir el Síndrome de Burnout.

Sería adecuado controlar a aquellos profesionales o servicios en los que existan mayores factores de riesgo, potenciando los factores de protección. Así como mejorar aquellas condiciones laborales que puedan ser desencadenantes de estrés y sobrecarga laboral.

6 Bibliografía

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E., Domínguez, V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid Revista Española Salud Pública 2004; 78 Nº 4: 505-516
- Atance Martínez Juan Carlos. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 Mayo [citado 2020 Feb 06] ; 71(3): 293-303. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008&lng=es.
- Gil-Monte, P. R. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Revista Eletrônica InterAção Psy, 2003
- Maslach C. 2009. Comprendiendo el Burnout. Cienc Trab. Abr-Jun; 11(32): 37-43
- Ortega Ruiz, Cristina, López Ríos, Francisca, El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. International Journal of Clinical and Health Psychology [Internet]. 2004;4(1):137-160. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740108

Capítulo 564

EL PACIENTE EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

LAURA DIEZ GONZALEZ

SUSANA DIAZ REVUELTA

1 Introducción

El paciente es aquella persona que sufre dolor o malestar y que solicita asistencia medica, y esta sometida a cuidados profesionales para mejorar su salud. Cuando este acude al servicio de radiología no sabe a que se va enfrentar (tipos de pruebas que le van realizar para diagnosticar la enfermedad, miedo a la radiación, etc.).

Es por ello que el trato personalizado al paciente, una buena comunicación y empatía son las mejores de las opciones para mejorar la atención al paciente, para así reducir el estrés y ansiedad que les puede generar someterse a estas pruebas, especialmente a los pacientes pediátricos a sus padres. Para ayudar a los pacientes a manejar mejor sus emociones, hay que mantenerlos al corriente de lo que está pasando, incluso con respecto a pequeños problemas, como algún inconveniente que podría hacer retroceder el examen de imagen. No hay que dejar que se sienten en la sala de espera y se preocupen.

Los pacientes están ansiosos de escuchar alguna explicación de lo que mostraron sus exámenes, es por ello que hay que explicarles que una vez realizada la prueba diagnóstica esta la tiene que estudiar el medico radiólogo para para generar el diagnóstico. Los TSID deben tener en cuenta las normativas de protección de datos a la hora de interactuar con los sistemas de registro electrónicos de los entornos sanitarios.

2 Objetivos

Analizar el TSID a la hora de tratar con el paciente teniendo en cuenta las características de cada persona (minusvalía, edad del paciente, estado en el que se encuentra, etc.). En el caso e pacientes pediátricos, estos requieren de consideraciones específicas de protección sanitaria o legal.
- Hay que comunicarse con él de tal manera que nos entienda y hacerle sentir bien.
- Unas buenas habilidades de comunicación son vitales para involucrar al paciente en el cuidado de su propia salud.

3 Metodología

En primer lugar el TSID al llamar al paciente tiene que comprobar sus datos personales (nombre, apellidos, prueba a la que va a ser sometido, por ejemplo: TAC, RMN, RX, etc.) y explicarle en que consiste la prueba que se va realizar. Para que el paciente colabore a la hora de realizarle la prueba hay que hablarle de una manera clara y tranquilizadora.
Si tiene que firmar algún consentimiento informado para la realizacion de la prueba o le tenemos que dar información explicativa sobre la prueba que se le va realizar, la comunicación con el paciente debe ser efectiva, precisa, inclusiva y personalizada. Es un requisito legal que cualquier paciente que reciba un examen médico con radiación ionizante esté informado de manera clara sobre los beneficios diagnósticos o terapéuticos esperados del procedimiento radiológico, así como los riesgos de la radiación.

Tenemos que maximizar la eficiencia , minimizar la exposición y controlar las dosis en las pruebas radiológicas que realicemos. Los profesionales de radiología debemos detener en cuenta las normativas de protección de datos a la hora de interactuar con los sistemas de registro electrónicos de los entornos sanitarios.

Los profesionales sanitarios tenemos que prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, hay que incluir los principios generales para evitar la transmisión de infección en toda la atención al paciente y también formas específicas de prevenir la transmisión en pacientes que se sabe o se sospecha que están infectados. Entre los principios generales se destaca la higiene de las manos utilizando los cinco momentos, el equipo de protección personal siempre que pueda ocurrir una exposición al material infeccioso, asegurar la limpieza adecuada de los materiales (desinfección y esterilización) y del entorno que rodea

al paciente. Se debe realizar una limpieza de las superficies en contacto con los pacientes, con protocolos de limpieza rigurosos y periódicos.

Con todo esto lo que queremos conseguir es que el paciente se sienta cómodo, se implique en las pruebas que se le van a realizar y que se genere un ambiente óptimo para su realización y así el paciente se sienta satisfecho y respetado en todo momento.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 565

EVOLUCIÓN DEL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA EN ASTURIAS DESDE 1991.

ALEJANDRA GARCÍA APARICIO

1 Introducción

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente diagnosticada en mujeres a nivel mundial y una de las primeras causas de muerte por cáncer en las mujeres.

En España, el cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres por delante de otros cánceres como el colorrectal, el de útero, el de ovario o el de pulmón. El número de cánceres de mama diagnosticados en España en el año 2020 se estima que alcanzarán los 32.953 casos, según los cálculos de la Red Española de Registros del Cáncer (REDECAN).
Según datos de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), en Asturias se registraron 869 nuevos casos de cáncer de mama durante el año 2019. Datos recogidos en el Informe de Incidencias 2019 del 0bservatorio AECC.

Asturias lleva años luchando contra el cáncer, pudiendo considerar al Hospital General de Asturias como pionero en la creación de servicios oncológicos. A modo de resumen podemos destacar:
-1963 Se contacta con la Junta Nacional de Lucha Contra el Cáncer para conseguir su apoyo en el proyecto de instalación de cobaltoterapia en Asturias para el tratamiento de tumores malignos.

-1965 Se crea un Comité Oncológico.
-1967 Se llega a un acuerdo para crear un Centro Oncológico Regional en el Hospital General de Asturias.
-1968 Se incorpora al hospital, el Dr Declós, prestigioso radioterapeuta llegado desde el MD Anderson Cancer Center de Houston.
-1972 Se suma la incorporación del Dr Brugarolas, proveniente de Buffalo para poner en marcha un Servicio de Quimioterapia, que fue pionero en España.
-1976 Se creó el Registro de Tumores Hospitalario, por la Dra Astudillo, fue uno de los primeros que hubo en España.
-1978 Se crea el Registro Poblacional de Cáncer en la Dirección Provincial de Sanidad, su primera publicación data de 1982. Desde 1988 se incluye dicho registro en la publicación Cáncer en Cinco Continentes (CIS) de la International Agency for Reseach on Cancer.
-1987 Creación del Comité Regional de Cáncer
-1988 Publicación del Libro Blanco del Cáncer. En él se recoge la situación del cáncer y se proponen estrategias para afrontar los problemas detectados.
-1991 Se pone en marcha el Programa de Cribado de Cáncer de Mama.
-2000 Se crean grupos de trabajo para redactar un Programa de Atención Multidisciplinar de Cáncer de Mama
-2004 Un amplio grupo de trabajo redacta la guía para diagnóstico y tratamiento del Cáncer de Mama en el Principado de Asturias.

Además, se crea el Programa de Atención al Cáncer en Asturias 2005-2007 que se renueva con el Programa 2010-2013.
Hoy en día Asturias está a la vanguardia de los tratamientos terapeúticos considerados como eficaces y eficientes. Siendo a día de hoy cada vez más personalizados y de mayor precisión en cada caso concreto. Además, colabora activamente con grupos oncológicos nacionales e internacionales especializada en todas las patologías tumorales.

El cáncer de mama afecta tanto a mujeres como a hombres aunque en proporciones muy distintas, siendo en el hombre la incidencia menor del 1%. Supone un importante problema de salud por su elevada incidencia (aparición de nuevos casos) y prevalencia (número de casos que continúan tras un periodo de tiempo desde su diagnóstico), además de por el impacto y las consecuencias que tiene en la vida del paciente que lo padece y su familia.

Desde hace casi tres décadas se han implantado en España Programas de Detección del Cáncer de Mama. Su finalidad es, reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de las mujeres enfermas mediante programas de cribado. Son servicios de salud pública en los cuales los miembros de una población definida, a la que se denominará población diana, son seleccionadas para que se les realicen una serie de pruebas y de este modo determinar cuales están afectadas por una enfermedad, con el fin de reducir mediante otras pruebas o tratamientos el riesgo de la enfermedad o de sus complicaciones. Para ello, las guías europeas para la garantía de la calidad en el cribado y diagnóstico del cáncer de mama recomiendan realizar mamografías de cribado, basándose en la existencia de pruebas que demuestran la eficacia del cribado de cáncer de mama derivada de ensayos clínicos aleatorios.

Desde el inicio de los programas de cribado de cáncer de mama ha existido un creciente interés a nivel mundial por el control de la calidad de las actividades que contemplan estos programas. De ahí que cada determinado tiempo se actualicen. El cribado no puede verse como una prestación aislada sino que ha de formar parte de un programa de prevención y control del cáncer de mama en el que también se incluyan todas las disciplinas involucradas en los distintos niveles de atención: diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica, tratamiento, rehabilitación, inserción social y seguimiento de pacientes. El trabajo en equipo y la coordinación entre todos los profesionales relacionados en el tema tendrá como resultad, una mayor eficacia y calidad en la prevención, tratamiento y seguimiento de esta enfermedad.

2 Objetivos

- El objetivo de este trabajo es analizar las medidas que ha adoptado la Comunidad Autónoma de Asturias frente al cáncer de mama.
- Mostrar cómo y cuando se originó el Cribado de Cáncer de Mama en el Principado, cuál ha sido el protocolo de actuación del servicio de radiología y detallar la evolución que se ha ido produciendo en el Programa.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistémica de información a través de diferentes fuentes y una comparativa de los Programas de Cribado de Mama que se

han ido publicando y actualizando. Además se han revisado estadísticas de incidencia, prevalencia y mortalidad publicadas a lo largo de los años desde la implantación del programa en Asturias. Desde la puesta en marcha de estos cribados se han elaborado y difundido guías de actuación, realizadas por los responsables de la Atención al Cáncer en la Comunidad y aprobadas por el Consejo Asesor del Cáncer de Mama y por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarias.

Posteriormente, cada centro sanitario ha adaptado su funcionamiento a este proceso. Las guías se elaboran bajo rigurosidad científica, basándose en las evidencias existentes y en los avances científicos y tecnológicos que se han ido produciendo y que han permitido disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de las mujeres que padecen cáncer de mama.
A día de hoy, la mamografía es la prueba por excelencia que se emplea en el cribado de cáncer de mama, ya que es la más precisa para detectar el cáncer de mama en etapas tempranas cuando aún no es palpable y no se ha extendido a los ganglios ni a otros órganos. La mamografía es una prueba que se lleva a cabo en los servicios de Radiología y que permite estudiar el tejido de la glándula mamaria.

De este modo se obtiene la información necesaria para valorar si se trata de una estructura normal o patológica. Esta prueba diagnóstica presenta una sensibilidad o probabilidad de detectar cáncer cuando este existe del 85%-95%. Por otro lado, presenta una especificidad o probabilidad de obtener un resultado negativo cuando no existe cáncer superior al 90%.
En los comienzos del screening las mamografias se realizaban con equipos analógicos. Fue en el año 2000 cuando la Federal Drug Administration (FDA) aprobó la mamografía digital como prueba diagnóstica y de tamizaje para uso clínico en Estados Unidos. Su empleo se ha extendido de manera progresiva habiendo sustituido hoy en día casi en su totalidad a la mamografía analógica.

Han sido varios los estudios que han hecho comparativas entre ambas técnicas para demostrar la superioridad de cada modalidad respecto a la sensibilidad y la especificidad frente a los tumores. Si bien, no se han podido mostrar evidencias claras de la superioridad del modo digital frente al analógico a la hora de detectar tumores, si se ha evidenciado que el contraste entre tejido mamario y tumores es mayor con mamografía digital que con analógica, en especial en mujeres con mamas densas. Son muchas otras las ventajas que a lo largo de estos años han

mejorado los programas de cribado con la implantación de la radiología digital.

Entre ellas cabe destacar:
•Se produce una imagen inmediata, eliminando así la manipulación de la película y abaratando costes. Se visualiza en un monitor y puede ser almacenada en un sistema PACS para hacer comparativas con estudios posteriores, sin que la imagen se deteriore con el paso del tiempo como sucedía con las imágenes obtenidas en radiología analógica impresas en película. Con la creación de archivos digitales se ha ahorrado espacio en los centros sanitarios y se puede hacer llegar a otros servicios sin demora de tiempo.
•Reduce la dosis al paciente y al técnico.
•Al obtenerse una imagen digital esta puede ser manipulada para mejorar así la calidad de la imagen, en caso necesario, evitando la repetición de estudios.

4 Resultados

La implantación de los Programas de Detección de Cáncer de Mama en España se produce en distintos momentos en el tiempo en cada Comunidad Autónoma, siendo pionera Navarra en 1990.
El cribado en Asturias comenzó en 1991, concretamente en el Área Sanitaria IV que corresponde a Oviedo. Durante 1990 se desarrolló una prueba piloto, impulsándose el programa con la creación de las instalaciones necesarias y formando al personal en el Hospital Monte Naranco de Oviedo. En 1994, se anunció la extensión del programa con los mismos criterios al resto de Asturias. Así la Consejería subvencionó equipos informáticos y mamográficos en las distintas Áreas Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Asturias. Cuatro años después, la Consejería de Servicios Sociales firmó un convenio con el INSALUD sobre Cribado de Cáncer de Mama entrando en vigor varias unidades de screening en las áreas V,VII, VIII y III, y comprometiéndose a su implantación en las áreas I y VI. En la actualidad dicho programa se encuentra implantado en todas las áreas sanitarias.

La puesta en marcha de los Programas de Detección Precoz del Cáncer de Mama en cada Área Sanitaria de Asturias tuvo lugar del siguiente modo:
• Área I, Hospital de Jarrio año 2000
• Área II, Hospital Carmen y Severo Ochoa año 1995
• Área III, Hospital de Avilés año 1999
• Área IV, Hospital Monte Naranco año 1991
• Área V, Hospital Cruz Roja año 1998

• Área VI, Hospital de Oriente año 2000
• Área VII, Hospital Vital Álvarez Buylla año 1999
• Área VIII Fundación Sanatorio Adaro año 1999

En un principio, la población diana que era sometida al cribado comprendía un grupo de edad entre los 50 y los 65 años. En una primera citación se les realizaban dos proyecciones mamográficas bilaterales, craneocaudal y oblicuamediolateral. En series siguientes únicamente proyecciones oblicuasmediolaterales. A partir del 2005, en Asturias, el cribado de la población diana se amplió de los 65 a los 69 años, según las recomendaciones de las directrices europeas de garantía de calidad del cribado mediante mamografía. Las proyecciones mamográficas pasaron a ser dos, craneocaudal y oblicuamediolateral en cada citación de la paciente. Se ha demostrado que la realización de dos proyecciones ortogonales como prueba de cribado aumenta la tasa de detección de anormalidades y puede reducir la tasa de repetición de estudios. Por otro lado, la periodicidad de las citas en casos normales era de dos años, siendo en otras comunidades al año. Hoy en día, existe acuerdo en que el beneficio adicional de realizar el screening al año es bajo, se radia más a la paciente y los costes son muy altos.

"Las cifras del cáncer en España" es un informe anual que realiza la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) donde se recogen datos de incidencia, mortalidad, supervivencia y prevalencia de cáncer en España. Según revela dicho informe, la estimación del número de casos de cáncer de mama en mujeres en España para el año 2020 será de 32.953.
Un informe, publicado en 1998 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, " Cribado Poblacional del Cáncer de Cáncer de Mama en España" recoge que la tasa de participación en el Programa de cribado iniciado en Asturias en el Área Sanitaria IV de Oviedo fue del 57.2%, siendo la tasa de detección del 5.1 por 1000.

En la Guía de Funcionamiento publicada en 2002 "Cribado Poblacional de Cánce de Mama en Asturias" se señala que la tasa de participación en Asturias en la actividad de 1999/2000 fue del 64% y la tasa de detección por mil del 3.3.
En el periodo 2006/2015 se llevaron a cabo 675.000 citaciones en Asturias, el porcentaje de participación fue del 79.5%, por encima del 75% que aconsejan las guías europeas de calidad. La tasa de detección fue de 3.23 por cada mil participantes.

Entre las participantes en los Programas de Detección Precoz del Cáncer de Mama en las dos últimas décadas la probabilidad de tener un diagnóstico de

cáncer fue de 39 de cada mil. En 29 de cada mil las detenciones se obtuvieron por la prueba de imagen, mientras que en diez de cada mil se ha correspondido con cánceres de intervalo que han aparecido entre una cita y la siguiente, lo que ha favorecido la detección en estadios muy poco avanzados y esto conlleva a un mejor pronóstico.

Según recoge la Guía de Recomendaciones Clínicas de Cáncer de Mama de Programas Clave Atención Interdisciplinar (PCAI) publicada en 2019 en Asturias, la prevalencia del cáncer de mama es elevada debido a su elevada incidencia y supervivencia. Así en dicho informe nos muestra como la supervivencia relativa a 5 años era del 70% para los pacientes diagnosticados a finales de los años 80, del 80.3% en el periodo 1995/1999, del 82.8% entre los años 2000/2007 y hoy en día ronda el 90%. Los estudios han demostrado que aquellas mujeres a las que se les ha diagnosticado un cáncer de mama durante su participación en el programa de detección precoz del Principado tienen mayor esperanza de vida que aquellas que no acuden a las pruebas de cribado.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la supervivencia al cáncer de mama ha aumentado en los últimos años gracias a los programas de cribado y a la mejora de los tratamientos que son más personalizados, el cáncer de mama sigue siendo la neoplasia maligna más común diagnosticada a nivel mundial en mujeres

Los Programas de Detección Precoz del Cáncer de Mama han demostrado que la supervivencia y la efectividad del tratamiento esta en relación directa con el estadio o etapa del tumor en el momento de su diagnóstico. De este modo, la supervivencia de la paciente será del 87-90% a los cinco años cuando el tumor se localice en estadios tempranos y no presente ganglios afectados. Y solamente del 47% cuando en el diagnóstico se vea que ya están afectados los ganglios.

No se sabe cuál es el origen del cáncer de mama pero si se conocen factores que aumentan el riesgo de padecerlo como son: el sexo, la edad, factores genéticos hereditarios, factores hormonales, estilo de vida, menarquias tempranas antes de los 12 años o menopausias tardías después de los 55 años. A día de hoy no se puede evitar que el Cáncer de Mama aparezca, pero se ha de concienciar a la sociedad de que los Programas de Cribado de Cáncer de Mama salvan vidas.

6 Bibliografía

-Cribado Poblacional de Cáncer de Mama mediante Mamografía; AETS; Instituto d Salud Carlos III; Ministerio de Sanidad y Consumo1995.
-Cribado Poblacioal de Cáncer de Mama en España; Informe Técnico nº13; Ministerio de Sanidad y Consumo; Madrid 1998.
-Guía de funcionamiento 2002 Cribado Poblacional de Cáncer de Mama en Asturias; https://www.astursalud.es
-Guía de Recomendaciones Clínicas Programa Clave Atención Interdisciplinar versión 2019; https://www.astursalud.es
-Informe incidencia 2019; Observatorio AECC; https://observatorio.aecc.es
-Las cifras del cáncer 2020; Informe de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM); https://seom.org
-Libro Blanco del Cáncer en Asturias; Consejería de Servicios Sociales; Principado de Asturias. Oviedo, 1998
-Red Española de Registros del Cáncer (REDECAN) https://www.redecan.es
-Rendimiento diagnostico de la mamografía digital en el cribado del cáncer de mama; Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AETSA 200/09; https://www.juntadeandalucia.es/salud/aetsa

Capítulo 566

LOS RIESGOS ERGONÓMICOS DEL TÉCNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

BEATRIZ PAREDES

ROCÍO LÓPEZ GONZÁLEZ

SIRA MORO MELGAR

SANTIAGO ALONSO MARTÍNEZ

1 Introducción

Aunque a simple vista no parece entrañar ningún riesgo cada vez son más frecuentes las lesiones en los trabajadores que realizan las tareas de TEAP, los riesgos ergonómicos derivados de las funciones que desarrollan durante su jornada laboral, derivan en trastornos músculo-esqueléticos.

2 Objetivos

- Dar a conocer mediante los diferentes programas de prevención, las medidas ergonómicas adecuadas a su puesto de trabajo para así evitar o disminuir las lesiones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas utilizando los descriptores dolor, ergonomía, silla, movimientos repetitivos, prevención.

4 Resultados

Los resultados demuestran que los factores de riesgo disminuyen considerablemente si se utilizan las medidas preventivas oportunas. La silla, la altura de las encimeras de trabajo, la posibilidad de descanso visual y el limitar en lo posible la realización de movimientos repetitivos sin descanso, y la formación de los trabajadores para la realización de tareas que requieran esfuerzos físicos importantes (traslado de material o trabajos con sustancias nocivas),

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de lesiones no solo repercute sobre la saludé del TEAP causando dolor, sino que además significa una reducción en la eficacia operativa y un incremento de los gastos de la seguridad social para el estado, lo cual de traduce en más impuestos para las empresas.

Por eso no debemos olvidar que los factores preventivos para evitar estos efectos secundarios son la vigilancia de la salud, la formación periódica, la información y consulta de los trabajadores y los sistemas ergonómicos del trabajo

6 Bibliografía

- Reglamento sobre lugares de trabajo. Real Decreto 486/1997
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 567

VIOLENCIA DE GÉNERO: ABORDAJE PARA EL PERSONAL SANITARIO VISTO DESDE LA PERSPECTIVA DE UN TÉCNICO DE LABORATORIO Y UN TCAE

JOSE ANTONIO ALVAR ROZAS

GUADALUPE HACES HACES

1 Introducción

La violencia de género es un problema social que lo sufren preferentemente miles de mujeres, esto no es cosa de estos tiempos, ha ocurrido a lo largo de la historia del ser humano y como tal aparece en todos los niveles culturales y forma parte de la vida cotidiana de mujeres y de su relación de pareja. Hemos podido constatar que en los años 90 este fenómeno ha despertado cierto interés científico y de esta manera empieza a verse desde otra perspectiva para las organizaciones internacionales y también para los propios gobiernos, es cuando se empieza a hacer algo por este tema y se desarrolla una legislación específica (Rangel, 2012).

Su preponderancia a nivel mundial es alta, tanto que el 35% de las mujeres han sido víctimas de agresión física por su pareja o agresión sexual por un extraño. La organización de las naciones unidas pone como principal objetivo evitar la violencia contra las mujeres (1995). Se ha constatado que la violencia contra las mujeres

impide lograr la igualdad, la paz y poder desarrollarse y esto va totalmente en contra de las libertades fundamentales y también de los derechos humanos.

La organización mundial de la salud define a la violencia de género como "todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual y psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que esto ocurra en la vida pública o privada". Es por ello que la organización mundial de la salud lo declara como una prioridad de salud pública a nivel internacional (1998) y casi al mismo tiempo, en España es diseñado un "plan de acción contra la violencia doméstica".

La violencia de género esta regulada por nuestra legislación, de manera multidisciplinar e integral, donde se incluyen las áreas de educación, sociales, prevención, asistencial y sanciones de carácter legal dependiendo del tipo de agresión. También incluye un programa especifico de protección hacia los menores que estén implicados en tal proceso. La violencia de género desde hace unos cuantos años es objeto de estudio. la psiquiatría determina que es el resultado de aquellas condiciones patológicas de manera individual. La psicología lo considera como el posible resultado de las motivaciones individuales y la antropología cree que es el resultado de la relación entre la biología y la sociedad.

Es importante poder abordar el problema de una manera precoz y ofrecer una atención especializada que englobe todos los aspectos, una vez que han sido totalmente identificados. Para conseguir un buen resultado y prevenir la violencia es fundamental que se lleven a cabo medidas que se mantengan en el tiempo y que siempre estén apoyadas por la ley, teniendo en cuenta unas normas de comportamiento que sean pacíficas, hacer ver a la sociedad que hay que potenciar la igualdad de género, evitando así la discriminación de la mujer y sobre todo crear un plan de protección hacia la mujer.

2 Objetivos

- Elevar el nivel de conocimiento sobre la realidad de la violencia de género, analizando cuál es la situación actual, cómo se aborda desde los distintos ámbitos y disciplinas, cuál es su alcance y el origen del problema.
- Determinar los factores que nos pueden ayudar a realizar una detección precoz, como realizar un cribado adecuado para las mujeres, saber interpretar signos y síntomas que estén enmascarando la situación real.
- Conocer los recursos que existen actualmente para uso adecuado y un abordaje

integral y coordinado.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de distintos artículos científicos relacionados con la violencia de género, vistos desde varios puntos de vista y distintas perspectivas.

Se ha elegido para la búsqueda estudios englobados en los últimos 15 años y descartando los que no aportaban nada útil. Se ha usados diferentes bases de datos como engloba el Google Académico, scielo y Elsevier, usando así como descriptores: violencia de género, mujer, recursos, legislación, víctima; y también se ha consultado diferentes libros de texto o protocolos de actuación de diferentes comunidades autónomas.

4 Resultados

Existen varios factores de riesgo que podrían estar relacionados con la aparición de la violencia de género e incluso de agresiones sexuales, de estos factores podemos destacar los más importantes: el bajo nivel de instrucción, consumo de alcohol y drogas, antecedentes por violencia familiar, maltrato infantil, trastornos de personalidad, aceptación de la violencia, problemas de comunicación con la pareja (OMS,2016). También es importante destacar otro factor desde el punto de vista epidemiológico como puede ser la desigualdad social de la mujer respecto a la relación con el hombre (Linares, 2012).

La sociedad en la que vivimos es determinante en las diferencias entre hombre y mujeres. Desde el nacimiento aprendemos y experimentamos todos los estereotipos relacionados con lo masculino y lo femenino y nuestra sociedad crea representaciones de cada género y es por ello que nos enfrentamos a problemas de género por lo que cada día hay que esforzarse para cumplir con diferentes objetivos.

Cuando una mujer es maltratada, va aprendiendo cuales son las conductas que le permitirán evitar consecuencias nocivas, crea a su alrededor una actitud pasiva, actúa sin voluntad y siempre bajo las exigencias de su pareja, porque teme el castigo que pueda desencadenar su reacción y pierde sobre todo su independencia.

Cada situación cotidiana puede llegar a desencadenar una respuesta violenta, en

un principio la mujer que se encuentre en esta situación puede llevar a encontrar una excusa y justificar la acción, en ocasiones puede llegar a producirse un enfrentamiento, pero es posible que no se encuentre una medida efectiva y esto le llevará a continuar con la relación emocional que mantenía. El hecho de que el hombre no asuma su culpa sobre los hechos y de que siempre encuentre la disculpa del cambio provoca que la situación se normalice y cada persona asuma el rol que le toca vivir.

En muchos casos el maltrato aparece muy pronto, la relaciones que comienzan en la adolescencia, estas siempre vienen marcadas por sentimientos y emociones viscerales, como pueden ser los celos, la pasión y si existe la aparición de maltrato llega a provocar el aislamiento de los demás y por lo tanto de la sociedad. Hay casos en el que se puede ser consciente de que existe un maltrato claro y por lo tanto pensar que la situación no es buena y hay indicios de serios problemas, se intenta resolver por medio de un matrimonio e incluso un embarazo. El embarazo hace que la mujer se vuelva más vulnerable porque la situación del embarazo la hace más sensible y esto hace que sea más fácil maltratar pues en su estado el maltratador sabe que no se irá, aunque se esté agravando la situación en la que se encuentra.

No hay un perfil fijo frente a la mujer maltratada, cuando hablamos de una mujer joven , normalmente suele acudir a urgencias con una lesión reciente y tiene más conciencias de lo que le está sucediendo. Cuando hablamos de una mujer de edad más avanzda , debemos estar más atentos porque es más difícil detectar lo que está sucediendo, el un maltrato de más evolución en este caso y solamente se lo contará al sanitario de referencia con el que tiene más confianza, es este tipo de maltrato el que tiene mayor repercusión (Muñoz, 2006)

Podemos intentar describir el perfil del maltratador aunque no es nada fácil. Cada vez que se utiliza la violencia para conseguir objetivos y que esto a su vez sea efectivo, hace que dicha conducta pueda ser repetitiva. No hay una característica especifica que defina al maltratador, el consumos de sustancias, los celos e incluso la existencia de alguna patología social hacen destacar las causas de maltrato. No son conscientes de estos problemas y por lo tanto no sienten la necesidad de pedir ayuda, la mayoría de los maltratadores lo niegan y además se justifican.

Hay estudios donde se ve que este tipo de violencia no solamente tiene una repercusión en la víctima, sino que ciertas consecuencias también implican a los hijos si los hay. Podemos decir que estas consecuencias derivan en homicidio o suicidio y lesiones físicas que aparecen en el 42% de los casos, embarazos no desea-

dos, enfermedades de trasmisión sexual y otros problemas ginecológicos, aborto, partos prematuros e incluso problemas en el feto. A nivel psicológico también es fácil que aparezcan trastornos como por ejemplo el insomnio, estrés y depresión. También es posible que se produzcan otros tipos de trastornos que hacen que se deteriore la salud, como las lumbalgias, cefaleas, problemas de movilidad…
Dentro de la violencia de género el maltrato psicológico afecta a la mujer en tanto social, físico y psíquico y se reconoce porque frecuentemente se manifiesta con amenazas, desprecio, abuso emocional… de esta manera se controla a la mujer y se ejerce poder y autoridad. Este tipo de maltrato es difícil de detectar y la mujer no se atreve a denunciar por medio a las consecuencias que pueda tener.

El maltrato sexual en cambio se considera como toda actividad sexual no consentida. Hay que tener en cuenta y valorar todo lo que supone para la mujer a nivel social, puede perder su capacidad para trabajar, con influencia negativa para la economía, sentirse aislada y dejar de hacer tareas y actividades recreativas.

En los niños puede repercutir de manera emocional y de conducta, que posteriormente cuando crezca se convierta en una actitud violenta. También se ha podido observar que, en menores de 5 años, un aumento de mortalidad o morbilidad. Los menores, víctimas de una situación de maltrato pueden experimentar lesiones, enfermedades psicosomáticas, trastornos en la autoestima, ansiedad, estrés, hiperactividad, problemas de aprendizaje, conductas sociales inadecuadas y de riesgo entre otras. Se puede identificar una relación de violencia, es muy necesario para la mujer y también para el personal sanitario. Existen una serie de comportamientos y formas que pueden orientar al personal sanitario, así como indagar signos e indicios tales como:
• Amenazas: de abandono, de suicidio, llevarse a los hijos, amenazas de agresión, obediencia.
• Intimidación: chantajes, romper objetos, acciones, gestos, maltrato hacia animales o destrucción de objetos personales.
• Abuso emocional: burlas, insultos, humillación, sentimientos de culpa, de inferioridad.
• Aislamiento: celos, control sobre todas las relaciones sociales.
• Otras conductas: abuso sexual, no reconoce la situación, es indiferente a las quejas.
• Manipulación con los descendientes, incluso maltrato a los hijos.
• Abuso económico: control sobre todo el dinero, incluso imposibilidad de trabajar o tener que dejar de trabajar.
• Aceptación de un rol masculino en el que no deja participar en las decisiones,

la mujer es una criada, no colabora para nada en las tareas domésticas.

La situación de maltrato normalmente continua, existen teorías que explican el por qué. La violencia y maltrato dentro de una relación hace que la mujer adopte un papel de victima, no es capaz de resolver problemas por si misma, ya que su autoestima es muy baja y está muy comprometida.

En general, el maltrato aparece de forma lenta y se va instaurando poco a poco y es así cuando existe una reacción exagerada ante un comportamiento de autonomía en la mujer. Existe muchos motivos por lo que la mujer no intenta cambiar la situación en la que se ve envuelta y menos denunciar, entre ellos podemos destacar: la negación al problema, la dependencia económica, mantener la familia unida por la existencia de hijos, el miedo a las consecuencias y a la soledad, los recuerdos de un pasado mejor y de los sentimientos que te han unido a esa persona.

5 Discusión-Conclusión

La violencia requiere un abordaje integral porque es un problema complejo, en muchas ocasiones el sistema sanitario debería ser el primer nivel para la atención a la mujer que sufre cualquier tipo de maltrato, tanto físico como psíquico. Es importante una coordinación entre todos los servicios y es el personal sanitario el que debe estar preparado no solamente para detectar una situación donde puede existir maltrato, sino también estar debidamente formados para saber actuar y conocer los recursos de los que se dispone.

Debemos evitar aumentar el nivel de ansiedad de la persona que decide denunciar, por ello es importante tener las habilidades adecuadas como puede ser una buena empatía y aceptación y sobre todo intentar abordar el tema en equipo.

La asistencia sanitaria que se presta a la mujer incluye: una valoración integral (exploración física y psicopatológica, anamnesis y pruebas complementarias), tramitación de informe al juzgado e informe clínico, cuantificar el peligro de volver al domicilio y seguimiento posterior, valorando las expectativas de la mujer y la situación social, así como la capacidad de tomar decisiones y asumir que va a dar un cambio en su vida. Evitar el maltrato lleva una serie de cambios, dichos cambios deben de darse en tiempo, estar respaldados por la ley e ir encaminados a la protección de la mujer, así como eliminar las desigualdades de género y discriminaciones.

A lo largo de los años, desde que se empezó a estudiar este tema se han conseguidos varios logros para poder detectar y atender a las victimas desde los distintos ámbitos de actuación. No debemos olvidar que no solo la mujer es víctima sino también están los hijos, estos a su vez se ven la tesitura de asumir ciertas actitudes con las que tienen que convivir diariamente como la violencia, cuidado a su madre, sirviendo de confidente tanto al agresor como a la victima y en algunos casos asumiendo el papel del agresor cuando este no esta y también presenta actitudes poco sociables de cada al convivir con el día a día. En el 73% de los casos la mujer ha fallecido por violencia de género.

6 Bibliografía

• Andrés Lavilla S., Gaspar Cabrero A.R., Jimeno Aranda A., (2011). Perspectiva Psicológica de la violencia de género. Instituto Aragonés de la Mujer. Documento Técnico nº 3. Abril 2011.

• Cáceres de la Cruz M.J., (2012). La política de igualdad. El caso de la Violencia de Género.

• Checa González M.J., (2012). Violencia de Género desde la Antropología del comportamiento: Perfiles de violencia en la pareja.

• Daza Bonachela M.M., (2011). Violencia de Género: Avances y retrocesos desde una perspectiva victimológica. 2º Congreso para el estudio de la Violencia contra las Mujeres, Violencia de Género en Menores y Adolescentes. Artículos Científico-Técnicos. 2011. Pg. 31-39.

• Linares Cano J. N., (2012). Análisis e intervención de enfermería en la Violencia de Género. Importancia del diagnóstico dentro del Equipo de salud.

• Llamas Martínez M.V., de Manuel Vicente C., Herrera Justiniano C., Frías Oncina I., Borrero J., Muriel Fernández R., (2011). Violencia de Género: Avances y retrocesos desde una perspectiva victimológica. 2º Congreso para el estudio de la Violencia contra las Mujeres, Violencia de Género en Menores y Adolescentes. Artículos Científico-Técnicos. 2011. Pg. 76-85.

• Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad (2012). Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud, 2012.

• Muñoz Cobos F., Burgos Varo M.L., Carrasco Rodríguez A., Martín Carretero M.L., Río Ruiz J., Villalobos Bravo M., Ortega Fraile I., (2006). Investigación cualitativa en mujeres víctimas de violencia de género. Revista Atención Primaria Vol. 37. Núm. 7. Abril 2006.

• OMS, (2016). Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Violencia contra la mujer. Nota descriptiva, septiembre 2016.
• Osorio González I., (2012). Atención inicial a las mujeres víctimas de Violencia de Género.
• Rangel Villalobos M.I., (2012). Origen del Proceso de Visualización de la Violencia contra las mujeres en España.

Capítulo 568

PUNCIÓN- ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) DE TIROIDES GUIADA POR ECOGRAFÍA

MONICA VILELA GAFO

1 Introducción

La punción- aspiración con aguja fina (PAAF) de tiroides es un procedimiento sencillo que consiste en puncionar un nódulo tiroideo para valorar el riesgo de que sea maligno. Este estudio aporta mucha información con un riesgo prácticamente nulo de complicaciones y se realiza guiada por ecografía tiroidea para asegurar de puncionar en el nódulo deseado. Se debe tener en cuenta que la PAAF no analiza bloques de tejido (biopsia), sino sólo células sueltas (citología). Por tanto, se trata de una prueba orientativa que solo indica el riesgo de malignidad, pero el diagnóstico definitivo se obtiene con el material aportado por la cirugía.

Aunque es poco frecuente (2-3%), es posible que un nódulo maligno dé un resultado benigno en la PAAF de tiroides. Este pequeño riesgo es inevitable. Por ese motivo, ante resultados benignos se debe planificar un seguimiento ecográfico adecuado con controles a intervalos variables según criterio de la endocrinóloga.

Un ecógrafo es un aparato de diagnóstico electro médico utilizado para realizar ecografías o ultrasonidos, que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para generar secuencias de imágenes de órganos y formaciones dentro del cuerpo tales como: corazón, los riñones, el hígado y el tiroides entre otros.

Durante una biopsia por aspiración con aguja fina de la glándula tiroides, una pequeña muestra de tejido es removida de la glándula tiroides. La glándula tiroides

está ubicada enfrente del cuello, justo por arriba de la línea del escote, y tiene la forma de una mariposa, con dos lóbulos a cada lado del cuello, conectados por una banda angosta de tejido.

Los nódulos o anormalidades en el cuerpo generalmente se detectan por estudios de diagnóstico por imágenes. Sin embargo, no siempre es posible detectar a través de dichos diagnósticos por imágenes si un nódulo es cancerígeno o benigno.

Una biopsia por aspiración, también llamada aspiración con aguja, implica la extracción de algunas células, por medio de un procedimiento menos invasivo con una aguja hueca, de un área sospechosa dentro del cuerpo y el examen de las mismas bajo microscopio para determinar un diagnóstico.

La biopsia de glándula tiroides se usa para encontrar las causas de un nódulo en la glándula tiroides.
Al detectarse un nódulo, podrían llevarse a cabo estudios de diagnóstico por imágenes para ayudar a determinar si el mismo es benigno (no cancerígeno) o maligno (cancerígeno). En caso de que el diagnóstico por imágenes no pueda definir claramente la anormalidad, se podría necesitar una biopsia.
Por lo tanto el objetivo de esta prueba poco invasiva es permitir obtener muestras celulares de órganos y nódulos para determinar su origen y posible malignidad, evitando biopsias abiertas.

2 Objetivos

- Conocer la técnica de PAAF de tiroides guiada por ecografía.

3 Metodología

Los procedimientos de invasión mínima guiados por imágenes como la aspiración con aguja fina de la glándula tiroides por lo general son llevados a cabo por un radiólogo con experiencia en aspiración con agujas y ultrasonido.

Las biopsias por aspiración habitualmente se llevan a cabo en forma ambulatoria. El cuello se limpiará con un antiséptico. Puede que se usen, o no, medicamentos para adormecer el área. Un transductor de ultrasonido con una pequeña cantidad de gel soluble en agua estéril será ubicado en su cuello sobre el nódulo tiroideo. El radiólogo insertará la aguja a través de la piel bajo guía directa por imágenes, la desplazará hasta el sitio del nódulo tiroideo y aspirará muestras de tejido. Luego

del muestreo, la aguja será removida. Se insertarán agujas nuevas si se requieren muestras adicionales. Puede que se necesiten varias muestras para un análisis completo.

Una vez que se completa la biopsia, se aplicará presión en el área para disminuir el riesgo de sangrado. Se puede aplicar un vendaje si es necesario. No se necesitan suturas. Este procedimiento se completa usualmente en menos de 30 minutos.

4 Bibliografía

- Sandrone, S. S., Calafat, P., & de Diller, A. B. (2008). Punción-aspiración con aguja fina tiroidea y su correlación diagnóstica con las piezas quirúrgicas. Siete años de experiencia en Córdoba, Argentina. Revista Española de Patología, 41(3), 195-202.
- Goolge Académico.
- Arancibia, G., Niedmann, J. P., & Ortega, T. (2002). Ultrasonografía de tiroides. Revista chilena de radiología, 8(3), 101-106.
- Povedano, S. T., Jiménez, I. A., Fernández, H. G., Juanals, J. Q., Medina, S. D., Soler, G. S., ... & Macazaga, V. P. (2010). Incorporación de la ecografía y la punción de tiroides a la actividad de endocrinología en una consulta de alta resolución. Endocrinología y Nutrición, 57(2), 43-48.

Capítulo 569

EL CÁNCER DE VEJIGA

ANDREA RODRÍGUEZ DE LA RIVA

NOELIA MARCOS MARTIN

1 Introducción

El cáncer de vejiga es una enfermedad por la que se forman células cancerosas (malignas) en los tejidos de la vejiga.
Los signos y síntomas del cáncer de vejiga incluyen tener sangre en la orina y dolor al orinar. Los factores que se relacionan con este cáncer son el consumo de café, tabaco, exposición a sustancias químicas de uso industrial, tener antecedentes de infecciones de vejiga, antecedentes de tratamientos de radioterapia y antecedentes familiares. Es el tumor más frecuente después del cáncer de pulmón y de mama. La edad media de diagnóstico es de 65 años y la relación hombre mujer de 3:1. La supervivencia tras 5 años del diagnóstico es de 70% en mujeres y 75% en hombres.

Estados: el tipo de terapia se administra en función del estadio del tumor de vejiga.
- Estadio 0 (son tumores no invasivos.): la mayoría de los pacientes suelen curarse tras recibir el tratamiento, aunque el riesgo de reaparición del tumor es alta.
- Estadio I: el tumor invade la capa más superficial de la vejiga, pero no invade el músculo.
- Estadio II: el tumor invade el músculo de la vejiga. Esto implica una posibilidad mayor de que se extienda a otras partes del cuerpo, produciendo metástasis.
- Estadio III : el tumor invade el tejido que rodea a la vejiga o invade órganos vecinos .

- Estadio IV: el cáncer también afecta a la pared del abdomen o de la pelvis, así como a los ganglios linfáticos o tiene metástasis a distancia.

2 Objetivos

- Conocer qué es el cáncer de vejiga.
- Mostrar las causas y el tratamiento contra el cáncer de vejiga.

3 Metodología

Tratamiento:
- El tratamiento estándar infiltrante es la cirugía (para extirpar tejido canceroso).
- Quimioterapia en la vejiga (quimioterapia intravesical), para tumores que están limitados al revestimiento de la vejiga .
- Quimioterapia para todo el cuerpo (quimioterapia sistémica), para aumentar la posibilidad de cura en una persona que se haga cirugía para extirpar la vejiga, o como tratamiento en casos en que la cirugía no es una opción.
- A veces la quimioterapia se combina con radioterapia como alternativa a la cirugía.
- La radioterapia es la opción de tratamiento curativo del 50% y el único tratamiento conservador del órgano.
- Son malos candidatos a radioterapia radical los pacientes con gran volumen de enfermedad o con tumor in situ sintomático.
- El tratamiento para recaída local con tumor profundo será la cistectomía de rescate,seguida de quimioterapia más radioterapia .
- La eficacia de la inmunoterapia en el cáncer de vejiga se está estudiando con resultados preliminares prometedores.

4 Resultados

TC de simulación:
- La planificación del cáncer de vejiga se realiza con un TC de simulación con contraste.
- Se debe realizar en ayunas.
- Se realizará con el recto vacío de gases y de heces.
- Debe realizarse en los 30 min siguientes tras vaciar la vejiga,igual que el tratamiento con radioterapia.

- Se administrará contraste intravenoso para realzar el tumor.
- Es recomendable contraste oral.
- El paciente tendrá la misma posición e inmovilización que tendrán posteriormente en la máquina de tratamiento.
- Se recomienda que el paciente se coloque en posición decúbito supino,con los brazos cruzados sobre el toráx con inmovilizador de pelvis como cuna alfa,colchón de vacío o rulo en hueco.
- Delimitación de volúmenes(GTV, CTV, CTV Ganglionar, PTV, PTV Ganglionar).

5 Discusión-Conclusión

Órganos de riesgo:
Recto: Dosis: V70 < 25% Y V60 < 40%.
Intestino delgado: Dosis: V45 < 25% O V40 < 150 ml.
Cabezas femorales: Dosis: V50 < 5-10%.
Médula espinal: Dosis: V46 100% Y V50 < 10%.

6 Bibliografía

- PDQ® sobre el tratamiento para adultos. PDQ Tratamiento del cáncer de vejiga. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/vejiga/paciente/tratamiento-vejiga-pdq.
Fecha de acceso: <09/02/2020>.
- C.Chao,C.Perez L. Brady. Radiation Oncology.Management decisions.Pp.431-467.
- Angel montero,Sonsoles Sánchez,Sofia Córdoba : Tumores de vejiga. Capitulo 15.Pag 113-117,en "Simulación virtual y radioterapia conformada 3D. Guía práctica para la delimitación de volúmenes.Editor A.Ramos Aguerri. ISBN 84-935125-1-6. Grupo editorial Entheos, S.L. 2006.
- Ferrer Albiach C, Sánchez Iglesias AL, Conde Moreno.Cáncer de próstata.Guía de planificación 3D en RT externa.Sociedad española de oncología radioterápica (SEOR/AERO).
- Sociedad Española de Oncología Médica. www.seom.org,AUTOR:
Dr. Juan Fco. Rodríguez Moreno ,30 de enero de 2020. www.cuidateplus.marca.com
https://www.mayoclinic.org

Capítulo 570

SARAMPIÓN Y PRUEBAS DE LABORATORIO PARA SU DETECCIÓN.

PILAR YOLANDA TOLEDO GUERRA

KATIA LOPEZ CORTE

SARA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El sarampión es una enfermedad infecciosa exantemática, muy frecuente en niños.
Es causada por un virus de la familia Paramyxoviridae, del género Morbillivirus.
Sus síntomas son: aparición de exantema (manchas rojas en la piel), estado general de debilidad y fiebre.
En casos graves puede haber inflamación de cerebro o de pulmones que pueden llevar a la muerte.
El periodo de incubación en el cual no hay síntomas suele durar de 4 a 12 días. El peligro de contagio va desde que aparecen los síntomas hasta 4 o 5 días después de que aparecen las manchas rojas.
El virus del sarampión se transmite por gotitas al hablar o estornudar, o por contacto directo con alguien que tenga la enfermedad.
El virus entra por las vías respiratorias altas o también por la conjuntiva de los ojos (aunque menos frecuente).

2 Objetivos

Describir la enfermedad y las distintas pruebas de laboratorio para la detección de Sarampión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para el diagnóstico del sarampión es muy característico la observación de manchas de Koplik, que son lesiones pequeñas, rojizas que aparecen en la mucosa oral.
Como prueba de laboratorio se realizaría la confirmación de anticuerpos IgM o el aislamiento del RNA del virus.
Cuando falla la vacuna, los anticuerpos IgM podrían no aparecer, entonces podría haber aumentos de IgG. Esto se vería mediante la realización de Inmunoensayo enzimático o Fijación del complemento.
Para la cura de esta patología, los pacientes necesitan descanso y un tratamiento de ayuda.
Ésta enfermedad es más grave si se produce en adultos.

5 Discusión-Conclusión

La vacunación es muy importante para hacer que esta enfermedad sea poco común.
Actualmente con la tendencia cada vez mayor, que existe de no vacunar a los niños, el sarampión está en progresivo crecimiento.
La realización de las pertinentes pruebas de laboratorio será de vital importancia para el diagnóstico del sarampión.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 571

PAROTIDITIS: PRUEBAS DE LABORATORIO PARA SU DETECCIÓN.

PILAR YOLANDA TOLEDO GUERRA

KATIA LOPEZ CORTE

SARA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Parotiditis es una infección viral que afecta a las glándulas salivares, pudiendo provocar la inflamación de éstas.
Ésta enfermedad se produce por la diseminación de gotas de saliva de una persona infectada a otra sana, al estornudar o toser. Aunque raras puede haber complicaciones al padecer paperas, tales como inflamación del cerebro, inflamación de testículos (orquitis), pérdida de audición, anomalías cardiacas.
Es de suma gravedad contraer esta enfermedad durante los primeros meses de embarazo.
Está causada por un virus de la familia Paramyxoviridae.
No existe un tratamiento específico para ésta enfermedad.

2 Objetivos

Descripción de la enfermedad, así como de las pruebas de laboratorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Para saber si un paciente padece paperas se envía al laboratorio una muestra de orina,una muestra de exudado faríngeo o aspirado nasal.
- Para identificar el virus causante de las Paperas, se realiza una determinación de anticuerpos en sangre y PCR.
- Si da positivo en el exudado faríngeo está en la fase inicial de la enfermedad.
- Si da negativo el exudado faríngeo y positiva la muestra de orina estamos en la fase final de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

- Para la detección del virus causante de las paperas son muy importantes las pruebas de laboratorio, así como para su prevención es de suma importancia la correcta vacunación.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 572

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO

AURORA RAMOS BOBES

1 Introducción

La protección radiológica adquiere especial importancia en el ámbito quirúrgico. Los quirófanos, no son salas específicamente preparadas para la actividad radiológica y carecen de las estructuras de blindaje fijas que podemos encontrar en salas de radiología al uso. El técnico deberá asumir el papel responsable de velar por la protección radiológica del paciente y del personal expuesto durante el procedimiento quirúrgico guiado con RX.

2 Objetivos

- Resumir el conjunto de actuaciones que el técnico deberá poner en práctica en el ámbito quirúrgico, para velar por una protección radiológica de calidad, tanto para el paciente como para el resto del personal expuesto durante el procedimiento.

3 Metodología

Se realiza la búsqueda de información en diferentes textos escritos y también en artículos digitales a través de buscadores académicos, utilizando como palabras clave ”protección radiológica”, ”quirófano” e ”intervencionismo”.

4 Resultados

La protección radiológica se sustenta en los tres principios fundamentales de justificación, limitación y optimización. La protección radiológica en el ámbito quirúrgico no es una excepción. El principio de justificación establece que ”cualquier actividad que utilice radiaciones ionizantes, deberá siempre conducir a un beneficio mayoría al detrimento que conlleve”.

El principio de limitación dice que todo procedimiento llevado a cabo con radiaciones ionizantes debe limitarse de manera que ningún sujeto, que participe en dicho procedimiento, supere dosis de radiación por encima de ciertos límites. Atendiendo al principio de limitación, los quirófanos donde se desarrolle actividad radiológica deberán disponer de dosimetría de área, así mismo, el personal que vaya a estar expuesto, irá provisto de dosimetro personal que generalmente será el pectoral y, en caso necesario, también de muñeca. De forma paralela, los equipos de radiología intervencionista y los arcos en ”C” deberán medir y registrar la cantidad de radiación emitida. El principio de optimización atiende a tres puntos básicos:
-Reducción razonable de la dosis.
-Limitar al mínimo imprescindible el n° de personas expuestas.
-Reducir la probabilidad de exposiciones accidentales.
Este principio se postula mediante el criterio ALARA (As Low As Reasonably Achievable) o, en castellano, (Tan bajo como sea razonablemente posible). Es en este principio de optimización donde el papel del TSID tiene un mayor peso, pues será el responsable de velar por el cumplimiento de los siguientes puntos:
- Todo el personal irá debidamente protegido mediante delantal cauchoplomado, protector tiroideo y en caso necesario gafas o guantes plomados.
- Permanecerá en la sala el personal estrictamente necesario, evitando en lo posible que entre personal durante la emisión de rx, especialmente si no va debidamente protegido.
- Se tendrá precaución de proteger las gónadas del paciente siempre que sea posible y antes de que se coloque el campo estéril.
- Se guardará la mayor distancia posible respecto a la fuente de radiación, lo cuál hará disminuir drásticamente la dosis de radiación recibida. Según el principio del cuadrado de la distancia, si nos alejamos 2 metros de la fuente de radiación, la dosis recibida se divide por 4. El TSID procurará guardar una distancia mínima de 2 metros, utilizando para ello un disparador con cable extensible que le permita alejarse de la consola de mandos. El resto del personal permanecerá todo lo alejado que le permita la actividad que desempeñe.

- Se restringirá el uso de radioscopia a los periodos solicitados por el cirujano, siendo fundamental una buena comunicación entre profesionales.
- Siempre que sea posible se colocará el tubo de rx debajo del paciente y el intensificador de imagen encima, lo más cercano posible al paciente para limitar la cantidad de radiación dispersa que sale de este y que puede ser absorbida por el personal cercano.
- Utilizar fluoroscopia pulsada, limitar la magnificación, colimar al máximo posible el área de interés y tener especial cuidado con las proyecciones oblicuas o anguladas, que hacen que el haz primario atraviese una sección más gruesa, incidiendo significativamente en el aumento de la radiación dispersa.
- Comunicar de viva voz cuando se va a emitir radiación y evitar en lo posible la manipulación del paciente durante la radioscopia, asegurándose de que las manos del cirujano queden siempre fuera del haz directo de radiación, aún cuando estén protegidos con guantes plomados. Los guantes plomados, puesto que deben permitir mantener el tacto suficiente, sólo consiguen atenuar entre un 40 y un 50% de la radiación (frente al 96% que consigue atenuar un delantal plomado o un protector tiroideo). Sin embargo, dan una sensación de seguridad que hace que, frecuentemente, las manos del facultativo entren bajo el haz directo de rx. Cuando esto sucede, los equipos de radioscopia detectan un exceso de absorción y ordenan al generador un aumento del Kv y el mA para compensar esa atenuación extra; como consecuencia, la mano del facultativo se irradia de forma similar a como lo hubiera hecho sin guante y, además, al paciente se le proporciona un exceso de radiación aumentando su dosis. Es por eso que el uso de guantes plomados no puede nunca justificar la introducción de las manos bajo el haz directo de radiación, sino sólo en las inmediaciones del mismo.
- El personal deberá evitar siempre el haz primario de radiación, así como darle la espalda, ya que la mayor parte de delantales cauchoplomados protege solamente la parte frontal del cuerpo.
- Se procurará trabajar siempre con la mesa lo más elevada posible para alejar el tubo del paciente, a la par que acercamos el intensificador de imagen.

5 Discusión-Conclusión

La protección radiológica en el ámbito quirúrgico responde a los principios fundamentales de justificación, limitación y optimización; siendo en éste último donde la actuación del TSID tiene mayor importancia. El TSID será responsable y observará en todo momento el cumplimiento de las prácticas básicas de radioprotección para el paciente, para el personal expuesto y para sí mismo.

El conocimiento de cómo protegerse y proteger a su entorno ayudará a evitar radiolesiones y a reducir los riesgos de inducción de cáncer a niveles aceptablemente bajos.

6 Bibliografía

- Durán A, Vano E, Ortiz López P. Protección radiológica en cardiología intervencionista. En: Sousa A, Abizaid A, Martínez Ríos M, editores. Intervenciones cardiovasculares SOLACI, 2nd es, Atheneu 2009.
Directiva 2013/59/Euratom del consejo del 5 de diciembre de 2013 por el que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes. Diario Oficial de la Unión Europea, I, 13/1 (17-1-2014)
- ICRP; Comisión Internacional de Protección Radiológica. Las recomendaciones 2007 de la Comisión Internacional de Protección Radiológica. Traducción oficial al español de la publicación 103 de ICRP, SEPR- APCNEAN, Madrid: Senda Editorial; 2018.

Capítulo 573

CONTRASTE YODADO TCM

CARMEN MARIA LOPEZ MANCEBO

MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los materiales de contraste, también llamados agentes de contraste o medios de contraste, son usados para mejorar fotografías del interior del cuerpo producidas por rayos X, tomografía axial computada (TAC). A menudo, los materiales de contraste permiten al radiólogo distinguir las condiciones normales de las anormales.

Los materiales de contraste no son tintas que cambian el color de los órganos internos permanentemente. Son substancias que cambian temporalmente la forma en que los rayos X u otras herramientas para generar imágenes interactúan con el cuerpo.

Cuando se introducen en el cuerpo, previo al examen por imagen diagnóstica, los materiales de contraste hacen que ciertas estructuras o tejidos del cuerpo se vean diferentes de lo que se verían si el material de contraste no hubiera sido administrado. Los materiales de contraste ayudan a distinguir o ”contrastar” las áreas del cuerpo seleccionadas de los tejidos circundantes. Los materiales de contraste ayudan a los médicos a diagnosticar condiciones médicas ya que mejoran la visibilidad de órganos específicos, vasos sanguíneos o tejidos.

Los medios de contraste (MC) son sustancias utilizadas para aumentar la diferencia de densidad entre los tejidos, con el fin de ayudar al diagnóstico por imagen.

2 Objetivos

- El objetivo es ser inyectados en un vaso sanguíneo (vena o arteria; también se dice dado en forma intravenosa o por arteria) y oral. Luego del examen por imágenes con material de contraste, el material es absorbido por el cuerpo o eliminado a través de la orina o los movimientos intestinales.

3 Metodología

Los compuestos yodados y los de sulfato de bario son usados en los exámenes por imágenes de rayos X y tomografía axial computada (TAC)(en forma intravenosa).

Los materiales de contraste pueden tener una estructura química que incluye el yodo, un elemento químico presente en la naturaleza. Estos materiales de contraste pueden ser inyectados dentro de venas o arterias, entre los discos o los espacios fluidos de la columna vertebral, y dentro de otras cavidades corporales.Por lo general se usan para mejorar las imágenes de:
- Los órganos internos, incluyendo el corazón, los pulmones, el hígado, las glándulas suprarrenales, los riñones, el páncreas, la vesícula biliar, el bazo, el útero, y la vejiga. el tracto gastrointestinal, incluyendo el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso las arterias y las venas del cuerpo, incluyendo los vasos del cerebro, el cuello, el pecho, el abdomen, la pelvis y las piernas.los tejidos blandos del cuerpo, incluyendo los músculos, la grasa y la piel,cerebro y senos.

- Materiales de Contraste Yodados
Cuando un material de contraste yodado es inyectado en la sangre, usted podría tener una sensación de calor súbito y un gusto metálico en su boca que dura unos pocos minutos.
La aguja podría causarle un poco de incomodidad cuando es insertada. Una vez removida, usted podría experimentar algunos moretones.

Es muy buena idea incrementar su ingesta de fluido luego de un examen por imágenes que involucra un material de contraste yodado para ayudar a remover el material de contraste de su cuerpo.

4 Resultados

Los medios de contraste intravenosos (yodados y Gadolinio) son eliminados rápidamente del organismo, en un plazo cercano a 24 horas, principalmente por vía

urinaria (renal) y en un menor porcentaje por la bilis (hepática) y las deposiciones.

Existe una complicación tardía del uso de Gadolinio, muy inhabitual, conocida como fibrosis sistemática nefrogénica, NSF, por su sigla en inglés. Esta ha aparecido en pacientes que tienen una dificultad en la eliminación del Gadolonio de su organismo por padecer de insuficiencia renal avanzada, especialmente pacientes en hemodiálisis o peritoneo-diálisis. La NSF se manifiesta como una fibrosis cutánea y de otros tejidos internos, pudiendo derivar en una condición debilitante crónica.

En los últimos años se ha demostrado que en algunos pacientes las moléculas de Gadolinio pueden permanecer en el organismo, depositadas en el cerebro, principalmente en casos de pacientes que han recibido múltiples administraciones de este medio de contraste. En la actualidad no existen antecedentes que este hecho constituya un factor de daño o precursor de alguna patología. Pero, considerando el deber médico de actuar con precaución frente a esta nueva evidencia, se recomienda usar medio de contraste con Gadolinio en los casos en que esté estrictamente indicado.

5 Discusión-Conclusión

Los medios de contraste yodados son una herramienta fundamental en los estudios por imagen y que manejamos a diario, por lo que debemos conocerlos en profundidad.

Tener presentes los posibles riesgos de su uso y saber cómo tratarlos o evitarlos será vital para el paciente.
Además, debemos tener en cuenta ciertas circunstancias específicas en las que se pueden encontrar nuestros pacientes y que pueden verse alteradas o agravadas tras la administración de contraste yodado.

6 Bibliografía

- http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5422s/18.2.html
- https://es.wikipedia.org/wiki/Wikimedia_Commonsbibliografia
- https://www.sochradi.cl/informacion-a-pacientes/otros/materiales-medios-contraste-yodados

Capítulo 574

CORONAVIRUS UN VIRUS DE MODA

KATIA LOPEZ CORTE

SARA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

PILAR YOLANDA TOLEDO GUERRA

1 Introducción

Los Coronavirus fueron descubiertos en la década de los 60, aunque su origen se desconoce hoy en día.
Su nombre hace mención a su aspecto por su parecido a una corona. Se trata de un virus presente en humanos y animales.

2 Objetivos

- Describir los tipos de Coronavirus, profundizando en el Coronavirus de Wuhan.

3 Metodología

Recopilación y revisión de libros, artículos y noticias relacionadas con el tema a exponer.

4 Resultados

Tipos de Coronavirus:

- Coronavirus del resfriado. Esta variante de coronavirus corresponde a los tipos 229E y OC43. Los casos más graves pueden ocasionar neumonía en personas mayores o neonatos.
- SRAS. Síndrme respiratorio agudo severo. Forma grave de neumonía, provoca dificultad respiratoria y fiebre.
- MERS-COV. Síndrome respiratorio de Oriente medio: dificultad respiratoria, fiebre y tos (puede ser asintomático en un principio). En los casos más graves también causa diarrea, vómitos y espectoración con sangre.
- 2019nCOV. Coronavirus de Wuhan. Su secuencia genética coincide con el del SRAS en un 80%. Sintomatología: dificultad para respirar, fiebre, tos seca, dolor muscular.

Pruebas de Laboratorio:
- Cultivo nasofaríngeo.
- Faríngeo.
- Lavado nasal.
- Lavado broncoalveolar.
- PCR.
- Tomografía de tórax.

En un principio se decía que la trasmisión era a través de animales, aunque según datan las últimas noticias de las autoridades chinas confirman que se puede trasmitir de persona a persona.

Tratamiento
Aún no existe vacuna para el coronavirus de Wuhan, pero si hay medidas preventivas como limitar el movimiento de la población, fomentar lavado de manos, cocinar bien la carne y huevos, cubrir nariz y boca, aislar a los pacientes, evitar contacto cercano con quien esté resfriado o con síntomas similares a la gripe.

5 Discusión-Conclusión

Se está trabajando en el desarrollo de una vacuna y haciéndose pruebas con fármacos antivirales, aunque por el momento la mejor opción es evitar que las personas ya infectadas transmitan el virus a otras.

Según especialistas se cree que una vez dentro de una célula humana y al replicarse podría empezar a generar mutaciones que le permitirían propagarse más

eficientemente y volverse más peligroso. A fecha de hoy, ha sido declarada por la OMS situación de emergencia internacional.

6 Bibliografía

- MAD,BBC.
- Departamento de enfermedades infecciosas del Imperial College London.

Capítulo 575

EL CÁNCER DE ESÓFAGO

ANDREA RODRÍGUEZ DE LA RIVA

NOELIA MARCOS MARTIN

1 Introducción

Llamamos cáncer de esófago al tumor maligno derivado de las células de la mucosa de este órgano. El cáncer de esófago es más habitual en los hombres que en las mujeres. Supone la tercera neoplasia digestiva más frecuente. Los dos tipos más comunes son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. El cáncer de esófago es la sexta causa más frecuente de muertes por cáncer en todo el mundo. La supervivencia global a los 5 años es de un 5/30%. Las situaciones y enfermedades que predisponen a sufrir un cáncer de esófago son: la aclasia, el esófago de Barret, la tilosis, la ingesta de caústicos y agentes infecciosos, consumo de tabaco y alcohol o a ciertos hábitos nutricionales, obesidad e infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH).

En fases precoces de la enfermedad no produce ningún tipo de síntomas.
- Disfagia: es el síntoma más común del cáncer de esófago. Dificultad para tragar.
- Pérdida de peso , debido a la imposibilidad de alimentarse adecuadamente ,falta de apetito y cambios en el metabolismo.
- Dolor, presión o ardor en el pecho.
- Ardor de estómago o indigestión que empeoran.
- Vómito.
- Disfonía (ronquera), tos o hipo.
- Sangrado en el esófago : que con el tiempo puede producir anemia.

Simulación en TC:

- Inmovilización del paciente,que será la misma que en la unidad de tratamiento.
- El paciente se colocará en decúbito supino con los brazos sobre la cabeza usando un dispositivo de inmovilización y con las rodillas flexionadas y colocadas sobre otro inmovilizador para mayor comodidad del paciente.
- Otros inmovilizadores pueden ser la cuna alfa o el colchón de vacío.
- En tumores de esófago cervical se utilizan máscaras termoplásticas.
- Los cortes para tomar las imágenes se hacen cada 5mm con un espesor de < 5mm. Si los cortes son de 2-3 mm se obtendrán DDR de alta resolución.
- Los cortes se hacen normalmente desde el cartílago cricoides hasta 4cm por debajo de los senos costodiafragmáticos.
- Si es a nivel cervical el limite superior llega a la base del cráneo, y si es a nivel torácico inferior llega hasta L2.
- Se utilizará contraste oral con Bario para TC ,5 minutos antes de la prueba.
- También se pueden utilizar contrastes intravenosos.Esto ayuda a delinear el esófago y los intestinos.
- Se alinea al paciente mediante un sistema de tres láser (laterales y techo), luego se realizan unos tatuajes en la piel para localizar el isocentro.

2 Objetivos

- Conocer las causas, consecuencias y posibles tratamientos del cáncer de esófago.

3 Metodología

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

4 Resultados

Delimitación de órganos de riesgo:
- Médula espinal: toda la médula incluida en el volumen blanco.
- Riñones.

- Corazón: desde el infundíbulo del ventrículo derecho,la aurícula derecha e izquierda ,hasta el borde caudal de miocardio.
- Pulmones.
- Hígado.

5 Discusión-Conclusión

Tratamiento:
- Cirugía:la cirugía es el tratamiento más común para el cáncer de esófago.
Para extirpar tumores muy pequeños.
Para extirpar parte del esófago (esofagectomía).
Para extirpar parte del esófago y la parte superior del estómago (esofagogastrectomía).
Para el cuidado paliativo.

Quimioterápia: la quimioterapia por sí misma rara vez cura el cáncer de esófago. A menudo, se administra junto con radioterapia.La quimiorradiación se administra frecuentemente antes de la cirugía. La quimioterapia también se utiliza para ayudar a aliviar los síntomas cuando el cáncer de esófago se ha diseminado .

Radioterapia: se combina con la quimioterapia y con la cirugía para los pacientes con cáncer de esófago, y se utiliza frecuentemente en los pacientes que no son candidatos para la cirugía.

Antes de la cirugía (y junto con quimioterapia cuando es posible) para tratar de reducir el tamaño del cáncer y facilitar la operación (tratamiento neoadyuvante).

Después de la cirugía (y junto con quimioterapia cuando es posible), para tratar de destruir cualquier área de células cancerosas remanente , terapia adyuvante.

El tratamiento puede durar de dos a seis semanas de tratamientos diarios de radiación. También se puede utilizar para ayudar a controlar los síntomas y complicaciones de la enfermedad avanzada, incluyendo el dolor y el crecimiento tumoral que impide que los alimentos pasen al estómago.

Otros tratamientos:
Inmunoterapia,tratamientos endoscópicos o ablación por radiofrecuencia.

6 Bibliografía

- Manual práctico de oncología radioterápica.Dr Héctor Alburquerque.Ediciones MCM 2006.
- Cáncer.Principios y Práctica de oncología.De Vita.Jr. 5ª edición. Editorial Panamericana 2000.
- AJCC.Manual de diagnóstico de extensión del cáncer.Clasificación TNM de los tumores malignos (6ª edición).Ediciones Mayo.
- Asociación española contra el cáncer: www.aecc.es
- Mayo Clinic: www.mayoclinic.org
(citado el 21 de septiembre de 2018). www.radiologyinfo.org
(citado el 20 de enero de 2017).
- American Cancer Society www.cancer.org
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 576

EL ACELERADOR LINEAL

ANDREA RODRÍGUEZ DE LA RIVA

NOELIA MARCOS MARTIN

1 Introducción

Es un instrumento de alta tecnología que emite haces de RX de alta energía para que se ajusten a la forma de un tumor maligno localizado desde diferentes ángulos y destruir las células cancerígenas sin afectar el tejido normal circundante. Los aceleradores más modernos también pueden curar ciertos tipos de metástasis. Cuenta con varios sistemas de seguridad incorporados para asegurar que emitirá la dosis de la forma indicada. En función del tratamiento elegido, se aplican fotones en el caso de lesiones profundas o electrones si son superficiales. Los aceleradores lineales de electrones son actualmente el equipamiento básico de la mayoría de los centros de radioterapia.

Normalmente se utiliza para dar radioterapia a enfermos con cáncer.

Permite la realización de tratamientos que tienen en cuenta los movimientos de los órganos, sincronizando la administración de la radiación con el ciclo respiratorio del paciente.

Se usa para tratar todas las partes del cuerpo usando terapias convencionales :
- Radioterapia de intensidad modulada (IMRT).
- Arcoterapia volumétrica modulada (VMAT).
- Radioterapia con guía por imágenes (IGRT).
- Radiocirugía estereotáctica (SRS).
- Radioterapia estereotáctica del cuerpo (SBRT).

El objetivo de la radioterapia es irradiar con dosis suficientemente altas el volumen tumoral como para conseguir su control manteniendo en niveles aceptables las dosis a los tejidos sanos que inevitablemente se irradian tanto alrededor del volumen tumoral como a la entrada y salida de los haces de tratamiento.

También se utiliza en el desarrollo de radiofármacos.

Aparato en forma de tubo o túnel, sirve para acelerar a gran velocidad partículas cargadas, utilizando campos electromagnéticos, con el fin de que éstas choquen contra una placa de metal para producir RX de alta energía. Estas partículas son electrones o protones,que son las partes más pequeñas de las que se forma la materia. Los electrones son acelerados creando campos magnéticos enormes siguiendo trayectorias lineales, una y otra vez (hacia delante y hacia atrás).

De esta forma las partículas se van acelerando hasta acercarse a la velocidad de la luz, con lo que la necesidad de alternar los campos eléctricos a gran velocidad, hace necesario operar con frecuencias de microondas.

2 Objetivos

Revisión bibliográfica del acelerador lineal.

3 Metodología

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

4 Resultados

- El radioncólogo determina la dosis más adecuada para cada paciente .
- El físico médico y el dosimetrista determinan cómo suministrar la dosis prescrita y calculan el tiempo necesario para que el acelerador lineal suministre esa dosis.

- Los radioterapeutas manejan el acelerador lineal y administran a los pacientes sus tratamientos diarios de radiación.

En los últimos años los aceleradores lineales para uso médico, han incorporando tecnología capaz de administrar haces de tratamiento de intensidad modulada, IMRT. Durante el tratamiento,el paciente permanece sobre un sillón o camilla regulable. La radiación se administra rotando una parte del acelerador (gantry) y ajustando la posición del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Ventajas:
- Evita los efectos de resonancia destructiva.
- No tiene pérdida de sincrotrón,porque el haz viaja en línea recta.
- No se precisan de dispositivos complicados para inyectar y extraer el haz.
- Puede producir haces pulsados u operar a onda continua.

Desventajas:
Una de las principales desventajas que posee esta máquina, es que para poder alcanzar altas energías es necesario aumentar el número de elementos que componen la aceleración, aumentando así el costo de construcción de la máquina.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 577

ACOSO LABORAL (MOBBING) ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERIA

MARIA TERESA ALONSO SUAREZ

1 Introducción

El acoso laboral o mobbing (del inglés asediar, acosar, acorralar en grupo) es tanto la acción de un hostigador o varios hostigadores conducente a producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador afectado hacia su trabajo, como el efecto o la enfermedad que produce en el trabajador.

Esta persona o grupo de personas reciben una violencia psicológica injustificada a través de actos negativos y hostiles dentro o fuera del trabajo por parte de grupos sociales externos, de sus compañeros (acoso horizontal, entre iguales), de sus subalternos (en sentido vertical ascendente) o de sus superiores (en sentido vertical descendente, también llamado bossing, del inglés boss, jefe).

Dicha violencia psicológica se produce de forma sistemática y recurrente durante un tiempo prolongado, a lo largo de semanas, meses e incluso años, y al mismo en ocasiones se añaden accidentes fortuitos y hasta agresiones físicas, en los casos más graves. Una situación de acoso muy prolongada en el tiempo, además de enfermedades o problemas psicológicos, puede desembocar, en situaciones extremas, en el suicidio de la víctima.

Lo que se pretende en último término con este hostigamiento, intimidación o perturbación (o normalmente la conjugación de todas ellas), es el abandono del trabajo por parte de la víctima o víctimas, la cual es considerada por sus agresores como una molestia o amenaza para sus intereses personales (necesidad de

extorsión, ambición de poder, de riquezas, posición social, mantenimiento del statu quo, etc.).

El científico sueco Heinz Leymann investigó el fenómeno en la década de 1980, y fue quien utilizó por primera vez el término mobbing para referirse al problema. Otros autores destacados en el estudio del acoso moral y del mobbing (acoso psicológico), son la francesa Marie-France Hirigoyen y el español Iñaki Piñuel y Zabala (2002). La incidencia poblacional del acoso laboral se calcula que se encuentra entre el 10 y el 15 % del total de los trabajadores en activo.
Siguiendo a PIÑUEL Y ZABALA (2003).

La mayoría de los casos que narran, las víctimas muestran una perversa y sistemática utilización en nuestras organizaciones del mecanismo del chivo expiatorio por el que conviene siempre sacrificar a alguien, normalmente el más vulnerable, al hostigamiento de la mayoría, en beneficio del mantenimiento del statu quo y del dominio de otros. Con este panorama desalentador, los trabajadores establecen entre ellos un nuevo pacto de mutua indiferencia que rompe toda posibilidad de concertar la defensa colectiva de su derecho a la dignidad y a la salud en el trabajo.

Muchos trabajadores se han dado cuenta de que no entra en nómina sufrir mobbing y han decidido hacerle frente al problema personal y jurídicamente. El tema no solo es personal, sino que reduce la eficiencia de las organizaciones (Piñuel Y Zabala, I. y Oñate Cantero A., 2002).

2 Objetivos

- Investigar cómo es el acoso laboral y cuales son sus manifestaciones, entre la población trabajadora en general y en lo tocante al ámbito sanitario, entre el ámbito de la enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Moviles del mobbing
- Hostigamiento ante los celos por ser un compañero buen trabajador.
- Cuando el hostigado no es de nuestra cuerda ideológica.
- Cuando una mujer no acepta propuestas sexuales.
- Cuando no se acepta el hecho diferencial de la víctima: sexo, cualificación, edad, etc.
- Cuando se pretende que el hostigado se vaya de la empresa o la organización.
- Quien instiga es una o varias personas no la organización (PIÑUEL Y ZABALA, I. y OÑATE CANTERO A., 2002).

Posibles coacciones a la víctima:
- Forzar a la víctima a un cambio de trabajo o de turno de trabajo.
- Forzar a la víctima a una jubilación anticipada.
- Forzar en la víctima a una reducción de su salario.

Ténicas de hotigamiento:
- Agobiar, calumniar, atacar, ningunear, aislar, estigmatizar, amenazar, hostigamiento psicológico, críticas, distorsión de la información, etc (Piñuela Y Zabala, I. y Oñate Cantero A., 2002. Fornes-Vives, Martinez-Abascal Y García-Banda, 2008. M.M. Molero Jurado M.C. Pérez, J.J. Gazquez LinaresS, 2016).
- Se intenta: Reducir o eliminar la empleabilidad del trabajador en la organización.
- Es obligatorio en todas las organizaciones velar por la salud de sus trabajadores.
- Los hostigadores suelen ser jefes o superiores (Piñuel Y Zabala, I. y Oñate Cantero A., 2002).
- Suele suceder que los que sufren el hostigamiento no suelen ser conscientes de él.

Comportamientos más frecuentes en mobbing:
- Asignar trabajos sin valor o utilidad.
- Rebajar a la persona asignándole trabajos por debajo de su cualificación profesional.
- Ejercer contra la persona una presión indevida para realizar su trabajo.
- Desvalorar su trabajo o atribuirlo a factores externos o a otros trabajadores.
- Amplificar errores.
- Ningunear.
- Quitarle de trabajar maliciosamente.

- Es frecuente que del mobbing queden secuelas (PIÑUEL Y ZABALA, I. y OÑATE CANTERO A., 2002).

Algunos síntomas:
- Dolores de espalda.
- Dolores musculares o articulares.
- Irritabilidad.
- Animo depresivo.
- Sueño deficiente.
- Las secuelas pueden ser psicológicas.
- Las víctimas de mobbing pueden presentar estrés postraumático.
- Las víctimas de mobbing pueden abandonar sus trabajos.
- Las víctimas de mobbing presentan más bajas laborales.
- Afecta tanto a hombres como a mujeres.
- Suele afectar más a quienes tienen contratos temporales (Piñuel Y Zabala I. y Oñate Cantero A., 2002).

Reacciones emocionales ante el mobbing:
- Enfado o irritación.
- Reflexión.
- Impotencia o llanto.
- Ansiedad o angustia.
- Depresión.
- Hostilidad callada.
- Confusión.
- Es frecuente la indiferencia ante el mobbing de el resto de los trabajadores.

Causas percibidas del mobbing:
- Envidia.
- Celos profesionales.
- Éxito profesional.
- Éxito familiar o personal.
- Ser diferente: en cultura, raza, educación, orientación sexual, etc.
- Ser vulnerable.
- Ser percibido como una amenaza profesional (Piñuel Y Zabla, I. y Oñate Cantero A., 2002).

Factores organizativos que favorecen el mobbing:
- Individualismo.
- Competitividad.

- Estilos de mando autoritarios (Piñuel Y Zabala I. y Oñate Cantero A., 2002).

5 Discusión-Conclusión

Tener un conocimiento preciso de lo que es el acoso laboral, es importante no sólo de cara a saber como actuar ante la problemática en lo social y lo individual, sino también de cara a la prevención. Por lo demás, se echan en falta más investigaciones.

6 Bibliografía

- FORNES-VIVES, MARTINEZ-ABASCAL Y GARCIA-BANDA (2008). https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862108707149
- GOOGLE: https://www.google.es/search?source=hp&ei=C7UxXs-KLtLewQLYhbqYDw&q=acoso+laboral&oq=acoso&gs_l=psy-ab.1.0.0i131j0l2j0i131j0l5j0i131.40275.43239..46762...0.0..0.106.545.5j1.....0....1..gws-wiz.....0.tdzoGvwcM_U
- MARIA ELENA LOSA IGLESIAS Y RICARDO BECERRO BENGOA VALLEJO (2014): "Prevalence of bullying at work and its association with self-esteem scores in a Spanish nurse sample". https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/conu.2012.42.1.2
- M.M. MOLERO JURADO, M.C. PEREZ, J.J. GAZQUEZ LINARES (2016): "El acoso laboral entre el personal de enfermería". https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316000257
- PIÑUEL Y ZABALA, IÑAKI Y OÑATE CANTERO, ARACELI (2002). Universidad de Alcalá. Madrid, Dpto de Ciencias Empresariales, España. "La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España".
- PIÑUEL, IÑAKI (2003). «Introducción». Mobbing. Manual de autoayuda-Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo (1ª edición). Madrid: Santillana Ediciones Generales. pp. 21-22.
- PIÑUEL, IÑAKI OÑATE CANTERO, ARACELI. Universidad de Alcalá. Madrid, Dpto de Ciencias Empresariales, España
"La evaluación y diagnostico del mobbing o acoso psicológico en la organización: el Barómetro Cisneros" (2006). https://journals.copmadrid.org/jwop/art/4b0250793549726d5c1ea3906726ebfe
- WIKIPEDIA: https://es.wikipedia.org/wiki/Acoso_laboral

Capítulo 578

TEL: CLASIFICACIÓN DE LOS HONGOS

ANA ESMERALDA LÓPEZ TERRAZAS

1 Introducción

Los hongos en sentido estricto son unos organismos eucariotas (con un núcleo diferenciado donde se encuentra el ADN) heterótrofos (no tienen clorofila), que realizan digestión externa con absorción, y que producen un micelio. Muchos se reproducen de forma sexual y asexual.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de hongos que existen para poder diferenciarlos y clasificarlos de forma clara como técnicos en laboratorio clínico para no cometer errores y ayudar al diagnóstico de patologías.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los hongos se pueden clasificar en dos grandes grupos:
- Levaduras: unicelulares.
- Mohos: pluricelulares.

En general, todos los hongos son heterótrofos, necesitan compuestos orgánicos que contengan carbono como fuente de energía, son aerobios o anaerobios facultativos y la mayoría de ellos viven como saprofitos en el suelo y agua.
Para la identificación de levaduras se recurre a pruebas bioquímicas similares a las que se utilizan para las bacterias, sin embargo, los mohos se identifican en base a su aspecto físico, lo que incluye las características de las colonias y la formación de esporas. Las colonias de mohos se describen como estructuras vegetativas porque están compuestas de células implicadas en el catabolismo y en el crecimiento. Los hongos suelen reproducirse por esporas.

- Mohos

Una colonia de moho consiste en largos filamentos celulares (llamados hifas) agrupados.
En la mayoría de los mohos las hifas contienen unos tabiques conocidos como SEPTOS que dividen a las hifas en unidades mononucleares que se asemejan a células.
Este tipo de hifas se denominan HIFAS TABICADAS, sin embargo, en algunas clases de hongos la hifa no contiene tabiques y se ven cómo largas células continuas con numerosos núcleos. Estas se conocen como HIFAS CENOCÍTICAS.
Las hifas del talo crecen alargándose por sus extremos. Cada parte de una hifa es capaz de crecer y, cuando se separa un fragmento, puede alargarse para formar una nueva hifa.
Cuando las condiciones ambientales son apropiadas las hifas crecen, se entrelazan y forman una masa llamada MICELIO. La parte del micelio implicada en la obtención de nutrientes se llama MICELIO VEGETATIVO y la relacionada con la reproducción MICELIO REPRODUCTOR o AEREO, llamado así porque se proyecta sobre la superficie del medio en el que se desarrolla el hongo.

- Levaduras

Se trata de hongos unicelulares no filamentosos que tienen una morfología característica esférica u ovalada.
La mayoría de las levaduras forman colonias de organismos unicelulares y la colonia aumenta a medida que crece el número de levaduras. Este aumento suele ocurrir por gemación. En la gemación, la célula forma una protuberancia sobre su

superficie exterior. Algunas especies de levaduras forman protuberancias que no logran separarse y dan lugar a una corta cadena de células llamada “Pseudohifa”.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido cuáles son los dos grandes grupos en los que se clasifican los hongos según sean unicelulares o pluricelulares, estos son levaduras y mohos, así como sus diferentes características para poder identificarlos en una imagen microscópica.

6 Bibliografía

- Características más importantes del reino de los hongos- 10/11/2017- OK DIARIO- disponible en https://www.google.com/amp/s/okdiario.com/curiosidades/caracteristicas-hongos-1497124/amp.
- Hongos, mohos y levaduras- web ecobiouvm- disponible en https://www.google.com

Capítulo 579

MEDIDAS BÁSICAS DE PREVENCIÓN DEL HIGIENISTA BUCODENTAL CONTRA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

AROA TEJÓN GONZÁLEZ

LAURA DACOSTA ALONSO

1 Introducción

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95 tiene como objeto "promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo" (Art. 2.1).

Como profesional sanitario, la figura del higienista bucodental está expuesto cada día a adquirir infecciones en el medio laboral. Por ello, la capacitación, información y los protocolos sobre las medidas básicas de prevención es algo que nos puede ayudar a la hora de que todo el personal del centro de trabajo pueda ejercer en su día a día con el mínimo de riesgo de transmisión (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2017).

Según Chin (2011) estas medidas preventivas estarán basadas en:
- Precauciones universales: medidas que deben aplicarse a todos los pacientes considerándolos todos de alto riesgo y todos los fluidos corporales contaminantes (cuidados del personal, vacunación…)

- Manejo de residuos.
- Uso de barreras, mecanismos físicos que evitan que los microorganismos entren en contacto con el sujeto. Este tipo de medida es en el que nos centraremos en analizar más a fondo.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es describir la importancia de las medidas universales de prevención en el contexto laboral del higienista bucodental, con el fin de prevenir la transmisión de enfermedades o infecciones. Asimismo, identificar la efectividad de las barreras higiénicas también es un objetivo de este estudio.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: higiene bucodental, infección, transmisión, prevención. A través de estos tópicos, se encontraron 19 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 7 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 12 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 4 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 8.

4 Resultados

Tanto en la práctica de la clínica dental como en la práctica hospitalaria la importancia de un buen uso de las barreras higiénicas nos ayudará a prevenir la exposición a los fluidos por parte de los trabajadores, no evitando los accidentes, pero si consiguiendo disminuir su frecuencia y gravedad en un porcentaje importante. Como barreras en la clínica dental, se incluye el uso de:
• Indumentaria protectora, importante que cumpla ciertos requisitos, como un uniforme de manga larga, puños elásticos, con cierre al cuello y que evite que el trabajador pueda recibir salpicaduras en zonas corporales no protegidas. Algunos

tratamientos requerirán el uso de batas, pudiendo ser estas de tela o desechables, al igual que los gorros, que a día de hoy son requisito indispensable en la práctica diaria, ayudando al operador a proteger su cabello y llevarlo recogido dentro del mismo. Para el lavado y almacenamiento en el caso de las indumentarias de tela, hay que tener especial cuidado en no mezclarlo con nuestra ropa personal, evitando así cualquier tipo de contaminación.

• Mascarillas. Protegen tanto al profesional como al paciente, ya que por la cercanía entre los dos las mucosas de nariz y boca están muy expuestas. Son equipos de protección individual, desechables. Como máximo las usaremos dos horas, ya que pierden eficacia.

• Guantes. Es la barrera más efectiva en la lucha contra los microorganismos junto con el lavado de manos. Pero no debemos olvidar que el lavado de manos es la medida más efectiva y aunque usemos guantes, este procedimiento no sustituye al lavado.

Igual de importante que conocer todas las barreras higiénicas que tenemos a nuestra disposición es saber cómo efectuar su colocación y retirada, antes y después de un tratamiento en clínica.

La colocación de las barreras higiénicas se hará en el siguiente orden:

- Lo primero de todo es el lavado de manos, que será con agua y jabón, después procederemos a colocarnos la mascarilla, cubriendo nariz, boca y mentón.
- En el siguiente paso nos colocaremos la bata, consideramos las partes internas de los textiles (las limpias) que será por donde la cogeremos para proceder a ponérnosla, no pudiendo tocar su parte externa.
- Por último, los guantes: pueden no ser estériles porque son para un procedimiento rutinario, o ser estériles. En este segundo caso, tendríamos que tener preparado el paquete, abierto, dejándolo enfrente nuestra y facilitarnos así su colocación, siempre tocándolos por el puño que está doblado y manteniendo la parte exterior estéril.

La retirada de las barreras higiénicas se hará en el siguiente orden: guantes, gorro y bata. Si fueran desechables los quitaríamos juntos dentro de la zona contaminada y la mascarilla procederíamos a quitarla fuera de la zona contaminada, desechándola en el contenedor dispuesto para tal fin.

Siempre se precisará de un lavado de manos antes y después de cualquier procedimiento, de tocar a un paciente, y cuando cambiemos de unas tareas a otras, aunque sean con el mismo paciente.

5 Discusión-Conclusión

El uso de barreras higiénicas es una prevención que todos los trabajadores deberían de considerar como algo imprescindible en su día a día ya que no solo protege al paciente sino también al propio profesional.

Muchos trabajadores sanitarios no cumplen con las medidas anteriormente expuestas, muchas veces por las prisas y la falta de tiempo. Establecer unas normas, tiempos y protocolos para poder cumplir con las normas de prevención anteriormente expuestas, es tarea de todo el equipo sanitario.

6 Bibliografía

- Albornoz, E., Mata, M., Tovar, V., & Guerra, M. (2008). Barreras protectoras utilizadas por los estudiantes de post-grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Julio-agosto 2004. Acta Odontol Venez, 46(2), 1-7.
- Alvarado Muñoz, E. R. (2016). Cumplimiento de las normas de bioseguridad en enfermedades transmisibles en la práctica clínica Odontológica por Cirujanos Dentistas miembros de Sociedades Científicas Odontológicas del Perú en el 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Guide to infection prevention for outpatient settings: minimum expectations for safe care. Atlanta: The Centers.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2017). Resumen de las "Prácticas para la prevención de enfermedades en entornos odontológicos: Expectativas básicas para la atención segura". Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Salud Oral.
- Chin, J. (Ed.). (2001). El control de las enfermedades transmisibles (No. 581). Pan American Health Org. de Quadros, C. A. (Ed.).
(2004). Vacunas: prevencion de enfermedades proteccion de la salud (No. 596). Pan American Health Org.
- La Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95
- Ramírez Fernández, R., & Ordóñez Iriarte, J. M. (2005). Vigilancia en salud pública: más allá de las enfermedades transmisibles. Gaceta Sanitaria, 19(3), 181-183.
- Soper, F. L. (1960). La erradicación y el control en la prevención de enfermedades

transmisibles. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 49 (2), ago. 1960.

Capítulo 580

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

SUSANA MENDEZ REDONDO

ANDREA CASTRO APARICIO

LAURA MAJO RODRIGUEZ

ANA MARIA FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una enfermedad degenerativa, crónica y autoinmune del sistema nervioso central que afecta a una población relativamente joven y en su mayoría mujeres.
Una vez diagnosticada es conveniente un seguimiento periódico que se recomienda sea anual tanto a nivel radiológico donde puede observarse evolución de la enfermedad como neurológico incluso en los casos que no haya manifestaciones clínicas de la enfermedad.

2 Objetivos

- El objetivo principal es el de evaluar una evolución de la enfermedad tanto inflamatoria como neurodegenerativa y el neurólogo pueda prescribir otro tratamiento diferente del pautado y evitar así la situación de discapacidad del paciente.

- El estudio radiológico indicado es la resonancia magnética cerebral sin y con contraste intravenoso a criterio del medico radiólogo y siempre teniendo como base estudios previos del paciente.
- La relación medico-pacientes un pilar fundamental en el manejo de la esclerosis múltiple.

El manejo de la esclerosis multiple se ha modificado mucho en los últimos años y podría decirse que existen tratamientos individualizados.

3 Metodología

El control de la esclerosis multiple se realiza a través de diferentes vías.

-La actividad clínica y radiológica.

- La actividad clínica se evidencia en brotes o recaídas y la radiológica (con o sin presencia de un brote) en la aparición de nuevas lesiones en algunos área del sistema nervioso central.

Cualquiera de estas dos vias implica una progresión de la enfermedad que se refleja en lesiones neurológicas y aumento de atrofia cerebral. Deben someterse a un estudio cerebral por resonancia magnética al que se añade otro medular en el caso de que el estudio cerebral no sea concluyente.

4 Bibliografía

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

Capítulo 581

DOSIMETRÍA RADIOLÓGICA EN PERSONAL SANITARIO

CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL

1 Introducción

La Dosimetría de las Radiaciones Ionizantes se ocupa de la medida de la dosis absorbida por un material o tejido como consecuencia de su exposición a las radiaciones ionizantes presentes en un campo de radiación.
Una de las herramientas fundamentales en el control de los efectos biológicos nocivos que pueden producir las radiaciones ionizantes es la cuantificación de la dosis efectiva recibida por los trabajadores, a fin de lograr la máxima seguridad durante el empleo de las radiaciones ionizantes.

En la dosimetría y vigilancia radiológica del ambiente de trabajo, dos aspectos de gran importancia son:
La medida o estimación de la dosis recibida por una persona, que se conoce como dosimetría personal y la medida o estimación de los niveles de radiación existentes en un área determinada que se conoce como vigilancia radiológica del ambiente de trabajo.

La CIPR establece la clasificación de los efectos biológicos de las radiaciones en:
Estocásticos: son probabilísticos y no dependen de la dosis recibida. Y deterministas, no son probabilísticos y dependen de la dosis recibida, existiendo un valor umbral. Se establece así un "Sistema de Limitación de Dosis" basado en tres requisitos fundamentales:
-Justificación: Cualquier exposición a radiaciones ionizantes debe estar justificada.

-Optimización: Criterio ALARA (As Low As Reasonably Achievable) “Tan baja como sea razonablemente alcanzable”.
-Limitación de Dosis: Establecimiento de unos limites de dosis para personas profesionalmente expuestas y para el público.

2 Objetivos

- Lograr los mejores estándares de seguridad, por tanto es necesario contar con un servicio de dosimetría personal confiable. Esta confiabilidad se logra a partir de una correcta organización y, fundamentalmente, una sólida formación técnica de sus profesionales.

3 Metodología

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

Posteriormente después de recopilar la información sobre el tema tratado se reconstruye un resumen con todos los datos.

4 Resultados

Respecto a los daños a la salud que puede producir la radiación, las dosis recibidas deben ser lo más bajas que sea razonablemente posible y nunca deben superar los límites de dosis.

Para verificar que se cumplen las condiciones anteriores es imprescindible medir los niveles de radiación existentes y las dosis recibidas durante el trabajo. Esto se llevara a cabo utilizando dosímetros que se colocan a la altura del pecho. El uso del dosímetro es personal y debe ser utilizado cuando haya riesgo de exposición a radiaciones ionizantes.

Con estos dosímetros se estiman las dosis recibidas en la totalidad del organismo de los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes. Se hallan en términos de

‘dosis equivalente superficial’ (Hs = Hp (0,07)) y de ‘dosis equivalente profunda’ (Hp = Hp (10)).

Según la reglamentación vigente, las dosis recibidas por los trabajadores expuestos deberán determinarse con una periodicidad no superior a un mes, por lo que, el período de uso de los dosímetros, y por tanto, la lectura de los mismos, debe ser mensual.

A cada persona (usuario) de la instalación (entidad) que sea dado de alta en el Servicio de Dosimetría, se le asignarán 2 dosímetros que se utilizarán de forma alterna (no se debe enviar el dosímetro que se está utilizando hasta que no se reciba el de cambio).

Si se están utilizando prendas plomadas (delantal, chaleco,…), los dosímetros siempre estarán por debajo de las mismas.

5 Discusión-Conclusión

Con toda esta información y aplicando la forma básica de protección radiológica mediante el principio ALARA, se busca la manera de reducir la dosis que recibe el personal sanitario. Este es uno de los principios básicos para establecer cualquier medida de seguridad radiológica.

Para lograr esto hay que cumplir tres criterios: distancia, blindaje y tiempo, así que a mayor distancia, menos radiación. A menor tiempo de exposición, menor irradiación y la creación de una barrera también disminuye la radiación. Finalmente y de acuerdo a la normativa, los Límites de Dosis para los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes son:
Por año oficial:
• Superficial: 500 mSv.
• Profunda: 50 mSv.
• Extremidades: 500 mSv.
• Cristalino: 150 mSv.

Para 5 años oficiales (consecutivos).
• Profunda: 100 mSv.
Límite de dosis en periodo de embarazo (desde el momento de la declaración del mismo):
• Abdomen: 2 mSv.

6 Bibliografía

1. DOSIMETRÍA RADIOLÓGICA- ING. Roberto Estévez Echanique – 2018
2. PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA DOSIMÉTRICA MEDIANTE DOSIMETRÍA DE ÁREA DE LOS TRABAJADORES EXPUESTOS CLASIFICADOS COMO CATEGORÍA B EN EL ÁMBITO SANITARIO. - Consejo de Seguridad Nuclear Sociedad Española de Protección Radiológica Sociedad Española de Física Médica - Marzo 2009 – Enlace web: https://www.csn.es
3.Conceptos básicos de la protección básicos de la Protección Radiológica- Foro sobre Protección Radiológica en el Sector Industrial- Enlace web: https://www.csn.es
4.SERVICIO DE DOSIMETRÍA PERSONAL EXTERNA (SDPE)- Departamento de protección radiológica- Enlace web: https://scisa.es

Capítulo 582

LA ANATOMÍA PATOLÓGICA Y EL TÉCNICO

MERCEDES IGLESIAS PEDROSA

AINOA GONZÁLEZ VIÑA

1 Introducción

La anatomía patológica se inició y desarrolló en España en la segunda, tercera y cuarta décadas del siglo veinte en la cátedra de Histología y Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid regentada por D. Santiago Ramón y Cajal que fue catedrático de Anatomía Patológica en 1887 en la Universidad de Barcelona , escribió su Manual de Anatomía Patológica general cuya 1.ª edición es de 1890, siendo editado sucesivamente y mejorado en las ediciones de Madrid de 1896, 1900, 1905, 1909, 1918 y 1922 , Tello fue coautor con Cajal del Manual a partir de la 8.ª edición de 1927, prosiguiendo su edición después del fallecimiento de Cajal hasta 1953 con la 12ª edición.

2 Objetivos

- Conocer la historia de la anatomía patológica cómo ha evolucionado y el papel que ha ido jugando el técnico de anatomia patológica.

3 Metodología

El primer Manual de Técnico de Anatomía Patológica se publica en 1918 por Cajal y Tello, era muy completo, incluían todas las técnicas utilizadas entonces en

el diagnóstico anatomopatológico: Técnica autópsica según Virchow; técnicas histológicas y de microbiología. En 1936 se realizaba una Anatomía muy buena, muy competente y con un nivel internacional avalada por grandes patólogos de la época que la visitaban haciendo demostraciones o conferencias, es el caso de Wegelin de Zürich, Ludwig Aschoff de Freiburg o Max Borst de Munich.

Se desarrollo la anatomía patológica con biopsias y piezas quirúrgicas y también se incorporó la técnica de la inclusión en parafina, que fue introducida en la escuela por Fernando de Castro, que la aportó tras su estancia en el Instituto de Histología y Embriología de la Universidad de Utrecht de Bélgica, donde trabajó al lado del Profesor J. Boeke en 1926. La inclusión en parafina se tenía que realizar entonces manualmente, ya que los procesadores de inclusión en parafina automáticos no fueron inventados y comercializados hasta el final de la década de los 50.

La escuela se cerró con la Guerra Civil de 1936-1939.

Al principio en los años 40/50 en España la función principal de la Anatomía Patológica era académica y se realizaba en las Cátedras de Histologia-Anatomia Patológica en los Hospitales Universitarios. En dicha época los patólogos se encargaban de todo, realizaban las funciones de los técnicos esto quiere decir que se encargaban de elaborar y teñir sus propias preparaciones. En algunos centros sí que empezaba a verse el perfil laborante o preparador que ayudaba y realizaba funciones técnicas, pero, su perfil era muy variopinto realizando también muchas labores administrativas.

Es en 1960 cuando se produce un cambio y se crea un nuevo Sistema Nacional de Salud que lleva a la construcción de nuevos centros hospitalarios y nuevos servicios de Anatomía Patológica. Los patólogos que en estos años trabajan en España venían la gran mayoría de formarse en el extranjero (Alemania y Norteamerica) con ellos trajeron técnicas nuevas e innovadoras como por ejemplo la inclusión en parafina, automatización de la inclusión, etc.

Su experiencia en el extranjero ayudó a que se concienciaran sobre la importancia del técnico de anatomía patológica, en los años 60 el perfil estaba totalmente profesionalizado en muchos países europeos y también en EEUU. Pero en España seguía teniendo poca importancia y sus funciones eran muy simples, haciendo casi todo el patólogo.

Gracias a esto a finales de esta época empiezan a realizarse cursos formativos para

los técnicos destacando los realizados en el año 1968 en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, en las especialidades de anatomía patológica y citología, bioquímica, hematología e inmunología.

En el año 1973 surge la primera Escuela experimental de técnicos de laboratorio (análisis clínicos, anatomía patológica, medicina nuclear, radiodiagnóstico y radioterapia) en el Hospital Provincial de Madrid. Las funciones del técnico eran efectuar todos los trabajos profesionales rutinarios de preparación de muestras y aquellos especiales que le eran encomendados.

En 1978-79 se modifica el plan de estudios del técnico. En el Boletín Oficial del Estado (BOE) de 25 de noviembre de 1975 figura la orden del Ministerio de Educación y Ciencia (21-11-1975) sobre la equivalencia e implantación de los nuevos planes de estudio de Formación Profesional, con la progresiva extinción de las enseñanzas reguladas por la ley de 20 de julio de 1955.

A partir del curso 1978-79 se integra en los nuevos planes de estudio (1975) el segundo grado de Formación Profesional, rama Sanitaria, las especialidades de Técnico Especialista de laboratorio y entre ellos el de Técnico Especialista de Anatomía Patológica (TEAP) y es en 1980 cuando aparece en el BOE (Orden Ministerial de 23 de Mayo de 1980) el programa de estudios propios de las áreas de conocimiento y horas de los cursos FP-2 Rama Sanitaria.

En 1984 son reconocidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo las funciones de estos profesionales (Orden 11 de diciembre de 1984), que modifica el anterior Estatuto para incluir a los Técnicos Sanitarios como personal Sanitario Titulado (El programa formativo de Orden Ministerial de 23 de Mayo de 1980).

El 3 de octubre de 1990 se aprueba la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo de España (LOGSE) (BOE de 4 de octubre), que sustituyó a la Ley General de Educación de 1970 (LGE). La nueva ley establece la modificación del segundo grado de Formación Profesional.

El 7 de abril de 1995 aparece el Real Decreto 550/1995, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado superior correspondiente al título de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología (TSAPC). Este currículum fue consultado y contrastado en las Comunidades Autónomas con competencias educativas, a partir de una enseñanza mínima fijada para todo el Estado y publicado en los distintos boletines de las Comunidades Autónomas, siendo este currículum el que actualmente está vigente y se imparte.

El 19 de junio de 2002, se publica en el BOE la Ley Orgánica 5/2002 de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, y en el Real Decreto 1087/2005 de 16 de septiembre, se establecen las nuevas cualificaciones profesionales elaboradas por el Instituto Nacional de las Cualificaciones Profesionales (INCUAL), que se incluyen, al igual que sus correspondientes módulos formativos, en el Catálogo Nacional de Cualificaciones.

Dicho catálogo clasifica las cualificaciones en 5 niveles y sitúa a la cualificación de Anatomía Patológica y Citología en el nivel 3, dentro de la familia profesional de sanidad.

El 4 de mayo de 2006 aparece publicada en el BOE la Ley Orgánica de Educación (LOE) Con el objetivo de adecuar la regulación legal de la educación no universitaria entre ellas la formación profesional.

El 29 de julio de 2011 aparece el Real Decreto 1147/2011 que establece la ordenación general de la formación profesional del sistema educativo y define en el artículo 9 la estructura de los títulos de formación profesional, tomando como base el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, las directrices fijadas por la Unión Europea.

En la actualidad el Real Decreto 1147/2011, de 29 de julio, establece y regula, en los aspectos y elementos básicos antes indicados, el título de formación profesional del sistema educativo de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citodiagnóstico cuyo objetivo es:

El establecimiento del título de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citodiagnóstico, con carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, así como de sus correspondientes enseñanzas mínimas.

La regulación del título de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología, contenida en el Real Decreto 538/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología y las correspondientes enseñanzas mínimas.

EL título de técnico varía mucho de un país a otro, en la gran mayoría se trata de una licenciatura profesional o universitaria, excepto en Francia donde hay tres itinerarios diferentes, uno universitario y dos diplomas de técnico superior, en Alemania con un diploma técnico de grado medio y España donde la titulación es un diploma técnico superior. En todos los países analizados hay una formación combinada de las especialidades de Anatomía Patológica y Laboratorio de

diagnóstico clínico, excepto en España y Portugal donde existen dos planes de estudios diferenciados.

4 Resultados

En estos años la anatomía patológica ha tenido un gran impacto, en la atención médica y la docencia a todos los niveles y en muchos trabajos científicos de investigación. Los bajos índices de mortalidad pediátrica, perinatal o materna en el país tienen un elemento importante del rigor con que se hacen los estudios y correlación postmorten en más de un 90 % de los fallecidos en esta rama. La cirugía de todo tipo, la oncología, la ginecología y casi todas las especialidades quirúrgicas, han tenido en la patología un apoyo permanente y una participación constante y todo un alcance nacional.

Junto al patólogo el técnico de anatomía patológica realiza un trabajo crucial y ambos, patólogos y técnicos, se complementan.

En la actualidad hay problemas económicos que dificultan el poder contar con todos los adelantos de la ciencia para aplicar al diagnóstico, pero los patólogos aprovechan todas las oportunidades para superarse teóricamente, tal como las listas de discusión, la transmisión y diagnóstico de imágenes y los congresos virtuales.

En el futuro se plantea extender y perfeccionar los métodos histopatológicos en la patología quirúrgica y autópsica e informatizar todo el trabajo de la especialidad, así como desarrollar y aplicar la telepatología a nivel nacional e internacional.

5 Discusión-Conclusión

La anatomía patológica ha evolucionado a lo largo de los siglos, y junto con ella el perfil del técnico de anatomía. El técnico/a especialista en anatomía patológica es el profesional encargado de realizar necropsias y de procesar biopsias y estudios citológicos, a su nivel. Interpreta y valida los resultados técnicos para que sirvan como apoyo al diagnóstico clínico o medicolegal.

Organiza y programa el trabajo, y cumple los criterios de calidad del servicio y de optimización de los recursos, con la supervisión correspondiente.
El perfil de técnico ha ido evolucionando a lo largo de la historia junto con el patólogo. Ambos realizan un trabajo conjunto de realizar un trabajo conjunto en

el que se ayuden además de que se debería de subir de categoría en España el papel del técnico a una titulación universitaria como en el resto de los países de la unión europea

6 Bibliografía

- Ramón y Cajal S. En: Carrera literaria, méritos, títulos, condecoraciones, premios, distinciones y lista de trabajos de D. Santiago Ramón y Cajal. Tipografía artística, 2.ª ed. Madrid, 1933; 4.
- Ramón y Cajal S. Manual de Anatomía Patológica General. En: Carrera literaria, méritos, títulos, condecoraciones, premios, distinciones y lista de trabajos de D. Santiago Ramón y Cajal. Tipografía Artística, 2.ª ed Madrid, 1933; 15.
- BOE (1975). Orden de 21 de noviembre de 1975 sobre equivalencias de títulos de formación profesional. Boletín Oficial del Estado núm. 283; 25 noviembre 1975: 24589.
- BOE (1980). Orden de 23 de mayo de 1980 por la que se establece la especialidad de Radioterapia y se aprueban cuestionarios de la rama Sanitaria de Formación Profesional de segundo grado. Boletín Oficial del Estado, núm. 142; 13 de junio de 1980: 13165 – 13177.
- BOE (1984). Orden de 11 de diciembre de 1984 por la que se modifica el Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, incluyendo a los Técnicos especialistas de Laboratorio, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear y Radioterapia, de Formación Profesional de segundo grado, rama Sanitaria. Boletín Oficial del Estado, núm. 8; 9 de enero de 1985: 520 – 521. iv
- BOE (1990). Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo. Boletín Oficial del Estado, núm. 238; 4 de octubre de 1990: 28927 - 28942.
- BOE (1970). Ley 14/1970, de 4 de agosto de 1970, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. Boletín Oficial del Estado, núm. 187; 6 de agosto de 1970: 12525 a 12546.
- BOE (1995). Real Decreto 550/1995, de 7 de abril de 1995, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado superior correspondiente al título de Técnico superior en Anatomía Patológica y Citología. Boletín Oficial del Estado, núm. 134; 6 de junio de 1995: 16581 -16588.
- BOE (2002). Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio de 2002, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional. Boletín Oficial del Estado, núm. 147; 20 de junio de 2002: 22437 – 22442.

- BOE (2005). Real Decreto 1087/2005, de 16 de septiembre de 2005, por el que se establecen nuevas cualificaciones profesionales, que se incluyen en el Catálogo nacional de cualificaciones profesionales, así como sus correspondientes módulos formativos, que se incorporan al Catálogo modular de formación profesional, y se actualizan determinadas cualificaciones profesionales de las establecidas por el Real Decreto 295/2004, de 20 de febrero. Boletín Oficial del Estado, núm. 238; 5 de octubre de 2005: 32605 – 32608.
- BOE (2006). Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo de 2006, de Educación. Boletín Oficial del Estado, núm. 106; 4 de mayo de 2006: 17158 – 17207. X
- BOE (2011). Real Decreto 1147/2011, de 29 de julio de 2011, por el que se establece la ordenación general de la formación profesional del sistema educativo. Boletín Oficial del Estado, núm. 182; 30 de julio de 2011: 86766 – 86800.
- BOE (2007). Real Decreto 900/2007, de 6 de julio de 2007, por el que se crea el Comité para la definición del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. Boletín Oficial del Estado, núm. 172; 19 de julio de 2007: 31371 – 31372.
- BOE (2011). Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio de 2011, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. Boletín Oficial del Estado, núm. 185; 3 de agosto de 2011: 87912 – 87918.

Capítulo 583

TULAREMIA: QUÉ ES, CÓMO SE CONTAGIA Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

TAMARA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La tularemia es una zoonosis bacteriana causada por el cocobacilo gramnegativo: Francisella tularensis. También denominada fiebre de los conejos, fiebre de la mosca del venado, enfermedad de Ohara o enfermedad de Francis.

Una zoonosis es cualquier enfermedad que puede transmitirse de animales a seres humanos. Se trata de enfermedades que afectan generalmente a los animales vertebrados, incluyendo al hombre. Es una enfermedad principalmente de una gran variedad de mamíferos y aves silvestres.

Es una enfermedad emergente en España. El primero caso fue 1981. Se trataba, por lo tanto, de una enfermedad extremadamente infrecuente y poco conocida. En 1997 y 2007 se registra el dos grandes brotes con más de 1000 casos. Se propaga a causa de la manipulación de liebres procedentes de la caza de Castilla y León y por aguas contaminadas.

Se infectan principalmente a través de:
- La picadura de artrópodos (garrapatas y los mosquitos).
- A través de la piel, conjuntiva o la mucosa orofaringea.
- Por contacto directo con animales infectados o con materiales de origen animal.

- Por la ingestión de alimentos o agua contaminados o por inhalación de polvo o aerosoles contaminados.

Su reservorio es muy amplio, más de 100 especies animales, los mas importante para la subespecie en Europa son:
- Los roedores
- Las liebres.
- Algunos artrópodos (garrapatas).

También nos podemos encontrar esta bacteria en aguas y terrenos contaminados por animales muertos o sus heces.
Patrones de transmmisión:
- Otoño-Invierno: contacto con animales y durante la temporada de caza.
- Primavera-Verano: picaduras de artrópodos y mayor actividad las garrapatas.

2 Objetivos

- Conocer qué es la tularemia, cómo se contagia y las medidas preventivas.

3 Metodología

Pruebas de laboratorio:
1. Hemocultivo. Es un examen de laboratorio para verificar si hay bacterias u otros microorganismos en una muestra de sangre. En este caso su agente causal, en un hemocultivo es extremadamente raro ya que la bacteria sólo está en la sangre en la fase aguda de la enfermedad.
2. Proceso experimental. Los frascos deben incubarse 14 días subcultivándolos, cada 4 días y al final del período de incubación:
- Agar de sangre(glucosa y cisteína).
- Agar chocolate.
3. Serología para turalemia. Los anticuerpos defienden al cuerpo contra bacterias, virus, hongos u otras sustancias extrañas llamadas antígenos. Ciertas células del sistema inmunitario hacen que el cuerpo produzca anticuerpos durante una infección activa. Se realiza por venopunción , la presencia de anticuerpos nos indica que ha estado expuesto.

Riesgos:
- Sangrado excesivo.
- Desmayo o sensación de mareo.

- Hematoma (acumulación de sangre debajo de la piel).
- Infección (un riesgo leve cada vez que se presenta ruptura de la piel).
- Radiografía de tórax:
Tórax.
Los pulmones.
El corazón.
Las costillas.
El diafragma.

Estas enfermedad también puede afectar en los resultados de pruebas como la mononucleosis.

4 Resultados

Tratamiento: La Estreptomicia es el fármaco de elección para tratar todas las formas clínicas de tularemia, y alcanza unas tasas de curación de hasta el 97 %.

El elevado porcentaje de fracasos terapéuticos que reflejan algunas series parece estar relacionado fundamentalmente con el retraso diagnóstico.

Pronóstico: a tularemia es mortal en alrededor del 5% de los casos no tratados y en menos del 1% de los casos que reciben tratamiento.

Una vez pasada la enfermedad suele quedar inmunidad de por vida.

5 Discusión-Conclusión

Posibles complicaciones:
- Infección ósea (osteomielitis).
- Pericarditis (Infección del saco alrededor del corazón).
- Meningitis.
- Neumonía.

Medidas de prevención
Se basan fundamentalmente en dos aspectos:
1. Actuación sobre los reservorios. Realización de una estrecha vigilancia epizootológica sobre las poblaciones de animales susceptibles, con estudios de morbimortalidad así como el control y regulación de las poblaciones de roedores y de movimientos de animales.

2. Control sobre los mecanismos de transmisión:
A. Evitar la manipulación de animales sospechosos (en caso de que sea necesario emplear guantes y mascarilla)
B. Garantizar la cocción de las carnes para consumo (la congelación no destruye la bacteria
C. No beber agua sospechosa de vehicular la enfermedad o, si es necesario beberla, clorarla previamente.
D. Eludir las picaduras de artrópodos.

En la actualidad hay una vacuna que proporciona una inmunidad duradera (personal de laboratorio, guarda bosques y cazadores).

6 Bibliografía

- http://www.madridsalud.es
- http://www.revclinesp.es
- http://www.nlm.nih.gov
- http://actasdermo.org

Capítulo 584

CITOMETRÍA DE FLUJO

AINOA GONZÁLEZ VIÑA

MERCEDES IGLESIAS PEDROSA

1 Introducción

Método analítico por el que se mide la emisión de múltiples fluorescencias y la dispersión de luz ("light scatter") de células o partículas microscópicas, alineadas secuencialmente mediante una corriente líquida laminar, cuando son presentadas de una en una y a gran velocidad (hasta miles de células/segundo) frente a un haz de luz láser de longitud de onda adecuada.

La CMF es una tecnología que permite la medición simultánea de múltiples características de células en suspensión por medio de instrumentos (citómetro de flujo) y la cuantificación de las mismas.

Las carácterísticas del equipo hacen que su campo de aplicación se dedique principalmente a la hematopatología aunque también tiene múltiples aplicaciones en la investigación. Permite estudiar propiedades físicas y biológicas de células en una suspensión fluida. El desarrollo de los anticuerpos monoclonales junto con el perfeccionamiento de los citómetros de flujo, ha permitido su uso en el diagnóstico clínico. Algunas de las aplicaciones clínicas son:
- Diagnóstico de leucemias y linfomas.
- Enumeración de células stem cell CD34 (+) para trasplante.
- Monitorización de linfocitos CD4(+) en pacientes VIH.
- Estudio de Hemoglobinuria paroxística nocturna.
- Rastreo de Inmunodeficiencias.

- Estudios funcionales y de activación celular.
- Cuantificación de ADN (Ploidías) y actividad proliferativa.

El citómetro puede analizar un elevado número de partículas (1000 a más de 100.000 células) en un corto período de tiempo (decenas de miles de células por segundo).

Realiza medidas cualitativas y cuantitativas de más de 15 parámetros de forma simultánea y de cualquier célula o partícula suspendida de tamaños de 0,2 hasta 150 micras.

Los citómetros son instrumentos en los que se hace pasar una suspensión de células o partículas alineadas de una en una por delante de un láser focalizado.

El impacto del láser en cada célula produce señales luminosas que son recogidos por distintos detectores que las convierten en señales eléctricas las cuales posteriormente serán digitalizadas y analizadas

2 Objetivos

Exponer los principales aspectos, características y utilidades de la citometría de flujo.

3 Metodología

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

4 Resultados

¿que se puede analizar por cimometria de flujo?
Nivel molecular (ayuda de esferas fluorescentes)
• Proteínas extracelulares.
• Secuencias de ADN o ARN libres
• Complejos inmunes circulantes.

Nivel subcelular
• Viriones individuales.
• Liposomas.
• Cromosomas aislados.
• Orgánulos aislados.
• Núcleos aislados.

Nivel celular.
• Bacterias.
• Hongos unicelulares.
• Células humanas y animales.
• Protoplastos vegetales.

Nivel supracelular.
• Hibridomas y fusiones celulares.
• Esferoides.
• Organismos pluricelulares.

Estructura de citometro:l
• Sistema hidráulico (fluídica). Se compone de un conjunto de controles neumáticos y fluídicos necesarios para establecer un flujo laminar, que permita a la suspensión celular atravesar la cámara de flujo de forma estable e individual.

• Sistema óptico que incluye:
– Una sección de excitación (un láser), lentes y prismas.
– Una sección colectora que genera y recoge las señales.

Consta de láser, filtros, lentes y detectores. La fuente de luz es producida normalmente por un láser. En la mayoría de los citómetros se instala un láser de gas (comúnmente argón) refrigerado por aire, que produce una luz monocromática de 488 nm. Esta luz es utilizada para la excitación de los fluorocromos y provoca la dispersión de luz que informa de las características celulares. Los citómetros más modernos incorporan 2 o 3 fuentes de láser.

• Sistema electrónico informático. Convierte las señales ópticas lumínicas en señales electrónicas y las digitaliza para su análisis. fluídica:

Consta de dos fluídos:
• Un fluido que contiene las células de la muestra en suspensión.
• Un fluido envolvente o vaina (sheath fluid) que envuelve y da estabilidad a la Suspensión. Normalmente el fluido envolvente y la suspensión no se mezclan

porque circulan a presiónes diferentes (la presión de la muestra es el mayor y por tanto va a más velocidad) camara de flujo.
• Es una cámara de cuarzo situada donde el líquido envolvente y la muestra entran en contacto.
• El fluido envolvente con la suspensión celular en el centro es impulsado para salir a gran velocidad por un orificio estrecho de la cámara (diámetro de unas 10 micras). Las células cruzan perpendicularmente el rayo de luz láser alineadas de una en una. La velocidad de las células oscila entre 1.000 y 1.000.000 por minuto.
• En este punto, se enfoca el haz de luz láser (enfoque hidrodinámico) que rebota en cada célula dispersándose sección óptica.
• El sistema óptico tiene dos partes:
• Óptica de excitación: consiste en la luz láser y las lentes para dirigirlo y enfocarlo.
• Óptica de lectura: lentes que recogen luz emitida después de la interacción con las partículas y un sistema de espejos y filtros que la dirigen hacia los detectores correspondientes.

Fuente de luz láser:
• La mayoría de los citómetros llevan una fuente emisora láser.
• El láser es una luz monocromática, coherente (misma longitud de onda y frecuencia)
• La longitudes de onda utilizadas en citofluorometría son 488, 568, 630 y 647 nm siendo la primera la más habitual
• Los citómetros de investigación suelen tener varios emisores laser, los de rutina trabajan con longitud de onda fija (casi siempre 488 nm)

La mayoría de los citómetros de flujo emplean luz azul de 488 nm pero puede haber otro laser para la luz verde de longitudes de onda entre 515 y 535 nm. Esto se debe a que la mayoría de los fluorocromos usados en CF como la ficoeritrina o el yoduro de propidio, aunque excitables con luz azul, poseen un máximo con luz verde.

Funcionamiento de la sección óptica:
• El láser pasa a través de una lente de enfoque.
• Al rebotar el haz de luz en la célula, los rayos de luz son difractados en todas direcciones o son bloqueados.
• La luz dispersada es filtrada, recolectada y enviada a fotodetectores.
• Estos la convierten en señales electrónicas y después en datos digitales.

• Estas señales son guardados en un archivo con el fin de ser analizados luego por un software especializado.

Sistemas ópticos:
• Los citómetros de flujo tienen cinco sistemas ópticos de medida: dos de dispersión de luz (uno hacia delante y otro en ángulo recto) y tres de fluorescencia
• La luz de las emisiones fluorescentes se recoge a ángulos de 90° junto con la dispersión de luz (del SSC)
• El sistema debe separar la dispersión de estas dos señales
• Los fotones con diferente longitud de onda se seleccionan por medio de un sistema óptico compuesto por filtros y espejos dicroicos y se envían a un detector específico.

Dispersión de luz. Se recogen dos tipos de dispersión:
• Dispersión frontal:Es la luz dispersada frontálmente en ángulo cónico pequeño (0-10o) en la dirección del láser
• Dispersión lateral
• Al otro lado de la cámara de flujo hay una barra que bloquea el rayo incidente. Esta luz es recogida por un detector fotodiodo situado detrás de esta barra y detecta la dispersión de luz en pequeños ángulos
• El tiempo que dura el corte del suministro de fotones al detector es proporcional al diámetro de la célula. El ancho del pulso mide el "tiempo de vuelo" de paso de una célula a través del rayo láser y por lo tanto proporcional a su longitud.

Dispersión lateral: (SSC)
– Luz dispersada en ángulo recto al eje de luz incidente. El detector de SSC son tubos fotomultiplicadores (PMT) que se colocan en ángulo recto con el rayo láser.
– Es proporcional a la complejidad interna celular que incluye granularidad, estructuras y organelas celulares, membranas citoplasmáticas y rugosidad de la superficie celular.

Tipos de detectores:
• Los pulsos de luz que llegan a los detectores contienen de centenas a varios miles de fotones.
• Se utilizan tres tipos: fotodiodos, fotomultiplicadores y detectores monocromáticos.
• Los fotodiodos son detectores de estado sólido empleados para recoger señales de luz de intensidad grande, como la luz del FSC.
Transforman la señal luminosa en un pulso. La intensidad es proporcional al número de fotones que llegan.

• Los fotomultiplicadores constan de un tubo en cuyo interior hay varias placas recubiertas por compuestos muy excitables por la luz que multiplican la señal. El número de veces que se multiplica la señal depende del voltaje entre la primera y la.
última placa.

Señales electrónica:
• La interacción de la célula con el láser produce una dispersión de la luz.
• Las señales de luz (fotones) golpean un lado del PMT o fotodiodo y se convierten en un número proporcional de electrones.
• Los fotomultiplicadores multiplican estos electrones, creando una corriente eléctrica que se convierte en el pulso de tensión.

Formación del pulso:
• A medida que la célula cruza a través del rayo láser, la señal óptica va a generar un pulso, que tiene una altura (o pico), ancho y área. Cada pulso se inicia una vez que la célula se asoma delante del rayo luminoso. Después, si la velocidad es constante y la célula uniforme, el pulso desciende simétricamente hasta que desaparece la señal de esa célula
• Cuando la partícula se encuentra en el centro del rayo láser se logra la máxima dispersión o fluorescencia, es el punto más alto del pulso.
• El pulso vuelve a la línea de base cuando la partícula abandona el rayo láser.

Caracteristicas del pulso:
• El área, altura y anchura de los pulsos eléctricos son proporcionales a la cantidad total de luz, la intensidad máxima y a la duración de la señal luminosa respectivamente
• Todos estos parámetros se relacionan con las características de la célula.
• Con esta señal se pueden realizar diferentes mediciones, por ejemplo, altura del pico, integral , ancho, inclinación.

Procesamientos de las señales:
• Las señales analógicas se convierten en digitales antes de ser transmitidas al ordenador.
• En el modelo lineal se mide la altura del pulso analógico en incremento de voltio.

Dado que el pulso se encuentra entre 0,00 y 10,24 voltios y que la escala de medida va en incrementos de 0,01 voltio, existen 1.024 incrementos. Los incrementos de 0,01 voltio se denominan canales y reflejan la resolución del sistema detector/amplificador

• Al pulso de tensión se le da un valor digital por el convertidor analógico-digital (ADC). La resolución de los datos dependerá del ADC. Por ejemplo, un convertidor de 8 bits dará 256 canales, y un convertidor de 10 bits da 1024.
• Los datos se almacenan en un formato estándar de citometría de flujo (FCS) elaborado por la Sociedad Internacional de Citología Analítica (ISAC).
• La computadora guarda los datos en modo de lista(list-mode), que es una lista de los parámetros de la célula y sus medidas guardadas en una base, celda por celda.

Presentación de datos:
Después de guardar los datos en el archivo se pueden representar en forma de:
• Histograma.
• Gráfico de Puntos (Dot Plot) o escaterograma.

Histrograma:
Histograma de frecuencia. Es un gráfico con único parámetro donde el valor de la señal del parámetro se representa en el eje X en números de canal (0 a 1.023). La diferencia entre canales es una amplitud de señal de 0,01 voltio, en el modo lineal
• En el eje Y se representa el número de eventos por número de canal
• Cada evento se coloca en el canal que corresponde al valor de su señal
• Señales con intensidades iguales se acumulan en el mismo canal.
• Las señales más brillantes se muestran en los canales a la derecha de las señales mas débiles.

Escaterograma (Escatergrama o dot Plot)
• Es un gráfico de puntos donde se enfrentan dos parámetros.
• Cada punto representa una célula según sus medidas asociadas. Puede relacionarse de esta forma cualquier pareja de parámetros.
A medida que se van poniendo puntos aparece una población.

Hay varios tipos de plots:
• Gráfico de Contorno (Countour Plot)
• Gráfico de Densidad (Density Plot)
• Gráfico en tres dimensiones

Fluorescencia:
• Cuando un compuesto absorbe la luz (y por tanto energía) los electrones ascienden de su estado basal a un estado excitado. Si los fotones de la luz laser chocan

con la molécula de un fluorocromo los electrones pasen a un nivel energético más alto.
• Los electrones vuelven al estado fundamental por una serie de transiciones que implican la emisión de un cuanto de luz (transición radiactiva).
• La transición de absorción consume más energía que la que se desprende en la emisión por tanto la luz emitida es de menor energía y de mayor longitud de onda que la luz excitante
• El retorno de la molécula a un estado de energía más bajo se acompaña de emisión de luz (fluorescencia) y de pérdida de energía.
Este efecto se denomina fluorescencia
Señales de fluorescencia:
• Los citómetros de flujo detectan señales de fluorescencia procedentes de complejos antígeno/anticuerpo marcados con un fluorocromo
• La señal de fluorescencia emitida es proporcional a la cantidad de componentes fluorescentes fijados a la célula.

Fluorocromos:
• Un fluorocromo es una molécula que absorbe luz a una determinada longitud de onda y la emite a una longitud superior (menor energía).
• Parte de la energía se utiliza para la absorción, por eso la luz emitida es de menor energía
• La diferencia entre la longitud de onda de absorción y emisión se denomina Stokes shift
• El espectro de absorción o excitación es el rango sobre en el que un fluorocromo absorbe la luz, y el espectro de emisión es el rango en el que emite luz.

5 Discusión-Conclusión

¿Que se puede analizar por citometría de flujo?
Nivel molecular (ayuda de esferas fluorescentes)
• Proteínas extracelulares
• Secuencias de ADN o ARN libres
• Complejos inmunes circulantes
Nivel subcelular
• Viriones individuales
• Liposomas
• Cromosomas aislados
• Orgánulos aislados

• Núcleos aislados
Nivel celular
• Bacterias
• Hongos unicelulares
• Células humanas y animales
• Protoplastos vegetales
Nivel supracelular
• Hibridomas y fusiones celulares
• Esferoides
• Organismos pluricelulares

6 Bibliografía

Handbook of Flow Cytometry Methods by J. Paul Robinson, et al. ISBN 0-471-59634-5
Rev Inst Nal Enf Resp Méx 2004; Vol. 17(1):42-55 ARTÍCULO DE REVISIÓN
[Mittag and Tarnok, 2011]A. Mittag, A. Tarnok.Recent advances in cytometry applications: preclinical, clinical, and cell biology.Methods Cell Biol, 103 (2011), pp. 1-20
•García del Moral R. Laboratorio de anatomía patológica. 1ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1993.

Capítulo 585

EL TÉCNICO DE ANATOMÍA Y LA SEGURIDAD EN EL LABORATORIO

MERCEDES IGLESIAS PEDROSA

AINOA GONZÁLEZ VIÑA

1 Introducción

Los laboratorios de anatomía patológica son de riesgo potencialmente alto debido a la manipulación de sustancias que hay que utilizar para los diferentes procesos. Estas sustancias pueden hacer efectos adversos sobre la persona que las maneja, atmósfera de trabajo e incluso puede extenderse fuera del laboratorio.

Existen peligros derivados de la manipulación de tejidos no fijados y muestras del personal que las manejan. Son también potencial factores de riesgo los medios eléctricos y de combustión existentes en el laboratorio como mecheros, bombonas de gas o alcohol.

2 Objetivos

Conocer los riesgos que entraña el trabajo en laboratorios de anatomía patológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

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

4 Resultados

Por sus propias características, el trabajo en el laboratorio presenta una serie de riesgos de origen y consecuencias muy variadas, relacionados básicamente con las instalaciones, los productos que se manipulan y las operaciones que se realizan con ellos.

Los productos que se usan suelen ser muy peligrosos, aunque se utilizan en pequeñas cantidades y de manera discontinua.

En el laboratorio podemos distinguir riesgos específicos como son la exposición a contaminantes químicos; fundamentalmente en el laboratorio de anatomía patológica son el formol y el xilol. El formol usado comúnmente como fijador de los tejidos y el xilol usado como en el lavado de los tejidos durante el proceso histológico de los mismos. El formol debido a las características químicas y físicas que posee para la fijación y conservación de muestras. Es muy tóxico, la principal vía de entrada en el organismo es la vía inhalatoria, la absorción cutánea es reducida y la ingestión accidental es muy poco probable.

Daños para la salud: puede provocar cáncer. Se le relaciona con cáncer nasofaríngeo, senonasal, leucemia mieloide y pulmonar.

Mutágeno: se sospecha que provoca defectos genéticos.

En el Sistema Inmunitario: el formaldehído es alérgeno, tiene acción sensibilizante, es decir, por inhalación o contacto directo puede ocasionar una reacción de hipersensibilidad, y, exposiciones posteriores, incluso de muy baja concentración, pueden causar reacciones alérgicas severas de la piel (dermatitis de contacto), los ojos, el tracto respiratorio (edema laríngeo y bronco-espasmo) e incluso generalizadas como el choque anafiláctico.

En el sistema respiratorio: es muy irritante. Según la concentración ambiental los efectos van desde hormigueo en la nariz y garganta por irritación, hasta sensación de quemazón, tos seca y dolorosa, edema, y en casos extremos neumoni-

tis y muerte. Se han descrito efectos crónicos como: irritación crónica, patología respiratoria crónica (bronquitis crónica), alteración de funciones respiratorias y exacerbación de asma preexistente, pero no se puede asegurar la relación directa de estos signos con el formaldehído.

En la piel: es muy irritante. Según la concentración los efectos por contacto pueden ser: irritación con eritema y picazón, endurecimiento, edema, vesiculación y descamación o bien efecto corrosivo pudiendo causar quemaduras graves. Si hay sensibilización previa, dermatitis de contacto.

En los ojos: produce irritación desde concentraciones muy bajas. Los efectos son desde pequeñas irritaciones de ojos y párpados, lagrimeo, escozor/dolor y visión borrosa a quemaduras graves con ulceraciones (daños permanentes) en caso de contacto directo por salpicaduras.

En el Sistema Nervioso Central (SNC): se pueden producir efectos como irritabilidad, alteraciones del sueño, la memoria, el equilibrio y las destrezas, fatiga, mareo, náuseas y dolor de cabeza.

Se trata de es una sustancia líquida, incolora, de olor penetrante muy soluble en agua, en la cual polimeriza rápidamente. Existe una tolerancia y adaptación a los efectos irritativos de la exposición al formaldehído que aparece después de 10 minutos de contacto directo sin equipos de protección individual. El desarrollo de esta tolerancia a los efectos agudos puede dar una falsa sensación de seguridad lo que puede influir en la no utilización de equipos de protección individual.

En resumen la exposición prolongada, puede causar secuelas respiratorias crónicas por la como pérdida progresiva del olfato, asma, rinitis, sinusitis, bronquitis, síntomas neurológicos como cefalea, fatiga, somnolencia, perdida de la concentración, efectos mutagénicos y carcinogénicos.

Para evitarnos todo esto existen otras alternativas a esta sustancia, como por ejemplo diluciones alcohólicas de Glyoxal (etano1, 2-diona) o de Propilenglicol. Debido a su alto contenido en etanol deben manejarse con precaución al ser soluciones inflamables. E l problema que ven los patólogos es que necesitan más tiempo para fijar que si usan el formol.

Otros riesgos que podemos apreciar en el laboratorio son los biológicos; no hay que olvidar que en los laboratorios se reciben y se trabaja con muestras humanas y hay que tomarlas todas como si fueran portadoras de una patología. Estos ries-

gos se clasifican en cuatro grupos según el Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo;
- Grupo 1: Poco probable que causen enfermedad.
- Grupo 2: Agentes que causan enfermedad en el hombre y es poco probable que se transmitan a la colectividad, existiendo tratamiento y profilaxis.
- Grupo 3: Agentes que pueden causar enfermedad grave con posibilidad de propagación colectiva; existe tratamiento y profilaxis.
- Grupo 4: Agente biológico que causa enfermedad grave en el hombre y supone un serio peligro para la colectividad por su propagación; no existe profilaxis ni vacuna.

El manejo de la muestra debe realizarse en cabina de seguridad utilizando guantes de protección y evitando cortes en los dedos, evitar también o tenga alto contenido en sangre además el instrumental utilizado tiene que ser debidamente desinfectados.

Por último destacar los riesgos por el uso de equipo de anatomia. El equipo cada vez es más complejo y debe cumplir unos requisitos legales de seguridad pero no hay que descartar la posibilidad de accidentes debido a su manejo. Por ejemplo, con el microtomo pueden producirse cortes.

Para intentar que no ocurra ningún tipo de accidente, hay que seguir una serie de normas generales que son:
1. Recabe información sobre las características de peligrosidad de los productos que se van a utilizar y de los peligros que pueden comportar las operaciones que se van a realizar con ellos.
2. Consulte las etiquetas y fichas de datos de seguridad de los productos.
3. Antes de realizar cualquier tarea, reúna los productos y materiales necesarios y utilícelos según el procedimiento de trabajo establecido.
4. Ejecute las operaciones de modo seguro, siga las instrucciones de forma responsable.
5. Al finalizar el trabajo, recoja todo el material.
6. Lleve siempre la bata abrochada y el pelo recogido.
7. Evite la utilización de anillos y brazaletes y utilice ropa y calzado que cubra la mayor parte del cuerpo.
8. La zona de trabajo debe permanecer libre y despejada, depositando en ella sólo los materiales que se estén usando.

9. Revise periódicamente el material de vidrio que se utiliza en el laboratorio. Las piezas que presentan grietas deben desecharse. No se deben calentar las piezas que han recibido algún golpe. 10. Al trasvasar un producto se debe etiquetar el nuevo envase para permitir la identificación de su contenido y tomar las medidas de precaución necesarias. No se debe pegar una etiqueta sobre otra ya existente, pues puede inducir a confusión.
11. En el almacenamiento de productos químicos hay que evitar la proximidad de sustancias y preparados incompatibles, separándolos por sustancias inertes o distanciándolos entre sí. Fuera de los armarios, no hay que guardar envases por encima de la altura de la cabeza, ni en zonas de paso. 12. Se debe extraer únicamente la cantidad de producto necesaria para trabajar. No hay que devolver el producto sobrante al envase original.
13. En el caso de utilizar los productos en estado líquido, al pipetear no se debe succionar con la boca. Para realizar esta tarea, se debe usar una pera, émbolo o bomba.
14. Los residuos generados en el laboratorio deben neutralizarse de manera adecuada antes de su eliminación, o depositarse en los lugares establecidos para ello.
15. En caso de sufrir accidentes producidos por productos químicos, hay que seguir las recomendaciones de seguridad indicadas en la etiqueta y ficha de seguridad del producto.
16. Se debe utilizar el material de protección adecuado (colectivo e individual) y usarlo correctamente para cada tarea. Debe disponerse normalmente de batas, gafas y guantes que protejan especialmente de los peligros generados por los productos manipulados y de las operaciones a que se someten. En algunos casos, se puede requerir el uso de delantales, mandiles, máscaras o pantallas de protección.
17. Se recomienda no utilizar lentillas como única protección al trabajar en laboratorios; es preferible usar gafas de protección superpuestas a las habituales del trabajador, o gafas de seguridad graduadas.
18. No se debe comer, beber o fumar en la sala del laboratorio, ni se deben llevar objetos en la boca (chicles, palillos, etc.), mientras se trabaja.
19. Hay que evitar guardar cualquier objeto en los bolsillos (reactivos, objetos de vidrio, herramientas, etc.). Los objetos personales no deben dejarse ni en la mesa de trabajo ni en el suelo. Es preferible guardarlos en lugares específicos para ello (taquillas, armarios, etc.).
20. Al circular por la sala, se debe ir con precaución, sin interrumpir a los que están trabajando.
21. Los accesos y rutas de evacuación deben estar señalizados, iluminados y despejados, permitiendo una rápida evacuación. Las personas que entren en el mismo

conocerán las rutas de evacuación.

5 Discusión-Conclusión

Se recomienda que el formol sea sustituido por fijadores alternativos, manteniendo el uso del formaldehído para biopsias y piezas quirúrgicas con patología tumoral. Ocurre lo mismo con el Xileno, que puede serlo por el Isopropanol.

Es necesario insistir en los aspectos relacionados con la formación obligatoria y acreditada a los profesionales que realizan su labor en contacto con el formol o en la disponibilidad de documentos informativos (plan de acogida); también en las medidas de prevención, de señalización y de mantenimiento de infraestructuras.

Es igualmente importante recomendar que cada laboratorio tenga procedimientos normalizados de trabajo e instrucciones técnicas de cada proceso para el correcto funcionamiento del mismo.

6 Bibliografía

1. Arana Belloso D, Blanco Guerra C, Caldés Casas A, Gallego Piñol E, Gómez Pérez F, et al. Agentes químicos en el ámbito sanitario. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid: 2010.
2.Álvarez R. et al. IHQ: La fijación como punto clave. Nuevo escenario y alternativas al formol. XI Course: Update in Surgical Pathology. Fundación Mutua Madrileña. Madrid. 30 Noviembre -1 Diciembre. 2015.
3. Pascual J, Córdoba A. Mesas de tallado: diseño participativo para la mejora de la seguridad y la productividad. En: Giménez Mas J, Guerra Merino I. Libro Blanco 2013 de la Anatomía Patológica en España. 3a edición. España: SEAP-IAP; 2013. p. 297-315.
4. Mena Marín M, Alpízar Calvo T, Mena Umaña F. Medidas de bioseguridad en una sala de disección de anatomía patológica. Medicina Legal de Costa Rica. 2011; vol. 27 (1): 35-39.
5. Concha López Á, Álvarez Alegret R, Autonell Reixach F, Cabrera Pérez R, Carrasco García M, Claro González I, et al. Documento de recomendaciones de la Sociedad Española de Anatomía Patológica-IAP referente a las medidas de seguridad aconsejadas en el manejo del formaldehído y al uso de fijadores alternativos. Sociedad Española de Anatomía Patológica.2016.

6. Soria Torrez D. Análisis de la efectividad de la implementación de medidas preventivas para controlar la exposición a formaldehído en la sala de anatomía patológica de un hospital universitario. Barcelona. 2011.
7. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 248: Formaldehído: su control en laboratorios de Anatomía y Anatomía Patológica. Madrid: INSHT; 1990.
8. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 873: Prevención de la Exposición a Formaldehído. Madrid: INSHT; 2010.
9. Mirabelli MC, Holt SM, Cope JM. Anatomy laboratory instruction and occupational exposure to formaldehyde. Occup Environ Med. 2010 Nov 22.
10. Lundov MD, Johansen JD, Carlsen BC, Engkilde K, Menné T, Thyssen JP. Formaldehyde exposure and patterns of concomitant contact allergy to formaldehyde and formaldehyde-releasers. Contact Dermatitis. 2010 Jul; 63(1):31-6.
11. National Toxicology Program. Formaldehyde. IN: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Report on Carcinogens, Thirteenth Edition. 2014. p. 1-11.
12. International Agency for Research on Cancer (IARC): Chemical agents and related occupations: A review of human carcinogens. IARC Monographs. 100F: 401-435. 2012.
13. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Límites de Exposición Profesional para Agentes Químicos en España para el año 2015. Madrid: INSHT; 2015.
14. Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo. Boletín Oficial del Estado, no 124, (24/05/1997).
15. International Agency for Research on Cancer (IARC): Chemical agents and related occupations: A review of human carcinogens. IARC Monographs. 100F: 29-31. 2012.
16. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 590: Prevención de la exposición a formaldehído. Instituto Nacional de Higiene y Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: INSHT; 2003.

Capítulo 586

ADAPTACIÓN DE LA NORMATIVA ESPAÑOLA A LA DIRECTIVA 2013/59/EURATOM EN MATERIA DEL USO DE RADIACIONES IONIZANTES EN EXPOSICIONES MÉDICAS

LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO

1 Introducción

Debido a la transferencia de competencias, en materia sanitaria, a las comunidades autónomas, hasta ahora no existía un sistema generalizado de control radiológico del paciente.

Solo algunas comunidades autónomas tienen un programa específico en esta materia como es el caso de Extremadura con el Programa de Control Radiológico Infantil (CRIE). Este programa incluye la creación de una tarjeta de control individual de pruebas radiológicas que se le han realizado al menor y que han precisado radiaciones ionizantes.

Para la transposición de la Directiva 2013/59/EURATOM, recientemente el Consejo de Ministros ha aprobado Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas.
La Directiva establece que la historia clínica de los pacientes recoja el informe dosimétrico para tener un mayor control sobre la radiación a la que se ha ido sometiendo cada persona a lo largo de su vida en su paso por el sistema sanitario.

2 Objetivos

Determinar la necesidad de establecer un programa nacional de control de dosis de radiación ionizante.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la legislación vigente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Entre las características de la radiación destacamos sus efectos acumulativos.

A lo largo de su vida, un paciente podrá ser sometido a pruebas diagnósticas o tratamientos que supongan la exposición a radiaciones ionizantes.

El riesgo de dichas radiaciones varía en función de distintos factores:
- Si se trata exposición externa (radiodiagnóstico, radioterapia) exposición interna (estudios de medicina nuclear).
- Del volumen irradiado, total o parcial.
- De la parte del cuerpo irradiada.
- Del tiempo de exposición a la radiación.
- Edad del paciente.

El Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, establece, en sus artículo 9, 11 y 13 respectivamente, los límites de dosis para los trabajadores expuestos, los límite de dosis para personas en formación y estudiantes y los límites de dosis para los miembros del público.

Sin embargo, el Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, se limita a establecer métodos de optimización y garantías de justificación de los procedimientos, haciendo especial hincapié en la necesidad de informar al paciente sobre los riesgos y beneficios del procedimiento al que va a ser sometido, así como de la recogida del informe dosimétrico que formará parte de su historia clínica.

Para tal fin, se establece que los equipos médicos-radiológicos tengan capacidad de informar sobre la cantidad de radiación producida y que permitan evaluar la dosis administrada al paciente. La norma establece que los equipos instalados antes del 6 de febrero de 2018 estarán exentos de dichos requisitos.

5 Discusión-Conclusión

De los tres pilares básico de la protección radiológica; justificación, optimización y limitación, solo el RD783/2001 hace referencia a los valores límites de dosis para los trabajadores expuestos, estudiantes o público.

El RD 601/2019, omite cualquier valor específico de límites de dosis por exposición médica.

Por tanto a pesar de conocer los valores de dosis por exposición médica recibida por un paciente a lo largo de su vida, no se podrá establecer la conveniencia o no de realizarle nuevos procedimientos que impliquen el uso de radiaciones ionizantes, puesto que no existen unos valores de referencia a los que acogerse.

6 Bibliografía

- Directiva 2013/59/Euratom del Consejo, de 5 de diciembre de 2013, por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes.
- Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas.
- Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.

Capítulo 587

MICROBIOTA: OBESIDAD ASOCIADA A LA DISBIOSIS INTESTINAL.

JACKELYN PEVIDA DÍAZ

MAGDALENA FIGUEIRAS LESTON

JESSICA DIAZ ALVAREZ

MARÍA ASUNCIÓN MARTÍNEZ SÁNCHEZ

IGNACIO CRESPO MADIEDO

1 Introducción

La obesidad es un importante problema de salud pública. Sus enfermedades crónicas asociadas (diabetes mellitus tipo2, dislipemias e hipertensión entre otras) son las causantes del 63% de las muertes no violentas a nivel mundial.
Según la OMS, 'la obesidad se define como una acumulación excesiva o anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud' en el año 2021 se esperan aproximadamente 2.500 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad, por lo que se le denomina la epidemia del s.XXI.
Hipótesis recientes relacionan los cambios que sufre el microbioma intestinal con los malos hábitos de vida pudiendo estos alterarla de tal forma que pueda ser esto causa y factor determinante para el desarrollo de la obesidad y la diabetes.
Hasta hace unas décadas la obesidad se consideraba únicamente fruto de los malos hábitos y la falta de actividad física pero actualmente se está estudiando el microbiota intestinal como un factor clave en el metabolismo.

Es sabido que existe un total de 244 genes en ratones que cuando mutan expresan un fenotipo que afecta a la adiposidad. Entre los genes asociados con la obesidad humana encontramos el gen MC4R y FTO, este último relacionado con un mayor IMC y niveles de insulina y triglicéridos y adiponectina.
Según un estudio realizado sobre el tema por Santacruz et al. la microbiota intestinal impacta fuertemente en la expresión de los genes de la mucosa intestinal del huésped: por ejemplo, la colonización de ratones axénicos (sin microbiota) por Bacteroides thetaiotaomicron (bacterias que inducen la actividad de la fucosyl transferasa por los colonocitos por lo que se aumenta la absorción de monosacáridos y ácidos grasos de cadena corta, los cuales son utilizados a nivel hepático para sintetizar lípidos de nuevo) comunes en microbiota intestinal normal, induce la expresión de genes implicados tanto en la defensa del organismo y la regulación de la función intestinal de barrera como en la vascularización del epitelio y la digestión-absorción de nutrientes.
La evidencia más reseñable que actualmente se conoce en relación al microbiota/obesidad es el cambio en la composición observándose un aumento de la especie Firmicutes y un gran descenso en los Bacteroidetes, aunque también se han observado ligeros aumentos en la población de Arqueas halomonas y Sphingomonas junto a una reducción de Bifidobacterium en estudios con ratas Zucker genéticamente obesas frente a ratones control.
Basándose en estos resultados, se ha estudiado en ratones la posibilidad de revertir la composición de microbiota asociada a la obesidad genética o inducida, mediante trasplante por vía oral o anal de esta o con la administración de prebióticos.
De todas maneras, estos estudios están aún muy inmaduros y si bien es cierto que las relaciones causa efecto entre el microbiota intestinal y la obesidad no están bien definidas, la manipulación intencionada del microbiota a través de la dieta se está considerando como una buena herramienta para prevenir la obesidad y con ello, las enfermedades que a ella van asociadas.

2 Objetivos

- Valorar la microbiota intestinal basal de individuos sanos y enfrentarla a la de personas con patologías con el fin de conocer las diferencias entre ellas.
- Evaluar los riesgos que conlleva la disbiosis y valorar la importancia de la salud intestinal.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Arlette Santacruz. Jaime Dalmau.Influence of the microbiota in obesity and on metabolic disorders. Acta pediatr Esp.2009;67(9):437-442
- Suarez- Carmona Walter; Sanchez oliver, Antonio Jesús y González Jurado, José Antonio. Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. Rev. chil. nutr. (online).2017, vol.44, n.3

Capítulo 588

TURNOS /NOCTURNOS EN EL LABORATORIO

MARGARITA MARÍA GÓMEZ SANZERI

EVA FERNÁNDEZ MUÑIZ

VIRGINIA LOPEZ VILLABRILLE

1 Introducción

De acuerdo con la OMS la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo ausencia de enfermedad o incapacidad. Si bien no es una meta que se haya logrado alcanzar si que sería encomiable encaminar nuestros esfuerzos a conseguir tal objetivo.

La salud no es sólo no estar enfermo, hay factores como la geografía, clima, trabajo, ingresos, alimentación, educación, vivienda, valores personales, sociales entre otros que en conjunto dan la condición de bienestar.

La salud no puede separarse de una serie de elementos ambientales. La creación de un ambiente adecuado o favorable para la salud depende de todos. Los determinantes sociales de la salud pueden definirse como las condiciones en las cuales viven y trabajan las personas. Existen diversas definiciones de salud ambiental.

La OMS formuló la siguiente descripción: “Comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinadas por factores ambientales, físicos, químicos, biológicos y psicosociales. También se refiere a la

teoría y práctica de evaluación, corrección, control y prevención de los riesgos ambientales.

Victoriano Garza, propone: "Se entiende como salud ambiental aquella parte de las ciencias ambientales que se ocupa de los riesgos y efectos que para la salud humana representan el medio que habita y donde trabaja, los cambios naturales o artificiales que ese lugar manifiesta y la contaminación por el mismo hombre a ese medio".

Entendemos como salud pública el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y a restaurar su salud cuando ésta se pierde.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, fue aprobada en Consejo de Ministros con fecha 24 de abril de 2015.

La Estrategia se asienta en dos principios fundamentales: La Prevención y la Colaboración. La prevención es el medio más eficaz para reducir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, y la colaboración de los poderes públicos, los empresarios y los trabajadores promueve e impulsa la mejora efectiva de las condiciones de trabajo. La Estrategia ha sido acordada por las Administraciones Públicas y los interlocutores Sociales. La premisa es la de crear un marco de referencia de las políticas públicas preventivas que sea dinámico, y que permita adaptarse con naturalidad a los cambios que se produzcan en un entorno en permanente evolución como es el de la prevención de riesgos laborales.

R178. Recomendación sobre el trabajo nocturno

La expresión trabajo nocturno designa todo trabajo que se realice durante un período de por lo menos siete horas consecutivas, que abarque el intervalo comprendido entre medianoche y las cinco de la mañana y que será determinado por la autoridad competente previa consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores o por medio de convenios colectivos.

La expresión trabajador nocturno designa a todo trabajador asalariado cuyo trabajo requiere la realización de horas de trabajo nocturno en un número sustancial, superior a un límite determinado. Este número será fijado por la autoridad competente previa consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores, o por medio de convenios colectivos.

Estatuto de los Trabajadores

Concepto de trabajo nocturno: "Es el realizado total o parcialmente entre las diez de la noche y las seis de la mañana. El art. 36.1 del Estatuto de los Trabajadores establece este período de forma uniforme para todo el año, sin tener en cuenta factores como la luz del día o el cambio oficial de horario. Se trata de una norma de derecho necesario absoluto, no modificable ni por acuerdo colectivo ni individual.

Jornada de trabajo.

Tiempo del día durante el cual el trabajador está en la empresa. La jornada de trabajo se divide en tiempo de trabajo necesario y tiempo de trabajo adicional. Pudiendo la jornada ser continuada o partida, a turnos, etc., pero siempre cumpliendo que la duración no sea mayor a la del Convenio Colectivo aplicable y su tope sea 40 horas semanales de promedio en el cómputo anual.

Trabajador nocturno

Tendrá la consideración de trabajador nocturno aquel que realice normalmente en período nocturno una parte no inferior a tres horas de su jornada diaria de trabajo, así como aquel que se prevea que puede realizar en tal período una parte no inferidor a un tercio de su jornada de trabajo anual.

Trabajo a turnos

El Estatuto de los Trabajadores define el trabajo a turnos como "toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas".

Ritmo de trabajo es la forma en que se organizan los turnos de trabajo, que puede ser continua o discontinua.

Sistema Continuo. El trabajo se realiza de forma ininterrumpida. El trabajo queda cubierto todo el día y durante todos los días de la semana. Supone más de tres turnos y trabajo nocturno.

En materia de prevención de riesgos, la ley garantiza a estos trabajadores unas evaluaciones gratuitas de su salud, antes y periódicamente en la realización de su trabajo. "Si al trabajador se le detectaren problemas de salud ligados al hecho de su trabajo nocturno tiene derecho a ser destinado a un puesto de trabajo diurno que exista en la empresa y para el que profesionalmente sea apto"

2 Objetivos

Hoy en día la siniestralidad laboral es uno de los problemas más graves y a tener en cuenta a los que se enfrentan las empresas. Según la estadística de accidentes de trabajo se detecta un aumento de los mismos. Lo que confirman el deterioro de las condiciones de trabajo y de la prevención de riesgos laborales en España.

En España, el derecho de los trabajadores a estar protegidos está regulado por la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, y los numerosos Reales Decretos que aprueban el Reglamento de los Servicios de Prevención y diversas normas reglamentarias que concretan los aspectos más técnicos.

Toda esta normativa determina y regula un cuerpo básico de garantías, responsabilidades y obligaciones para empresarios y trabajadores con el fin de establecer un adecuado nivel de protección de la salud frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo. Se centra en la prevención de los accidentes y enfermedades laborales, cómo afectan las condiciones de trabajo en que se desarrollan las actividades y el diseño del puesto de trabajo en los trabajadores.

Las situaciones de riesgo en el lugar de trabajo no solo generan daños en las personas, sino que también pueden significar , averías en los equipos o errores todos ellos generadores de costes.

Por todo lo expuesto me propongo realizar un estudio de las consecuencias producidas tanto físicas como sociales desarrolladas a turnos en jornada nocturna en un laboratorio de análisis clínicos.

3 Metodología

Analizamos y estudiamos las condiciones en las que desarrollan su actividad los trabajadores a turnos y nocturno. Para ello recurrimos a la investigación cuantitativa -aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables- además de complementar esta información con una investigación cualitativa – aquella en la que obtenemos la información directamente a través de los trabajadores. Podemos hablar de una investigación mixta.

Planteamos la hipótesis bajo una relación causa/efecto, basada en la suposición que trabajar a turnos y nocturno supone un grave empeoramiento de la salud de los trabajadores.

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Hemos realizado un muestreo no probabilístico. Sus resultados son generalizables a la muestra en sí. La técnica consiste en que es el investigador el que escoge intencionalmente sus unidades de estudio. En este sentido, la población de la mjestral se centró en trabajadores de sanidad.

RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos es a través de los cuestionarios, tras la recogida de información y previo a la presentación de resultados, aparece el proceso de análisis de datos que consiste en convertir los datos originales en datos manejables e interpretables. En este proceso de análisis de los datos encontramos diferente momentos:

Revisión y depuración de los datos obtenidos.
Codificación y tabulación de los cuestionarios.

Un problema adicional que encontramos en esta fase de codificación es la presencia en los cuestionarios de preguntas abiertas por lo que para su análisis procedimos a seguir las técnicas de análisis de contenido.

Los resultados obtenidos a partir de este proceso de análisis con una población de 25 trabajadores con jornada a turnos/nocturno, se presentan a continuación las conclusiones y propuestas de actuación.

SUEÑO

Estado de reposo uniforme del organismo, que se caracteriza por unos bajos niveles de actividad fisiológica y por una menor respuesta a estímulos externos.

El sueño comprende dos fases, una primera de sueño lento y la segunda de sueño rápido. La primera fase es la que permite la recuperación física del organismo, mientras que la segunda, la fase de sueño rápido, es la que nos facilita una recuperación psíquica. Para recuperarnos de la fatiga necesitamos dormir, con variaciones individuales, alrededor de siete horas durante la noche, de forma que puedan darse todas las fases del sueño y consigamos la recuperación física, durante las primeras horas, y psíquica en las siguientes.

VIGILIA

El estado de vigilia es la etapa en la que estamos conscientes y viene caracterizada

por unos altos niveles de actividad. Es la fase en la que producimos un mayor intercambio de información con el medio que nos rodea.

El estado de vigilia se expresa en una serie de parámetros como son las sensaciones, las percepciones, la atención, la memoria, los instintos, las emociones, los deseos, el conocimiento y el lenguaje.

RITMOS CIRCADIANOS

El organismo humano tiene unos ritmos biológicos. Las funciones biológicas siguen unas repeticiones cíclicas y regulares.

Estos ritmos se clasifican, según su duración temporal, en tres grandes grupos: Ultracircadianos, cuando son superiores a 24 horas. Infradianos cuando son inferiores a 24 horas y los circadianos que siguen un ritmo de 24 horas.

Los ritmos circadianos coinciden con los estados de sueño y vigilia y suelen ser más activos durante el día que durante la noche: Presión sanguínea, frecuencia cardíaca, temperatura, excreción de potasio, etc.

Si se alteran los ciclos de sueño y vigilia, estos ritmos se desequilibran, pero tienden a recuperarse con la vuelta al horario normal.

CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y PERSONAL

Los trabajadores con trabajo a turnos y/o nocturno son los que más dificultades tienen para adaptar sus horarios de trabajo a los compromisos sociales y/o familiares.

4 Resultados

Los escasos acercamientos existentes muestran una afectación importante en la salud mental de las personas afectadas por este sistema de trabajo: Alteraciones del sueño, síndrome de fatiga crónica, estrés, depresión, etc.

El desarrollo del trabajo a turnos va a tener consecuencias sobre la salud física, psíquica y social de los trabajadores. Este deterioro puede manifestarse por alteración de los hábitos alimentarios, trastornos gastrointestinales, cardiovasculares o alteraciones neuropsíquicas. Deben ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar el trabajo a turnos, de forma de su incidencia sobre la salud de los trabajadores sea la menor posible.

Las alteraciones del sueño constituyen el principal problema asociado a los trabajadores a turnos. El grado de ajuste al trabajo por turnos depende de un gran número de variables como por ejemplo, la duración del turno, el número de turnos de noche en cada rotación, además hemos de tener en cuenta factores personales como la edad, años de trabajo, el estilo de vida de cada trabajador, que pueden modificar los efectos de los turnos sobre el sueño.

Los problemas de sueño los padecen especialmente los trabajadores en turno de noche. Este horario fuerza a la persona a dormir cuando el organismo se inclina a estar despierto y por el contrario a permanecer alerta cuando el ciclo del organismo le inclina al sueño.

El insomnio constituye el principal trastorno asociado al trabajo a turnos y sobre todo, al trabajo nocturno. El sueño presenta una disminución importante en su duración y una alteración significativa en su calidad.

En la duración del sueño se produce una reducción de las horas destinadas a dormir; a lo que además se debe añadir las condiciones ambientales desfavorables de dormir de día. Todo ello dificulta la probabilidad de verse afectado por problemas relacionados con la salud a medio-largo plazo.

El sueño tiene dos fases: Una de sueño lento y una de sueño rápido.

Durante la primera fase se produce un período inicial de sueño ligero, y un segundo período de sueño profundo, en el que las constantes fisiológicas y el tono muscular disminuyen, esta fase del sueño es la que permite la recuperación del organismo.

La fase del sueño rápido es la que permite la recuperación psíquica. Durante esta fase, que se repite unas cuatro veces durante el sueño nocturno, aumentan las constantes fisiológicas, metabólicas y endocrinas, aparecen una serie de movimientos oculares rápidos (REM) y se produce la actividadd onírica.

Para recuperarse de la fatiga diaria es necesario dormir, con variaciones individuales, alrededor de siete horas durante la noche, de manera que puedan darse todas las fases del sueño y se facilite la recuperación psíquica en las horas siguientes. En el trabajo a turnos esto no es posible.

El trastorno del ritmo circadiano constituye otra patología que guarda una estrecha relación con los turnos de trabajo.

Desde una perspectiva más psicosocial, los trastornos del sueño obedecen a la alteración que se produce en el ámbito familiar y social. Debido a que los trabajadores por turnos y especialmente, los nocturnos son una minoría, se ven forzados a ajustar su horario al establecido por la sociedad, de tal forma que, las actividades cotidianas suponen para estos trabajadores una reducción importante de las horas de sueño.

La disminución de la calidad del sueño produce un estado de fatiga persistente lo que da lugar a una pérdida de eficacia en el trabajo y consecuentemente, a un aumento del esfuerzo necesario para el rendimiento.

La biología humana está específicamente orientada a la vigilia durante el día y el sueño durante la noche, por lo que todo horario que obligue al trabajador a estar despierto hasta muy entrada la noche o durante la noche, trastornará su reloj biológico.

Los ritmos circadianos son los más afectados y por tanto, los más estudiados en relación con el trabajo a turnos. Estos ritmos biológicos coinciden con los estados de vigilia y sueño, siendo la mayoría más activos durante el día que durante la noche.

Al cambiar los ciclos de sueño-vigilia estos ritmos se desequilibran, pero recuperan la normalidad cuando se vuelve a un horario normal. El trabajo a turnos, especialmente el nocturno, fuerza a la persona a invertir su ciclo normal de actividad de descanso, obligándole a ajustar sus funciones al período de actividad nocturna. Las alteraciones son debidas a la estabilidad de estos ritmos y a su difícultad para adaptarse a modificaciones externas, el cuerpo está sometido a una tensión continua en su intento de adaptarse al cambio de ritmo.

Existen dos importantes dimensiones de la personalidad que parecen ser las variables que están asociadas a los ritmos circadianos, la inclinación matutina o vespertina la introversión.

SINDROME DE FATIGA CRÓNICA

Es la respuesta biológica normal del organismo cuando se ve sometido a un trabajo físico y/o psíquico de una intensidad superior a la que está acostumbrado.

La fatiga interfiere con la coordinación y con la capacidad de vigilancia.

En los casos más graves se puede desarrollar el denominado "síndrome de fatiga crónica" un estado grave de agotamiento físico y mental que genera un sentimiento generalizado de falta de energía para realizar cualquier labor.

El medio ambiente en el que se desarrolla la actividad del individuo tiene repercusión en el nivel de fatiga que llega a sentir. Los ambientes muy sobrecargados favorecen la aparición de la fatiga. Las jornadas excesivamente largas y los turnos que exigen rotaciones rápidas influyen en la aparición de la fatiga.

Los trabajadores sometidos a turnos/nocturnicidad suelen encontrarse más cansados, el cansancio incrementa la probabilidad de cometer errores en el desempeño de las tareas, así como el riesgo de sufrir un accidente laboral.

PROBLEMAS DIGESTIVOS

Necesitamos al menos, tres comidas diarias, algunas de ellas calientes, con un cierto aporte calórico y tomadas a una hora más o menos regular. El horario de trabajo nos afecta en nuestros hábitos alimenticios, tanto en cuanto a la cantidad, como a la calidad, horario y secuencia de las comidas.

Cambiar constantemente de un turno de día a uno de noche podría ser uno de estos factores estresantes. Otros factores podrían incluir las horas largas de trabajo, un gran volumen de trabajo y jornadas irregulares.

El trabajo a turnos repercute negativamente en la vida familiar, la participación en la actividad institucional y las relaciones sociales. La naturaleza del sistema de turnos, el sexo, la edad, estado civil, la estructura de la familia del trabajador, son factores que pueden influir, más o menos, sobre sus relaciones sociales.

Cuando trabajamos a turnos nos encontramos con dificultades para conciliar el trabajo, con nuestro entorno social y familia, debido, en muchas ocasiones, a la falta de coincidencia con los demás.

Los trabajos a turnos y las jornadas nocturnas constituyen un factor de riesgo para el abuso de sustancias como por ejemplo los fármacos. También puede inducir al consumo de sustancias adictivas como tabaco, café, alcohol, etc. A esto hay que añadir la problemática de tener que trabajar en épocas de descanso habitual para el resto de la población . Todas estas circunstancias, actuando de forma conjunta, pueden crear un fuerte desarraigo familiar, social y cultural.

5 Discusión-Conclusión

Hemos observado que los trabajadores que desarrollan su actividad profesional bajo el sistema de turnos/nocturnos conlleva consecuencias muy negativas para la seguridad y salud de estos trabajadores.

Las condiciones de vida que están en los fundamentos de estas quejas son múltiples: no solamente la variación de horarios debidos al trabajo a turnos.

Trabajo de noche, matinal o tarde. Duración del sueño. Los trastornos del sueño se traducen primero en una reducción importante de la duración del sueño. Esta reducción del tiempo de sueño, antes de constituirse como un trastorno permanente se manifiesta como una consecuencia inmediata del trabajo de noche, que impone el dormir de día.

El déficit, en caso de sueño de día, es un déficit acumulativo. La compensación de la fatiga nerviosa consecutiva a las tareas mentales o de vigilancia es especialmente mejor durante el sueño nocturno que durante el diurno. El trabajo nocturno necesita, para un mismo rendimiento, un mayor gasto fisiológico y, sobre todo, nervioso.

Insomnio. Es uno de los principales problemas o quejas de los trabajadores sometidos a este tipo de horarios. Concretamente este problema de iniciación o mantenimiento del sueño se da al terminar el turno de noche, en las noches siguientes, cuando se vuelve a un horario de sueño, digamos habitual, y también en el comienzo del turno de mañanas.

Menoscabo de la salud Las consecuencias nocivas del trabajo a turnos/nocturno se manifiestan en el sistema digestivo y el sistema nervioso así como en el sistema neuronal como hemos podido comprobar.

Manifestaciones digestivas El deterioro de la salud física puede manifestarse, en primer lugar, por la alteración de los hábitos alimentarios, y más a largo plazo, en alteraciones más graves, que pueden ser gastrointestinales, neuropsíquicas y cardiovasculares.

En el turno de noche, además, suele haber un aumento del consumo de café, tabaco y excitantes, factores que pueden ayudar a la aparición de dispepsias.

Las alteraciones más frecuentes que hemos encontrado en estos trabajadores son: Gastritis. Colitis. Úlcera de estómago.

Manifestaciones cardiacas, circulatorias y, osteomusculares. Puesto que el cuerpo funciona durante un estado desactivado en la noche, tiene menos capacidad de trabajo. Se disminuyen las aptitudes físicas y los tiempos de respuesta son más lentos, las personas no ven tan bien ni piensan tan rápidamente ni con tanta exactitud.

Por lo tanto, si el esfuerzo en el trabajo nocturno es mayor, el corazón deberá adaptarse a ese esfuerzo aumentando su ritmo para hacer frente a las demandas del organismo. De este modo, encontramos que los trabajadores decían estar más afectados por:

Tensión arterial alta. Arritmias cardiacas. Dolor de cabeza. Contracturas musculares. Dolor de espalda. Venas varicosas. Hemorroides. Hipercolesterinemia.

Efectos psicológicos generales y lesiones psíquicas. Son evidenciadas una gran cantidad de alteraciones en el proceso físico, tales como: temperatura, pulso, presión sanguínea, orina y funciones endocrinas. La adaptación del metabolismo puede llevar de tres días a tres semanas, dependiendo de la persona.

El trabajo nocturno es más fatigante, porque se realiza en periodo de desactivación (periodo en que disminuyen las capacidades de la persona)

La circunstancia más determinante es la alteración biorrítmica del sueño por tener que dormir de día. Esto es lo que desencadena la llamada Neurosis del Trabajador/a Nocturno.

En esta reducción del sueño, por la alteración horaria del momento en que duermen disminuye fundamentalmente el sueño y desencadena la Neurosis, que son debidas a las condiciones de trabajo y no por un conflicto endógeno de la persona cuyos síntomas característicos son:

Se siente cansancio (astenia) sobre todo por las mañanas, con variaciones diurnas del estado de ánimo.
Alteraciones en las secreciones hormonales. Padece insomnio de diferentes tipos, pero con quejas de somnolencia diurna por esta causa.

Otras alteraciones, y dependiendo de las características personales, hacen referencia a “temblor de manos”, “crisis de angustia”, “embotamiento de la conciencia”, “reducción del sentimiento de bienestar”, etc.

Por lo tanto, considerando conjuntamente todos los resultados encontrados en esta investigación, podemos concluir que el desempeño profesional en las condiciones laborales de de rotación de turnos, y nocturnidad, causa alteraciones en el bienestar del individuo y en su satisfacción familiar, reduciendo por consiguiente el nivel de calidad de vida.

MEDIDAS PREVENTIVAS

No existe el diseño de una organización de turnos óptima, aunque si es posible establecer ciertas pautas y medidas organizativas que nos permitan conseguir unas condiciones de trabajo más favorables.

Las actuaciones preventivas se centrarán, principalmente, en el respeto de los ritmos biológicos de sueño-vigilia y en evitar los trastornos alimenticios ocasionados por las alteraciones que ocasionan estos sistemas de organización del trabajo.

La empresa debe integrar dentro de su política preventiva, algunas de las siguientes medidas. Medidas relativas a la Organización del Trabajo:

Evitar que las trabajadoras embarazadas, o en periodo de lactancia trabajen en horario nocturno, intentando facilitarles la realización de su trabajo en horarios de laborales estables.

Medidas relativas a la Vigilancia de la Salud:

Desarrollar un plan de educación sanitaria a fin de explicar los principios de una alimentación sana y modificar, paulatinamente, los hábitos alimentarios.

Efectuar un reconocimiento médico previo encaminado a detectar antecedentes de trastornos digestivos graves (colitis ulcerosa, ulcus gastroduodenal), alteraciones importantes del sueño y personas con enfermedades específicas como la epilepsia, que pueden desencadenarse debido a la fatiga y a la privación de sueño, y la diabetes, que puede verse agravada por alteraciones en los hábitos alimentarios.

Establecer un sistema de vigilancia de la salud que permita detectar rápidamente problemas adaptación y problemas de salud asociados al trabajo a turnos y/o nocturnos, que nos permitan intervenir de manera preventiva, antes de que aparezcan daños irreversibles. Algunos consejos para mejorar la calidad del trabajo nocturno:

Mantener relaciones sociales: intentar adaptar el tiempo a la familia, hacer una comida con los allegados, mantener contacto con otros trabajadores nocturnos durante el tiempo libre.

Planificar los horarios:

Reducir al máximo la cantidad de trabajadores nocturnos permanentes Preferir los ciclos cortos: no trabajar durante seis a siete noches sucesivas sino hacer de preferencia tres o cuatro como máximo

El déficit de sueño tiende a acumularse luego de varios turnos nocturnos sucesivos, mientras que las rotaciones rápidas de turno permiten variar los horarios de descanso y preservar los contactos sociales.

PROPUESTAS

El trabajo a turnos tiene consecuencias negativas que pueden aparecer tanto a corto como a largo plazo. La imposibilidad de erradicación en determinados Sectores caracterizados en muchos casos por la prestación de Servicios esenciales, no supone que debamos ignorar la probabilidad de eliminación en aquellos supuestos en los que el trabajo se pueda desarrollar sin necesidad de recurrir a este tipo de organización temporal del mismo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 589

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE RAYOS EN LA REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍAS

SILVIA CAMPA RODRIGUEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres; por eso se ha desarrollado un programa de detección precoz de tumores que usa la mamografía como herramienta fundamental para su diagnóstico. Actualmente, las mujeres que estén en un rango de edad entre 50 y 69 años, reciben una carta que les anima a formar parte de dicho programa, repitiéndolo cada 2 años aproximadamente.

No obstante, estando o no en ese rango de edad, si al realizar un autoexploración mamaria se observa algún bulto sospechoso, se debe de acudir al médico de familia para que lo valore y realizar una correcta prevención.

2 Objetivos

Conseguir una temprana detección de cáncer de mama para reducir el índice de mortalidad por dicha enfermedad

3 Metodología

Se realizó una evasión de guías de práctica clínica, artículos científicos, publicaciones y consultas Ena bases de datos como PubMed, Scielo, Cochrane y Medline

usando como descriptores: protección radiológica, rayos X, radiología intervencionista y prevención.

4 Resultados

La paciente recibirá una notificación con el día lugar y hora para la realización de la mamografía, y se le sugerirá unas recomendaciones, como que no use desodorante, cremas ni polvos en las axilas ese día puesto que puede dar imágenes confusas.

El técnico de rayos recibirá a la paciente y la identificará. En ese momento comienza una de las partes fundamentales del proceso: debemos mostrar empatía y reducir el estrés de la paciente, tendremos una charla con ella tranquilizándola y le explicaremos la prueba.

Le pediremos información de cualquier síntoma o problema que presente en las mamas antes de la realización del examen. También, si es portadora de implantes, o si posee alguna cicatriz que pueda interferir en la mamografía.

La dosis de radiación hoy en día es muy baja, pero la prueba no está exenta de crear ciertas molestias, especialmente al realizar la comprensión de la mama. Ésta es necesaria para reducir el grosor y que el haz de rayos penetre así la menor cantidad de capas de tejido posible.

Utilizaremos un dispositivo plástico transparente con una compresión suave pero firme favoreciendo que la mama no se mueva durante la exposición y evitando que se creen artefactos.

El estudio consta de varias mamografías en distintas proyecciones, generalmente de cefálico a caudal y lateral oblicua de ambas mamas, para observar la totalidad de la glándula.

El médico radiólogo ayudado por la tecnología será el encargado de informar la prueba requiriendo si lo considera oportuno la realización de pruebas complementarias como una ecografía mamaria.

5 Discusión-Conclusión

La participación en el programa es fundamental para una prevención precoz, sin duda, de aparecer un tumor será más pequeño y con mejor tratamiento que si se

hubiera presentado de forma sintomática.

6 Bibliografía

1. Frank E, Smith J. Barbara, Long W, Frank D. Eugene. Merrill. Atlas de posiciones y procedimientos. Barcelona: Elsevier; 2010.
2. Perou C. Manual de práctica clínica en senología, 2015. Valencia, Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, 2015.
3. Servicio Cántabro de Salud. Criterios de actuación para el cribado diagnóstico y seguimiento radiológico de la patología mamaria. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2018.
4. Mellado Rodríguez M. y Osa Labrador A.M. Cribado del cáncer de mama. Estado actual. Radiología, 2013; 55 (4): 305-314.

Capítulo 590

GESTIÓN EMOCIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.

JAVIER GARCIA SANCHEZ

1 Introducción

La comunicación es un proceso fundamental de constate cambio, y en el ámbito sanitario debería desempeñar un papel estratégico. La actividad sanitaria además de los conocimientos técnicos para el ejercicio profesional requiere de unas buenas habilidades de comunicación y habilidades de gestión emocional. En el ámbito sanitario una buena comunicación entre profesionales y sobre todo con el paciente es fundamental para conseguir una mejora y curación del enfermo. Son numerosos los problemas que se pueden originar cuando la comunicación es mala, apresurada e impersonal.

Existen numerosas actitudes verbales y no verbales que actúan como auténticas barreras a una comunicación clara y natural, como pueden ser entre otras:

1. Las propias características sociales y personales.
2. La forma de iniciar la conversación resulta clave para el proceso de comunicación
3. El impacto emocional de la información puede bloquear por completo la comunicación.
4. Importancia del uso inadecuado de las palabras o tecnicismos que el receptor no entienda.
5. No producirse feedback entre emisor y receptor.
6. Enjuiciar precipitadamente, así como dejarse influir por la aparente impresión general que causa el interlocutor.
7. No ponderar bien las señales de acercamiento afectivo y corporal.

2 Objetivos

- Conocer las características de la relación que se establece entre paciente y profesional sanitario para que el proceso de interacción sea efectivo.
- Adquirir las habilidades necesarias para poder llevar a cabo una comunicación verbal y no verbal eficaz.
- Manejar habilidades sociales para que el proceso de comunicación no sea de forma jerárquica, ejecutivo y que no hace juicios facilitando de este modo resolución de conflictos.
- Aplicar las habilidades comunicativas en grupos de pacientes con características especiales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Fomentar la inteligencia emocional en el ámbito sanitario es verdaderamente una poderosa ayuda para el desempeño de este trabajo:
- Optimiza la relación médico/terapeuta-paciente (alianza terapéutica,joining, unión…) en aspectos relacionados con la calidad del cuidado y satisfacción del paciente.
- Influye positivamente en el rendimiento y en la eficacia del proceso terapéutico.
- Mejora la satisfacción personal y profesional que el sanitario siente a la hora de ejercer su trabajo, y, por consiguiente, en su implicación.
- La rehabilitación, la recuperación del paciente es susceptible de experimentar una interacción también en relación a la inteligencia emocional del personal que le atiende.
- Es esperable una recuperación más rápida y eficaz, con menor riesgo de recaída, y dotada de mayor autonomía.

De este modo, el paciente podrá sentirse más seguro, con más herramientas y habilidades que a su vez potenciarán sus recursos personales.

Debemos aprender a comunicarnos con el paciente desde un rol terapéutico. La comunicación terapéutica es la comunicación específica para una relación en la que una persona desempeña el papel de ayudar a otra. Pero es mucho más que eso. La comunicación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados sanitarios en el cual el centro de trabajo es el paciente, su narrativa (lo que dice y cómo lo dice), su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él. La relación terapéutica y eficaz que el profesional sanitario establece con el paciente a través de la comunicación es la base del acto sanitario.

Para llevar a cabo la comunicación terapéutica debemos aprender varias habilidades que forman parte de la inteligencia emocional. Pero, ¿de qué hablamos cuando hablamos de inteligencia emocional? Pues la IE es un conjunto de habilidades que implican emociones. Goleman (psicólogo estadounidense) la definió como una parte de la inteligencia que incluye las áreas de conocer las propias emociones, manejar emociones, motivarse a uno mismo, reconocer emociones en otros y manejar relaciones.

La inteligencia emocional está compuesta por dos capacidades:
Por un lado, la capacidad de discernir y responder apropiadamente a los estados de ánimo, temperamentos, motivaciones y deseos de las demás personas» en referencia a la inteligencia interpersonal, y en cuanto a la inteligencia intrapersonal como «la capacidad de establecer contacto con los propios sentimientos, discernir entre ellos y aprovechar este conocimiento para orientar nuestra conducta».

Este concepto incluye además el hecho de que son meta-habilidades que pueden ser categorizadas en cinco competencias o dimensiones
1.- Autoconciencia
2.- Control Emocional y Auto-regulación
3.-Auto-motivación y Motivación
4.- Empatía
5.- Habilidades Sociales

Estas capacidades se hallan presentes en cualquier encuentro establecido entre un profesional de la salud y la persona que consulta; la habilidad en tales aspectos influirá en la calidad final del trabajo asistencial.

La Inteligencia Emocional comienza con la autoconciencia. La autoconciencia implica reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las intuiciones. Así como conocer nuestras propias emociones y cómo nos afectan, cuales son nuestras virtudes y nuestros puntos débiles. La autoconciencia no es una función tan simple y directa como pudiera parecer a primera vista, y menos respecto a nuestras emociones. Si digo, por ejemplo, que estoy enfadada, quizá lo esté, pero puede que también esté equivocada. Puede que en realidad tenga miedo, esté celosa, o que sienta las dos cosas.

La segunda capacidad, la auto-regulación emocional, es la que nos permite manejar adecuadamente las emociones y los conflictos. ¿Por qué es importante la autoregulación emocional? Muchas veces, las emociones gobiernan la conducta y se adueñan de las situaciones. El resultado es que creamos un mal clima laboral y llegamos a soluciones que no siempre son óptimas. Sin embargo, es posible modificar estas actitudes. Recordemos que una emoción concreta activa un tipo de pensamientos concreto, y éstos a su vez, generan conductas en la misma línea. Dado que es un proceso en interrelación constante es necesario influir en los 3 sentidos.

La tercera de las habilidades a entrenar, la motivación: inicia una conducta, la mantiene en el tiempo y dirige la actividad hacia una dirección. La automotivación es la capacidad de encontrar estímulos positivos (internos y/o externos) a nuestra conducta que nos ayuden en la consecución de nuestros objetivos. ¿Cuántas veces hemos intentado motivar a un paciente para que se adhiera al tratamiento médico o siga una dieta? Y de todas estas veces, ¿cuántas hemos logrado nuestro objetivo? En una relación terapéutica, hay factores internos y externos que influyen en la motivación del paciente. Los factores internos son los del paciente y los externos son los del profesional que le atiende.

Aprender a conocer los sistemas motivacionales (SM) surgidos en cada momento durante el encuentro asistencial hace posible identificar los esquemas de comportamiento del consultante en relación al SM activado durante la entrevista, lo cual facilita la comprensión del caso, favorece una valoración integral del otro e influye, finalmente, en la toma de decisiones más acertadas y la forma de ponerlas en práctica cuando se trate de establecer el plan terapéutico. Asimismo, es interesante que el profesional aprenda a conocer sus propios patrones de respuesta y cómo influyen en la activación de los SM de los consultantes.

La cuarta capacidad que forma parte de la IE es la empatía, la capacidad de ponerse en el lugar del otro, la capacidad de saber cómo se siente el otro. Es la base sobre la que debe construirse nuestro trabajo sobre los demás. Pero además es una capacidad clave para el éxito en la vida social.

La empatía tiene tres dimensiones:
1. La toma de perspectiva está caracterizada por: comprensión de los sentimientos del paciente como medio terapéutico, comprensión de los sentimientos de los familiares del paciente como medio para establecer buenas relaciones con el paciente.
2. La Compasión: está relacionada con poner atención a las experiencias personales de los pacientes como elementos importantes en la efectividad del tratamiento, conocer lo que pasa en la vida de su paciente como medio para conocer su relación con las dolencias físicas.

3. La capacidad de ponerse en lugar del paciente. La capacidad para ponerse auténticamente en el lugar del Paciente y ver el mundo como él lo ve. Esto es la empatía. Y, para ello no basta sólo con captar y entender sus palabras, sino lo que hay detrás de las palabras y los gestos, o sea, los sentimientos y emociones que intenta trasmitir con las palabras. Requiere tener sensibilidad para captar sus sentimientos de miedo, de rabia, de ternura, preocupación o lo que en ese momento suponga una vivencia para él, sea lo que sea. Significa vivir en ese momento su vida, y por tanto evitar el emitir juicios, criticas, evaluaciones sobre su situación o el problema que nos está comunicando. Supone trasmitirle al Paciente cómo estamos sintiendo nosotros lo que nos está comunicando. Y además significa valorar con él esa serie de preocupaciones y problemas pasando a ser personas de confianza de él en su mundo interior.

La quinta de las capacidades a entrenar son las habilidades sociales. Y de estas, voy a mencionar dos: la asertividad, comunicación no verbal. ¿Qué habilidades sociales debemos entrenar dentro de la IE? Pues la primera de ellas es la asertividad y luego debemos aprender a manejar nuestras conductas no verbales.
Cuando nos relacionamos con los demás tenemos tres formas de hacerlo: podemos usar un estilo agresivo, pasivo o asertivo. Por un lado, las personas agresivas desean imponer sus derechos y deseos por encima de los demás. Es muy difícil negociar con ellas, porque solo ven los propios deseos y derechos y no consideran los de los demás. Este estilo tiene consecuencias negativas en la relación con los demás. Son personas que tienen relaciones muy conflictivas, suelen ser rechazados por los demás y sus relaciones se deterioran con facilidad.

Por otro lado, las personas que se caracterizan por un estilo pasivo no suelen expresar deseos, opiniones o sentimientos por miedo o vergüenza, no defienden sus derechos suelen dejarse llevar por los demás y dejan que los otros decidan por ellos. Este estilo de relacionarse con los demás hacer que la persona se sienta mal al no poder defender lo que quiere y además se sienten incomprendidos y manipulados. Y, finalmente, el estilo asertivo permite a la persona defender sus derechos sin ofender a los demás, expresar sus opiniones, emociones y deseos con claridad. Y, además, tiene en cuenta las opiniones y deseos de los otros por lo que les resulta más fácil llegar a un acuerdo. Las personas entrenadas en asertividad mantienen relaciones positivas, se sienten seguras y satisfechas, y tienen aumenta su autoestima.

En general, la comunicación asertiva debería producirse con un contacto ocular directo; habla fluida; gestos firmes; respuestas directas y manos sueltas. Mientras que la comunicación verbal debería contener palabras y frases del tipo "Pienso"; "Siento"; "Quiero"; "Hagamos"; "¿Cómo podemos resolver esto?"; "¿Qué piensas?". Los mensajes se transmiten en primera persona con verbalizaciones positivas. A lo largo de nuestra vida aprendemos a utilizar más de uno de estos estilos. Incluso es posible utilizar más de uno de estos estilos en situaciones distintas. ¿Se relacionan igual en casa que en el trabajo? Aprender y estrenarnos en técnicas asertivas nos ayuda no solo a mejorar nuestras relaciones personales, sino también nos ayuda a mejorar la forma de relacionarnos con nuestros pacientes.

La comunicación no verbal:
La parte visible de un mensaje es por lo menos tan importante como la audible. Cuando dos seres humanos se encuentran cara a cara se comunican simultáneamente a muchos niveles, conscientes, e inconscientes, y emplean para ello la mayoría de los sentidos. Y luego integran todas estas sensaciones mediante un sistema de descodificación, que algunas veces llamamos "el sexto sentido": la intuición. Incluye todas las facetas de comunicación no hablada, los gestos, miradas, posiciones corporales, etc. En diferentes estudios se ha demostrado la enorme influencia que tiene el lenguaje no verbal sobre la comunicación, en algunos se dice que tiene cinco veces más influencia que el verbal.

La imagen es el primer mensaje no verbal que transmitimos. La ropa debe ser sencilla y correcta. Si vengo con unos vaqueros, una camisa customizada, unas botas, dos piercing y un tatuaje en el cuello, probablemente estén más tiempo

mirando la ropa que el mensaje. El lenguaje corporal, incluye la tensión corporal, la seguridad en sí mismo (que deriva de la seguridad del discurso), la convicción en lo que decimos.

Desde un punto de vista técnico, cada vez que calificamos a alguien de perceptivo o intuitivo, nos estamos refiriendo a su capacidad para leer las claves no verbales de otra persona y compararlas con las señales verbales. En otras palabras, cuando decimos que tenemos la corazonada o el presentimiento de que alguien ha mentido, queremos decir, en realidad, que el lenguaje de su cuerpo no coincide con lo que ha dicho. Por ejemplo: si la gente está sentada e inclinada hacia atrás, con la barbilla baja y los brazos cruzados, el orador perceptivo tendrá la corazonada de que lo que dice no llega al público. Se dará cuenta de que debe hacer un enfoque diferente para ganar la atención.

En definitiva, la relación asistencial se caracteriza por una suma importante de emociones, tanto concernientes al paciente como al propio profesional de la salud. Fundamentalmente, la formación de los profesionales de la salud se ha caracterizado por una ciencia sólo está basada en la evidencia objetivista. Sin embargo la relación profesional-paciente se caracteriza también, además de los aspectos objetivables, por elementos subjetivos intrapsíquicos y fenomenológicos que hacen necesaria la incorporación en el currículo de los profesionales de la salud de competencias emocionales y de desarrollo personal para ejercer de manera adecuada su profesión.

5 Discusión-Conclusión

El entrenamiento en habilidades sociales es un buen procedimiento para mejorar la comunicación del personal sanitario. Una buena comunicación con el usuario mejora el grado de satisfacción del paciente y una mejor adhesión al tratamiento por su parte. Una interacción adecuada garantiza la adopción de medidas y estrategias preventivas por parte del usuario, evitando problemas futuros. Las habilidades de comunicación son básicos para cualquier actividad sanitaria, porque permiten la aplicación de los conocimientos técnicos a través de la relación con el paciente.

6 Bibliografía

- ww.actasanitaria.es
- www.scienciadirect.com.
- www.madrid.org

Capítulo 591

FACTORES DE RIESGO DE PRODUCTOS QUÍMICOS EN EL LABORATORIO

MARGARITA MARÍA GÓMEZ SANZERI

EVA FERNÁNDEZ MUÑIZ

VIRGINIA LOPEZ VILLABRILLE

1 Introducción

De acuerdo con la OMS la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo ausencia de enfermedad o incapacidad. Si bien no es una meta que se haya logrado alcanzar si que sería encomiable encaminar nuestros esfuerzos a conseguir tal objetivo.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, fue aprobada en Consejo de Ministros con fecha 24 de abril de 2015.

La Estrategia se asienta en dos principios fundamentales: La Prevención y la Colaboración. La prevención es el medio más eficaz para reducir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, y la colaboración de los poderes públicos, los empresarios y los trabajadores promueve e impulsa la mejora efectiva de las condiciones de trabajo. La Estrategia ha sido acordada por las Administraciones Públicas y los interlocutores Sociales. La premisa es la de crear un marco de referencia de las políticas públicas preventivas que sea dinámico, y que per-

mita adaptarse con naturalidad a los cambios que se produzcan en un entorno en permanente evolución como es el de la prevención de riesgos laborales.

Hoy en día la siniestralidad laboral es uno de los problemas más graves y a tener en cuenta a los que se enfrentan las empresas. Según la estadística de accidentes de trabajo se detecta un aumento de los mismos. Lo que confirman el deterioro de las condiciones de trabajo y de la prevención de riesgos laborales en España.

En España, el derecho de los trabajadores a estar protegidos está regulado por la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, y los numerosos Reales Decretos que aprueban el Reglamento de los Servicios de Prevención y diversas normas reglamentarias que concretan los aspectos más técnicos.

De acuerdo con la OMS la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo ausencia de enfermedad o incapacidad. Si bien no es una meta que se haya logrado alcanzar si que sería encomiable encaminar nuestros esfuerzos a conseguir tal objetivo.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, fue aprobada en Consejo de Ministros con fecha 24 de abril de 2015.

La Estrategia se asienta en dos principios fundamentales: La Prevención y la Colaboración. La prevención es el medio más eficaz para reducir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, y la colaboración de los poderes públicos, los empresarios y los trabajadores promueve e impulsa la mejora efectiva de las condiciones de trabajo. La Estrategia ha sido acordada por las Administraciones Públicas y los interlocutores Sociales. La premisa es la de crear un marco de referencia de las políticas públicas preventivas que sea dinámico, y que permita adaptarse con naturalidad a los cambios que se produzcan en un entorno en permanente evolución como es el de la prevención de riesgos laborales.

Hoy en día la siniestralidad laboral es uno de los problemas más graves y a tener en cuenta a los que se enfrentan las empresas. Según la estadística de accidentes de trabajo se detecta un aumento de los mismos. Lo que confirman el deterioro de las condiciones de trabajo y de la prevención de riesgos laborales en España.

En España, el derecho de los trabajadores a estar protegidos está regulado por la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, y los numerosos Reales Decretos que aprueban el Reglamento de los Servicios de Prevención y diversas normas reglamentarias que concretan los aspectos más técnicos.

2 Objetivos

Exponer los principales factores de riesgo de productos químicos en el laboratorio.

3 Metodología

Analizamos y estudiamos las condiciones en las que desarrollan su actividad los trabajadores en el laboratorio clínico. Para ello recurrimos a la investigación cuantitativa -aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables- además de complementar esta información con una investigación cualitativa – aquella en la que obtenemos la información directamente a través de los trabajadores. Podemos hablar de una investigación mixta.

Planteamos una relación causa/efecto, basada en los trabajadores en un laboratorio de análisis clínicos.

4 Resultados

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA
En este sentido, la población de la muestra se centró en trabajadores de sanidad.

RECOGIDA DE DATOS
Una vez realizada la recogida de datos a través de los cuestionarios comienza una fase esencial para la investigación referida a la clasificación y agrupación de los datos referentes a cada variable objeto de estudio, es decir, tras la recogida de información y previo a la presentación de resultados, aparece el proceso de análisis de datos que consiste en convertir los datos originales en datos manejables e interpretables. En este proceso de análisis de los datos encontramos diferente momentos:

Revisión y depuración de los datos obtenidos.
Codificación y tabulación de los cuestionarios. Esta tabulación se ha hecho a través de un programa de base de datos. La codificación de los datos significa la traducción de la información en valores adecuados para ser introducidos en el ordenador y para el análisis estadístico.

Los resultados obtenidos a partir de este proceso de análisis se presentan a continuación las conclusiones y propuestas de actuación.

Los principales factores de riesgo en un laboratorio son:
- Desconocimiento de las características de peligro de las sustancias
- Empleo de métodos y procedimientos de trabajo peligrosos
- Malos hábitos de trabajo
- Empleo de material de laboratorio inadecuado
- Instalaciones defectuosas
- Diseño no ergonómico y falta de espacio
- Contaminación ambiental

Como medidas específicas relacionadas con las tareas se programarán los siguientes aspectos:
- El número de laboratorios que son necesarios.
- La actividad que se desarrolla en cada laboratorio.
- El número de personas que trabaja o que está previsto que trabaje.
- Los productos habituales que se han de utilizar o almacenar.
- Si existen riesgos e incompatibilidades de los productos para proyectar puestos específicos.
- Si hay algún tipo de necesidades especiales en materia de instalaciones.
- Los diferentes gases que se van a utilizar y su ubicación.
- Los locales complementarios necesarios.
- Las previsiones de modificación o ampliación a corto o largo plazo.Los

Para llevar a cabo todo ello, se recomienda emplear una metodología sistemática:
- La observación directa de los distintos puestos de trabajo que se realizan en cada laboratorio.
- La recopilación de datos sobre todas las tareas que se llevan a cabo en cada uno de los puestos.
- La toma de imágenes, mediante la grabación en vídeo o cámara fotográfica.
- La recopilación de las medidas organizativas: Pausas, tornos, etc.

En el laboratorio se suelen utilizar productos:
- Reactivos químicos corrosivos.
- Gases
- Sustancias químicas tóxicas
- Reactivos químicos
- Sustancias inflamables
- Sustancias biológicas
- Sustancias carcinógenas

NORMAS GENERALES DE TRABAJO EN EL LABORATORIO

Organización

La organización y distribución física del laboratorio, superficies, instalación de aparatos, procedimientos, instalaciones generales etc. debe ser estudiada a fin de que sea adecuada para el mantenimiento.

- El laboratorio debe disponer de los equipos individuales (EPIs) y de las instalaciones de emergencia de actuación (duchas, lavaojos, mantas ignífugas, adecuados a los riesgos existentes.
- El laboratorio debe mantenerse ordenado y en perfecta limpieza.
- No deben realizarse experiencias distintas a las autorizadas o realizar experiencias sin autorización. Tampoco se puede poner en marcha nuevas instalaciones sin autorización expresa.

Normas generales de conducta

- Cómo norma higiénica básica, el personal del laboratorio deberá lavarse las manos al entrar y salir del laboratorio y siempre que hubiese contacto con algún producto químico o biológico, en todo momento las batas y ropa de trabajo deberá estar abrochadas, recogidos, evitando colgantes o mangas anchas que pudieran engancharse, deberá trabajarse separado de la mesa.
- El personal tiene que tener en todo momento conocimiento de las normas de trabajo, plan de seguridad y emergencia, de las características específicas de peligrosidad de las instalaciones y operaciones de uso habitual en el laboratorio
- Está prohibido fumar e ingerir alimentos en el laboratorio, es preferible la utilización de fuentes de agua en botellas. Caso de que aquellas no estén disponibles no se emplearán recipientes de laboratorio para contener alimentos ni se colocarán productos de laboratorio en recipientes de productos alimenticios ni cercanos a ellos.
- Se debe evitar llevar lentes de contacto, si se detectase irritación de los ojos y sobretodo si no se emplean gafas de manera obligatoria. Es preferible el uso de gafas graduadas o que permitan llevar las gafas graduadas.

Utilización de productos y materiales

- Antes de procederse a su utilización deben comprobarse productos y materiales, empleando solamente los que presenten garantías de hallarse en buen estado.
- Debe comprobarse el correcto etiquetado de los productos que se reciben el laboratorio, etiquetar adecuadamente las soluciones preparadas y no reutilizar los envases de productos sin retirar la etiqueta original.
- Los productos químicos deben manipularse con cuidado no llevándolos en los

bolsillos, ni tocándolos o no pipeteando con la boca, guardando en el laboratorio la cantidad imprescindible para el trabajo diario.
- No deben emplearse frigoríficos con contenidos de productos químicos con bebidas
- Los tubos de ensayo no deben llenarse , no deben llevarse en los bolsillos, ni emplearse gradillas.
- Reducir al máximo la utilización de llamas vivas.
- Al finalizar la tarea o una operación recoger los materiales. Para evitar la acumulación fuera de los lugares de almacenamiento.
- La gestión de los residuos deben estar regulada en un plan específico.

Equipos. Uso, mantenimiento y revisión
- Deben revisarse periódicamente las instalaciones y comprobar que se hallan en buen estado. Deben en la medida de lo posible, evitarse las conexiones múltiples y revisarse tanto las instalaciones eléctricas como en la de gases.
- Debe comprobarse la ventilación general del laboratorio, la depresión, velocidad de circulación del aire de las zonas de contaminación a alas de mayor contaminación ambiental y las adecuadas condiciones termohigrométricas.
- Debe trabajarse en campana siempre que sea posible y operativo. En éstas debe comprobarse periódicamente el funcionamiento del ventilador, el cumplimiento de los caudales mínimos y la velocidad de captación en fachada, su estado general la conviertan en un almacén improvisado de productos químicos.

Toda esta normativa determina y regula un cuerpo básico de garantías, responsabilidades y obligaciones para empresarios y trabajadores con el fin de establecer un adecuado nivel de protección de la salud frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo. Se centra en la prevención de los accidentes y enfermedades laborales, cómo afectan las condiciones de trabajo en que se desarrollan las actividades y el diseño del puesto de trabajo en los trabajadores.

Las situaciones de riesgo en el lugar de trabajo no solo generan daños en las personas, sino que también pueden significar , averías en los equipos o errores todos ellos generadores de costes.

Por sus propias características, el trabajo en el laboratorio tiene una serie de riesgos de origen y consecuencias muy variadas, básicamente con las instalaciones, los productos que se almacenan y las operaciones que se realizan con ellos.

Técnicos de laboratorio

Los técnicos de laboratorio son los procedimientos recomendados. Hay que tener en cuenta que un procedimiento de trabajo es indispensable para la seguridad.
- Nunca se pipeteará con la boca, empleándose los dispositivos mecánicos.
- Deben utilizarse guantes adecuados en todo lo que entrañe algún contacto con alguna sustancia química.
- Hay que utilizar batas para evitar la contaminación de la calle.
- Siempre que haya peligro de salpicaduras se utilizará gafas de seguridad, pantallas faciales u otros dispositivos de prevención.
- A fin de evitar los cortes accidentales, se preferirá el plástico al de cristal.
- En la zona del laboratorio no se permitirá comer, guardar comida, beber, fumar ni usar cosméticos.
- El uso de agujas hipodérmicas y de jeringas se recogerán en recipientes que eviten los pinchazos accidentales.
- Todo el personal se lavará las manos después de haber utilizado sustancias químicas.
- El acceso al laboratorio debe ser controlado.

5 Discusión-Conclusión

Almacenamiento de productos
- Se almacenan cantidades pequeñas de una gran cantidad de productos químicos. Pero hay que tener en cuenta una serie de acciones a fin de reducir los riesgos en el almacén de productos químicos:
- Mantener el stock al mínimo operativo, lo que redunda en la seguridad y reducción de costes, y disponer de un almacén, preferiblemente externo al laboratorio , solamente imprescindibles de uso diario.
- Considerar las características de peligrosidad de los incompatibilidades, agrupando los de características, separando los incompatibles y aislando o confinando los de características especiales: Muy tóxicos, cancerígenos, pestilentes, etc.
- Comprobar que todos los productos están etiquetados, llevando un registro actualizado. Se debe indicar la fecha de recepción, nombre del técnico responsable y de la última manipulación.
- Emplear armarios de seguridad de RF-15 como mínimo, el riesgo del almacenamiento en el propio laboratorio, guardar mayores cantidades de productos inflamables. Emplear armarios específicos especialmente si existe la posibilidad de la generación de vapores.
- Emplear frigoríficos antideflagrantes o de seguridad, guardar productos inflamables muy volátiles.

Eliminación de residuos
- En un laboratorio se generan pequeñas cantidades de residuos que presentan gran variedad y elevada peligrosidad tanto desde el punto de vista fisicoquímico, como toxicológico y para el medio ambiente, el tratamiento y acumulación el el laboratorio genera un riesgo de productos químicos peligrosos innecesarios.
- Su gestión debe basarse en los principios de minimización de tratamiento y eliminación segura. Para ello se deberá tener un programa de gestión de residuos en el laboratorio que contenga los residuos generados.
- Se debe minimizar la cantidad de residuos, la cantidad de materiales que se compran y que se usan.
- Se debe separar y preparar los residuos químicos para de acuerdo con los procedimientos especificados en cada uno.
- Los residuos se deben depositar en los contenedores para ello. Existen muchos tipos de contenedores para los diferentes residuos. Debes reconocer cada tipo de compuesto, cuál es el tipo indicado para recoger los residuos.

Prevención de fuegos
- Ser consciente de las fuentes de ignición que hay en el laboratorio en la que trabajamos (llamas, fuentes de riesgos eléctricos).
- Los reactivos inflamables deben comprarse y almacenarse en cantidades lo más pequeñas posible.
- No se debe almacenar sustancias inflamables en frigoríficos (se debe utilizar un frigorífico a prueba de explosiones)
- Los líquidos inflamables se deben almacenar en sitios de seguridad y/o bidones de seguridad.
- No se debe almacenar juntas sustancias reactivas incompatibles, ejemplo ácidos con sustancias inflamables. Se confecionarán listas de reactivos incompatibles en varios libros.
- No se debe almacenar éteres durante largos períodos ya que se pueden formar peróxidos explosivos.
- Hay que asegurarse de que cableado eléctrico estén en buenas condiciones. Todos los enchufes deben tener toma de tres puntas.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 592

PREVENCION RIESGOS LABORABLES EN EL AMBITO HOSPITALARIO

MARIA SIMON CRESPO

MARÍA LUISA GONZALEZ GARCÍA

BARBARA CASERO FERNANDEZ

MARÍA PILAR SAN JOSÉ TORAL

ANGELA CARNEADO CONDE

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales son aquellos riesgos más asequibles a nuestro puesto de trabajo por lo que hay que obtener medidas para prevenir o disminuir los riesgos.

2 Objetivos

Determinar e identificar los riesgos en nuestra área de tarbajo.

3 Metodología

Revision bibliográfica en las diversas bases de datos utilizando los descriptores;cuidados,prevención y los operadores booleanos AND Y OR.

4 Resultados

En el ambito hospitalario son multiples los riesgos a los que somos sometidos entre ellos los derivados de la iluminación ya que trabajamos en diversos horarios y con ordenadores, el exceso de horas de pies, los cambios horarios que nos afecta al estómago produciéndonos problemas gastrointestinales.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que adoptandonlas medidas adecuada como u a correcta iluminación previniremos problemas de visión.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 593

ESTUDIO DEL INTESTINO DELGADO POR ENTERO TAC.

JUANA MARÍA MÉNDEZ ESCUDERO

MARIA JESUS VARELA RIESGO

1 Introducción

El enterotac es un protocolo para evaluar el intestino delgado y se ha convertido en un la herramienta muy valiosa en pacientes con sospechas de patologías intestinales.

Consiste en la administración por vía oral de un contraste neutro y se combina con la administración de contraste endovenoso.

Es un método no invasivo y muy útil para el diagnóstico de patologías que afectan al intestino delgado cómo puede ser la enfermedad de Crohn, obstrucción, hernia de hiato, agio más hepáticos.

2 Objetivos

- Diagnosticar y hacer seguimiento de las pacientes con enfermedades del intestino delgado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para la realización de esta técnica los pacientes tienen que llevar una preparación consistente en una dieta líquida sin residuos 24 horas y ayuno completo de 4 horas antes del examen.a cada paciente dependiendo el tipo de protocolos en la administración la cantidad de agua que puede llegar a ser unos 2000 centímetros cúbicos, que se administra en cuatro tiempos diferentes antes de comenzar el estudio del mismo modo por vía endovenosa se administra un contraste yodado. Y así poder ver el estudio tanto en su fase portal como en su fase venosa.

Resultados obtenidos son valorados por el radiólogo. aparte de para el seguimiento de enfermos de Crohn,obstrucción intestinal, enfermedad celíaca, se han descrito hallazgos incidentalmente en los órganos adyacentes al intestino como puede ser endometrio, el hígado el páncreas.

5 Discusión-Conclusión

El enterotac ha reemplazado a otros estudios que se realizaban previamente para conocer intestino delgado cómo puede ser el tránsito intestinal.

Es un estudio muy efectivo enfermedades como la enfermedad de Crohn, al permitir valorar también las estructuras abdominopelvicas diferentes al intestino delgado.

Dado la alta dosis de radiación a la que son expuestos estos pacientes y en especial aquellos a los que hay que hacer un seguimiento,

6 Bibliografía

- Www.sedia.es
- Www.ibanaco.com
- Revistaamc.sid.cu

Capítulo 594

INCIDENCIA EN LA SALUD DE LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS EN EL LABORATORIO

MARGARITA MARÍA GÓMEZ SANZERI

EVA FERNÁNDEZ MUÑIZ

VIRGINIA LOPEZ VILLABRILLE

1 Introducción

De acuerdo con la OMS la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo ausencia de enfermedad o incapacidad. Si bien no es una meta que se haya logrado alcanzar si que sería encomiable encaminar nuestros esfuerzos a conseguir tal objetivo.

La salud no es sólo no estar enfermo, hay factores como la geografía, clima, trabajo, ingresos, alimentación, educación, vivienda, valores personales, sociales entre otros que en conjunto dan la condición de bienestar.

La salud no puede separarse de una serie de elementos ambientales. La creación de un ambiente adecuado o favorable para la salud depende de todos. Los determinantes sociales de la salud pueden definirse como las condiciones en las cuales viven y trabajan las personas. Existen diversas definiciones de salud ambiental.

La OMS formuló la siguiente descripción: “Comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinadas por factores

ambientales, físicos, químicos, biológicos y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluación, corrección, control y prevención de los riesgos ambientales.

Victoriano Garza, propone: "Se entiende como salud ambiental aquella parte de las ciencias ambientales que se ocupa de los riesgos y efectos que para la salud humana representan el medio que habita y donde trabaja, los cambios naturales o artificiales que ese lugar manifiesta y la contaminación por el mismo hombre a ese medio".

Entendemos como salud pública el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y a restaurar su salud cuando ésta se pierde.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, fue aprobada en Consejo de Ministros con fecha 24 de abril de 2015.

La Estrategia se asienta en dos principios fundamentales: La Prevención y la Colaboración. La prevención es el medio más eficaz para reducir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, y la colaboración de los poderes públicos, los empresarios y los trabajadores promueve e impulsa la mejora efectiva de las condiciones de trabajo. La Estrategia ha sido acordada por las Administraciones Públicas y los interlocutores Sociales. La premisa es la de crear un marco de referencia de las políticas públicas preventivas que sea dinámico, y que permita adaptarse con naturalidad a los cambios que se produzcan en un entorno en permanente evolución como es el de la prevención de riesgos laborales.

Estatuto de los Trabajadores.

Concepto de trabajo nocturno: "Es el realizado total o parcialmente entre las diez de la noche y las seis de la mañana. El art. 36.1 del Estatuto de los Trabajadores establece este período de forma uniforme para todo el año, sin tener en cuenta factores como la luz del día o el cambio oficial de horario. Se trata de una norma de derecho necesario absoluto, no modificable ni por acuerdo colectivo ni individual.

En materia de prevención de riesgos, la ley garantiza a estos trabajadores unas evaluaciones gratuitas de su salud, antes y periódicamente en la realización de su trabajo. "Si al trabajador se le detectaren problemas de salud ligados al hecho de su trabajo nocturno tiene derecho a ser destinado a un puesto de trabajo diurno que exista en la empresa y para el que profesionalmente sea apto".

En España, el derecho de los trabajadores a estar protegidos está regulado por la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, y los numerosos Reales Decretos que aprueban el Reglamento de los Servicios de Prevención y diversas normas reglamentarias que concretan los aspectos más técnicos.

Toda esta normativa determina y regula un cuerpo básico de garantías, responsabilidades y obligaciones para empresarios y trabajadores con el fin de establecer un adecuado nivel de protección de la salud frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo. Se centra en la prevención de los accidentes y enfermedades laborales, cómo afectan las condiciones de trabajo en que se desarrollan las actividades y el diseño del puesto de trabajo en los trabajadores.

Las situaciones de riesgo en el lugar de trabajo no solo generan daños en las personas, sino que también pueden significar , averías en los equipos o errores todos ellos generadores de costes.

2 Objetivos

- Realizar un estudio de las consecuencias producidas por las tareas repetitivas en un laboratorio de análisis clínicos.

3 Metodología

Recurrimos a la investigación cuantitativa -aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables- además de complementar esta información con una investigación cualitativa – aquella en la que obtenemos la información directamente a través de los trabajadores. Podemos hablar de una investigación mixta.

Planteamos la hipótesis bajo una relación causa/efecto, basada en la suposición que los movimientos repetitivos constantes producen graves efectos en la salud de los trabajadores.

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Hemos realizado un muestreo no probabilístico. Sus resultados son generalizables a la muestra en sí. No son generalizables a una población concreta su técnica consiste en que es el investigador el que escoge intencionalmente sus unidades de estudio. En este sentido, la población muestral se centró en trabajadores de

sanidad.

RECOGIDA DE DATOS

Una vez realizada la recogida de datos a través de los cuestionarios comienza una fase esencial para la investigación, referida a la clasificación y agrupación de los datos referentes a cada variable objeto de estudio, es decir, tras la recogida de información y previo a la presentación de resultados, aparece el proceso de análisis de datos que consiste en convertir los datos originales en datos manejables e interpretables. En este proceso de análisis de los datos encontramos diferente momentos:

Revisión y depuración de los datos obtenidos.
Codificación y tabulación de los cuestionarios. Esta tabulación se ha hecho a través de un programa de base de datos. La codificación de los datos significa la traducción de la información en valores adecuados para ser introducidos en el ordenador y para el análisis estadístico.

Un problema adicional que encontramos en esta fase de codificación es la presencia en los cuestionarios de preguntas abiertas por lo que para su análisis procedimos a seguir las técnicas de análisis de contenido.

Los resultados obtenidos a partir de este proceso de análisis con una población de 25 trabajadores, se presentan a continuación las conclusiones y propuestas de actuación.

Las tres lesiones más comunes derivadas de movimientos repetitivos en el trabajo son:
La tendinitis, el síndrome del túnel carpiano y la tendosinovitis.

Estos traumatismos de las extremidades superiores son un problema frecuente y se derivan de microtraumatismos repetitivos.
¿Qué es lo que tienen en común? Los tres son trastornos musculoesqueléticos en mano y muñeca surgen por los movimientos repetitivos en el entorno laboral.

Tendinitis: Inflamación de los tendones.

Una de las lesiones que provocan los movimientos repetitivos es la tendinitis de muñeca, que es una inflamación de los tendones que se debe a la tensión de los mismos durante las tareas, sometidos a vibraciones o doblado, en repetidas ocasiones. Es decir, su principal factor de riesgo son los esfuerzos repetidos de la

muñeca en flexo-extensión o en desviación cubital.

Por norma general, las tareas asociadas a la tendinitis de muñeca son las de pipetear, sembrar placas, introducir muestras en gradillas, el uso del ratón con el ordenador a la hora de buscar pacientes.
Síndrome del túnel carpiano: Compresión del nervio mediano.

Un microtraumatismo habitual debido a movimientos repetitivos en el trabajo, es el síndrome del túnel carpiano. Esta lesión surge cuando se comprime el nervio mediano al pasar por el espacio por el que transcurren los tendones que permiten la flexión de los dedos.

Existen diversos factores de riesgo que lo pueden causar , como la torsión de la muñeca, flexión y extensión repetida de la misma, sus esfuerzos repetidos en posturas forzadas y las maniobras de presión con los dedos o la palma.

Hay una serie de actividades asociadas al síndrome del túnel carpiano como son teclear, pipetear, sembrar placas.

Tendosinovitis: Acumulación de líquido sinovial.

Los movimientos repetitivos y las posturas forzadas de la muñeca en el entorno laboral, suelen ocasionar esta lesión, que provoca dolor debido a la acumulación de excesivo líquido sinovial en la vaina tendinosa. Las tareas que requieren realizar fuerza con la muñeca incrementan, por tanto, los riesgos de padecer tenosinovitis.

La tenosinovitis puede surgir por diferentes factores de riesgos como la torsión rápida de la muñeca, los trabajos manuales, las maniobras de presión con la mano si la muñeca está en extensión o flexión, empujar con la muñeca en extensión y desviación radial o en supinación.

¿Cómo prevenir microtraumatismos por movimientos repetitivos?
Una vez identificados los principales microtraumatismos realacionados con los movimientos repetitivos, hay que ponerse manos a la obra con su prevención, para la cual el siguiente esquema sirve de orientación.
Según la NTP 311: Microtraumatismos repetitivos. Estudio y prevención del INSHT, son 6 las condiciones de trabajo que deben evitarse para prevenir estos microtraumatismos:

Las tareas y movimientos repetitivos cuyo ciclo es menor a 30 segundos o se

repiten los mismos movimientos durante más de la mitad de dicho ciclo.
Los trabajos que exigen esfuerzos repetitivos o prolongados que superen el 30 % de la capacidad muscular del trabajador.
Las posturas forzadas o extremas de determinadas partes del cuerpo para poder llevar a cabo la tarea.
El mantenimiento prolongado en el tiempo de una postura concreta, sea cual sea ésta.
Las vibraciones en el trabajo, en ocasiones producidas por las herramientas necesarias para realizar la tarea.
El contacto con superficies duras y la exposición al frío de ciertos segmentos corporales.
Cuando existe la sospecha de que la manera de efectuar las tareas de un puesto de trabajo determinado, es la causante de lesiones osteomusculares, es fundamental identificar los factores de riesgo, la magnitud de los mismos y evaluar en qué grado afecta a los trabajadores.

4 Resultados

Cuando hablamos de movimientos repetidos hacemos referencia a todas aquellas actividades de tipo repetitivo que implican la realización de esfuerzos o movimientos rápidos de pequeños grupos musculares, generalmente de las extremidades superiores, agravadas por el mantenimiento de posturas forzadas y una alta recuperación muscular.

Los escasos acercamientos existentes muestran una afectación importante en la salud por este sistema de trabajo.

SINDROME DE FATIGA CRÓNICA

La fatiga no es una enfermedad, sino una respuesta biológica normal del organismo cuando se ve sometido a un trabajo físico y/o psíquico de una intensidad superior a la que está acostumbrado.

La fatiga ejerce una función adaptativa; actúa como mecanismo de alerta y/o salvaguardia ante situaciones adversas. De tal modo, que la fatiga tanto física como mental juegan un papel de señal de alarma que impide al organismo llegar a una fase extrema. No obstante, la fatiga interfiere con la coordinación y con la capacidad de vigilancia.

El medio ambiente en el que se desarrolla la actividad del individuo tiene repercusión en el nivel de fatiga que llega a sentir. Los ambientes muy sobrecargados favorecen la aparición de la fatiga. Las jornadas excesivamente largas y los turnos que exigen rotaciones rápidas influyen en la aparición de la fatiga.

5 Discusión-Conclusión

En la elaboración del cuestionario con el propósito de mejorar la validez y fiabilidad se han seguido los siguientes criterios:

Estructura en forma de pregunta y enunciado que plantea siempre una afirmación. El significado de esta afirmación tanto puede criticar como defender un aspecto, situación o enfoque del tema que pretende evaluar el ítem.

Los enunciados en la medida de lo posible tienden a ser cortos y admiten cambios en los términos empleados en vista a su mejor adaptación a un entorno laboral o puesto de trabajo concreto.

Cada enunciado pretende expresar un solo punto de vista, idea o impresión.

La investigación se ha realizado mediante encuesta realizada a través de un cuestionario presentado en un documento escrito distribuido entre los trabajadores del sector objeto de estudio, mediante muestreo probabilístico en cuanto, que todos los individuos de la población obtenida en una primera distribución muestral, pueden formar parte de la muestra que sea representativa.

La población muestral estimada era de 25.

Hemos observado que los trabajadores que desarrollan su actividad profesional desarrollando actividades con movimientos repetitivos generan consecuencias negativas para la salud de estos trabajadores.

En los puntos siguientes, vamos a analizar las condiciones de trabajo y su exposición a factores que pueden ocasionar la aparición de riesgos psicosociales como estrés, fatiga crónica, problemas músculo-esqueléticos.

Los factores que se han tenido en cuenta en el análisis han sido:

Contenido del trabajo:
Grado en que el cojunto de tareas a desempeñar ofrece una cierta variedad fomentando el desarrollo de habilidades y conocimientos de cada persona.

Exigencias de la tarea y del entorno de trabajo:
Mide la percepción de cada persona respecto a las condiciones de trabajo existentes en el puesto que desempeña tanto en el aspecto físico como en el cognitivo o emocional.

Estado de salud:
Mide la percepción sobre la salud de los trabajadores y qué tipos de síntomas tanto físicos como psicológicos relacionan los trabajadores con su trabajo.

El estrés en el trabajo aparece cuando las exigencias del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control.

Las alteraciones más frecuentes que hemos encontrado en estos trabajadores son: La tendinitis, el síndrome del túnel carpiano y la tendosinovitis.

Se deben introducir breves pausas para mejorar el estado funcional del organismo.

Medidas relativas a la Vigilancia de la Salud: desarrollar un plan de educación sanitaria y modificar paulatinamente los hábitos perjudiciales.

Efectuar un reconocimiento médico previo encaminado a detectar antecedentes de trastornos.

Establecer un sistema de vigilancia de la salud que permita detectar rápidamente asociados al trabajo con movimientos repetitivos.

6 Bibliografía

- Ley De Prevención De Riesgos Laborales.
- Reglamento De Prevención De Riesgos Laborales.
- Estatuto De Los Trabajadores.

Capítulo 595

CLIMA ORGANIZACIONAL DE UN COMPLEJO HOSPITALARIO

ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES

1 Introducción

Observar y conocer el comportamiento y adaptación de los trabajadores al clima organizacional de un hospital.

2 Objetivos

- Determinar el clima organizacional en un hospital de tercer nivel y averiguar el factor más influyente en este clima.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio de cohortes prospectivo en el complejo hospitalario de Jaén desde enero de 2003 hasta enero de 2005.
Población de estudio: trabajadores del complejo hospitalario de Jaén con contrato en activo al iniciarse el estudio. Población elegible: sujetos de la población de referencia incorporados efectivamente y en situación de alta laboral al iniciarse el estudio.

Muestra: sujetos de la población elegible elegidos mediante muestreo aleatorio estratificado proporcional que cumplan criterios de inclusión y exclusión. Las variables de estudio han sido: edad, género, estado civil, nivel de estudios, categoría profesional, tipo de trabajo, tipo de contrato, antigüedad en la empresa,

clima organizacional, satisfacción laboral, problemas de salud, calidad de vida relacionada con la salud, tasa media de absentismo, índice de absentismo por accidentes, índice de absentismo por enfermedad, índice de frecuencia por accidentes, índice de gravedad por accidentes, índice de gravedad por enfermedad.

4 Resultados

Los cuestionarios utilizados en la investigación fueron respondidos por 179 (63.13%) trabajadores de los distintos servicios hospitalarios estudiados. La edad media fue 41.06 años. El 59.2% de los participantes fueron hombres y el 40.8% fueron mujeres.

La medida de clima organizacional obtenida fue de 53.92 puntos en una escala 1-90. Globalmente, la percepción de la salud de los trabajadores en el ámbito estudiado fue muy positiva: 86.03% de ellos consideraron que su salud, como mínimo, era buena.

Concretamente, el 48.6% consideró que su salud era buena, el 24.6% que era muy buena y el 12.8% consideró que era excelente. Por otro lado, el 13.97% estimó su salud como mala o aceptable. Se produjo una asociación estadísticamente significativa entre el clima organizacional y la salud percibida.

5 Discusión-Conclusión

De acuerdo con los resultados de otros autores, el clima organizacional de una organización está relacionado con la salud percibida por sus trabajadores. En consecuencia los esfuerzos preventivos deberían estar dirigidos hacia la promoción de una política basada en la mejoría del clima organizacional en el lugar de trabajo.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1134282X03776386&r=256

Capítulo 596

FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES

1 Introducción

La formación en prevención de riesgos laborales es la herramienta para la protección de la salud de los trabajadores y trabajadoras ante los riesgos derivados de las condiciones de trabajo. En el ámbito sanitario y en particular en la atención primaria, con la base del artículo 19 de la ley de prevención de riesgos laborales, se podría crear una cultura preventiva entre los trabajadores, siendo ésto último el motivo del desarrollo de este capítulo.

2 Objetivos

- Establecer las necesidades de formación de los sanitarios en la prevención de riesgos laborales, así como el uso de guantes y lavado de manos.

3 Metodología

Después de una evaluación inicial de riesgos en marzo de 2002, se iniciaron una serie de actividades formativas básicas en materia de prevención, riesgos biológicos y el uso de medidas universales de prevención, tras las cuales se impartieron una sesión sobre riesgos derivados del trabajo con pantallas de visualización de datos. A la vez se repartió información escrita sobre dichos temas.

En abril de 2003 se realizó la observación de tareas de diferentes puestos de trabajo del centro (10 enfermeras, 6 médicos, 1 oncólogo y 1 auxiliar de clínica), teniendo como referencia indicadores ergonómicos (distancia de la pantalla del ordenador, colocación del teclado, posición de la espalda) y biológicos (lavado de manos y utilización de guantes). Tras esto se partió una encuesta validada a 17 profesionales sanitarios y 6 administrativos para valorar el impacto de la formación recibida, en la sesiones realizadas el año anterior. A tenor de los resultados en este corte observacional, se detectaron una serie de necesidades claras de formación, en materia de prevención de riesgos: formación a los profesionales con sesiones de bioseguridad, difusión de la información mediante trípticos del lavado de manos, uso de guantes y propuestas de mejora en la gestión de recursos materiales.

4 Resultados

En este corte observacional realizado en el grupo de estudio se pudo obsterner:
- Uso de guantes (en enfermería): extracciones 80%, intramusculares 10%, vacunas 10%, glucemias 0%, curas 100%, lavado instrumental 10%.
- Lavado de manos (todos los profesionales) 65%. Encuesta: identifican situaciones en las que se deben usar guantes 82%, identifican situaciones en las que se requiere un lavado de manos 47%, conocen la actuación inmediata ante accidente biológico 94%.

5 Discusión-Conclusión

La creación de un plan de formación en materia de prevención y la monitorización a través de indicadores, basándonos en la observación de tareas es una herramienta útil, permitiendo la detección de oportunidades de mejora y con ello poder diseñar actividades para facilitar la mejora continua de la prevención de riesgos laborales.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1134282X03776386&r=256

Capítulo 597

EL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

JOSE ANTONIO CIENFUEGOS VILAS

1 Introducción

Podemos definir como mantenimiento la combinación de acciones técnicas, administrativas y de gestión a lo largo del ciclo de vida de un equipo destinadas a conservarlo o repararlo para devolverlo al estado en el que pueda realizar su función en condiciones de seguridad y eficiencia.

Un buen plan de mantenimiento es básico para que los profesionales sanitarios puedan realizar su trabajo adecuadamente y los pacientes y familiares recibir sus tratamientos y cuidados en las mejores condiciones posibles.

2 Objetivos

- Describir tipos de mantenimiento hospitalario, la optimización de recursos y el mantenimiento de emergencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave utilizadas: correctivo, preventivo, predictivo, planes mantenimiento, emergencias.

4 Resultados

Tipos de mantenimiento.

- Mantenimiento correctivo: este tipo de mantenimiento es el mas utilizado y abarca alrededor de un 80% de las ordenes de trabajo de un centro hospitalario. Es el destinado a corregir fallos y averías en un equipo o instalación. No todas las averías tienen la misma importancia ni repercusión en el servicio por lo que un buen gestor de mantenimiento se hace esencial para atender eficazmente todas las situaciones que se presenten.
- Mantenimiento preventivo: lo definimos como el conjunto de técnicas periódicas y programadas destinadas a encontrar fallos y averías antes de que estas ocurran. Estas incluyen: inspecciones, ajustes, limpiezas, lubricaciones, calibraciones. Este tipo de mantenimiento tiene ventajas respecto al correctivo tales como mejores condiciones de seguridad, menos tiempo muerto, menor costo de reparación y mayor duración de los equipos.
- Mantenimiento predictivo: este tipo es una variante del preventivo en el que monitorizando una variable comprobamos su desvío y actuamos antes de que ocasione un problema mayor. Evitamos así que el fallo se produzca cuando el equipo esté a pleno rendimiento o en un momento que no sea oportuno.

Actualmente se consideran otros tipos de mantenimientos como el "overhaul" o el mantenimiento en uso, pero por ser muy específicos y estar poco extendidos no los consideraremos

Organización de recursos.

En una instalación hospitalaria los recursos de los que disponemos son limitados y normalmente escasos, así que una buena optimización de ellos es básica para el buen funcionamiento general. Un mantenimiento deficiente o la falta de recursos para el ocasionaría sobrecostes asociados a un envejecimiento prematuro del equipamiento. Ya que los distintos equipos e instalaciones no tienen la misma importancia dentro del organigrama sanitario deberemos conocerlos a fondo para poder hacer una distribución eficiente de los recursos humanos y materiales para minimizar el impacto de la posible avería o fallo.

Mantenimiento de emergencia.

Relacionamos el mantenimiento de emergencia en el ambiente sanitario con una avería en alguno de los servicios básicos como agua, luz, gases medicinales, etc. Sin los cuales la instalación no podría funcionar de manera segura. Si alguna de

estas situaciones implicara algún riesgo para profesionales o pacientes deberemos activar a su vez un plan de emergencias alternativo para poder garantizar la calidad asistencial y la seguridad de todos.

5 Discusión-Conclusión

A través de un plan de mantenimiento bien estructurado nos aseguraremos de que las actividades de mantenimiento previstas se realizaran de acuerdo a lo estipulado y las imprevistas dispondrán de los recursos humanos, materiales y temporales adecuados para su realización con el mínimo impacto.

6 Bibliografía

- http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/ONGS%200354.pdf
- http://portal.coiim.es/uploads/files/6c4409c21da01722b065665672676c3d1e7293c0.pdf
https://sensar.org/2018/sensar-participa-la-guia-de-buenas-practicas-en-gestion-y-mantenimiento-de-electromedicina/
- http://www.solucionesespeciales.net/Index/Noticias/07Noticias/375263-Gestion-del-mantenimiento-en-hospitales.aspx
- https://www.portaldeinocuidad.com/web/gestion-del-mantenimiento-preventivo/
- https://es.wikipedia.org/wiki/Mantenimiento_preventivo
https://leanmanufacturing10.com/mantenimiento-correctivo-preventivo-y-predictivo-definiciones-y-diferencias
https://sistemas.tecnoderecho.com/mantenimiento-emergencia-cuando-hacerlo/

Capítulo 598

HIGIENE EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

CESAR CASAL CHICO

1 Introducción

Es importante el correcto lavado de manos por parte del manipulador de alimentos en una cocina para evitar en la medida de lo posible la contaminación cruzada. Evitar el peligro de la proliferación de virus y bacterias existentes en el medio ambiente y en la piel del manipulador de alimentos por medio del lavado regular y cuando la situación lo requiera de manos. Hay que asegurarse que después de dicha manipulación los alimentos procesados sean inocuos .

2 Objetivos

- Describir en qué momentos realizar el lavado de manos y cómo llevarlo a cabo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando lavarse:
- Antes de preparar alimentos.
- Durante la preparación de los alimentos cuando se ha manipulado carne cruda, pollo o pescado.
- Cuando se cambia de alimentos, por ejemplo, cuando se pasa de preparar ensalada a alimentos ya cocidos.
- Después de ir al baño, estornudar o vaciar la bolsa de basura.
- Después de fumar .

Cómo lavarse las manos:
- Humedecer las manos con agua tibia.
- Aplicar jabón líquido frotarse las manos durante unos 30 segundos.
- Prestar atención sobre todo a la parte posterior de las palmas, los laterales, las muñecas, entre los dedos y debajo de las uñas (si es necesario usar cepillo).
- Enjuagarse las manos hasta que estén limpias.
- Secarse con una toalla limpia desechable. El secado constituye también una de las claves para que el lavado de manos sea del todo efectivo.

Según el estudio evaluación de riesgos relacionados con la contaminación microbiológica de comida lista para cocinar, los trabajadores y la eficacia de intervenciones para reducir al mínimos estos riesgos, el secado de manos con aire caliente aumenta los niveles de bacterias hasta un 500%, por tanto, es la solución de secado menos eficaz.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo es lograr una buena higiene del manipulador y por lo tanto reducir al mínimo las probabilidades de intoxicaciones en el comensal que sean derivadas por la falta de higiene a la hora del procesado y manipulación de los trabajadores de una cocina. Como conclusión final recalcar la importancia de la buena praxis de higiene por parte del manipulador para no intoxicar a los comensales, ni contaminar ningún alimento .

6 Bibliografía

- Seguridad e higiene en la manipulacion de alimentos editorial ”paraninfo”.

Capítulo 599

ELABORACIÓN EN COCINAS HOSPITALARIAS

CESAR CASAL CHICO

1 Introducción

La alimentación hospitalaria ha pasado de ser un mero servicio al paciente a un favor clave en su recuperación. Muchos pacientes dependen de la comida hospitalaria para cubrir sus necesidades nutricionales. Se debe asegurar al paciente un equilibrio nutricional y una calidad higiénico-sanitaria, debiéndose cumplir numerosas exigencias, como por ejemplo alcanzar alcanzar durante la cocción temperaturas iguales o superiores a 65ºC en todas las comidas calientes. Esto es debido a que a esta temperatura las bacterias se destruyen. A veces hay que cubrir largas distancias para trasladar la comida, por ello debe de haber una buena planificación y organización en todos y cada uno de los procesos. Existen por ello dos tipos de gestión: internalización o autogestión y externalización.

2 Objetivos

- Analizar el sistema de cocina hospitalaria, así como las distribución de los platos a los enfermos del ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Resultados

El principal objetivo de la cocina hospitalaria es su sistema de producción abarcando desde el sistema tradicional o de línea caliente hasta la cadena fría. La linea caliente o sistema tradicional empieza a elaborarse a primera hora y se acaba una hora antes de su distribución. Es un sistema de cocina centralizada donde su zona de recepción tiene una conexión directa con un espacio exterior cubierto, siempre garantizando una buena higiene y un buen control de temperatura.

La cadena fría combina la cocina tradicional con nuevos sistemas de conservación de alimentos.Los alimentos una vez cocinados se someten a un descenso rápido de temperatura, permitiendo cocinar en una cocina externa y posteriormente regenerar en el hospital.

En la cocina caliente los métodos más importantes son: la zona de recepción, zona de almacenamiento, zona de preparación, zona de cocción y zona de emplatado, siendo esta última una de las zonas más importantes. En ella se colocan los platos en bandejas y posteriormente en carros isotérmicos que ayudan a ralentizar la pérdida de temperatura.
Además, los carros térmicos con sensores de temperatura y sistemas de calentamiento hacen que los platos continúen calientes. El método más importante en la cocina fría es el proceso de refrigeración, congelación y cocina al vacío, calentando el producto previamente refrigerado o congelado hasta la temperatura del servicio en el menor tiempo posible.

5 Discusión-Conclusión

Es importante entender el concepto de cocina hospitalaria centralizada y el de marcha adelante, estudiar la organización, el equipamiento y la distribución de la cocina hospitalaria, así como conocer las actuales maquinarias utilizadas en cada proceso antes de servir los menús a los pacientes.

La cocina hospitalaria es un proceso complejo que tiene múltiples actores y numerosos planos de acción. Todo lo que repercute en una mejora de la calidad y

en la seguridad alimentaria es de suma importancia, ya que la mejoría de los enfermos están más que comprobado que tiene mucho que ver con la organización y los sistemas de producción de esta cocina.

6 Bibliografía

- ngesa.mscbs.gob.es http://hospitecnia.com
scielo.isciii.es www.campofriohealthcare.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 600

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL MEDIO HOSPITALARIO

ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES

1 Introducción

Es importante mejorar la calidad de la atención prestada en los hospitales y para ello es necesario conocer las necesidades y problemas más comunes en la implantación de un programa de gestión de calidad y de esta manera crear un programa de gestión con mejoras.

2 Objetivos

- Determinar las principales necesidades y problemas en la implantación de un programa de gestión de la calidad en un servicio médico hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según la bibliografía revisada, las necesidades principales en un programa de gestión son:

- Detección y análisis por el grupo de calidad del servicio, de las incidencias surgidas durante el diseño e implantación del programa de calidad a lo largo de 2 años.
- Necesidad de una justificación explícita para integrarse en el programa: orientación al paciente y usuario, corresponsabilización en el funcionamiento del servicio, incentivación por objetivos.
- Importancia del liderazgo compartido y repartido. Implicar a los líderes formales e informarles y respetar sus áreas de influencia en el marco del programa establecido.
- Necesidad de factores de motivación externos (participación en proyectos con evaluación externa, en reuniones científicas, incentivación económica, apoyo explícito de la dirección) e internos (reparto de responsabilidades, mejora en los indicadores).
- Dificultad en disponer de tiempos adecuados para las actividades de calidad (asistencial, docente e investigadora).
- Relevancia de la comunicación, tanto entre los componentes del propio servicio como con servicios ajenos con los que hay que establecer alianzas, con los pacientes y sus organizaciones y con la estructura jerárquica del hospital.
- Requerimiento de formación metodológica en calidad y formación continuada en la propia especialidad. Soporte por la unidad de calidad asistencial.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de desarrollar un programa de calidad en un servicio médico asistencial es preciso conocer que existen diversas necesidades y problemas de cuyo adecuado manejo dependerá la mayor o menor dificultad de su implantación. Tras el análisis conocemos en qué factores podemos propiciar un cambio y así implantar mejoras para la gestión de la calidad.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1134282X03776386&r=256

Capítulo 601

LOS ACCIDENTES BIÓLOGICOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

JOSE LUIS RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

El riesgo biólogico se puede definir como la posible exposición a diversos microorganismos que puedan dar lugar a diversas enfermedades motivadas por la actividad laboral. Esta transmisión puede ser por diferentes vías: respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas, afectando a los trabajadores de todas las categorías expuestos en Centros Sanitarios.

2 Objetivos

- Describir las medidas de protección-barrera apropiados a cada tipo de exposición.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos publicados en revistas indexadas en las bases de datos de Pubmed y Scielo.

4 Resultados

Vacunación:

Hepatitis B, tanto el personal sanitario como no sanitario que se encuentre en contacto directo o indirecto con la sangre u otros fluidos de los pacientes. Otras como la Gripe, Tétanos, Varicela, Rubeola y Triple Vírica.

Normas de higiene:
- Cubrir heridas y lesiones.
- Lavado de manos.
- No comer,beber ni fumar en el Centro de Trabajo.
- No pipeteo con la boca.

Utilizar equipos de protección-barrera apropiados a cada tipo de exposición:
- Guantes.
- Mascarilla.
- Bata.
- Protección ocular.

Cuidado con los objetos cortantes y punzantes:
- No encapsular agujas.
- A la hora de retirar agujas utilizar contenedores específicos.

Desinfección y esterilización correcta de instrumentales y superficies.

La mayoría de los accidentes laborales son exposiciones cutáneas, de las cuales casi un 90% de ellas son pinchazos, por lo que debe de haber una gran concienciación por parte de los trabajadores expuestos directa o indirectamente a agujas u otros objetos cortantes o punzantes que hayan estado en contacto con pacientes, la importancia que tiene una actuación inmediata sobre el lavado de dicha zona y poner en conocimiento al superior del servicio de dicho accidente,para tomar las medidas con respecto a la procedencia de la sangre u otros fluidos corporales para su posible estudio.

5 Discusión-Conclusión

Ante una exposición casual con sangre y/o fluidos corporales se procederá al lavado con abundante agua y jabón, dejando sangrar la zona y cubrirla con un apósito y la notificación al superior inmediato de dicha área de servicio. Es importante que el personal sanitario lleve a cabo las medidas de manera correcta para evitar los riesgos de infección.

6 Bibliografía

- Fernández Sanchez,Leodegario (2001).Definición de contaminante biológico en Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de los riesgos relacionados con la exposición de agentes biológicos,INHT Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,España (16-11-2007).
- Luna,Pablo (1996) NTP 406:Contaminantes químicos:evaluación de la exposición laboral INSHT Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,España (14-1-2008).

Capítulo 602

EL TRABAJO NOCTURNO: ¿CÓMO AFECTA A LA SALUD?

ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ

PAULA VEGA BERROS

ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA

MARIA EUGENIA VEGA BERROS

1 Introducción

Se considera trabajo nocturno el que se realiza entre las diez de la noche y las seis de la mañana; aplicado de forma permanente o rotatoria. Este turno se ha vuelto esencial en nuestra sociedad tan moderna de veinticuatro horas. Los profesionales sanitarios que trabajan en estancias hospitalarias suelen tener horarios nocturnos.

2 Objetivos

- Destacar las posibles consecuencias de este turno de noche, que puede ser más dañino, si se mantiene a largo plazo.
- Dar a conocer algunas pautas para poder paliar esas consecuencias.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en varias bases de datos: Scielo, Google Académico y distintos artículos relacionados con el tema principal. Se toma como referencia las palabras: salud y trabajo nocturno. Se han empleado como criterios de inclusión textos en inglés, y se han excluido aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

Podemos acatar que el trabajador que desempeña este tipo de turno, desencadena una serie de desequilibrios a nivel físico, provocando malas digestiones, gases, gastritis, úlceras de estómago y obesidad, debido a que se perturban los hábitos alimenticios. También provoca alteraciones en el sueño; la calidad y la cantidad no es la misma que, si se estuviera en un trabajo de mañanas. Entre los desequilibrios psicológicos podemos destacar: se incrementan los niveles de estrés, ansiedad, irritabilidad, son más propensos a sufrir síndrome de burnout. Las relaciones personales pueden verse alteradas por la falta de vida social. Se incrementa el cansancio y la fatiga. Se estima que los trabajadores con este tipo de horario, envejezcan precipitadamente cinco años por cada quince años que permanezcan en ese trabajo nocturno. En general son más propensos a tener más enfermedades, accidentes y rinden menos en el trabajo.

Se deberían de seguir unas pautas para evitar que los problemas derivados de este trabajo afecte a las relaciones personales y a la salud. Por lo tanto, sería conveniente hacer una siesta por la tarde, evitar las comidas rápidas, llevar una alimentación equilibrada, evitar la cafeína, practicar deporte, aprender técnicas de relajación. Serían algunos de los patrones a seguir para poder sobrellevar los posibles daños del turno de noche. A parte de todo esto, también se deberían de exigir menores tasas de rendimiento en este turno, mayor tiempo de descanso, vacaciones suplementarias para estos trabajadores, limitar a ciertas edades este turno, aplicar un coeficiente reductor de jubilación, vigilar más a menudo la salud de los trabajadores. En general, mejorar las condiciones del trabajador/a nocturno.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo nocturno tiene efectos negativos para la salud. Actualmente se estudia la relación de algunos tumores con este turno. Se puede formar un riesgo para el trabajador y el usuario, si no se aplican los descansos debidos y las recomendaciones a seguir. A día de hoy, es casi improbable que se pueda eliminar este turno, debido a la gran necesidad social, sobre todo en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

- periódico universitario UCM, (2019).
- www. consultas.com
- Modelocurriculim.net.
- www.metacontratas.net.
- Google académico.
-Trabajo nocturno y cáncer de mama en personal sanitario, (2018).

Capítulo 603

ESTILOS DE COMUNICACIÓN: LA IMPORTANCIA DE UNA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL HOSPITAL.

ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ

ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA

MARIA EUGENIA VEGA BERROS

PAULA VEGA BERROS

1 Introducción

La comunicación es una herramienta imprescindible para el trabajo del profesional sanitario, tanto en su relación con los pacientes o usuarios, como en la relación con sus jefes y compañeros. Está formada por el conjunto de acciones y recursos verbales y no verbales que se desarrollan en una interacción por parte de los interlocutores.

2 Objetivos

Explicar los diferentes estilos de comunicación que hay, y resaltar la comunicación asertiva, como una meta, para intercambiar la información de una forma adecuada con los usuarios.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de: Google académico y Cuiden, con las palabras clave "comunicación" y "estilos de comunicación", así como en diferentes artículos relacionados con el tema. Se han empleado como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y se han excluido aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

El estilo de comunicación es el modo que tenemos para comunicarnos con los demás. Dependiendo de la situación, podemos utilizar un estilo u otro. Podemos distinguir tres estilos de comunicación:

- Asertivo: la persona tiene la capacidad de expresar sus opiniones y sus sentimientos sin mermar los derechos de los demás, favoreciendo el diálogo.
- Pasivo: la persona no es capaz de expresar sus sentimientos ni opiniones, ya que no defiende ni respeta sus propios derechos. Se bloquea o no es capaz de expresarse por temor a un conflicto. Suelen ser personas con baja autoestima, se sienten sin control, no suelen lograr sus objetivos.
- Agresivo: la forma de expresarse de esta persona es desafiante, intentando defender, expresar sus opiniones y emociones, sin tener en cuenta los derechos de los demás. Suelen ser personas que interrumpen y no escuchan, violan sus propios derechos, pierden el control, pueden lograr algunos objetivos, pero dañando o humillando a otros.

Si se utiliza un estilo asertivo en el hospital, mostraremos un comportamiento verbal, firme y directo con los pacientes e usuarios. Favoreciendo nuestra autoestima, nuestra confianza en sí mismos y comprendiendo a los demás. Facilitando la resolución de los conflictos que puedan surgir, y elaborando acuerdos para poder desempeñar un buen trabajo, que es tan importante para toda la sociedad.

5 Discusión-Conclusión

El profesional que trabaja en un hospital debe dirigirse al usuario comunicándose de una manera natural, con respeto, entendiendo sus necesidades, favoreciendo su confianza, su seguridad y utilizando siempre un estilo de comunicación asertivo. Debe de existir "voluntad de satisfacción" por parte de todo el personal sanitario, y que no solo dependa de la personalidad de la persona, sino de una

buena formación al respecto, y de aspectos como: motivación, clima, cultura y satisfacción laboral.

6 Bibliografía

(1) www.tuteticonmigo.com
(2)la comunicación en el hospital,(2011)
(3)www.divulgacióndinámica.es
(4) Cuiden.

Capítulo 604

EL AUXILIAR ADMINSTRATIVO Y LA ACCESIBILIDAD EN LA COMUNICACIÓN

DANIEL PÉREZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Existe un porcentaje importante de personas con problemas de comunicación derivados de presentar algún tipo de discapacidad, lo que puede dificultar el trabajo del auxiliar administrativo para lograr que lleguen nuestros mensajes de forma adecuada y asegurarnos de que el otro los ha recibido de forma correcta.

A medida que pasen los años es previsible que nos encontremos con un mayor número de personas con problemas comunicativos a consecuencia del incremento de personas de la tercera edad, dado el proceso de envejecimiento que está sufriendo España, y ante esta tendencia los servicios de salud y sus profesionales de atención directa tendrán que buscar soluciones para minimizar dichas dificultades.

2 Objetivos

- Analizar la formación que poseen los auxiliares administrativos de los sistemas públicos de salud sobre comunicación y accesibilidad.
- Examinar los protocolos de accesibilidad en la comunicación que pudiesen existir en sanidad para comprobar si contemplan el uso de herramientas de comunicación para facilitar la accesibilidad.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se han realizado búsquedas de artículos, guías y protocolos a partir de la búsqueda de palabras clave en diferentes bases de datos: “accesibilidad”, “accesibilidad y sanidad”, “accesibilidad y hospital”, “accesibilidad y comunicacion”, “accesibilidad y sordera”, “accesibilidad y ceguera”, “herramientas de comunicación y accesibilidad”.

Las bases de datos utilizadas han sido: pubmed, uptodate, preevid, google académico y dialnet, entre otros.

Se han utilizado como criterios de inclusión en la búsqueda textos en castellano donde se hiciese mención a la necesidad de manejar diferentes herramientas de comunicación y medios técnicos para poder facilitar la accesibilidad de personas con déficits en este ámbito como consecuencia de presentar una discapacidad y como criterios de exclusión, se han descartado aquéllos que se han centrado meramente en el desarrollo de medidas de accesibilidad de tipo arquitectónico.

Asimismo, se han analizado diferentes ofertas públicas de empleo para la categoría de auxiliar administrativo y normativas de acceso a la bolsa de empleo de diferentes servicios de salud

4 Resultados

En el desarrollo de su labor profesional, los auxiliares administrativos se encuentran con relativa frecuencia con personas con dificultades para comunicarse a consecuencia de presentar algún tipo de discapacidad que afectan, fundamentalmente, a la visión, a la escucha o al lenguaje. Sin adentrarnos en un desarrollo exhaustivo de tales patologías, hacer únicamente mención que esto puede estar provocado por deficiencias de funcionamiento tanto de los órganos como de las estructuras adyacentes a los mismos y/o cerebrales y que pueden ser de carácter temporal o permanente.

Al grueso de personas con discapacidad se les suma cada vez más un mayor número de personas de la tercera edad, ya que dentro de los cambios corporales asociados al envejecimiento son habituales la pérdida de facultades sensoriales, especialmente el oído y la vista.

La comunicación es el proceso por el cual las personas intercambian información, sentimientos, pensamientos,… Para llevar a cabo dicho trasvase es fundamental

que haya una serie de elementos como son un emisor, un receptor, un canal y un mensaje.

En las personas que presentan algún tipo de discapacidad muchas veces el problema es que el canal que se suele utilizar no es el adecuado a las características personales del individuo. Las limitaciones en la comunicación son un problema especialmente grave en cuanto a que ésta es el instrumento fundamental para la socialización de las personas. De no poder comunicarse de forma adecuada, éstas corren el riesgo del aislamiento social y el ostracismo.

Más allá de la interpretación sociológica, debemos ser conscientes de que no facilitar la comunicación atenta contra los derechos de las personas como son el derecho a la igualdad de oportunidades y a su no discriminación.

A continuación se hará una revisión de las discapacidades sensoriales que más afectan a la comunicación. Cuando se habla de problemas de visión se está haciendo referencia a la pérdida parcial (deficiencia visual) o total (ceguera) y, en función del grado de pérdida, conllevaría unas limitaciones u otras. No obstante, al referirnos a deficiencia visual, no se suele hablar de un problema menor, sino de aquéllas que a pesar de serles aplicadas las correcciones posibles siguen teniendo muy limitada dicha capacidad a pesar de tener resto visual. Dichas limitaciones son muy importantes teniendo en cuenta que la visión es, junto a la audición, una de las principales funciones que intervienen en la interacción y el desarrollo habitual de la vida diaria de todas las personas.

Las dificultades que pueden encontrar en relación al desempeño profesional de un auxiliar administrativo harían referencia por una parte a la imposibilidad de poder acceder de forma autónoma a información de tipo escrito: formularios, solicitudes, pantallas con el número de cita, etc.

Como alternativas diferentes manuales consultados hablan de la utilización de documentos y formularios en braille, transcripciones en audio de folletos informativos, complementos acústicos de los paneles de citas, apoyo para la cumplimentación o lectura de información, utilización de formularios para todos atendiendo al uso de un tamaño mayor de los textos, contrastes de color y separación entre líneas,…

En cuanto a los problemas de audición, estos suponen una importante barrera a la hora de poder llevar a cabo una comunicación efectiva ya que se trata de una de las principales vías para poder hacerlo. Las dificultades asociadas varían en

cada persona, según el tipo de sordera, los apoyos técnicos que pudiesen tener, el momento de aparición o la formación recibida, no obstante algunas que suelen aparecer serían: dificultades para recibir la información auditiva ya sea por no poder "oírla" o porque ésta llega distorsionada (por ejemplo, personas que sí son capaces de oír si se les habla de forma clara y con poco ruido ambiente, pero si estamos en una sala muy ruidosa o con ruido procedente de máquinas ya no distinguiría el mensaje) o dificultades para devolver la información si es de forma oral.

Como posibles apoyos a la labor del auxiliar administrativo estarían la utilización de medios técnicos como el bucle magnético, el empleo de medios visuales, el conocimiento de la lengua de signos española o la mediación de intérpretes, si bien es cierto que en la última es necesario solicitarlo con antelación.

Cuando existen problemas de habla ya sea por problemas del aparato fonador, la alteración de estructuras cerebrales o asociadas a otras discapacidades, por ejemplo, a la sordera, sería interesante el conocimiento del lenguaje de signos o la utilización de paneles de signos o de imágenes con las solicitudes más habituales. Para poder dar respuesta de forma adecuada a todas estas necesidades sería preciso una adecuada formación de los profesionales que desempeñan las labores administrativas y que son, en muchas ocasiones, el primer contacto que tienen los pacientes con los servicios sanitarios.

Analizando los temarios de las convocatorias de la oferta pública para este puesto de trabajo en los servicios de salud españoles nos encontramos con que aunque existe un tema de comunicación no hace hincapié en las dificultades de comunicación de las personas con discapacidad, sino que está más bien orientado a la teoría y no tanto a la práctica.

5 Discusión-Conclusión

La existencia de un número importante de personas con discapacidad, así como el envejecimiento poblacional hace que sea fundamental la previsión de las organizaciones de los servicios sanitarios no solo en cuanto al tratamiento de patologías, sino también de las necesidades de formación del personal para poder asumir las dificultades de comunicación que se pudiesen encontrar.

El objetivo último, sería siempre la implantación de lo que se ha llamado un diseño para todos y no tener que hacer diferencias en función de las caracterís-

ticas individuales de cada uno, pero mientras que esto no se consiga, una de las principales herramientas sería la de poder contar con personal adecuadamente formado y sensibilizado con las diferentes problemáticas existentes y dotados de herramientas para paliar, en la medida de lo posible, dichos déficits.

Al hablar de herramientas no debemos pensar solo en la utilización de medios técnicos, arquitectónicos o de diseño del espacio, sino también de aplicación de conocimientos y actitudes profesionales.

Del estudio de protocolos de accesibilidad de los servicios de salud pública se ha desprendido que, en su mayoría, se centran en aspectos de tipo arquitectónico y de accesibilidad física, dejando de lado, en la práctica totalidad esas otras recomendaciones prácticas.

Se deberían adoptar como recomendaciones generales:
- No adoptar posturas paternalistas, asegurándose en cada caso de cuáles son las dificultades que presenta o pudiese presentar la persona y adaptándonos a ellas sin dar nada por supuesto. Hay personas que no necesitan apoyos de ningún tipo a pesar de presentar una discapacidad.
- No dirigirse a los acompañantes, obviando a la persona con discapacidad, ya que ésta sigue siendo la protagonista de su vida. No sustituirla.
- Desarrollar la empatía y la paciencia ya que la interacción comunicativa puede llevar más tiempo.

En personas con problemas de visión:
- Lo primero ha de ser, siempre, identificarse.
- Si se observase que pudiese necesitar ayuda, preguntarle qué necesita y de qué forma podríamos hacerlo.
- Si en algún momento nos tuviésemos que ausentar, le informaríamos de ello.
- Si solicitasen nuestra ayuda para la lectura de algún documento debemos hacerlo de forma literal evitando resumir la información o el hacer juicios de valor sobre la información que recoge el texto.
- Si tuviésemos que facilitarle algún objeto, se le explicitará y se le dirá de dónde puede cogerlo o se le diría en qué mano se le va a entregar.

En personas con problemas de tipo auditivo:
- Habría que posicionarse físicamente en frente de la persona con el problema auditivo, procurando no hablar rápido y vocalizar de forma adecuada.
- No gritar.

- Si la persona utiliza prótesis plantearle la posibilidad de la utilización del bucle magnético, de existir esta tecnología en el lugar de trabajo.

En personas con problemas de habla:
- No tener problemas en decirle a la otra persona que no le hemos entendido, si no somos sinceros no podremos dar respuesta a sus peticiones o explicaciones.
- Dar alternativas, de ser necesario, apoyo a través de otros medios, solicitar el apoyo de otra persona, etc.

De la adopción de estas medidas no solo depende el resultado de la interacción educativa, sino que también va a configurar la calidad de la atención que estamos proporcionando. Por ello es fundamental la inversión, no ya en medios técnicos (también necesarios) sino en la formación y sensibilización del personal auxiliar administrativo.

6 Bibliografía

1. Guía de buenas prácticas en el acceso y atención de las personas con discapacidad en el sector sanitario privado español. Fundación Sanitas en colaboración con CERMI.
2. Manual del curso básico: La accesibilidad en el servicio público. Equipo Acceplan. 2005.
3. Flujas Lea, M.J. Protocolo accesible para personas con discapacidad. Fundación ONCE. 2006.

Capítulo 605

EL CELADOR EN CASO DE INCENDIOS Y EL VALOR DE LOS SIMULACROS.

JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Los celadores como parte del personal que realizada su labor en los centros sanitarios, debe de estar preparado ante una situación de emergencia, como puede ser un incendio. Los incendios provocan graves lesiones, en ocasiones perdidas de vidas y gran cantidad de daños materiales. Por lo tanto saber como actuar y tener unos conocimientos básicos puede contribuir a minimizar las consecuencias derivadas de estas emergencias.

2 Objetivos

- Concienciar de la necesidad de informar a todos los implicados en las actividades de los centros sanitarios (entre ellos los celadores), del plan de actuación en caso de emergencias.
- Verificar el beneficio que supone la puesta en marchar de la ejecución de simulacros de forma periódica.

3 Metodología

Tras una revisión bibliografica sobre las cuestiones a tratar, se han consultados las siguientes bases de datos: google académico, dialnet, scienceresearch.com,

springerlink. En un periodo de tiempo acotado de tres años (2017/2020). Utilizando como descriptores de referencia: centro de salud, plan de emergencia, autoprotección, incendio y simulacro.

4 Resultados

Tras la revisión bibliografica queda patente la importancia de los conocimientos previos que tanto los celadores como el resto del personal deben tener adquiridos y la responsabilidad de la dirección de los centros en comprometerse a proporcionárselos, y que estos conocimientos no pueden ser llevados acabo con efectividad si no se automatizan y se poner en practica a través de la ejecución de simulacros regulares, para poder reaccionar de una forma más coordinada ágil y efectiva, con la cual podremos reducir los daños y consecuencias que se pudieran producir.

5 Discusión-Conclusión

El echo de que la mayoría de nosotros nunca nos hayamos encontrado en esta situación, hace que no le demos la suficiente importancia y que no estemos preparados cuando tengamos que afrontarlo. Merece la pena recordar los protocolos de actuación regularmente, y ponerlos en practica, ya que pueden ayudarnos a salvar muchas vidas.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales B.O.E. nº 269 de 10 de Noviembre.
- Conomientos Basicos y Funciones del Celador (Formación Continuada LOGOSS Décima Edición).
- www.ssprl.gobex.es
Planes de emergenica y autoproteción.
- www.ffis.es
Guia emergenicas en atención primaria.
- www.riesgoslaborales.saludlaboral.org.

Capítulo 606

EL CELADOR EN EL MOVIMIENTO DEL PACIENTE.

JOSE IVAN ARIAS LLANO

1 Introducción

Dentro de las distintas funciones en las que ejerce su oficio el celador, es el traslado y el movimiento de los pacientes, así como su participación en la ayuda en el aseo de éstos, lo que hace necesario un amplio conocimiento sobre movilidad y posturas corporales por parte del celador. Conocer cómo movilizar a los pacientes, con la finalidad de disminuir riesgos que puedan afectar al usuario de las instituciones sanitarias evita lesiones innecesarias y proporciona también estabilidad, comodidad y confianza en el paciente. De igual manera, a la vez que conseguimos las ventajas anteriormente citadas, el conocimiento del movimiento y las posturas más frecuentes evitan daños en el propio trabajador. La formación a los celadores en esta materia a través de talleres y cursos se hace imprescindible, pues ésta solo aporta ventajas a todas las partes implicadas: pacientes, trabajadores y conjunto del Sistema Sanitario.

Cuando nos referimos a la movilización del paciente, tenemos que entender que hablamos de su traslado de un lugar a otro dentro de las instituciones sanitarias y también del conocimiento de las técnicas empleadas para moverle correctamente (en la cama, en sus desplazamientos) La movilización es necesaria para ayudar al enfermo a que adopte posturas que por él mismo no puede realizar y es de suma importancia para conseguir restablecer las condiciones físicas a la vez que consigue mantener las que el paciente posee y evitan la pérdida de las mismas.

En los procesos de rehabilitación, durante los ejercicios que realiza el fisioterapeuta, muchas veces el celador debe colaborar, apoyando al paciente y ayudándole a realizar los ejercicios que le ha enseñado el fisioterapeuta, por lo que tendrá que conocer las normas básicas de estos ejercicios, si son activos (asistidos, libres, resistidos) o pasivos.

También en el paciente encamado, el celador en ocasiones tiene que ayudar en los cambios posturales, por lo que necesita conocimientos de las partes quirúrgicas y no quirúrgicas que se puede hacer necesario utilizar, a la vez que precisa el saber como desplazar al paciente de la cama al sillón, silla de ruedas, camilla, estar formado en el uso y manejo de grúas y otros utensilios que favorezcan la ayuda en la movilización.
Evitar riesgos de accidentes de origen laboral como consecuencia de la movilización realizada por los profesionales, mediante el conocimiento y aplicación de los métodos preventivos.

2 Objetivos

Definir un conjunto de técnicas destinadas al traslado del paciente desde el lugar dónde se encuentra hasta su lugar de destino.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados de la ampliación del conocimiento del personal cuya labor corresponde al traslado y movilización del paciente son del todo positivos para el paciente, el trabajador y la sociedad en su conjunto por lo que se hace necesario el apoyo por parte de las instituciones sanitarias para su consecución e implantación. El traslado y movilización usando las técnicas aprendidas en los pacientes aporta beneficios a las diferentes patologías que sufre el paciente, como

mejorar la función respiratoria, evitar lesiones, no agravar el estado de salud, así como mejorar su comodidad. Además, el uso y conocimiento de estas técnicas permitirá prevenir riesgos laborales y promocionar la salud laboral del profesional, mejorando por tanto su calidad de vida, haciendo que los riesgos más graves sean más leves y los leves se podrán solucionar más rápidamente.

La metodología necesaria para el buen cumplimiento de las funciones del celador en lo referente a la movilidad, tienen como base el conocimiento necesario sobre una serie de principios básicos referentes tanto a la mecánica corporal como los principios básicos de una movilización.

La mecánica corporal es la forma en que un individuo maneja su cuerpo. En el celador se hace necesario el conocimiento de esta mecánica postural por la mejora que aporta al enfermo a él mismo, son principios básicos de la mecánica corporal:
A) El cuerpo humano posee grandes músculos que tardan más tiempo en fatigarse que los pequeños músculos, por lo que es preferible la utilización de estos primeros. Es preferible el uso de los glúteos y femorales, que utilizar los músculos lumbares para el desplazamiento de una carga.
B) La fuerza necesaria para desplazar un objeto depende del peso de éste y de la fuerza de la gravedad. c) Deslizar un objeto requiere mucho menos esfuerzo que el levantamiento de éste. d) Usar el propio peso d en nuestro cuerpo en la movilización disminuye la fuerza necesaria para la movilización. e) Sostener los objetos cerca del cuerpo, la fuerza necesaria aumenta a la vez que la línea de gravedad se aleja del punto de apoyo. f) Proporcionar una base amplia de apoyo y mantener separados los pies, uno ligeramente delante del otro, ayuda a la estabilidad propia y del paciente. g) Antes de realizar un esfuerzo físico es conveniente realizar un mismo calentamiento, para prevenir posibles lesiones.

Los principios básicos de una movilización, a la hora de realizar cualquier tipo de movimiento, son:
A) Valorar el nivel de dificultad que supone la movilización, deberemos tener en cuenta varios factores, principalmente el paciente y el profesional que realiza ésta: determinar el grado de incapacidad del usuario/paciente, tener en cuenta el tamaño y el peso necesario de la carga a desplazar, utilizar técnicas que no perjudiquen la dolencia del paciente, etc. El profesional tiene que usar una buena técnica basada en principios de la ergonomía, conocer los puntos de sujeción y estabilización del cuerpo humano. De la misma manera tiene que conocer y saber emplear recursos técnicos, instrumentales y humanos disponibles.

B) Respetar la máxima de no hacer daño, ni provocar problemas añadidos cuidando al máximo la manipulación del paciente.
C) Utilizar técnicas que sean lo más cómodas posibles para el paciente y para el profesional que la realiza, evitando posibles problemas. El conocimiento de las técnicas de movilización y consiguiente formación de los trabajadores es totalmente necesario y tendría que ser parte de un proceso continuo que permite la implantación de todas las novedades asistenciales.

La movilización del paciente encamado, su colocación en las posturas habituales, tanto si es posible la colaboración del paciente como si no, el sentar, incorporar, las transferencias de la cama a la silla y viceversa, de la cama a la camilla, incorporación y las distintas formas de traslado hospitalario y extrahospitalario, son conocimientos del todo imprescindibles en la formación de los celadores.

De igual forma que se hace imprescindible para la realización del trabajo de celador de una manera satisfactoria el conocimiento y la formación necesaria para el traslado y movilización en pacientes con situaciones especiales como son: pacientes con oxigenoterapia (técnica para la que se administra oxígeno gaseoso), pacientes con lesiones medulares (alteraciones de la médula espinal), pacientes hemipléjicos (síndrome caracterizado por la pérdida de movilidad voluntaria en un hemicuerpo), pacientes con prótesis, la ayuda a la deambulación del paciente, etc. La formación también se hace necesaria, en cuanto al conocimiento y manejo de los distintos recursos materiales utilizados en la movilización y traslado del paciente: bastones, muletas o bastones ingleses, andadores, productos de apoyo en las transferencias entre distintos tipos de superficie o de una posición a otra, como son las tablas de transferencia, los discos, el uso y manejo de grúas y un largo etc.

Además de los contado hasta ahora en relación con el conocimiento de productos ya existentes ahora mismo en las instituciones sanitarias, el conocimiento de las posibles incorporaciones de técnicas y materiales novedosos en el mundo de la movilización del paciente tiene que ser fomentado por parte de las organizaciones sanitarias para la mejora de la evolución y formación del personal encargado de traslados y movilizaciones.

5 Discusión-Conclusión

Ante la diversidad de tareas que puede desempeñar un celador, su importancia en el resultado final del tratamiento asistencial a los pacientes sanitarios es digna

de tener en cuenta. El conocimiento de las técnicas adecuadas en el proceso del traslado y movilización de pacientes supone un elemento preventivo por diferentes razones. Por un lado, fomenta la seguridad, comodidad y aporta beneficios al paciente y por lo que al trabajador se refiere evita múltiples lesiones musculoesqueléticas.

El conocimiento y la difusión de estas técnicas contribuye a que el desempeño de la actividad laboral no suponga un problema de salud para el trabajador. Es necesaria la formación a través de talleres y guías que permitan al trabajador ampliar sus conocimientos. La formación es uno de los medios más importantes para facilitar las tareas de mayor riesgo, consiguiéndose a través de ésta una mejora de la calidad asistencial.

6 Bibliografía

- Funciones De Los Celadores (ART.14.2 del Estatuto De Personal No Sanitario – 5 Julio de 1971).
- Manuel Quinot (2008) Técnicas de inmovilización traslado del paciente. Ed. Ideas Propias.

Capítulo 607

EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN LOS CENTROS SANITARIOS.

JOSE LUIS RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

El síndrome del Burnout reconocido por la OMS es una respuesta del organismo a situaciones de estrés prolongado en el ámbito laboral. Muchos profesionales de diferentes categorías padecen este síndrome teniendo como consecuencia un deterioro en la calidad de su trabajo, de sus relaciones, y por lo tanto, de su calidad de vida.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Aprender las características fundamentales del Burnout.

Objetivos secundarios:
- Tener una perspectiva histórica de la evolución del síndrome del Burnout.
- Identificar las variables que influyen en la aparición de los síntomas del Burnout.
- Conocer las categorías que estan más expuestas a padecer el Burnout.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Conocer en profundidad qué es el Burnout e identificar las posibles causas asociadas a la aparición de esta enfermedad son fundamentales para que los profesionales de las diferentes categorías en los Centros Sanitarios pongan en marcha estrategias de afrontamiento positivo: desarrollar hábitos y comportamientos preventivos, reconocer las primeras señales de aviso y saber cómo actuar,gestionar las situaciones estresantes del día a día. Este aprendizaje permite conocer y adoptar las medidas que minimizan el impacto del síndrome de Burnout en los centros de trabajo, para ello se realiza un estudio observacional y mediante una encuesta inicial donde los ítems estarán relacionados con los sentimientos, pensamientos y conductas en el Hospital Universitario Central de Asturias.

Los resultados evidencian que ningún profesional padecía el síndrome,aunque un 25% padecía tendencias de dicha enfermedad. Los resultados obtenidos muestran que la dimensión más afectada fue la despersonalización y el cansancio emocional. El sexo femenino muestra una mayor tendencia a presentar el síndrome. Varios estudios demuestran que hay mayor tendencia en aquellas personas que tienen pareja estable.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir,que a la vista de los resultados obtenidos,no disponer del tiempo suficiente,no disfrutar de una estabilidad en el trabajo, enfrentarse a los pacientes directamente conlleva una carga emocional y a un desgaste debido a las exigencias tanto profesionales como personales provocando una mala gestión de los sentimientos tanto en el centro de trabajo como en la vida personal.

6 Bibliografía

- http://www.humanizandoloscuidados.es.
- http://www.scielo.isciii.es.
- http://www.neveinvestigacion.es.

Capítulo 608

LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS CONTENIDOS EN LA HISTORIA CLÍNICA

LUCIA ISABEL ALVAREZ FERNANDEZ

GRACIELA GONZALEZ GONZALEZ

LORENA GONZALEZ GONZALEZ

1 Introducción

En la actualidad vivimos en la era tecnológica y digital donde en ocasiones podemos a llegar información con terceros sin ser del todo conscientes de donde puede acabar nuestra información personal y que pueden hacer terceros con esta información.

En los últimos tiempos los medios de comunicación en multitud de ocasiones se han hecho eco de noticias en las que se hace referencia a datos personales que han quedado desprotegidos haciéndose públicos por lo que terceros que no deberían tener estos datos han accedido a ellos y probablemente han hecho un uso de ellos para el que sus propietarios nunca habrían autorizados o fugas de información de grandes multinacionales.

¿Puede pasar esto con los datos que contienen nuestras historias clínicas? ¿Qué herramientas existen para que esto no suceda?

2 Objetivos

El objetivo de la presente investigación es recopilar y conocer la legislación vigente tanto estatal como a nivel europeo que ampara la protección de datos sensibles contenidos en las historias clínicas de los pacientes; de igual modo el objetivo es conocer el tratamiento que les debemos de dar a los datos de los pacientes que acuden al centro sanitario para poder prestar una asistencia sanitaria de la mayor calidad posible.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica detallada en la legislación vigente así como en revistas y bases de datos científicas como scielo, Mmdline, pubmed y elsevier.

Para realizar la búsqueda se utilizan los siguientes descriptores: historia clínica, confidencialidad, protección de datos, secreto médico, consentimiento informado, datos sensibles, asistencia sanitaria. Idioma español.

4 Resultados

Ya en 1948, en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 12 establece: Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Esta es la primera referencia que nos encontramos en la legislación a la importancia de que las personas tienen derecho a que se protejan sus circunstancias personales, pero afortunadamente no es la única.

El artículo 10 de la Constitución Española establece en su Capítulo Primero - Título 1 – De los derechos y deberes fundamentales –Artículo 11, en su apartado 1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. En esta misma norma en el Capítulo Segundo- SECCIÓN 1.ª De los derechos fundamentales y de las libertades públicas – Articulo 18 – apartado 1 - Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Teniendo en cuenta que la Constitución Española es nuestra norma suprema y fundamenta el resto del ordenamiento jurídico de nuestro país, posterior a ella encontramos más leyes que sustentan el derecho a la protección de datos y reglamentos que las desarrollan. Además de por la normativa Europea.

El Reglamento (UE) 2016/679, desarrolla el artículo 8, apartado 1, de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea («la Carta») y el artículo 16, apartado 1, del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) en los que se establece que toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que le conciernan.

La Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo trata de armonizar la protección de los derechos y las libertades fundamentales de las personas físicas en relación con las actividades de tratamiento de datos de carácter personal y garantizar la libre circulación de estos datos entre los Estados miembros.

Dentro de este contexto nuestras historias clínicas como es evidente, están protegidas y ello es gracias también a la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Además en su Artículo 2. Principios básicos. Establece 1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

En el Artículo 7.de esta Ley,El derecho a la intimidad, se establece:
1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.
2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes. De acuerdo a la legislación vigente debemos saber que los pacientes en todo momento deben ser conocedores de que vamos a tratar sus datos contenidos en la historia clínica por lo que deben ser informados de la existencia de estos ficheros, de igual modo deben saber cual es la finalidad de los mismos, la posibilidad de que sus datos sean incluidos en estudios clínicos y la posibilidad de ejercer sus derechos en cuanto al tratamiento de dichos datos. n

cada centro sanitario deberá existir un documento en el que el paciente autorice el tratamiento de sus datos; en este documentos al menos figurará la siguiente información: el centro asistencial, los datos personales del paciente que incluirá nombre, apellidos y número de documento nacional de identidad o pasaporte , además de expresa conformidad de publicación del caso clínico si así se considera.

La historia clínica es un documento, escrito o digital, que contiene datos personales, datos relativos a la salud del paciente, así como todos los datos asistenciales que ha recibido, recibe o recibirá el paciente. El fin de la historia clínica es poder dar al paciente la mayor calidad asistencial posible así como seguridad. A esto hace referencia el artículo 16.1 y 15.4 de la Ley 41/2002 relativa a la autonomía del paciente. Esta ley hace una excepción y permite el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, así como por motivos judiciales.

Podemos entender entonces que la protección de los datos contenidos en la historia clínica está ampliamente regulados por la legislación europea, estatal y autónomica.

La historia clínica viene a recoger la información asistencial extraída por el médico responsable y los profesionales sanitarios que intervengan en la asistencia sanitaria prestada al paciente. Esta información se obtiene de los datos personales y de salud por facilitados por el paciente o por sus familiares o acompañantes en casos de incapacidad, de forma verbal o escrita (aportando informes de otros profesionales) a través de la entrevista necesaria para resolver el motivo de consulta y de los hallazgos observados y recogidos durante la exploración física. La historia clínica también incluye los datos personales del paciente y también tiene acceso a ella el personal no sanitario.

A continuación haremos un detalle de los datos mínimos que contiene la historia clínica: a) La documentación relativa a la hoja clínico estadística. b) La autorización de ingreso. c) El informe de urgencia. d) La anamnesis y la exploración física. e) La evolución. f) Las órdenes médicas. g) La hoja de interconsulta. h) Los informes de exploraciones complementarias. i) El consentimiento informado. j) El informe de anestesia. k) El informe de quirófano o de registro del parto. l) El informe de anatomía patológica. m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería. n) La aplicación terapéutica de enfermería. ñ) El gráfico de constantes. o) El informe clínico de alta.

Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de

la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

Todos los datos anteriormente descritos son datos especialmente protegidos ya que pertenecen a la intimidad personal del paciente por lo tanto estos datos deben ser confidenciales.

Pero bien, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de datos confidenciales?. Según el diccionario de la Real Academia Española la definición de confidencial es Que se hace o se dice en la confianza de que se mantendrá la reserva de lo hecho o lo dicho. "por lo que podemos afirmar que la información que contiene la historia clínica es información que el paciente facilita mediante la confianza del paciente al personal sanitario y no sanitario y que debe ser usada única y exclusivamente para el fin para que el paciente nos la facilita, para prestarle una asistencia sanitaria de la mejor calidad posible.

Otro factor importante a tener en cuenta, además de la confidencialidad, es el deber de secreto. Cuando oímos hablar de secreto profesional en muchas ocasiones podemos pensar que solamente el personal sanitario (médicos, enfermeras, matronas,...) está obligado a guardar secreto profesional. En este sentido la Ley 41/2002 hace referencia en varias ocasiones sobre la confidencialidad de los datos del paciente o usuario de servicios sanitarios. En su artículo 16.6 "el personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de guardar secreto" y además nos especifica a qué tipo de personal se refiere, manifestando que este secreto deberá ser guardado por todo aquel personal sanitario y no sanitario que pueda acceder a la historia clínica. En concreto se refiere al personal no sanitario que trate los datos en el ejercicio de sus funciones, en particular el personal de administración y gestión de los centros sanitarios; e incluso otras personas que puedan acceder a la historia clínica en el ejercicio legítimo de sus funciones, por ejemplo con fines de inspección y planificación sanitaria.

A.Hipótesis de la investigación. Nos encontramos con que la protección de datos sensibles de carácter personal está regulada y desarrollada en una amplia legislación, europea, estatal y autonómica , esto junto con la diligencia del personal que presta la asistencia hace que los datos contenidos en la historia clínica del paciente esté protegida.

B.Objetivos de la investigación:
El objetivo de la presente investigación es recopilar y conocer la legislación vigente tanto estatal como a nivel europeo que ampara la protección de datos sensi-

bles contenidos en las historias clínicas de los pacientes; de igual modo el objetivo es conocer el tratamiento que les debemos de dar a los datos de los pacientes que acuden al centro sanitario para poder prestar una asistencia sanitaria de la mayor calidad posible.

5 Discusión-Conclusión

Nuestros datos personales son un bien intangible muy preciado para cada persona, de ahí que debamos ser celosos con su protección. En la historia clínica aparecen datos relativos a la intimidad del paciente y todos los datos contenidos en ella son susceptibles de especial protección.

Como profesional no sanitario soy consciente de la importancia que tiene ser muy riguroso con la protección de todos los datos de los pacientes que acuden a cualquier centro sanitario, para ello considero de vital importancia que se cumpla la legislación vigente y además adoptemos algunos procedimientos tan sencillos como nunca dejar una ventana abierta en la que aparezcan datos de carácter personal de pacientes a la vista de otra persona, haciendo especial hincapié en nunca abandonar nuestro puesto de trabajo sin cerrar o minimizar todas las ventanas que tengamos desplegadas en nuestra pantalla de ordenador, nunca dejar a la vista ningún documento de ningún paciente, ser diligente con el correcto archivo de la documentación generada, no hacer comentarios con ninguna persona incluso compañeros de los datos o situación de cualquier paciente.

La definición que entendemos de manera común de secreto médico se ha quedado obsoleta ya que en la actualidad lo que se conocía como secreto médico, es decir, el deber de guardar secreto de todos aquellos datos de la esfera privada del paciente, también debe ser objeto de secreto del resto de personal que tiene acceso a esos datos por razón de desarrollar su trabajo. Ahí estamos incluidos el personal de administración de los centros sanitarios que aunque sólo podemos acceder a los datos de las historias clínicas relacionados con nuestras funciones, estos datos también son datos personales y confidenciales de los pacientes que no deben ser revelados en ningún caso.

Debemos respetar la intimidad de todas las personas que acudan al centro sanitario no facilitando a otras personas sus datos ni personales ni clínicos, ni difundiéndolos por ningún medio.

Ser conscientes de nuestra responsabilidad relativa a la protección de los datos

sensibles de los pacientes que acuden a cualquier centro sanitario es fundamental, de ser así los pacientes tengan mayor confianza y esto repercuta en la mayor facilidad para poder realizar una asistencia mejor.

Y por último, pero no menos importante debemos de tener en cuenta que tarde o temprano nosotros pasaremos por un centro sanitario, ya no como profesionales, si no como pacientes y agradeceremos que los profesionales que nos presten la asistencia sanitaria protejan adecuadamente nuestros datos contenidos en nuestra historia clínica y en ningún caso nuestros datos se hagan públicos.

6 Bibliografía

- Legislación vigente
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 609

EL EFECTO RINGELMANN Y LA FORMACIÓN NECESARIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE SALUD

MARTA MARTÍNEZ GALÁN

RAQUEL CASADO DEL RÍO

PATRICIA SUÁREZ RODRÍGUEZ

RAÚL GUTIÉRREZ PRADO

1 Introducción

El efecto Ringelmann, también conocido como comportamiento free rider o problema de polizón, es un concepto que indica la aparición de la tendencia a disminuir el rendimiento en un grupo, es decir a medida que aumenta el numero de miembros, la productividad grupal decrece ya que el esfuerzo del conjunto no es igual de forma individual.

Este efecto debe su nombre al fisiólogo alemán que lo demostró con el experimento de la cuerda en el año 1913, con el que se estudio a un grupo de personas que tiraban de una cuerda conectada a un extensómetro.

Las funciones que desempeña el personal administrativo tienen mucha importancia por que afectan de manera directa a la organización interna del centro por lo que tanto la motivación como la formación juegan un papel fundamental.

2 Objetivos

- Analizar las funciones del personal administrativo en el sector sanitario actual.
- Conocer si se rinde mas trabajando en grupo o de manera individual y planificar una formación más especifica y motivadora que facilite la adquisición de conocimientos y competencias para poder llevar a cabo con éxito el trabajo del auxiliar administrativo sanitario.

3 Metodología

- Análisis de las funciones del personal administrativo en los distintos puestos de trabajo.
- Definición del perfil profesional de cada uno de ellos.
- Planteamiento de una formación especifica adecuada en base al perfil profesional obtenido.

Efecto Ringelmann: un grupo de personas tiran de una cuerda, la cual esta atada a un instrumento que mide la fuerza de tracción. Los datos obtenidos fueron, que uno contra el otro realizaba un 100% de esfuerzo. Cuando lo hacían por parejas el esfuerzo era del 93%. Por tríos bajaba al 85%. Y así hasta que en un grupo de ocho personas cada uno se esforzaba un 49% de su capacidad.

Se identifican dos procesos distintos como fuentes potenciales para la reducción de la productividad de los grupos: perdida de motivación y problemas de coordinación.

-Perdida de motivación: reducción del esfuerzo individual ejercido cuando las personas trabajan en grupos en comparación a cuando trabajan solas.

-Problemas de coordinación: cuando los individuos se reúnen en grupos para llevar a cabo una tarea, su rendimiento depende de sus recursos individuales y los diversos procesos interpersonales en el trabajo dentro del grupo.

Los componentes de un equipo pueden estar menos motivados en las situaciones en las que las tareas son repetitivas, aunque el rendimiento es deficiente cuando la coordinación entre los miembros de equipo es errónea o incluso existe falta de motivación

4 Resultados

Cuando mayor es el grupo de personas menor es la fuerza que se emplea para tirar. El esfuerzo del grupo disminuye.

A raíz de observar el problema que supone el efecto Ringelmann, se han dado varias soluciones para superarlo, entre las que se encuentran:
-Identificación y determinación del desempeño individual.
-Autoevaluación propia y de los demás del grupo.
-Evaluación externa del desempeño por un superior.
-Fomentar la creencia de la indispensabilidad del desempeño individual para el éxito del grupo.
-Fomentar la competitividad dentro del grupo y entre los grupos.
-Relevar tareas que sean difíciles, reten a los miembros del grupo, que sean intrínsecas y personalmente relevantes.

Las formas tradicionales para la motivación como la fijación de objetivos y ofrecer recompensas o sancionar no se contemplan como un camino para la reducción del efecto Ringelmann

El personal administrativo requiere, entre otros, de conocimientos en:
-Herramientas ofimáticas.
-Programas específicos: OMI,SELENE.
-Habilidades comunicativas.
-Utilización correcta del lenguaje.
-El manejo de recursos habituales en su entorno de trabajo como puede ser el uso de la impresora o de la fotocopiadora.
-Habilidades de comunicación telefónica (sonrisa telefónica)
-Habilidades para manejar ciertos conflictos.
-Habilidad para transmitir.
-Aptitudes para tramitar expedientes, transcribir audios, archivado y digitalización de documentos etc..

5 Discusión-Conclusión

El perfil profesional del auxiliar administrativo en el sector sanitario es polivalente, requiere de una formación específica en una gran variedad de materias. Para garantizar el buen funcionamiento del sector publico sanitario se debe garantizar dicha formación desde las administraciones publicas.

Cuando los individuos trabajan en grupo, la responsabilidad a nivel individual disminuye debido a que no se sienten directamente responsables no pudiéndose evaluar sus propios esfuerzos

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 610

ASPECTOS ERGONÓMICOS PARA LA ELECCIÓN DE SILLAS DE OFICINA.

FLORINDA HUERTA MARTINO

1 Introducción

La silla es un elemento del mobiliario de oficina que tiene que estar en concordancia con el puesto de trabajo y también con las características físicas de la persona que va a desempeñar esa ocupación. Al no existir un criterio de silla ergonómica universal, es importante determinar el uso específico y las características antropométricas y biomecánicas de cada individuo.

La ergonomía, es una rama de la ingeniería que estudia la influencia de las condiciones de trabajo en la productividad, por ello se aplican estos criterios en el diseño de sillas de oficina, con la finalidad de reducir enfermedades laborales y a su vez aumentar el rendimiento en el trabajo.

2 Objetivos

Exponer los aspectos ergonómicos más importantes para la elección de las sillas de oficina.

3 Metodología

Consulta de la normativa aplicable con el instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Guía técnica del INSST para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización.

Revisión sobre las especificaciones ergonómicas de diferentes modelos de sillas que existen en el mercado: Herman Miller, Humanscale, Eurotech.

4 Resultados

El principal objetivo de una idónea elección en las sillas ergonómicas, es permitir una correcta adopción postural, para que así se puedan evitar severos problemas de columna, dolor de cuello y espalda, síndrome del túnel carpiano y otros problemas de salud que experimentan aproximadamente el 85% de los empleados de oficina a partir de los 50 años. Las causas de lesiones de espalda, pueden estar originadas por estar sentado de forma prolongada en una postura no natural, posturas inconvenientes de la espina dorsal, contracturas localizadas y compresión.

Por ello, estudiamos las características que deben tener las sillas de oficina para que proporcionen al cuerpo un apoyo estable y que el trabajador mantenga una postura confortable durante largos periodos de tiempo. La silla debe permitir un verdadero soporte lumbar y opción a realizar cambios de postura. El asiento no debe dificultar el flujo de sangre por las extremidades inferiores evitando la compresión. El acolchado debe estar fabricado con un material transpirable y adaptarse a la espalda.

A tal respecto, existe una normativa aplicable (Real Decreto 488/1997, de 14 de abril) que especifica que el asiento debe ser estable, confortable y proporcionar al usuario libertad de movimiento, con altura regulable. El respaldo deberá ser reclinable y su altura ajustable, también permitir la realización de cambios posturales.

En esta línea, la normativa en prevención de riesgos indica que la profundidad del asiento tiene que ser también regulable, para que el borde no presione las piernas. Tienen que estar dotadas de cinco puntos de apoyo en contacto con el suelo e incluir ruedas adecuadas al suelo existente. Si se prevé reposabrazos, éste no debe dificultar la postura del trabajador ni el acceso al puesto de trabajo.

Se propone, desde el punto de vista ergonómico, seleccionar distintos tipos de sillas y permitir a los trabajadores que elijan las que mejor se ajusten a sus características antropométricas.

5 Discusión-Conclusión

Tener en cuenta los aspectos más importantes resaltados anteriormente y relacionados con la ergonomía asegurará una buena biomecánica corporal y un mayor rendimiento laboral a expensar de reducir la morbilidad y complicaciones asociadas a malas posturas y comportamientos en el ámbito laboral.

6 Bibliografía

- Instituto nacional de seguridad e Higiene en el trabajo.
- Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización. 2006.
- Real Decreto 488/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización. 1997.
- Carmona, A. Aspectos antropométricos de la población laboral española aplicados al diseño industrial. 2003.

Capítulo 611

FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

BRAULIO GARCIA SANCHEZ

1 Introducción

La atención primaria es el primer punto de encuentro entre los pacientes y los profesionales sanitarios y no sanitarios. Cada uno de estos trabajadores de la salud cumple una función muy importante, en un equipo multidisciplinar donde encontramos a los celadores.

2 Objetivos

Exponer de una manera resumida las principales funciones del celador en atención primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del celador en Atención Primaria son muy parecidas a las funciones que cumplen los celadores que trabajan en las puertas del hospital.
-Cuidarán que todas las dependencias se encuentren en su debido orden.
-Procurarán que los pacientes y sus familiares mantengan el orden y procuren estar en silencio.
-Se encargarán de proporcionar la información sobre el lugar en el que se encuentran, sobre el día y hora de las consultas…
-Trasladarán los documentos necesarios así como el material y los objetos cuando sean requeridos para ello.
-Tendrán a su cargo el traslado de los pacientes que no puedan valerse por sí mismos hacia los lugares necesarios.
-Ayudarán al personal sanitario que los requieran para realizar pequeñas curas y pequeñas intervenciones.

En consecuencia podemos decir que es de gran amplitud el número de tareas que puede realizar el celador en cualquier centro sanitario. Estas funciones serán distintas en función del lugar en el que se encuentre el celador trabajando. Es muy importante que los celadores de determinadas zonas, como son los de puerta, urgencias, planta, rehabilitación o ambulatorio, conozcan las relaciones entre los pacientes y sus familiares para que les puedan facilitar la información que les sea necesaria y que este dentro de su competencia.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores han de ser personas con facilidad de palabra y con paciencia, amabilidad y comprensión. Deben saber adaptarse a la persona que van a tratar, de tal manera que sepan contestar a la persona que demanda sus servicios o información, de forma que sea entendida por el solicitante. También es importante que el celador conozca las posturas fundamentales de un enfermo encamado, así como el saber cómo deben movilizar a los distintos pacientes, ya que muchos tienen disminuidas sus capacidades y no pueden movilizarse por sí solos.

6 Bibliografía

-www.censanidad.com
-https://elblogdelcelador.files.wordpress.com

Capítulo 612

EL SINDROME DEL TUNEL CARPIANO PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN EL AMBITO SANITARIO.

MÓNICA SÁNCHEZ ANTUÑA

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano es un trastorno nervioso, posiblemente sea uno de los trastornos nerviosos que se diagnostica más en la actualidad. Es bastante común que se relacionen con trabajos o actividades que tengan movimientos manuales muy repetitivos (movimientos repetidos de mano y muñeca, posiciones repetitivas forzadas de la muñeca) como por ejemplo el trabajo de un auxiliar administrativo.

Este síntoma es más común en las mujeres, la frecuencia de aparición en éstas es tres veces la de los hombres y en las personas de mediana edad o mayores.

El síndrome del túnel carpiano puede afectar a la fuerza y sensibilidad de las manos notando una disminución en las mismas. Normalmente afecta a una mano pero puede darse en las dos. El nervio mediano y los tendones flexores pasan por el túnel carpiano en la parte interna de la muñeca. Si el nervio mediano se comprime, disminuye o bloquea los impulsos nerviosos que recorren el nervio. Como el nervio mediano proporciona la función muscular y la sensibilidad en la mano, esto puedo causar entumecimiento, debilidad o pérdida de sensación y de función.

En un estadio inicial, se caracteriza por sensación de parestesia en la región correspondiente del nervio, que ocasionalmente irradia a antebrazo y codo; aparece en reposo y la aparición de dolor es nocturna. A medida que la enfermedad progresa, el dolor se repite a lo largo de la noche provocando la interrupción del sueño. Tanto el dolor como las parestesias, se prolongan durante el día afectando principalmente a los dedos pulgar, índice y anular.

El Síndrome del Túnel Carpiano (STC) plantea una dificultad diagnóstica, ya que pese al cuadro clínico de dolor, parestesias y disfunción muscular a nivel de la mano y el brazo, no existe ninguna prueba diagnóstica que determine inequívocamente la presencia de esta patología. El diagnóstico se basa en la historia clínica, uso de cuestionarios y electromiograma.

Una mala postura al escribir o utilizar el ratón y puedes estar perdido: el STC es un síndrome muy habitual entre los auxiliares administrativos que utilizan el ordenador con teclado y ratón durante largos periodos de tiempo.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Estudiar y evaluar los factores de riesgo laborales para el desarrollo del STC en los profesionales de administración sanitaria y facilitar las medidas para que estas tareas no causen enfermedades profesionales.

Objetivos secundarios:
- Seguir los protocolos de posturas forzadas y neuropatías por presión, explorando las manos, localizando el dolor y posibilitando, la detección precoz y las oportunas recomendaciones para tener una mejor higiene postural en el puesto de trabajo.
- Diseñar adecuadamente siguiendo criterios ergonómicos, los puestos de trabajo evitando la adopción de posturas forzadas, eliminando los movimientos repetidos realizados con la muñeca o la mano.
- Formación e información específica para evitar la realización de acciones inadecuadas con la mano o muñeca.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo, se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática a través del motor de búsqueda Google Académico, descubriendo bases

de datos especializadas y varios artículos vinculados al tema propuesto.

4 Resultados

Se trata de una enfermedad emergente pues en los últimos años está creciendo la cantidad de casos declarados como enfermedad profesional.

El síndrome del túnel carpiano podría evitarse con las adaptaciones adecuadas del lugar de trabajo.
La postura de realizar habitualmente presión sobre el talón de la muñeca, aumenta el riesgo de padecer parestesias como síntoma inicial del proceso y el hecho de ser mujer aumenta el riesgo de sufrir dolor.

- Se recomienda el uso de dispositivos ergonómicos (teclados y almohadillas de ratón con apoyo para las muñecas) para minimizar el dolor o prevenirlo.
- Caracterizar las condiciones laborales.
- Identificar las principales actividades que presentan mayor riesgo.
- Caracterizar la prevalencia de casos sobre Síndrome del túnel carpiano en puestos administrativos, permitiendo identificar aquellos trabajadores más vulnerables y con mayor riesgo de padecer esta patología.
- Potenciar el enriquecimiento del puesto de trabajo intercalando tareas diferentes.
- Fomentar la alternancia de posturas.
- Establecer un sistema de pausas que permitan la recuperación del personal.
- Formar e informar al personal sobre los riesgos derivados de las posturas inadecuadas y los movimientos repetitivos.
- Investigar las causas de los daños producidos a la salud del personal.
- Fomentar la realización de ejercicios de estiramiento y relajación de la muñeca antes y después de la actividad laboral.
- Promocionar estilos de vida saludables.
- Reducir los apoyos prolongados sobre el talón de la mano.
- Evitar las posturas de flexión o de extensión de la muñeca mayores a 45 grados más de dos horas diarias.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado que los trastornos musculoesqueléticos se incrementan a medida que aumentan los años de trabajo. Resulta complicado determinar si el factor

de riesgo es la edad, la antigüedad en el trabajo o ambos.

Para los auxiliares administrativos se han dictado numerosas sentencias que han declarado como enfermedad profesional el STC, cuando una de las funciones habituales es la utilización tanto del teclado como del ratón de forma constante y repetitiva.

El tratamiento del STC solamente es efectivo cuando se reducen o eliminan la exposición a los factores de riesgo ergonómico. El tratamiento de los pacientes que presentan STC, puede incluir terapia física, medicación, uso de férula, intervenciones conductuales y ocupacionales y en casos severos, cirugía para descomprimir el túnel del carpo.
En el tiempo de evolución hasta el diagnóstico del STC se observa que influye la duración de la jornada laboral; cuanto más dura de la misma, antes aparecen los síntomas del proceso.

Se estima que muchos casos de STC de origen laboral siguen ocultos como patología común debido a las conocidas deficiencias del sistema de declaración de enfermedades profesionales en España. Esta infradeclaración es uno de los principales obstáculos que los estudios epidemiológicos de nuestro país tienen para conocer la incidencia y prevalencia real del STC laboral y desarrollar las estrategias preventivas necesarias.

El STC es un padecimiento que compromete de manera importante el normal desarrollo de las actividades laborales. La identificación de las personas afectadas con STC permite la oportuna atención en salud ocupacional, prevenir la incapacidad creciente y el impacto negativo personal e institucional

6 Bibliografía

- https://www.insst.es.
- https://www. contenidos.usco.edu.com.
- https:/prevenciónfremap.es.
- https://pdfs.semanticscholar.org
- https://www.scielosp.org
- http://www.invassat.gva.es.

Capítulo 613

EL CONSUMO SOSTENIBLE COMO BENEFICIO PARA LA SALUD Y EL MEDIOAMBIENTE

AINHOA SUÁREZ COLUNGA

1 Introducción

La línea de productos ecológicos llega a las grandes superficies. La demanda de estos productos está en constante crecimiento. El compromiso en el que se basan las marcas de estos productos es la alimentación saludable y el respeto por el medioambiente.

El principal problema al que se enfrenta el consumidor es conocer si las empresas que distribuyen estos productos siguen los valores de la producción ecológica. "Ecovalia contribuye a un mundo más sostenible (ecológica, económica y socialmente), a la conservación del medioambiente, al bienestar animal y a la salud de las personas mediante el fomento de su razón de ser: la producción ecológica y el consumo de los bienes que esta genera" (Ecovalia, 2017).

El consumo ecológico es un fenómeno actual. La venta de productos ecológicos en España ha aumentado en un 40% desde 2015 (Barrera, 2017). Las grandes cadenas de supermercados firman convenios con empresas ecológicas. España es uno de los principales países productores.

2 Objetivos

- Entender cómo afecta el consumo de alimentos ecológicos al medioambiente y a la salud.
- Conocer de qué manera el consumo de alimentos ha cambiado en estos últimos años y porqué.

3 Metodología

Para el estudio se ha recopilado datos de la siguiente manera:
- Conocer las normas de la alimentación ecológica a través de: dosieres de alimentación ecológica, análisis de sites de organizaciones y marcas ecológicas, visualización de documentales, observación de grupos de consumo y producción eco en redes sociales y estudio de investigaciones científicas sobre el tema.

4 Resultados

Contexto económico.
La crisis económica con inicio en 2008 modificó la cesta de la compra de los hogares españoles.
Durante la crisis, la alimentación ecológica se concentraba en aquellos con formación superior que tenían un nivel de ingresos medio-alto. El consumo ecológico abarcaba un 1% del mercado alimentario en 2008, pero la crisis no paralizó su expansión, ya que en el 2011 el consumo creció un 7% (Antentasa y Vivas, 2014).

El crecimiento económico en España comenzó en el 2014 cuando el PIB mostró valores positivos. En la tabla de la izquierda se aprecia la evolución económica española según el PIB per capita.

España está en primer lugar entre los países europeos de la "consciencialización ambiental…La media europea se encuentra lejos de lo deseado por lo que es necesario sensibilizar a los ciudadanos sobre los problemas del medio ambiente" (Bandeira, 2011).

España es el primer país de la UE con mayor superficie de hectáreas ecológicas. Se posiciona en el 7º puesto de consumo ecológico en Europa y es uno de los diez países con mayor mercado ecológico por valor de aproximadamente 1700 millones de euros. En el 2017 el mercado ecológico ha crecido 13% respecto al

año anterior (Ecovalia, 2017). En conclusión, se puede decir que España es un país productor y consumidor de productos ecológicos en constante crecimiento.

La salud y la contaminación ambiental.

La contaminación ambiental del aire, del agua y del suelo por productos químicos causan entre 1 % al 4 % de los casos de cáncer. "La exposición a agentes carcinógenos también pueden producirse a través de alimentos contaminados por sustancias químicas, como las aflatoxinas o las dioxinas" (OMS, 2018).

Ante los datos recogidos de la OMS y demás declaraciones, se puede concluir que las enfermedades crónicas pueden evitarse, en algunos de los casos, poniendo en práctica hábitos saludables como: el consumo de productos sin procesar, mantener una dieta equilibrada rica en frutas y verduras, practicar ejercicio físico y evitar malos hábitos como el consumo alcohol o fumar.

Una motivación para el consumidor ecológico es conocer que los productos con sustancias químicas son perjudiciales para la salud y por ello apuesta por un consumo natural de los alimentos. Otra de las preocupaciones es la contaminación ambiental que afecta a más factores.

Preocupación ambiental.

A principios del s XX llegó el usar y tirar con envases que solo servían para un solo uso. Los vertederos comenzaron a saturarse y los niveles de contaminación aumentaron, por lo que la sociedad comenzó a dar importancia al reciclaje (concienciaeco, 2015).

En los años 60 y 70 surgen las primeras ONG y movimientos sociales verdes con el fin de "estimular una nueva conciencia en la sociedad, en relación con los problemas sociales y medioambientales que estaban surgiendo… e influir en los gobernantes para propiciar un cambio en las actitudes y estrategias políticas" (Mogollón, Hernández, 2004). En los 70 nació el símbolo la cinta de Möbius, este logotipo muestra las tres fases del reciclaje: recogida de residuos, el procesado y el regreso a la producción.

Desde los años 80 hasta mediados de los 90 tuvieron lugar grandes catástrofes naturales. La opinión publica culpó a las empresas multinacionales. A finales de los años 90 el medioambiente era un tema de debate público a nivel global. Se establecieron una serie de condiciones para la gestión gubernamental de las empresas. En este discurso se integraba lo económico, lo social y lo medioambiental,

apareciendo la RSC y la sostenibilidad (Mogollón, Hernández, 2004).

Ecológico es aquello "realizado u obtenido sin emplear compuestos químicos que dañen el medioambiente" (RAE,2008). "Un producto ecológico es aquel que procede de la agricultura ecológica y está certificado por un organismo de control autorizado. Esto solo puede garantizarse mediante un etiquetado correcto. También pueden ser denominados biológicos u orgánicos" (Ecovalia, 2017).

Según afirma (Ottman, 1998), "los consumidores ecológicos controlan el poder de compra", ya que "no renuncian a atributos de los productos como son: el desempeño, la calidad y la conveniencia". El consumidor verde vincula la compra de productos con la preservación ambiental (Haleis, 2007).

5 Discusión-Conclusión

Se establecen dos perfiles de consumidor ecológico:
- Naturalista: cercano al ambientalismo, comprometido con la sostenibilidad, conocedor de la producción ecológica y de los beneficios para la salud del consumo eco.

La necesidad del consumidor ecológico es comprar productos sostenibles y saludables con facilidad, a un precio competitivo. Este necesita satisfacer la necesidad de autorrealización al adquirir alimentos.
- Iniciático: activo en redes sociales que asume información como veraz siempre que llegue desde una marca empresarial o personal de referencia y se asemeje a su ideología.

La evolución del consumidor es circular y se presenta en las siguientes tres fases
- Primera fase: el consumo de productos naturales en el pequeño comercio.
- Segunda fase: la adquisición de productos con conservantes en empresas multinacionales.
- Tercera fase: la compra de alimentos naturales con etiquetado eco/bio.

La estrategia de venta, la preocupación por la salud y por el medioambiente son argumentos de peso, sobre todo para el consumidor naturalista

6 Bibliografía

- Ecovalia. (2017). Obtenido de Ecovalia: http://www.ecovalia.org/index.php/que-hacemos

- Bandeira, S. M. (2011). El consumidor ecológicamente consciente perfil y comportamiento de compra.
- Barrera, Á. (2017). Ecovalia. Andalucía.
- Cardona, H. J. (29 de Septiembre de 2016). Hospital Juan Cardona. Obtenido de
- http://www.hospitaljuancardona.es/blog/hipertensi%C3%B3n-arterial
concienciaeco. (16 de Mayo de 2015).
- Concienciaeco. Obtenido de www.concienciaeco.com.
- Ecovalia. (2017). Ecovalia. Obtenido de http://www.ecovalia.org/index.php/que-hacemos/consumo-ecologico
- Haleis, J. (2007). The New Green Consumer Guide".
- Macaya, C. (. (25 de Octubre de 2016). Hipercolesterolemia y dislipemia. Obtenido de https://youtu.be/Ng5LDCjpbQ4.
- OMS. (2018). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.who.int/cancer/prevention/es/
- Ottman, J. (1998). Green Marketing, Opportunity for Innovation. USA: NTC Business Books.
- Ruiz, Díaz y Rondán-Cataluña. (2013). Efectos de los cambios de precios en el valor de la cartera de clientes:. Revista Europea de Dirección.

Capítulo 614

EL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

MARIA DEL PILAR DE LA COBA ACEÑA

1 Introducción

Un paciente oncológico en fase de tratamiento es un paciente inmunodeprimido ya que su cuerpo no puede producir una respuesta inmunitaria adecuada.

Se conoce como aislamiento hospitalario, el conjunto de normas que hay que tomar en el hospital para evitar la propagación de las enfermedades infecciosas dentro de las distintas estancias y servivios hospitalarios.

Mediante el aislamiento se pretende evitar la propagación de microorgnismos entre los pacientes, interrumpiendo la cadena epidemiológica en la via de transmisión sobre todo.

Hay que señalar que en muchas ocasiones es difícil conseguir el aislamiento completo, pero cuando la propagación de los gérmenes se le ponen barrera, es siempre mas difícil que la infección y/o enfermedad infecciosa se extienda.

2 Objetivos

- Evitar la propagación de infecciones en el hospital, extremando la profilaxis.
- Evitar el contacto de heridas, con sangre, líquidos o secreciones de los pacientes.
- Evitar la formación de heridas por accidente laboral y de manera especial con objetos e instrumentos contaminados, etc.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los textos disponibles en Castellano sobre aislamientos y pacientes inmunodeprimidos.

4 Resultados

Un ensayo restrospectivo de cohortes describe e investiga la causa de un brote de 10 casos de infección nosocomial con el aspergillus flavus en una unidad de oncología hematológica. Incluyen en el estudio a 91 pacientes admitidos en dicho servicio entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 1992, durante días 4 o más consecutivos. Diez (el 18%) de 55 pacientes admitidos a partir de julio a diciembre 1992 fueron diagnosticados con aspergillo invasor comparado con 0 (0%) de 36 pacientes admitidos a partir de enero a junio de de 1992 en la misma unidad.

La fuente del brote era los altos registros de aspergillus determinados en el muestreo del aire en el ala de trasplantes de médula durante el brote. Después fueron instalados como medida de control de la infección filtros HEPA y hubo solamente dos casos de aspergillosis nosocomial en los 2 años que seguían el brote.

Concluyeron los autores en que este brote ocurrió entre pacientes hematológicos con granulocitopenia prolongada en un ambiente sin filtros HEPA ni unidades laminares del flujo de aire. También concluyen que los datos demuestran que en el ajuste de un brote de aspergillosis, los filtros HEPA son altamente protectores para inmuno compromiso a pacientes oncohematológicos y son eficaces para controlar los brotes con los conidios del aspergillus debido a la contaminación del aire.

5 Discusión-Conclusión

Para pacientes oncologicos es necesario un aislamiento protector; que trata de proteger a pacientes gravemente inmunodeprimidos. Las precauciones en estos casos serán las siguientes:
- Lavado de manos.
- Habitación individual.
- Colocación de bata, guantes, gorro, mascarilla y calzas antes de entrar en la habitación.

- Depositar ropas utilizadas en contenedores preparados al efecto cuando se salga de la habitación.
- Mantener siempre la puerta cerrada.
- En algunas instituciones se empezaron a utilizar habitaciones dotadas de flujo de aire laminar y filtros de alta eficacia.

6 Bibliografía

- Revistas de enfermería.
- Scielo.
- Pubmed.

Capítulo 615

ORÍGENES DEL CONSUMO DE COMIDA RÁPIDA EN ESPAÑA Y SUS CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

AINHOA SUÁREZ COLUNGA

1 Introducción

Los trabajos sedentarios, las nuevas tecnologías y las innovadoras formas de relacionarse han hecho que la sociedad sea sedentaria en un alto porcentaje.
Este estudio se centra en la comida rápida la cual aporta un exceso de energía, contiene un gran porcentaje de grasas saturadas y lleva aditivos y sal en abundancia.

2 Objetivos

El objetivo general de este trabajo es conocer cómo están implantados los restaurantes de comida rápida en España y cómo afecta esta oferta de restauración a la población.

Otros objetivos específicos:
- Conocer la evolución histórica hasta el consumo abusivo de comida rápida.
- Investigar los efectos en la salud de la sociedad a largo plazo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El contexto social y económico a la hora de comprar o elegir restaurante tiene gran influencia.

1. La llegada de la TV:
La televisión comenzó a tener repercusión en España en el año 1963, pertenecía al estado franquista. El modelo económico era mixto, ya que la publicidad era una fuente de ingresos significativa. El público de los años 60 no estaba acostumbrado a la recepción de información visual persuasiva y las empresas comenzaron a utilizar esta inexperiencia como ventaja en la comunicación publicitaria

2. La sociedad en los años 70:
La figura de la mujer estaba vinculada únicamente al hogar y su tiempo estaba dedicado a cuidar de los miembros de su familia. Entre los valores de una ama de casa predominaba la alimentación casera y de calidad. Al no existir electrodomésticos para acelerar el cocinado, el tiempo de dedicación era extenso. En los años 70, la población española comenzó a evolucionar: la clase media urbana era abundante, la seguridad social se extendió en beneficio del 80% de la población y se expandió la educación pública. El rol de la mujer casada también cambió, se incorporó al mundo laboral, solo una minora logró esta trasformación. Estas mujeres debían de compaginar la vida laboral con ser amas de casa. Programas como La mujer ideal eran el modelo a seguir. Este cambio sociológico provocó que cocinar se necesitara hacer con mayor rapidez y llegaron al mercado productos como la sopa de sobre o los espaguetis.
Según pasaron los años, la población se vio obligada a vivir cada vez más rápido. La industria alimenticia creó mayor número de productos de consumo inmediato. En el sector hostelero predominaron las franquicias de ”fast food”, las cuales actualmente siguen aumentando sus ventas. En España llegaron las grandes compañías de comida rápida en el año 1971.

3. Contexto económico:
La crisis económica con inicio en 2008 modificó la forma de consumir de los hogares españoles. Según los datos facilitados por el Informe SESPAS (2014):
- La elección del establecimiento en el cual efectuar la compra estaba determinado principalmente por el factor precio.
- La cantidad de alimentos consumidos por persona disminuyó respecto a los años anteriores a la crisis.
- El consumo de los alimentos más caros descendió mientras que el consumo de alimentos más económicos aumentó.
La adquisición de carne y pescado descendió tras el inicio de la crisis. El consumo de frutas y verduras no fue constante en los años siguientes. En contraposición, el consumo de legumbres había aumentado desde el inicio de la crisis.
Los cambios alimentarios a consecuencia de la crisis modificaron la manera de consumir. Algunos aspectos positivos fueron el aumento de consumo de legumbres y la reducción de comidas en restaurantes.
El público buscaba restaurantes más baratos, principalmente ”fastfood”. Aumentó el consumo de los dulces procesados. La vinculación entre la crisis y la obesidad fue demostrada, en 2014 el 39% presentaba sobrepeso y un 23% obesidad.

4. Número de restaurantes de las principales marcas en España:
- McDOnald´s 483.
- Starbucks 120.
- KFC 112.
- Subway 70.
- Domino´s pizza 228.
- Pizza hut 30.
- Burguer King 700.

5. Problemas básicos de consumir ”fast food”:
Según un informe de 2018 de EAE Business School el consumo de estos alimentos puede causar estos síntomas en nuestra salud:
- Pérdida de memoria.
- Depresión.
- Fatiga y debilidad.
- Problemas digestivos.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades renales.
- Aumenta el riesgo de sufrir cáncer, diabetes tipo 2 o demencia.

6. Nuevas enfermedades:
Las enfermedades crónicas más comunes en España son la hipertensión arterial, el dolor de espalda (lumbar), el colesterol alto, el dolor de espalda (cervical), la migraña, la depresión, la ansiedad crónica, la diabetes y la tiroides.
La diabetes ha aumentado de un 4,7% en 1980 a 8.5% en 2014 (mayores de 18 años). La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición (OMS, 2018).
La hipercolesterolemia se puede prevenir con una alimentación sana, sin grasas saturadas y practicando ejercicio aeróbico.
Según el Hospital Juan Cardona para prevenir la hipertensión arterial es fundamental "tener hábitos de vida saludable y, sobre todo, evitar el sobrepeso y la obesidad" (2016). La enfermedad más mortal en España es el cáncer.
Según la OMS (2018) "Al menos un tercio de todos los casos de cáncer pueden prevenirse". El tabaco, la falta de actividad física, los factores alimentarios, la obesidad y el sobrepeso son algunas de las causas que hay que evitar para controlar el cáncer a largo plazo.

7. La obesidad en España:
- Una de las consecuencias de la aparición de enfermedades es la obesidad. Los hábitos poco saludables y el consumo de comida con exceso calórico acompañados de una vida más sedentaria que nunca hace que la obesidad deje de ser la excepción y ser conviertan en la regla.
- El 25% de la población española es obesa o tiene sobrepeso
. Según una investigación liderada por el Centro de Estudios Sociosanitarios de la Universidad de Castilla La Mancha (UCLM), uno de cada tres niños españoles tiene problemas de exceso de peso.
- España ocupa el quinto puesto de Europa de personas con sobrepeso u obesidad.

5 Discusión-Conclusión

El cambio de vida, la comodidad y la necesidad de vivir cada vez más rápido ha modificado la forma de vivir. Entre estos hábitos predomina la forma de consumir. Comer en restaurantes de comida rápida o abusar de la comida precocinada en casa ha derivado en un alto crecimiento de la obesidad en España.

Los españoles acuden a establecimientos de restauración 62 veces al año y gasta 1859 €, un 10% de sus ingresos. Gran parte de la restauración en España se dedica a la venta de "fast food".

Las consecuencias de abusar de este tipo de alimentos derivan en peligrosas enfermedades que pueden ocasionar hasta la muerte. El crecimiento de la obesidad es progresiva, al igual que la implantación de restaurantes de comida rápida, esto supondrá que en el 2030 el 80% de hombres y 55% de mujeres tendrá sobrepeso u obesidad según un estudio Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM) y médicos del Hospital del Mar.

Recientemente el gobierno ha propuesto la intención de intervenir en el mercado de "fast food" para reducir su consumo, una propuesta que estará o no por venir y abrirá nuevos debates.

6 Bibliografía

- Cardona, H. J. (29 de Septiembre de 2016). Hospital Juan Cardona. Obtenido de http://www.hospitaljuancardona.es/blog/hipertensi%C3%B3n-arterial
- Macaya, C. (. (25 de Octubre de 2016). Hipercolesterolemia y dislipemia. Obtenido de https://youtu.be/Ng5LDCjpbQ4

OMS. (2018). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.who.int/cancer/prevention/es/

- Piedrahita, J. (2007). Anuncios de TV de España (años60 a 80). Obtenido de You Tube: https://www.youtube.com/watch?v=lbijv4QGR90

- Statista. (2017). Evolución anual de las ventas de la empresa Restaurantes McDonald's SA entre 2014 y 2016 (en millones de euros). Obtenido de https://es.statista.com/estadisticas/505703/evolucion-de-ventas-de-restaurantes-mcdonald-s-sa/
- Restauración News, 2018 https://restauracionnews.com/los-espanoles-gastan-restauracion-1-859-euros-al-ano/

Centro de Estudios Sociosanitarios de la Universidad de Castilla La Mancha (UCLM , 2019)

- https://www.20minutos.es/noticia/3750784/0/obesidad-espana-crece-eeuu-segundo-pais-europa/

Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM) y médicos del Hospital del Mar. 2018 http://www.rtve.es/las-claves/la-obesidad-en-espana-2019-01-15/

Capítulo 616

DEBERES DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

MARÍA PILAR RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La ordenación del régimen del personal estatutario de los Servicios de Salud se rige principalmente por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que ha sido modificada, entre otras normas, por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

2 Objetivos

- Dar a conocer al auxiliar administrativo de los deberes del personal estatutario de los servicios de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a:
- Respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico.
- Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.
- Mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada.
- Cumplir con diligencia las instrucciones recibidas de sus superiores jerárquicos en relación con las funciones propias de su nombramiento, y colaborar leal y activamente en el trabajo en equipo.
- Participar y colaborar eficazmente, en el nivel que corresponda en función de su categoría profesional, en la fijación y consecución de los objetivos cuantitativos y cualitativos asignados a la institución, centro o unidad en la que preste servicios.
- Prestar colaboración profesional cuando así sea requerido por las autoridades como consecuencia de la adopción de medidas especiales por razones de urgencia o necesidad.
- Cumplir el régimen de horarios y jornada, atendiendo a la cobertura de las jornadas complementarias que se hayan establecido para garantizar de forma permanente el funcionamiento de las instituciones, centros y servicios.
- Informar debidamente, de acuerdo con las normas y procedimientos aplicables en cada caso y dentro del ámbito de sus competencias, a los usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios disponibles.
- Respetar la dignidad e intimidad personal de los usuarios de los servicios de salud, su libre disposición en las decisiones que le conciernen y el resto de los derechos que les reconocen las disposiciones aplicables, así como a no realizar discriminación alguna por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social, incluyendo la condición en virtud de la cual los usuarios de los centros e instituciones sanitarias accedan a los

mismos.
- Mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los centros sanitarios y a los usuarios obtenida, o a la que tenga acceso, en el ejercicio de sus funciones.
- Utilizar los medios, instrumental e instalaciones de los servicios de salud en beneficio del paciente, con criterios de eficiencia, y evitar su uso ilegítimo en beneficio propio o de terceras personas.
- Cumplimentar los registros, informes y demás documentación clínica o administrativa establecidos en la correspondiente institución, centro o servicio de salud.
- Cumplir las normas relativas a la seguridad y salud en el trabajo, así como las disposiciones adoptadas en el centro sanitario en relación con esta materia.
- Cumplir el régimen sobre incompatibilidades.
- Ser identificados por su nombre y categoría profesional por los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia conocer los derechos del trabajador para saber qué actitud se puede tomar ante determinados sucesos que forman parte de la vida laboral.

Los trabajadores tienen como derechos básicos: Trabajo y libre elección de profesión u oficio; Libre sindicación; Negociación colectiva; Adopción de medidas de conflicto colectivo; Huelga; Reunión; Información, consulta y participación en la empresa.

Pero tan importante o más es conocer bien los deberes que tenemos como trabajadores del Sistema Nacional de Salud.

6 Bibliografía

- https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101.
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/ley-552003-de-16-de-diciembre-del_17.html.
- https://www.scielosp.org/article/resp/2011.v85n5/437-448/pt/.
- https://ricardoruizdeadana.blogspot.com/2011/01/derechos-y-deberes-de-los-profesionales.html.

Capítulo 617

BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SANIDAD

LUCIA ISABEL ALVAREZ FERNANDEZ

LORENA GONZALEZ GONZALEZ

GRACIELA GONZALEZ GONZALEZ

1 Introducción

El término ”burnout” fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, en su libro “Burnout: The High Cost of High Achievement”.

El ”burnout” o síndrome del quemado es un trastorno emocional que se presenta en el ámbito laboral, debido al estrés causado por el trabajo de auxiliar administrativo y el estilo de vida personal del empleado.

¿Cómo podemos saber si estamos sufriendo ”burnout” ?

2 Objetivos

- Revisar las publicaciones para conocer las principales causas, así como las medidas preventivas aplicables al síndorme burnout o agotamiento extremo.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos científicas como: Scielo, Medline, Pubmed y Elsevier. Para realizar esta búsqueda se utilizan los

siguientes descriptores: burnout, agotamiento extremo, estrés, factores laborales. Idioma español.

4 Resultados

Este síndrome se manifiesta como agotamiento extremo en el auxiliar administrativo del ámbito sanitario; es la respuesta a la exposición prolongada a factores laborales estresantes física, mental y emocionalmente.

En la mayoría de los casos el personal que sufre ”burnout” son individuos que han elegido su profesión de manera vocacional, aunque también se manifiesta aunque en menor grado en aquellos que su profesión les ha venido impuesto o no ha sido elegida de forma vocacional.

Los síntomas más comunes de este trastorno son la depresión y ansiedad. También podemos econtrarnos con los siguientes síntomas: sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia, baja autoestima, poca realización personal, estado permanente de nerviosismo, dificultad para concentrarse, comportamientos agresivos, dolor de cabeza, taquicardia, insomnio, bajo rendimiento, absentismo laboral, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad o comunicación deficiente.

Como es lógico, esta situación puede llevar a la incapacidad para desarrollar las tareas habituales del puesto de trabajo, dando lugar a bajas laborales.

No solo afecta a la persona que lo sufre si no que también afecta a toda la organización.

Las príncipales causas asociadas al ”burnout” son las siguientes:
- Exposición contínua a altos niveles de estrés.
- Carga de trabajo excesiva.
- Falta de formación para realizar las tareas encomendadas.
- Malas relaciones con el resto de compañeros.

Para poder prevenir una situación de ”burnout” el auxiliar administrativo puede seguir las siguientes recomendaciones: adquirir una actitud asertiva, estableciendo una relación comunicacional, sin discutir, ni someterse a la voluntad del resto de compañeros, pero sí defendiendo nuestras convicciones; y modificar nuestras expectativas laborales adaptándolas a la situación real.

Por otra parte, la organización podría considerar algunas consideraciones como

funciones y actividades ecuánimes, flexibilización de turnos y horarios de trabajo, programas de ayuda psicológica destinados a este síndrome en los auxiliares administrativos, programas de salud integral adaptados a los auxiliares administrativos y/o sistemas de evaluación del estrés.

5 Discusión-Conclusión

En el mundo laboral actual podemos vernos incursos en ”burnout” en cualquier momento de nuestra larga vida laboral. Es por ello que un bienestar físico, mental y social nos llevará a un bienestar en el puesto de trabajo, con lo que conseguiremos una mayor eficacia y una mayor satisfacción por parte de los usuarios del sistema de salud.

6 Bibliografía

- Burnout: The High Cost of High Achievement (Herbert Freudenberger).

Capítulo 618

EFECTOS DEL TRABAJO NOCTURNO EN EL COLECTIVO DE CELADORES

ROSA ANA FERNÁNDEZ PIECHO

SUSANA MENENDEZ BLANCO

MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En el sector sanitario las necesidades asistenciales precisan un servicio continuo, veinticuatro horas todos los días del año, siendo inevitable que parte de la plantilla trabaje en horario de noche.

El horario nocturno perturba los ciclos vitales del organismo al desarticular su ritmo circadiano, es decir, cuando estos deberían estar trabajando se encuentran descansando y viceversa.

Como resultado se registra una serie de consecuencias en la salud, en el círculo socio-familiar y en la actividad laboral del trabajador en general y, en concreto, en el colectivo de celadores.

2 Objetivos

- Describir las repercusiones que genera el trabajo nocturno en los celadores.

3 Metodología

Se consultó en las bases de datos de Dialnet las publicaciones, de la última década, referidas a secuelas de la actividad laboral en horario nocturno.

Seguidamente se contrastaron los trabajos seleccionados con nuestra experiencia profesional y se obtuvieron los siguientes resultados.

4 Resultados

La incidencia del trabajo nocturno en el colectivo de celadores se sintetiza en tres aspectos:

Salud:
Predominan las alteraciones del sueño y según la intensidad de las mismas pueden desencadenar en una patología caracterizada por la reducción de la calidad del sueño que disminuye el bienestar del afectado. También se incrementa el riesgo de tener: presión alta, glucosa descompensada, complicaciones cardiacas, leucemia y cáncer. La jornada laboral nocturna dificulta el mantenimiento de unos hábitos saludables al perturbar los horarios alimentarios y desmotivar la práctica de ejercicio físico. Asimismo, acelera el envejecimiento, según la estimaciones de los especialistas cinco años por cada quince años trabajados.

Socio-familiar:
En este ámbito dificulta la conciliación familiar, debilita las relaciones de pareja y disminuye los vínculos sociales del celador.

Laboral:
La productividad de los trabajadores en el turno de noche es inferior al del resto del personal ”diurno” debido a que los ciclos socio-biológicos de los ”nocturnos” no lo permiten. Del mismo modo se incrementa la probabilidad de sufrir un accidente.

5 Discusión-Conclusión

Para reducir el impacto que ocasiona en determinados celadores el horario nocturno, se debería llevar a la práctica simultáneamente un conjunto de medidas como, la evaluación y el seguimiento de los riesgos psicosociales; procurar turnos

menos nocivos al personal más vulnerable; implantar nuevas secuencias de trabajo como, por ejemplo el turno ”ecológico” o ”anti estrés” del Servicio de Urgencias del HUCA .

Es preciso continuar optimizando la organización del trabajo, es decir, reducir la jornada laboral, aumentar los descansos y adelantar la edad de jubilación. Paralelamente, se debería mejorar ámbito de trabajo de estos profesionales a partir del mantenimiento de todos los elementos de suspensión y rodadura del mobiliario. Igualmente es necesario implantar las medidas de protección y seguridad específicas.

6 Bibliografía

- Calero Jaén C. y Navarro Domenichelli R. Factores psicosociales en la prevención de riesgos laborales: el estrés ocupacional. Consultado el 18 de enero de 2019.
- Cordón Llera, F. EL celador en quirófano. El celador en los distintos ámbitos sanitarios. Formación continuada Logoss, S.L. 2000.
- Moraleda J.CCOO. Dossier: Trabajo a turnos. Epor Experiencia. Revista de Salud laboral para delegadas y delegados de prevención de CCOO. núm. 46 . 2009.
- Universia Argentina .net Trabajo nocturno: ¿qué consecuencias puede traer?. Disponible en:https://noticias.universia.com.ar/empleo/noticia/2014/09/30/1112.

Capítulo 619

FUNCIONES BÁSICAS DE WORD PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE SALUD

RAÚL GUTIÉRREZ PRADO

RAQUEL CASADO DEL RÍO

MARTA MARTÍNEZ GALÁN

PATRICIA SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo del Servicio de Salud del Principado de Asturias se enfrenta en su día a día a multitud de tareas burocráticas que requieren el uso de un procesador de texto, que en la mayoría de los casos es el Word, de Microsoft. Por ello, resulta especialmente relevante que este profesional conozca las funciones básicas de este procesador de texto, extensible en su mayoría a otros procesadores del mercado, ya sean gratuitos o de pago por licencia.

2 Objetivos

- Definir las funciones básicas del procesador de texto Microsoft Word que debe conocer y dominar el auxiliar administrativo del Servicio de Salud para facilitar su trabajo y agilizarlo.

3 Metodología

- Revisión bibliográfica y análisis de diferentes estudios y manuales sobre Microsoft Word.

4 Resultados

Las funciones más importantes que todo auxiliar administrativo del Servicio de Salud debe dominar y conocer son las siguientes:
- Buscar y reemplazar: utilizado para buscar una o varias palabras a lo largo del documento y reemplazarlas por otras. Muy útil cuando un error se repite en un texto muy amplio.
Vamos a la barra de herramientas y pulsamos sobre Edición > Reemplazar para abrir el campo de buscar y reemplazar. Tecleamos la palabra que queremos reemplazar en "buscar" y en "Reemplazar con" la palabra o frase que sustituirá a la anterior.

- Insertar tablas: para insertar tablas en nuestro documento de una forma rápida y sencilla lo que debemos hacer es pinchar sobre Insertar > Tabla, seleccionando en el desplegable el número de columnas y filas que necesitemos.
Si vamos a Herramientas de tabla > Diseño podemos editar las propiedades de la tabla, como las líneas, el fondo, etc.

- Insertar gráficos: otra función muy interesante es la de insertar gráficos en nuestro texto. Para ello, debemos dirigirnos a Insertar > Gráfico y seleccionar un modelo de los disponibles, como puede ser radial, circular o de columnas, entre otros.

Se nos abrirá una hoja de cálculo para introducir los datos necesarios para generar el gráfico.
Atajos de teclado: una forma de ahorrar mucho tiempo en la realización de tareas habituales es mediante los atajos de teclado. Los más relevantes son los siguientes:
• CTRL + G Guarda el documento.
• CTRL + Z Deshacer los cambios realizados.
• CTRL + Y Rehacer un cambio.
• CTRL + P Imprimir documento.
• CTRL + A Selecciona todo el texto del documento.
• CTRL + X Cortar el texto o ítem seleccionado.

• CTRL + C Copiar el texto o ítem seleccionado.
• CTRL + V Pegar el fragmento que hemos copiado o cortado.

Correspondencia: una herramienta muy útil para facilitar el envío de correspondencia. Dentro de este apartado encontramos múltiples opciones, pero las dos imprescindibles para el auxiliar administrativo son:
• Sobres: Podemos configurar nuestro documento para poder imprimirlo en un sobre.
• Etiquetas: nos permite crear un documento con estructura de hoja de etiquetas, de forma que podamos imprimir los datos de correspondencia directamente sobre etiquetas adhesivas.

Revisar: una herramienta que nos permite subsanar errores mediante la corrección del documento. De las opciones disponibles en esta pestaña, la más importante es "ortografía y gramática", que nos permite revisar todo el documento en búsqueda de errores gramaticales u ortográficos y corregirlos.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del auxiliar administrativo del Servicio de Salud del Principado cuenta en numerosas ocasiones con situaciones en las que debe manejar un procesador de texto. Para ser eficiente, este profesional debe manejar con soltura las funciones básicas de los procesadores de texto más habituales, en especial Microsoft Word, que es con el que habitualmente trabaja.

Es, por tanto, necesaria una formación continua en este tipo de herramientas, para garantizar no sólo que el auxiliar administrativo dominará las funciones básicas del procesador de textos, si no que estará actualizado en el uso de los mismos. Esto posibilitará un ahorro de tiempo significativo, desembocando en un trabajo más eficiente y en una mejora de la calidad asistencial.

6 Bibliografía

- Microsoft Office 2013. Word, Excel, Powerpoint, Outlook 2013. Funciones Básicas. (2014).
- Office 2010 Práctico: Word, Excel, Access, PowerPoint (2018). Rafael Roca.
- Manual en línea de Microsoft Word. https://support.office.com/es-es/word.

Capítulo 620

ATENCIÓN AL USUARIO

VANESA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

La orientación al ciudadano implica dar un trato personalizado, por lo que los SAUs gestionarán las necesidades y expectativas de los usuarios con respeto, empatía y objetividad, propiciando las relaciones positivas y sirviendo de cauce de comunicación.

Los profesionales de los servicios de atención al usuario han de transmitir a sus clientes la confianza de que han comprendido su problema y la seguridad de que la información proporcionada es fiable. En la atención al usuario se debe garantizar la equidad de la gestión.

La actitud de los profesionales de los SAUS requiere habilidades de comunicación y gestión de las emociones que permitan mantener una postura de empatía, neutralidad y sensatez basadas en la comprensión y en relaciones de entendimiento.

2 Objetivos

- Ser el referente, tanto para la organización como para los ciudadanos, en la provisión de información que siempre sea fiable y en la opinión, necesidades y expectativas de los usuarios a través de la comunicación y la gestión.

3 Metodología

Hay que tener permanentemente a disposición de los usuarios:

- Información accesible, suficiente y comprensible sobre los derechos y deberes de los usuarios.
- Siempre haya formularios de sugerencias y reclamaciones.
- Que el personal y los locales estén bien identificados para la atención de la información, reclamaciones y sugerencias de público.

También es necesario:
- Participar en grupos mejora de la calidad.
- Colaborar con los servicios de los centros en aquellas tareas orientadas a mejorar la atención y la percepción de la calidad de la asistencia.
- Elaborar cartas de servicio de los SAUs.
- Impulsar y dar soporte a los programas de formación en atención al usuario.
- Promover y apoyar la realización de estudios, trabajos y comunicaciones en la materia.

PLAN
- Colaborar en la realización de encuestas, así como, en las tareas de análisis y evaluación del Sistema de Información.
- Recoger propuestas y sugerencias de los usuarios que acuden a los servicios.

4 Resultados

La satisfacción del cliente en la Sanidad no es algo aleatorio, la satisfacción depende de dos variables que son las expectativas y la realidad del servicio que el cliente puede percibir, puede percibir lo que esperaba, con lo cual, es un cliente satisfecho; puede percibir más de lo que esperaba, con lo cual es un cliente muy satisfecho o puede recibir menos de lo que esperaba, por lo cual es un cliente insatisfecho.

5 Discusión-Conclusión

El cliente en el ámbito sanitario tiene una serie de necesidades que demanda que sean cubiertas y ellas están:

- La respuesta, una atención rápida, atención individualizad, fiabilidad, formación y conocimiento del profesional.
- Que sean tratados con respeto, confort físico, orientación, afecto, empatía y aspecto adecuado del personal.

6 Bibliografía

- Abreu Quintero J. L. (2011). Innovación Social: conceptos y etapas. Daena: international Journal of Good Conscien¬ce. 6 (2), 134-148.
- Blázquez Manzano A., Feu-Molina S., Ruiz-Muñoz E., Gutiérrez-Caballero J. M. (2012). Importancia de la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente en atención primaria. Revista Española de Comunicación en Salud. 3 (1): 62-76.
- Cedrés de Bello, S. (2000). Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. Revista de la Facultad de Medicina, 23 (2), pp. 93-97.

Capítulo 621

ERGONOMÍA EN EL TRABAJO DE OFICINA

VANESA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

El ser humano está diseñado para estar en movimiento durante el día y reposar durante la noche. Aun cuando descansamos, están fluyendo las hormonas, circulando la sangre, y las neuronas envían señales. Sin embargo, la civilización nos ha ido llevando cada vez más a actividades estáticas, primero frente de máquinas de escribir y ahora los ordenadores. Las personas pasan sentadas mucho más tiempo que antes, sobre todo en las oficinas y si además adoptamos posturas inadecuadas, las consecuencias sobre la columna, los músculos, la circulación sanguínea, y otras estructuras, son manifiestas.

La columna vertebral, que debería mantenerse erguida, a menudo es maltratada con la mala costumbre de inclinarse-encorvarse hacia la mesa y, sobre todo, hacia el teclado del ordenador. Esto, sumado al estrés, que va poniendo tensos los músculos, termina por hacer presión sobre las vértebras, ocasionando leves molestias en el mejor de los casos, o causando desplazamientos de esos delicados huesos que, junto a los nervios, componen un complicado mecanismo. Así llega el dolor de espalda, y si a ello se suma el hecho de que la pantalla del ordenador no esté delante del usuario, sino a un lado, el cuello va a sufrir las consecuencias.

Además los brazos, la mayor parte del tiempo sin apoyo, deben realizar un esfuerzo adicional, del que no somos conscientes, para darles a las manos la fuerza para apretar las teclas y movilizar el ratón.

Lo anterior trae como consecuencias una serie de problemas como en la columna, síndrome de túnel carpiano, dolor de cuello y espalda, dolores de cabeza constantes, tendinitis y también molestias en hombros, piernas y otros problemas relacionados con la salud.

Además, se consideran también como problemas de la oficina la escasa movilidad frente a la mesa de trabajo, la posición inadecuada del teclado y del ratón, la poca iluminación, el ruido, la climatización, la calidad del aire que se respira, la dificultad en el uso y manejo de programas informáticos, la organización en el trabajo, entre otros.

2 Objetivos

- Corregir y tener un ambiente laboral con el objetivo de disminuir riesgos asociados al tipo de actividad: movilidad restringida, posturas inadecuadas, mala iluminación, entre otras cosas, y sus consecuencias negativas sobre la salud y el bienestar, teniendo problemas en los hombros, el cuello, las manos y las muñecas, problemas circulatorios, molestias visuales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La prevención en los trabajos de oficina depende, en gran medida, de que el equipamiento que se compre cumpla con un mínimo de calidad ergonómica para disminuir en buena parte las molestias de tipo postural tan frecuentes en dicha labor.

Consejos:
• Tener la espalda erguida, pegada al respaldo de la silla.

• Poner la pantalla del ordenador frente a tí, para evitar girar el cuello. La línea horizontal la de visión deberá coincidir con la parte superior de la pantalla, dicen los expertos.
• Los pies deberán estar apoyados en el suelo y si hay un reposa-pies, mejor.
• Poner los papeles en una posición elevada, para evitar problemas de cuello. Los apoya-muñecas ayudan a hacer más cómoda la actividad.
• Hacer pausas activas cada 60-90 minutos, es bueno para los músculos.

5 Discusión-Conclusión

Además de lo importante que es tener un equipamiento adecuado, también es muy importante seguir los métodos anteriormente expuestos para mejorar los riesgos ergonómicos.

6 Bibliografía

Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre los factores de riesgo del personal administrativo como por ejemplo: revista científica de medicina y seguridad del trabajo, web Anmtas, INSHT.

Capítulo 622

LA MANIPULACIÓN DE LAS CARGAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL CELADOR

RICARDO ALONSO SUAREZ

1 Introducción

La manipulación manual de cargas es una tarea auxiliar usual, tanto en nuestra labor profesional como en nuestra vida particular. En muchos casos, puede llevar aparejada la aparición de fatiga física, o bien ser una causa de lesiones inmediatas o derivadas de las sobrecargas físicas que una manipulación manual incorrecta puede suponer para nuestro organismo. Pueden lesionarse, por tanto, los trabajadores que manipulan cargas regularmente y también, aunque la probabilidad es menor, los que lo hacen de manera ocasional.

2 Objetivos

- Actualizar los conocimientos sobre los manejos de las cargas.
- Determinar los mejores cuidados para dichos pacientes.

3 Metodología

Revisión sistemática en las bases de datos de PubMed y Scielo. Los artículos revisados están en castellano. Los términos de búsqueda son: carga, manipulación de pesos, ergonomía.

4 Resultados

Se entiende por manipulación manual de cargas cualquier operación de transporte o sujeción (el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción, etc.) de una carga (objeto susceptible de ser movido) por parte de uno o varios trabajadores que, por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas, entrañe riesgos. La manipulación de personas quedaría englobada dentro de este concepto.

5 Discusión-Conclusión

MEDIDAS PREVENTIVAS:

Evitar en lo posible la manipulación manual de cargas. Cuando no se pueda evitar la manipulación manual de cargas, utilizar ayudas mecánicas (carretillas, carros, etc.). Asimismo se deben utilizar cinchas y otros elementos auxiliares cuando sea necesario. Si las dimensiones o el peso de la carga así los aconsejan, deberá recurrirse, siempre que sea posible, al fraccionamiento o rediseño de la misma o solicitar la ayuda de otras personas. En todo caso debe emplearse el "Método correcto de elevación y transporte de cargas" que se describe a continuación.

LÍMITES A TENER EN CUENTA:

Se considera que la manipulación manual de toda carga que pese más de 3 kg. puede entrañar riesgo dorsolumbar si se manipula en condiciones desfavorables (alejada del cuerpo, con posturas inadecuadas, etc.): En general, el peso máximo que se recomienda no sobrepasar es de 25 kg. 2 En el caso de mujeres, jóvenes o mayores es conveniente corregir dicho valor aplicando un coeficiente de seguridad de 0,6 que supone un límite de 15 kg. Para trabajadores especialmente entrenados los límites son 40 kg. (hombres) y 25 kg. (mujeres, jóvenes o mayores).

6 Bibliografía

- https://www.educarex.es/pub/cont/com/0055/documentos/.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 623

CONCEPTOS CLAVE SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO

FUENCISLA VAQUERO IGLESIAS

1 Introducción

Según la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (ONU 1993) "La violencia contra las mujeres designa todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que causa o es susceptible de causar a las mujeres un daño o sufrimiento físico, sexual o psíquico, e incluye las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada".

Las agresiones sufridas por las mujeres han sido consideradas durante siglos un conflicto que afectaba exclusivamente al ámbito de lo privado, pero en los últimos tiempos, organismos internacionales han reconocido la violencia de género como un hecho que afecta a toda la sociedad y de la cual debemos sentirnos responsables.

Ante ello, diferentes normativas han tratado el tema de la violencia de género y aunque estas medidas constituyen un importante avance en el tratamiento de la violencia contra las mujeres, es un fenómeno complejo y multicausal por lo que su solución también debe afectar a distintos factores y ámbitos. El abordaje integral de dicha violencia de género, requiere de la participación activa de todos los agentes y organismos que intervienen en la misma.

Ya desde la Organización Mundial de la Salud en su informe Violencia contra las mujeres: Un tema de salud prioritario, se recomienda al personal sanitario que

«No tenga miedo de preguntar: Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte».

FORMAS DE VIOLENCIA

La violencia ejercida en relaciones de pareja sentimental y/o ex parejas, es ejercida de forma intencional, con un patrón y con una intensidad que aumenta progresivamente y acciones de conductas maltratantes que tienen el único fin de la anulación y sumisión de la mujer.

- Malos tratos físicos
- Malos tratos psicológicos: Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es la más difícil de demostrar.
- Malos tratos económicos
- Agresiones sexuales
- Abusos sexuales a niñas
- Acoso sexual
- El tráfico o utilización de mujeres y niñas con fines de explotación sexual
- Mutilación genital femenina
- Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres
- Violencia ambiental

PRINCIPIOS ANTE LA ACTUACIÓN E INTERVENCIÓN

- Eficacia y eficiencia
- Integralidad
- Autonomía
- Multidisciplinariedad
- Proactividad
- Trabajo en Red

TEORÍA DEL CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Leonore E. Walker investigó las razones que imposibilitan a las mujeres víctimas de violencia de género a salir de la situación de maltrato. El ciclo de la violencia ayuda a comprender, entre otras cosas, la vuelta de la víctima con su agresor, tan cuestionada en muchas situaciones.

2 Objetivos

- Profundizar y evidenciar datos sobre la violencia machista.
- Proporcional información para dar importancia al tema y saber actuar.

3 Metodología

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

Fases:

Acumulación de tensión
Explosión o agresión
Fase de calma, reconciliación o luna de miel

4 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Informe Violencia contra las mujeres: Un tema de salud prioritario. Junio 1998. iris.paho.org/.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre 1993. A/RES/48/104. http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf.
- Boletín Oficial del Estado (BOE) de 28 de diciembre de 2004. Disposiciones generales. Jefatura de estado. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf.
- Boletín Oficial del Estado (BOE) de 16 de septiembre de 2006. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Ministerio de Sanidad y Consumo. http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf.

Capítulo 624

LA COMUNICACIÓN

FUENCISLA VAQUERO IGLESIAS

1 Introducción

La comunicación es el proceso mediante el cual se envían y se reciben mensajes con una retroalimentación hacia el mensaje emitido.

El proceso de la comunicación está influido por el proceso perceptivo de nuestros sentidos, clasificando la información recibida para darle sentido según nuestras percepciones. Por ello, es necesario comprobar las percepciones y suposiciones de cada uno sobre los mensajes emitidos mediante la retroalimentación.

El individuo es un ser social en continua interacción, por ello el proceso comunicativo es tan relevante en cualquier situación.

PROCESO COMUNICATIVO
Se requieren de una serie de habilidades necesarias para realizar una comunicación eficaz. Su conocimiento mejorará la práctica sanitaria, con mayor satisfacción de los pacientes y ayuda a evitar el estrés laboral, con el cansancio emocional y sentimientos de baja autorrealización personal.

De poco servirán todos los conocimientos académicos si no se logra que el enfermo entienda lo que se le trasmite; si no acude a la siguiente cita o si no sigue el tratamiento indicado. Si el paciente se siente incómodo ante la intervención sanitaria, si está temeroso, si desarrolla un grado de enfado excesivo, las posibilidades de comunicación se reducen, al igual que si el sanitario actúa de forma temerosa, blanda, o se enfada con el enfermo porque este no comprende de forma correcta.

Es necesario comprobar a través de la retroalimentación si el mensaje ha llegado correctamente, lo cual nos asegura el paciente ha entendido correctamente el mensaje, pero aún así existen tres tipos de barreras que pueden estar afectando al mensaje:

- Barreras de tipo personal-psicológico
- Barreras de tipo clima o contexto
- Barreras semánticas

ESTILOS DE PERSONALIDAD

Como se enfrente cada protagonista ante el proceso de comunicación y que estilo utilice hace que el proceso se lleve a cabo de forma positiva o sea perjudicial para la relación que se plantea, por lo que resulta muy importante conocer no solo el estilo que presenta uno mismo sino también identificar el estilo que utiliza el receptor de la información.

Estilo pasivo.

Característico de las personas retraídas, aisladas, tímidas, poco comunicativas. Se relaciona poco con los demás y no es capaz de expresar sentimientos ni pensamientos. Su volumen de voz es bajo, sus ojos miran al suelo, le cuesta mantener el contacto ocular, dudan sobre qué hacer y qué decir.

No defiende sus derechos y sus intereses personales, piensan que el hacerlo implica perder la aprobación de los demás, con la huida evitan conflictos.

Estilo agresivo.

Típico de una persona impulsiva y provocadora. Defiende por encima de todo sus intereses personales, aunque para ello tenga que violar los derechos y sentimientos de los demás.

La forma de actuar de una persona con un estilo de personalidad agresivo resulta muy despreciable para los demás,

El estilo asertivo o democrático.

La persona asertiva mantiene el contacto ocular con los demás, se muestra relajado. Expresa abierta y directamente sus sentimientos, necesidades, derechos respetando los derechos de las otras personas.

ESTRATEGIAS PARA UNA COMUNICACIÓN EFICAZ Y SATISFACTORIA

Mejorar el nivel de competencia en la comunicación y mecanismos de transmitir información con el enfermo y su familia

Preguntas:

• Cuando se desea suscitar atención o interés podemos hacer preguntas y responderlas.

• Evitar preguntar y responderse uno mismo de forma repetida, sin dar ocasión al paciente para que responda.

• Hacer preguntas abiertas

• Las preguntas cerradas son útiles cuando

• Evitar las preguntas improcedentes.

• Comentario amortiguador.

• Evitar el interrogatorio continuado y repetitivo.

• Evite las preguntas sarcásticas.

Escucha activa.
En una comunicación eficaz no solo es importante saber trasladar una información y saber expresarse sino también saber escuchar, una escucha activa es la base para poder comprender los mensajes de la otra persona y que no deriven mayores problemas comunicativos.

• Mentalizarse
• Decidir si se desea escuchar.
• Momentos para escuchar.
• Preparar la situación.
• No desestimar a quién escucha.
• Expresar la disposición a escuchar.
• Dar información con gestos y con el cuerpo.
• Dar información con palabras.
• Observar para entender.
• No interrumpir al que habla.
• No juzgar o valorar lo que dice
• No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.
• Intente empatizar con la otra persona.
• No contra argumente lo que le están contando
• Respete las pausas.
• Escuche hasta que el otro haya terminado.

Técnicas de ayuda a la escucha activa:

Clarificación: se usa ante un mensaje ambiguo.
Parafraseo: similar a la anterior pero incluyendo parte del mensaje.
Reflexivas: se anima al paciente a sentirse comprendido y así exprese sus sentimientos.
Resumen: ofrecer un pequeño resumen de la verbalización de la otra parte hasta ese momento.
La autorrevelación: se produce un acercamiento que favorece la expresión de sentimientos, temores o preocupaciones.
La inmediatez: Se describe lo que se observa en un determinado momento de la relación.

2 Objetivos

- Ofrecer nociones básicas sobre el proceso comunicativo.
- Adquirir pautas para tratar de un modo correcto a pacientes y familiares.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Ellis, A (1981): Manual de Terapia racional Emotiva. Ed. DDB.
- Watzlawick P (1979): ¿Es real la realidad? Confusión, desinformación Comunicación Ed Herder.
- Rodriguez Marín, Jesus (1995): psicología social de la salud. Ed. Síntesis.
- Lindsay, Norman, (1976): Procesamiento de información humana. Ed Tecnos.

Capítulo 625

PRINCIPALES MEDIDAS DE CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR: BENEFICIOS PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE SALUD

RAQUEL CASADO DEL RÍO

RAÚL GUTIÉRREZ PRADO

PATRICIA SUÁREZ RODRÍGUEZ

MARTA MARTÍNEZ GALÁN

1 Introducción

La incorporación de la mujer al mercado laboral ha supuesto un gran cambio en la esfera laboral y familiar de nuestro país. Además, nuestra sociedad ha experimentado importantes cambios sociales, culturales y productivos.

Todos estos cambios han generado la necesidad de regular y promover medidas de conciliación de la vida laboral y familiar.

El origen de la regulación de la conciliación en el ordenamiento jurídico español se remonta al año 1999, a través una ley que ha supuesto el inicio del reconocimiento de la conciliación de la vida laboral y familiar a nivel político.

2 Objetivos

- Conocer los principales beneficios de la conciliación.
- Identificar las principales medidas de conciliación que prevé nuestro ordenamiento jurídico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en las principales bases de datos y buscadores científicos: Pubmed, Medline, Scielo y Google Académico, utilizando descriptores como conciliación y corresponsabilidad. También se ha consultado la normativa vigente en la materia.

4 Resultados

La incorporación de la estrategia de conciliación de la vida laboral y familiar aporta una serie de beneficios, tanto para el trabajador como para la empresa (Administración Pública en el caso que nos ocupa).

Los principales beneficios para los trabajadores son los siguientes:
-Mejora el bienestar personal.
-Aumenta la satisfacción laboral.
-Reduce el estrés y la ansiedad.
-Fomenta la igualdad entre los hombres y las mujeres.
-Fomenta la corresponsabilidad entre los miembros de la pareja.
-Aumenta la motivación.
-Favorece el desarrollo a nivel profesional y personal.

Los beneficios para la Administración, son esencialmente los siguientes:
-Mejora el ambiente laboral.
-Aumenta la productividad, creatividad e innovación.
-Reduce los índices de absentismo laboral.
-Reduce los gastos.
-Aumenta la eficiencia.

Las principales medidas de conciliación de la vida laboral y familiar contempladas en el ordenamiento jurídico, las podemos clasificar en permisos retribuidos y no

retribuidos.

Permisos retribuidos:
-Maternidad.
-Paternidad.
-Lactancia.
-Vacaciones.
-Permisos retribuidos por fallecimiento, accidente o enfermedad grave hasta el segundo grado de consanguinidad o de afinidad.
-Permisos retribuidos por hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización de parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, siempre que sea necesario reposo domiciliario.

Permisos no retribuidos:
-Reducción de jornada por motivos familiares y por guarda legal.
-Excedencia por guarda legal.
-Excedencia por cuidado de familiares.

5 Discusión-Conclusión

En la sociedad en la que vivimos es fundamental que los trabajadores puedan compatibilizar su vida laboral y familiar de forma que puedan desarrollarse plenamente en ambos ámbitos.

El bienestar de los trabajadores está directamente relacionado con su rendimiento en el trabajo. Dicho rendimiento es óptimo cuando se les permite compatibilizar su vida laboral y familiar. En este sentido, se puede afirmar que la conciliación es una herramienta básica para la gestión de los recursos humanos.

6 Bibliografía

- Biedma Ferrer, J.M. y Medina Garrido, J.A. (2014). Impacto de la conciliación laboral y familiar en el desempeño organizativo. Revista Intangible Capital, 10(3), 448-466.
- Fundación Mujeres (2010). Conciliación de la vida laboral, familiar y personal. Madrid: Ministerio de Igualdad.
- Moccia Salvatore (2011). Los posibles beneficios de la conciliación. Revista Acciones e Investigaciones Sociales, 30, 135-154.

- Quintanilla navarro, B (2005). La conciliación de la vida laboral y familiar en el marco jurídico actual. Cuadernos de Relaciones Laborales, 23, núm 1, 95-129.
- Canovas Montero, A., Aragón Medina, J. y Rocha Sánchez, F. Las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral en las Comunidades Autónomas. Cuadernos de Relaciones Laborales, núm. 1, 73-93.
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Boletín Oficial del Estado, 266, de 06 de noviembre de 1999, pp. 38934 a 38942. Recuperada de https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-21568.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, 71, de 23 de marzo de 2007, pp. 12611 a 12645. Recuperada de https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3/con.

Capítulo 626

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL NO SANITARIO

VANESA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

Se conoce también como síndrome de estar quemado, es un desgaste profesional reconocido ya como una enfermedad.

¿Eres una persona negativa sin serlo anteriormente? ¿Presentas problemas de salud como dolores de cabeza, afecciones cardíacas, gastroenteritis, problemas de sueño o acumulación de tensión en zonas como el cuello y la espalda? ¿Has perdido interés en las tareas a realizar y se siente desmotivado profesionalmente? ¿Resistes mal la presión? Si has presentado alguno de estos síntomas, puedes estar experimentando el llamado "Síndrome de Burnout".

Es un trastorno emocional que es provocado principalmente por el trabajo, tiene múltiples efectos físicos, psíquicos y emocionales, además de tener graves consecuencias sobre la organización.

El síndrome de Burnout tiene como consecuencia de varias causas. No solo influye la tolerancia al estrés y la frustración de la persona afectada (factores personales) sino también el ambiente laboral, el estilo de liderazgo de los superiores y las deficiencias en la definición del puesto de trabajo (factores organizacionales), además de las prisas y el frenético ritmo de vida que nos envuelve.

Las principales manifestaciones de este síndrome son:
• Sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia

• Baja autoestima.
• Poca realización personal.
• Estado permanente de nerviosismo.
• Dificultad para concentrarse.
• Dolor de cabeza.
• Insomnio.
• Bajo rendimiento.
• Absentismo laboral.
• Aburrimiento.
• Impaciencia e irritabilidad.

2 Objetivos

- Prevenir las principales manifestaciones de este síndrome.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Síndrome de Burnout posee una alta incidencia entre el personal que se dedica al cuidado de la salud. Es conocida la capacidad que posee de afectar la calidad de vida de las personas que lo sufren (incluso puede provocar suicidios), por lo cual es vital entenderlo para poder prevenirlo y tratarlo.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad del síndrome de burnout se podría evitar con una adecuada prevención.

- Evitar la sobrecarga constante de trabajo produce estrés y ansiedad. El nivel de estrés perjudica a su salud, calidad de vida y productividad.
- El empleado tiene que contar con las habilidades, conocimientos, equipo y material necesario para desempeñar sus funciones.
- Un horario flexible es muy importante para la creación de entornos satisfactorios en el trabajo.
- Evaluar el estrés: No todas las personas reaccionamos igual al estrés. Hay personas más vulnerables que otras. Por lo tanto, es necesario hacer una evaluación de los niveles de estrés para detectar a aquellas personas que están en riesgo.
- Desarrollar programas que supongan un servicio de atención psicológica a los empleados, contribuye a mejorar la salud de los mismos, dándoles instrumentos para llevar mejor el estrés y de manera óptima, además de mejorar el clima laboral.

6 Bibliografía

- Ortega, C; López, F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y espectativas.
- Gil;P:R: El síndrome de quemarse por el trabajo, una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar.
- Observatorio permanente de riesgos psicosociales (UGT). Guía sobre el síndrome del quemado.
- Maslach,C. Comprendiendo el Burnout.
- González,D.N.Días; A.A. Prevalencia del síndrome de Burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria.

Capítulo 627

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

LUCIA ISABEL ALVAREZ FERNANDEZ

GRACIELA GONZALEZ GONZALEZ

LORENA GONZALEZ GONZALEZ

1 Introducción

En todos los centros sanitarios existe el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, en este Servicio se llevan a cabo multitud de tareas a cargo de auxiliares administrativos.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica regula y programa el acceso a la atención sanitaria ambulatoria en el hospital y centros de especialidades médicas dependientes de él. Incluye la gestión de pacientes en consultas externas, hospital de día y los procedimientos diagnóstico- terapéuticos que requieran programación previa.

2 Objetivos

- Identificar las principales funciones del auxiliar administrativo dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se ha realizado una búsqueda bibliográfica detallada en revistas y bases de datos científicas como scielo, Medline, pubmed, elsevier, y Google Achademy.

Para realizar la búsqueda se utilizan los siguientes descriptores: historia clínica, servicio de admisión, auxiliar administrativo sanitario, sanidad, documentación clínica. Como criterios de inclusión, se emplean: castellano e inglés como idioma; excluyendo todos aquellos documentos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

Entre las labores del auxiliar administrativo de la salud como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica podemos destacar la de integrar los contactos y movimientos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada. Sus funciones están orientadas hacia la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia al usuario, teniendo una función moduladora y facilitadora de las tareas asistenciales de los servicios clínicos.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la atención ambulatoria son la programación y gestión de agendas, gestión operativa de la solicitud de citas, difusión de la actividad programada, registro de la actividad y la coordinación organizativa del proceso asistencial.

El auxiliar administrativo de la sanidad está presente en las diferentes áreas básicas de atención, como son: hospitalización, urgencias y atención ambulatoria, es por ello que las funciones que realiza están dirigidas a una gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de los pacientes, con el fin de facilitar y garantizar una sencilla y ágil accesibilidad, organizar y evaluar el proceso asistencial, obtener datos que ofrezcan al hospital información sobre la demanda existente y la actividad asistencial realizada.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo del Servicio de Admisión y Gestión de la Documentación Clínica realiza un trabajo que favorece el mantenimiento de la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente y favoreciendo una adecuada y eficiente utilización de los recursos.

6 Bibliografía

- www.revistamedica.com
www.scielo.org.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 628

EL RECONOCIMIENTO DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO DERECHO INHERENTE DE LA PERSONA.

MARÍA JESÚS GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de Salud creada en 1946 y cuya constitución entro en vigor el 7 de abril de 1948 en la que reconoce:
-El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
-La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
-Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

Además, define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Por otra parte, La Declaración Universal de los Derechos Humanos es un documento que marca un hito en la historia de los derechos humanos. Elaborada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales, la Declaración fue proclamada por la Asamblea General de

las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948, como un ideal común para todos los pueblos y naciones.

La Declaración establece, por primera vez, los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero y ha sido traducida en más de 500 idiomas.

En su artículo 25 establece que:
- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

En España, con la entrada en vigor La Constitución Española, en 1978, es cuando con su artículo 43 se reconoce este derecho.
- Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
- Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio".

Aun cuando la Constitución reconoce en este precepto el derecho a la protección de la salud, no se trata de un derecho fundamental ni de una libertad pública, sino de un mero principio rector de la política social y económica.
Además de lo dispuesto en el art. 43, la Constitución establece en su art. 41 un régimen público de Seguridad Social:
"Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres".

Otros preceptos constitucionales regulan aspectos relacionados con la salud:
-El art. 40.2 dispone que los poderes públicos por la seguridad e higiene en el trabajo.

-El art. 49 prevé acciones de previsión, tratamiento y rehabilitación de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que se prestará la atención especializada que requiera.
-El art. 50 encomienda también a los poderes públicos la promoción del bienestar de la tercera edad mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.
-El art. 51 establece que los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos.

Otras menciones constitucionales de indudable dimensión sanitaria son: medio ambiente (art. 45.1) y calidad de vida (artículo 45.2); vivienda adecuada y digna (art. 47); protección integral de los niños, de los hijos y de las madres (art. 39), etc.

- La protección de la salud debe basarse en:
No discriminación de las personas.
Disponibilidad tanto de servicios públicos como de programas y políticas sanitarias.
Fácil accesibilidad a los servicios de salud públicos.
Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada individuo.
Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados y ser de buena calidad.
Rendición de cuentas: los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos. Además, debe de existir una cooperación mundial en materia de vigilancia, de alerta y de respuesta ante brotes epidémicos entre gobiernos, organizaciones nacionales e internacionales, sectores públicos y privados y demás
Universalidad: los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.
Aumento de los recursos mundiales y nacionales destinados a la formación de personal de salud pública, la mejora de la vigilancia, el desarrollo y fortalecimiento de los medios de laboratorio, el apoyo a las redes de respuesta, y la continuidad y la progresión de las campañas de prevención.
Responsabilidad mundial para el desarrollo de la capacidad dentro de la infraestructura de salud pública de todos los países. Es preciso fortalecer los sistemas nacionales de modo que sean capaces de predecir los peligros y anticiparse a ellos a nivel tanto internacional como nacional, así como de trazar estrategias

de preparación eficaces.
Colaboración intersectorial en la administración pública. La protección de la seguridad sanitaria mundial se funda en la confianza y la colaboración entre sectores como la sanidad, la agricultura, el comercio y el turismo.
Libre intercambio de conocimientos, tecnologías y material, incluidos virus y otras muestras de laboratorio, necesarios para optimizar la seguridad de la salud pública mundial.

2 Objetivos

- Informar y concienciar sobre el derecho a la protección de la salud.

3 Metodología

Se han visitado las paginas oficiales tanto de la Organización Mundial de la Salud como de las Naciones Unidas para constatar que antes de nuestra Constitución ya se promulgaba el derecho a la protección de la salud. Se han revisado los artículos de nuestra Constitución que hacen referencia al tema seleccionado.

Se han realizado motores de búsqueda de palabras clave revisando así artículos de sociedad sobre estudios relacionados con el aumento de la esperanza de vida, comprobando estos datos con los ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística.

4 Resultados

-La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños.
-El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
-La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidérmicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas.
-La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
-La esperanza de vida para el año 2020 en España es de 80.52 años para los hombres y de 85.89 años para las mujeres, con lo cual ha ido aumentando progresiva y significativamente a lo largo de los años.

Los expertos señalan que además de hábitos de vida más saludables como ejercicio buena alimentación y reducción del tabaquismo factores como las mejoras de los tratamientos médicos, la asistencia sanitaria en nuestro país y la disminución acusada de muertes por accidentes de tráfico, hacen posible situar a España en los primeros puestos en esperanza de vida en el mundo, ya sea en la actualidad como en los pronósticos.

5 Discusión-Conclusión

Todo ser humano tiene derecho no solo a ser asistido por los servicios de salud para su curación y rehabilitación, sino también a ser el objeto de políticas de información para la prevención de las enfermedades. El ciudadano, o el titular del derecho de salud, ha de manejar información adecuada sobre asistencia y también sobre los derechos asociados a la protección de su salud.

Las políticas llevadas a cabo en materia de Sanidad y protección de la salud han permitido mejorar los estilos de vida de la población, y en consecuencia han aumentado la esperanza de vida en nuestro país.

6 Bibliografía

- Informe sobre salud en el mundo y bases sobre la constitución de la OMS, página oficial de la Organización Mundial de la Salud www.who.int.
- Página de las Naciones Unidas www.un.org/es/universal-declaration-human.
- Temariosenpdf.com.
- www.ine.es

Capítulo 629

EL CELADOR Y LA GESTIÓN DE CONFLICTOS CON EL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN SANITARIA

ANTONIO BARBA GALLEGO

1 Introducción

El 25% de la violencia en el trabajo, según la OIT (Organización Internacional de Trabajo), se produce en el sector sanitario.

El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud dispone que el personal sanitario y no sanitario ostenta el " derecho a recibir asistencia y protección de las administraciones públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones ".

Allí donde se encuentren dos o más personas en interacción pueden tener lugar discrepancias que originen el conflicto, provocando tensiones, enfrentamientos y el deterioro de las relaciones.

A menudo el nerviosismo ante una situación traumática, la preocupación por el estado de salud del propio paciente, u otros factores como la percepción de mala calidad asistencial o falta de información, se apodera del paciente o de sus familiares.

En este sentido, el celador, como figura visible y casi siempre el primero en establecer contacto con el paciente, se ve expuesto a posibles conflictos y situaciones que debe aprender a manejar para mejorar la experiencia del cliente de la institución sanitaria.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Reconocer los elementos que influyen en la aparición del conflicto, así como a establecer las medidas oportunas de actuación del celador ante posibles situaciones conflictivas con pacientes, familiares o acompañantes.

Objetivos secundarios:
- Identificar la causa del conflicto.
- Gestionar y analizar el conflicto para evitar que derive en situaciones desagradables.
- Prevenir la aparición de situaciones conflictivas entre usuarios y trabajadores.
- Establecer protocolos de actuación ante posibles agresiones.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica, enfocada a la figura del celador, de diferentes artículos y publicaciones referidas a los protocolos de actuación ante situaciones conflictivas con el paciente en el ámbito sanitario, planes de prevención de agresiones, bases de datos informatizadas y los Estatutos de Personal Estatutario y de Personal no Sanitario.

4 Resultados

El celador, en su trabajo diario, puede enfrentarse a muy diversas situaciones, a veces poco agradables, que van a requerir unas habilidades concretas por parte del mismo.

Las causas de inicio de un conflicto en el ámbito sanitario pueden ser múltiples y es importante saber identificarlas para abordarlas de la mejor manera posible.
– Impresión del cliente de mala asistencia.
– Desinformación.
– Retrasos y errores en citaciones, pruebas, etc…
– Masificación de las salas de espera.
– Expectativas de pacientes que no se pueden cumplir.
– Trato irrespetuoso del personal.

La gestión por parte del celador de los posibles conflictos ha de ser cuidadosa y en su medida justa para no provocar males mayores. Identificar el problema con

rapidez ayudará a buscar una solución más ágil y precisa.
- El celador debe mantener una conducta asertiva, respetar al paciente, proporcionar confianza y dirigirse al objetivo principal, la solución del problema.
- Hay que ganarse al paciente. empatizar con él y compartir sus preocupaciones hace que la tensión se relaje.
- Muchas veces el celador no puede atender ciertas demandas por lo que se hace necesario saber decir " NO ". Explicar el porqué de nuestra negativa y escuchar las réplicas y alternativas del paciente nos puede resultar de utilidad.
- En una discusión, a veces, el cambio de interlocutor puede ayudar. Pedir AYUDA para manejar una situación incomoda puede contribuir a encontrar una salida a un problema enquistado.
- En caso de conflicto abierto podemos invitar al usuario a una zona apartada, lo que permitirá
EVITAR a las demás personas presentes, presenciar la situación y que el paciente se sienta menos INCÓMODO.
- Favoreciendo la PRIVACIDAD de la situación, se rompe la dinámica de la discusión dando tiempo a reflexionar más calmadamente a las dos partes.

La prevención para evitar la aparición de situaciones conflictivas se pueden tratar desde la parte de la institución y más personalmente por parte del propio celador.

Por parte de las instituciones:
- Favorecer la información al consumidor sobre los derechos y deberes en el acceso al sistema sanitario.
- Hacer recomendaciones para el manejo del paciente irritado o conflictivo.
- Actuación sobre los tiempos de espera.
- Optimización del catálogo de prestaciones básicas.
- Generar seguridad y confianza a los trabajadores.
- Mejorar el ambiente laboral favoreciendo el respeto y la comunicación.
- Detectar problemas en el personal sanitario (dependencias, enfermedades mentales, agresividad, insensibilidad…)

De una manera más personalizada, el celador puede adoptar medidas como:
- Ser AMABLES y SONREÍR nunca está de más y la recepción al paciente siempre resulta más agradable para él.
- Las colas para los trámites o consultas agotan muchas veces la paciencia del paciente, así que INFORMAR desde un primer momento al usuario del tiempo aproximado en el cual va a ser atendido le predispone a una - ESCUCHAR activamente para que el paciente esté seguro de que hemos entendido su petición.

Mostrando apatía o desinterés podemos provocar un conflicto innecesario.

La protección de los trabajadores y de los usuarios es primordial, por ello es necesario seguir unas pautas de actuación en caso de inminente agresión tanto física como verbal.
- Se debe evitar el contacto físico en todo momento con el paciente agitado.
- En pacientes con antecedentes problemáticos se aconseja la intervención de dos personas en la atención a dicho paciente.
- Si el conflicto llega a un punto álgido se intentará abandonar la sala y solicitar la ayuda del vigilante de seguridad, compañeros o si la gravedad lo requiere al responsable del centro o servicio.
- Disponer de procedimientos eficaces de comunicación y colaboración con las Fuerzas y
Cuerpos de Seguridad del Estado.

5 Discusión-Conclusión

Cuando se inicia una disputa con un paciente o sus familiares por un motivo determinado (falta de información adecuada, malentendidos por fallos de comunicación, desacuerdos, retrasos…), la tensión emocional se va elevando hasta llegar a un punto absurdo en el que se pierde de vista el verdadero significado de la situación y el problema que originó el conflicto.

Determinadas características del sistema sanitario: sensación de vulnerabilidad, deshumanización, frialdad, escasez de recursos, rigidez organizacional lo convierten en un medio propicio para el conflicto. Todo ello unido a que los trabajadores de la institución sanitaria (en este caso el celador), han de tratar y convivir a veces, con personas que sufren emocional o físicamente.

La prevención a través de la formación de los trabajadores y la información a los usuarios es clave para la mejora de la convivencia en las instituciones sanitarias.

“Diagnosticar cada situación de conflicto en el ámbito sanitario ayuda a identificar la solución o la mediación más adecuada” *(3).

6 Bibliografía

1. Maestre M. Rosique I. Protocolo de Actuación ante situaciones conflictivas en un hospital.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. 2007.
2. Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
3. Itziar López. Gestión de conflictos en el ámbito sanitario.
4. Plan de Prevención de las agresiones a los trabajadores del Servicio Canario de Salud.
5. León Rubio, J.M ; Medina Anzano, J.S. Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario. Págs. 26-27.
6. Talavera Pleguezuelos, Clemente. Atención al usuario de la Administración Pública. Págs 82-122.

Capítulo 630

SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO DE CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS. MEJORA DEL TRATO AL USUARIO.

MARTA FERNÁNDEZ LOBO

1 Introducción

En los centros y establecimientos sanitarios entre las funciones de los servicios de administración y gestión, están la atención al paciente y usuario.

Los servicios de atención al usuario están formados por un equipo de profesionales que prestan atención directa al usuario (pacientes y familias), y entre sus funciones destacan: la orientación e información sobre la organización del sistema sanitario, sobre los recursos asistenciales, sobre la tramitación y gestión de las reclamaciones y sugerencias de los usuarios. También se desarrollan otras actividades que pueden contribuir a ayudar y mejorar el ámbito sanitario.

El cliente de la Sanidad demanda una serie de necesidades para que le sean cubiertas. Entre ellas podríamos enumerar una atención rápida e individualizada, el conocimiento del profesional y ser tratado con respeto, amabilidad y dignidad.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son los factores más relevantes para mejorar el servicio de atención al usuario en centros y establecimientos sanitarios.

- Proponer técnicas correctas de actuación en las tareas de atención al público en centros sanitarios.

3 Metodología

Realización de revisión bibliográfica y análisis,teniendo en cuenta diferentes aportaciones de expertos, relativas a la mejora de la atención al público.Se determinó que factores son los más relevantes para efectuar una mejora del servicio de atención al usuario en centros y establecimientos sanitarios.

4 Resultados

Para poder mejorar un servicio sanitario se hace necesario incidir sobre las unidades que van a prestar de forma directa el servicio. Es indispensable abordar mejoras integrales en la totalidad del proceso de diseño y gestión. Observación del estudio y análisis del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias en el Sistema Nacional de Salud de Ministerio de Sanidad y Consumo(2008):

Atención Primaria:
1.- Organización y normas.
2.-Trato personal.
3.- Disconformidad con la asistencia y/o tratamiento.
4.- Demora de la asistencia.
5.- Listas de espera.

Atención Especializada:
1.- Listas de espera.
2.- Trato personal.
3.- Disconformidad con la asistencia y/o tratamiento.
4.- Demora a la asistencia.
5.- Lista de espera.

Después de realizar un análisis a diversos estudios sobre la valoración de los usuarios de un servicio la calidad, nos encontramos:
• Las instalaciones y el acceso a las mismas: el usuario valorará mejor el servicio si las instalaciones, equipos, materiales, etc. son de calidad y están en buen estado, si existen horarios que se adapten a las necesidades de los ciudadanos y si los servicios de atención se encuentran fácilmente localizables. Existen otra serie de factores directamente relacionadas con el personal de administración,

como puede ser tener las líneas de comunicación disponibles y no dejar llamadas telefónicas sin respuesta.
• Fiabilidad: Se valorará negativamente cualquier tipo de engaño. No puede existir discrepancia entre lo que comunicamos que vamos a hacer y lo que realmente procedemos a realizar. El usuario, además, deberá sentir seguridad y tranquilidad respecto al trato de sus datos personales y médicos, garantizando en todo momento la Ley de protección de datos.
• La igualdad en el trato. Evitar que el ciudadano sienta que otros usuarios tienen un trato preferente.
• Conocimientos de herramientas informáticas y procedimientos administrativos.
• Técnicas de comunicación y de atención al público: habilidades sociales y emocionales.
• Lenguaje verbal y no verbal:Todos los usuarios han de ser tratados con amabilidad, respeto y atención. Se ha de adaptar el lenguaje a la persona para garantizar que el usuario comprenda lo que se le explica. Se debe mostrar cercanía.

Técnicas para mejorar la atención al usuario:
1.- Mejorar la primera impresión
Tener buen aspecto, mantener el orden y la limpieza del puesto de trabajo o recibir al usuario con una sonrisa facilita una predisposición positiva.
2.- Escucha activa:
Significa atender a la totalidad del mensaje e interpretar el significado correcto del mismo. Hay que indicar al emisor que se le está entendiendo mediante palabras o gestos. Hay que hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones.
Pautas:
1. Mostrar que se le está prestando atención y escuchando mediante la movimientos con la cabeza o parafraseando. Esperar a que el usuario finalice su exposición para no sacar conclusiones prematuras.
2. Evitar elementos que interrumpan la escucha (llamadas telefónicas, conversaciones con terceros).
3. Prestar atención en todo momento y no descartar parte del mensaje por considerar que ya se sabe lo que va a decir.
4. No tener prejuicios y no hacer juicios de valor de antemano.
5. No discutir ni criticar en exceso las explicaciones dadas por el usuario.
6. Evitar que nuestro estado de ánimo pueda afectar a nuestras respuestas.
3.- Empatía:

La empatía es una herramienta que sirve para conectar con los demás.

Para ser empáticos es necesario comprender qué siente y cómo actúa la otra persona sin emitir juicios de valor. Hemos de reconocer su estado emocional (ej. enojo) y emplear tácticas de conexión visual, de adaptación al cliente, emplear frases de conexión y favorecer un lenguaje corporal positivo.
Algunas de las acciones que pueden llevarse a cabo para mostrar empatía con el usuario son las siguientes:
1. Comunicación asertiva: consiste en defender la manera propia de pensar de forma no agresiva, respetando a los demás y realizando sugerencias desde el respeto.
2. Comprensión: mostrar interés por la situación que está viviendo la otra persona y no fijar nuestra posición de antemano.
3. Interés: No mostrar aburrimiento, ni atender con prisas, ya que estas actuaciones son una falta de respeto hacia los usuarios.
4. Sonreír: un gesto de amabilidad como este puede tranquilizar al usuario y hacer que el ambiente en el que transcurre la conversación sea mucho más cordial.

Además hemos de evitar prejuzgar, dar la razón sin tenerla, mostrar lástima y pena y evitaremos narrar experiencias personales con el objetivo de intentar hacerle sentir mejor.
Claves a tener en cuenta:
1. El cliente es lo primero
2. Escucha activa
3. Transmitir una imagen ligada a valores tales como la confianza, la credibilidad, la amabilidad, la simpatía, la profesionalidad.
4. Resolver la queja, petición o duda de forma ágil, eficiente y simple.
5. Que el servicio de atención al cliente sea accesible.
6. Darle autonomía al departamento de atención al cliente.
7. Trabajo en equipo.
8. Tener un buen sistema de control de la calidad.
9. Cumplir con lo que se promete.
10. Formación del personal en conocimientos, habilidades y actitudes.

5 Discusión-Conclusión

El trato que se brinda a los usuarios en los centros de salud es una de las principales causas de reclamaciones y quejas, superando incluso la disconformidad con el tratamiento médico recibido. Por este motivo es fundamental que tanto el personal sanitario como el no sanitario trabaje para mejorar la atención al

usuario, siendo más relevantes los esfuerzos del personal no sanitario, ya que es el personal de administración el encargado de explicar al usuario algunos de los elementos que más malestar causan entre la ciudadanía, como por ejemplo listas de espera.

Para mejorar la atención se puede incidir sobre las instalaciones en las que se presta el servicio, ampliación de horarios de atención al público, mejorar la técnica del personal, y formación en habilidades sociales y emocionales del personal administrativo.

Se debe tener en cuenta que difícilmente se llegará a la prestación de un servicio que pueda denominarse perfecto, ya que siempre existirán nuevos aspectos de mejora, si bien es cierto, la formación continua puede lograr una mejora paulatina en la atención prestada al usuario.

6 Bibliografía

1. Ministerio de sanidad y consumo (2008). Análisis y benchmarking del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias en el Sistema Nacional de Salud.
2. Rodríguez J (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 18: 401-409.
3. Albrecht, Karl y Lawrence J. Bradford. La excelencia en el servicio. ¡Conozca y comprenda a sus clientes!. - Diseño del Servicio al cliente. 3R Editores LTDA, 1998, Colombia.

Capítulo 631

MÉTODO PARA REGULAR CORRECTAMENTE LAS SILLAS DE OFICINA.

FLORINDA HUERTA MARTINO

1 Introducción

Aunque hoy en día hay varias modalidades de trabajo de oficina, la forma tradicional de trabajador sentado en una silla con un ordenador encima de una mesa, sigue siendo lo más habitual. La creciente incorporación de terminales a los puestos de trabajo, es uno de los factores que ha influido en aumentar las patologías que afectan a las personas que desarrollan tareas usando estos equipos. Está demostrada la relación que existe entre las peculiaridades del puesto de trabajo y las lesiones músculo-esqueléticas que los trabajadores pueden padecer. Es preciso plantear soluciones efectivas, teniendo en cuenta que no son muy difíciles de resolver.
Uno de los principales problemas, es individualizar el puesto y adaptarlo a las características del trabajador. Se dejan estos ajustes al usuario, que en ocasiones no dispone de la información necesaria para la correcta ordenación de su lugar de trabajo.

2 Objetivos

- Dar a conocer los criterios técnicos y ergonómicos que se deben tener en cuenta para que el propio trabajador pueda regular correctamente la silla de oficina, adaptándola a su morfología y al puesto de trabajo que desempeña.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de guías técnicas para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización, del INSST.
Consulta de la normativa aplicable al ajuste de sillas de oficina del Canadian Centre for occupational health an safety.
Revisión de diferentes estudios sobre ergonomía en el trabajo y adecuación del puesto por disminución de capacidad, realizados por la UMA y borradores de normas europeas sobre mobiliario de oficina (PrEN 1355).

4 Resultados

En el momento de sentarse para trabajar con ordenadores, existen tres puntos de contacto físico: el asiento, la mesa y el suelo. Al menos dos de esos tres puntos de contacto deben ser regulables. La regulación del asiento es indispensable, además de poder ajustarse la altura, debe de disponer de otras formas, como el respaldo, para poder adecuar la postura de forma íntegra.
Primero, el cliente tiene que conocer las características de cada silla cuando la adquiere, especificadas por el fabricante. Así podrá reconocer las regulaciones disponibles y dónde se encuentran los mandos para su ajuste específico.
El trabajador debe colocarse enfrente de la silla y regular la altura justo por debajo de la rodilla. Al sentarse, los pies tienen que apoyar en el suelo y permitir que queden unos 5 cm libres entre el borde delantero y la corva del usuario.
Un ajuste importante es el respaldo, que debe de ser en los dos ejes, para que apoye correctamente la zona lumbar. Si tuviera reposabrazos, se doblan los codos en ángulo recto y se sitúan a la altura donde rocen con el codo. Finalmente, reclinar el respaldo para que resulte más cómodo.

5 Discusión-Conclusión

Estas sencillas sugerencias y el cumplimiento de una mínima calidad ergonómica, previenen en buena parte las molestias de tipo postural. Pero todas la acciones perderán su eficacia si se deja de lado la necesaria tarea de formación e información al trabajador.

6 Bibliografía

-Canadian Centre for occupational health and safety. How to adjust office chairs. 2014
-Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo
-Estudio sobre ergonomía en el trabajo y adecuación del puesto por disminución de capacidad. Servicio de prevención de riesgos de la UMA.
-Normas europeas sobre el mobiliario de oficina (PrEN1355)

Capítulo 632

LA CONTENCIÓN MECÁNICA.

BELÉN FONT VILLEN

1 Introducción

La contención física o mecánica es el uso de un dispositivo para restringir el movimiento de una parte o del total del cuerpo con el objeto de prevenir situaciones de riesgo o peligro de lesión del paciente o otras personas del entorno. Existen tres tipos de contención del enfermo en este caso psiquiátrico, qué son la reducción verbal (tranquilizar, estimular, etc…) La farmacologica y la reducción física. La sujeción mecánica es la utilización de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax muñeca y tobillos. Las sujeciones mecánicas deben aplicarse con suma discreción y las máximas garantías de seguridad y debe estar siempre recomendada por un facultativo médico. El uso de la sujeción mecánica debe ser siempre el último recurso al que deba recurrirse. La contención mecánica se utiliza en cualquier ámbito asistencial como en personas mayores durante su estancia hospitalaria para evitar la hetero agresión y las caídas. Hay también dispositivos que pueden ser considerados como elementos de una contención, como la barandilla de una cama en función de como sea utilizada, si el paciente puede decidir retirarla cuando él quiera este dispositivo no se entiende como contención. Se define como la mejor contención mecánica aquella que no ha llegado a producirse. La contención mecánica está indicada cuando la conducta violenta de un paciente resulta peligrosa para el mismo o para los demás, cuando la agitación no sea controlable con medicamentos o represente una amenaza para su integridad física debido a la negación del paciente a descansar, beber, dormir, aplicarse la medicación por medio de sueros. En situaciones de riesgo que no puede ser controlado de ninguna otra manera pueden contenerse temporalmente para recibir la medicación o durante largos periodos sino se pueden administrar los fármacos

o no le hacen el efecto esperado y continúan siendo peligrosos. Es frecuente que los pacientes sujetos se calmen después de transcurrido algo de tiempo.

2 Objetivos

- Conocer el objeto de la contención mecánica y el procedimiento adecuado para llevarlo a cabo así como los principios generales qué se debe mantener

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre la contención mecánica y todo lo que le rodea consultando bases de datos Pumbed, Scopus, utilizando las palabras claves como descriptores.Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros, seleccionando artículos de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El objetivo básico de la contención mecánica es evitar que se den situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o su entorno (familia otros pacientes personal sanitario….). El celador no es responsable directo de su utilización pero si con expresa autorización del médico colaborador directo formando parte del equipo. Para realizar una contención mecánica de forma adecuada el médico debe valorar al paciente durante la primera hora desde el inicio y se anotará en la historia clínica. La contención mecánica siempre es pautada por los facultativos. Cuando el paciente está en contención hay que establecer un protocolo de las posibles lesiones asociadas como los signos vitales, hidratación, higiene, circulación, movilidad de las extremidades. Se aconseja cada 15 minutos, pero esto va en función de las necesidades y el tipo de contención ya que a veces puede agravar la situación de agitación del paciente y dificultar sus descansos.

5 Discusión-Conclusión

La contención mecánica supone un conflicto ético entre la autonomía la libertad del paciente y los beneficios. Por tanto exige que el procedimiento sea realizado siguiendo de manera estricta la normativa. Es un recurso utilizado en situaciones de alto riesgo. La indicación de colaborar en la sujeción de un paciente no reduce el trabajo del personal sanitario sino que lo aumenta por las complicaciones que

puede acarrear la técnica y por las necesidades aumentadas de un paciente contenido. La formación del personal y los conocimientos previos además de una buena contención verbal puede influir en la decisión final de la misma. No hay que olvidar que el uso de la contención mecánica puede vulnerar algunos de los derechos de las personas y por eso hay que establecer unos criterios de actuación respetuosos con los derechos inherentes de las personas, ya que se trata muchas veces de un procedimiento involuntario.

6 Bibliografía

1. J.Ramos Brieva, Contención mecánica..2.Barrios L.F Uso de medios coercitivos en psiquiatría…3.Joint Comisión on Acreditación of healthare Organizacions 2009

Capítulo 633

LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

DANIEL PÉREZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos que ejercen su labor profesional en los Servicios de Salud entre sus numerosas funciones tienen, además, una carga importante de atención telefónica, a pesar de existir la figura de telefonista.

El desempeño de un trabajo de atención telefónica presenta unas especificidades propias que no parecen ser recogidas ni en protocolos de actuación ni tenidas en cuenta a la hora de exigir una formación mínima en dicha cuestión en las ofertas públicas de empleo.

Con la finalidad de comprobar si esto es realmente así, se procederá a realizar una revisión bibliográfica del tema.

2 Objetivos

- Identificar si en el listado de funciones del auxiliar administrativo se específica la atención telefónica.

- Sensibilizar sobre la importancia de adoptar medidas específicas para facilitar una adecuada atención telefónica.

3 Metodología

Para el desarrollo de la presente revisión bibliográfica se han realizado búsquedas de artículos, guías y protocolos a partir de la búsqueda de palabras clave en diferentes bases de datos: “funciones del auxiliar administrativo”, “atención telefónica”, “auxiliar administrativo y protocolo llamadas”.

Las bases de datos utilizadas han sido: pubmed, uptodate, preevid, google académico y dialnet, entre otros.

Se han utilizado como criterios de inclusión en la búsqueda textos en castellano donde se hiciese mención a el desarrollo del trabajo de atención telefónica, citaciones, etcétera, y recomendaciones sobre una adecuada atención mediante este vía y como criterios de exclusión, se han descartado aquellos que no recogen dicha función o que tienen unas recomendaciones centradas demasiado en el márketing y las ventas de difícil extrapolación al ámbito sanitario.

4 Resultados

El Estatuto del Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1971 y modificado por una Orden de 1984 recoge que son funciones de los auxiliares administrativos que desarrollan su labor en los servicios públicos de salud “el apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas de la institución, así como de las secretarías de planta y servicios y las de reparación y tratamiento de los datos para la informática”.

Aunque esta Orden fue derogada en el año 2003, por el Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, esta nueva norma sigue remitiendo a las funciones antes mencionadas.

Haciendo una revisión de diferentes documentos de funciones del sistema de salud se puede observar que no hace mención a la labor del auxiliar administrativo en referencia a la utilización del teléfono como herramienta habitual de trabajo, por ejemplo, citando a personas.

En este sentido solo se habla de la labor de otra figura profesional, la del telefonista, aunque tal y como recoge el estatuto no coinciden en las funciones desempeñadas, ya que los telefonistas atenderían las centralitas transmitiendo mensajes y ocupándose de los buscapersonas.

Realizando una revisión bibliográfica al respecto no he localizado artículo o protocolos de actuación específicos en el ámbito sanitario, siendo lo más parecido alguna explicación o índice de cursos de formación de secretaría médica, por ejemplo. Sin embargo, son numerosos los artículos sobre la atención telefónica, importancia y recomendaciones de la misma en el mundo de la empresa privada, el marketing y la búsqueda de la satisfacción del cliente.

La teoría explica la importancia de una adecuada atención telefónica ya que, en muchas ocasiones, puede ser el primer contacto con la "empresa" y por lo tanto, dicha primera impresión, puede condicionar la forma en la que se dirige el paciente hacia la institución y sus trabajadores.

Las formaciones y artículos de márketing llevan a cabo una serie de recomendaciones sobre la importancia de seleccionar de forma adecuada a las personas que van a desempeñar dicha labor y formarlas para poder dar un servicio de calidad.

Refieren que como actitudes que debe presentar la persona encargada de llevar a cabo esta función son:

- La empatía. Saber ponerse en el lugar del otro, de los problemas que pueda tener por no conocer la forma de funcionamiento de la organización, de las situaciones de vulnerabilidad en las que pueden estar inmersos en el momento de acceder a los servicios sanitarios.

- La persona debe estar debidamente formada. Esta formación debe ser sobre todos los aspectos de su trabajo para poder dar respuesta a las dudas que presenten las personas que se dirigen al servicio, dando una sensación de seguridad al que está al otro lado del teléfono. Si el auxiliar administrativo se muestra inseguro, titubeante a la hora de dar respuestas, la persona que está al otro lado no quedará satisfecha con la respuesta ofrecida ya que pondrá en duda la corrección de la misma.

- Adaptación del lenguaje. No habla mejor quien use el lenguaje más técnico. Sin dejar de ser profesionales, los encargados de la atención al público deben adaptar su lenguaje a la persona con la que se están comunicando, para asegurar que haya una adecuada comprensión por parte del paciente o usuario.

En cuanto al transcurso de la llamada, los diferentes artículos coinciden en la necesidad de:

- Saludar de forma adecuada, identificando tanto a la Institución como al profesional.

- Tener un trato cordial hasta el punto de contestar sonriendo, ya que aunque no se vea al que contesta al teléfono la sonrisa se percibe en el habla.

- Evitar esperas innecesarias.

- vocalizar adecuadamente.

- Intentar dar solución al problema sin tener que pasar por varias personas para que le den respuesta.

- Realizar un adecuada despedida.

5 Discusión-Conclusión

Lo primero que puede llamar la atención tras haber realizado la presente revisión bibliográfica es la ausencia de artículos y/o protocolos sobre la adecuada atención telefónica en el ámbito sanitario frente a la bibliografía extensa que sí existe en la empresa privada.

La empresa privada presta un especial cuidado a la atención telefónica en cuanto a que la persona que coge el teléfono es la representación de la empresa y, en la búsqueda del establecimiento de un vínculo con el cliente y para asegurar la lealtad de éste hacia la empresa se cuidan especialmente las relaciones que se establecen con el mismo, aunque se circunscriban a algo tan breve como una llamada telefónica.

La formación orientada a los profesionales cada vez hace más énfasis en la importancia de la comunicación como herramienta para alcanzar una adecuada atención al paciente y que éste finalice la interacción sintiéndose contento, aunque no siempre se puedan satisfacer sus expectativas iniciales, sin embargo, la importancia que se le da a esto en los cursos de formación no encuentra su contrapartida en las estrategias pautadas por parte de los responsables de los Servicios, en muchos casos, al menos de un modo más explícito, como pudiera ser el establecer programas de formación a los trabajadores que realizan esta tarea en concreto.

Es fundamental que la persona que atienda el teléfono tenga una formación adecuada y el desarrollo de una serie de habilidades y actitudes para poder desempeñar dicha tarea de forma correcta.

Por otro lado, si la persona encargada de solucionar incidencias por teléfono logra hacerlo con éxito puede compartirse en un filtro que evite la generación de colas en los centros sanitarios, la solicitud de consultas innecesarias, así como, la crispación de los pacientes, que de no saber atajar puede dar lugar a enfrentamientos de mayor o menor envergadura en los centros.

Por todo ello, sería fundamental prestar una especial atención al desarrollo de este tipo de tarea por parte de los auxiliares administrativos, siendo una de las mejores formas el facilitar una adecuada formación en este aspecto a los mismos, y protocolarizando dicha atención.

6 Bibliografía

- Capdevila, M. Claves para una buena atención telefónica en un centro sanitario.

- https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/claves-para-buena-atencion-telefonica-centro-sanitario
- Sánchez Maza, M.A. Atención telefónica al público. 2003.

- Alberola López, S, Real Llorente, M.R., Ortega García, R.; Maestro González, B., Andrés del Llano, J. La consulta telefónica: utilización y posibilidades en atención primaria. Bol. Pediatr. 1997.

Capítulo 634

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO.

M. DEL CARMEN CASTRO ALVAREZ

1 Introducción

El síndrome de Burnout, comúnmente conocido como síndrome de estar quemado, fue utilizado por primera vez por el psiquiatra Hebert J. Feudenberger en 1974. Utilizó dicho término al observar la falta de motivación y energía de un conjunto de trabajadores de una clínica de desintoxicación. Observó en ellos la presencia de síntomas de cansancio, desánimo, depresión etc. que iban instaurándose en su patrón de comportamiento, a la vez que se deterioraban las relaciones con los pacientes.

El síndrome de Burnout o también llamado síndrome de desgaste profesional (SDP), entre otros términos, no es exclusivo del ámbito sanitario. Lo que es común en los diferentes campos en los que el burnout aparece, es que afecta a personas que llevan a cabo una labor asistencial con los demás; hay un contacto permanente con personas a las que se les proporciona un servicio o ayuda y así afectaría a colectivos como profesores, policía, médicos, enfermeras, celadores.

Este síndrome ha sido incluido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su lista de enfermedades.

Burnout y estrés no es lo mismo, aunque tengan variables parecidas y puedan en ocasiones llevar a confusión. Así, el burnout puede aparecer en trabajos que no son estresantes, pero que tienen una elevada falta de motivación o incentivo para la persona que lo sufre.

El celador, al igual que el resto de profesionales del ámbito sanitario puede verse afectado por este problema. En función de la gravedad del mismo, podrá verse

alterada su eficacia en el trabajo, así como su bienestar personal físico y psíquico. Sería muy beneficioso intentar conocer los factores que influyen en la aparición de este síndrome, así como las consecuencias que pueden desencadenarse a nivel individual y de sistema, con la finalidad de poder prevenirlo y buscar las mejores soluciones una vez se haya instaurado

2 Objetivos

-Tratar de identificar los aspectos epidemiológicos del síndrome de desgaste profesional.
-Identificar las consecuencias físicas, psíquicas y sociales del Síndrome de Burnout.

3 Metodología

Llevaremos a cabo una búsqueda bibliográfica en internet a través de bases de datos:
-Google Académico
-Biblioteca virtual Scielo.org
-IntraMed
Se han empleado para ello los descriptores: agotamiento, estresante, fracaso, función asistencial
Como criterios de inclusión se han utilizado textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

El síndrome de Burnout o desgaste profesional tiene 3 elementos característicos, que todos los estudiosos del tema mencionan en sus trabajos y que serían: agotamiento físico y/o psicológico, actitud despersonalizada (en relación a los otros) que se traduce en un distanciamiento hacia los pacientes o hacia los compañeros y falta de logros o realización personal en el trabajo que se refleja en síntomas como apatía, desinterés, no asistencia al trabajo, etc.
Aunque no hay acuerdos totalmente concluyentes en lo que se refiere a los factores facilitadores a la hora de instaurarse el síndrome, hay cierto consenso en torno a una serie de variables. Referido a la edad: ser joven; referido al sexo: ser mujer y referido a la situación personal: no tener pareja y también no tener hijos,

parece que serían variables con más nivel de asociación con la enfermedad. También el trabajo a turnos y el cambio de horarios de trabajo serian elementos que influyen de forma negativa para el trabajador, así como la sobrecarga laboral.
De otra parte, habría una serie de variables que parece podrían otorgar algún grado de vulnerabilidad en el desarrollo del síndrome: rasgos en la personalidad del trabajador como optimismo, alto grado de satisfacción en el trabajo, capacidad de trabajar en equipo, alto grado de afectividad, solidaridad, extroversión; todos ellos serían indicadores positivos frente al riesgo de sufrir el burnout.

En lo que se refiere a las consecuencias para el trabajador, se destaca:
- A nivel físico hay un agotamiento generalizado, la persona se ve sobrepasada en su trabajo, se producen alteraciones en el patrón del sueño, alteraciones respiratorias, gastrointestinales, problemas cardiovasculares, consumo de medicamentos, alcohol, drogas, etc.
- A nivel psicológico surgen dudas respecto a la profesionalidad, hay problemas de ansiedad, depresión alteraciones de la conducta como agresividad e irritabilidad, entre otros.
- Desde el punto de vista social y de trabajo, se da un elevado nivel de absentismo laboral, insatisfacción laboral, malas relaciones con los compañeros y superiores, aislamiento. También a nivel familiar y de pareja pueden existir repercusiones negativas.

5 Discusión-Conclusión

La salud laboral y el bienestar a la hora de desempeñar el trabajo debe ser prioritario. Las repercusiones negativas del síndrome del burnout no solo afectan de forma individual: alto nivel de absentismo laboral, menor rendimiento y eficacia profesional, sino también a nivel de organización sanitaria y por consiguiente a la calidad de la asistencia al paciente.
La prevención es fundamental y para ello la creación de un ambiente de trabajo saludable es prioritario.
Utilizando estrategias como disminuir la carga de trabajo, descansar el tiempo necesario, tanto física como psicológicamente, propiciar el reconocimiento económico y social, instaurar relaciones de apoyo, confianza, igualdad y tener siempre presentes los valores profesionales, estaremos en el buen camino para intentar eliminar o por lo menos reducir, la probabilidad de que aparezca el temido síndrome del burnout.

6 Bibliografía

- El Síndrome del Burnout en las empresas. Mtra. Alejandra Apiquian Guitart. Coordinadora de Psicología Laboral. Universidad Anáhuac México …
- Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Juan Carlos Atance Martínez. Dirección Provincial de INSALUD de Guadalajara Correspondencia: Juan Carlos Atance Martínez C/Miguel Hernández n11 31B. 19004.Guadalajara.Revista Española de Salud Pública
- La necesidad de un cambio institucional. Burnout en el personal sanitario- Autor Montgomery A. Panagopoulos, 2019. Artículos IntraMed
-El Síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. prevencion.umh.es › files › 2011/09 › burnout-en-los-profesionales-s.

Capítulo 635

DÉFICIT EN HABILIDADES SOCIALES, PROBLEMA CON SOLUCIÓN.

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ

MAQUELINA FREITAS RUIZ

BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Algunos colectivos tienen tendencia a sufrir déficits en el desarrollo de sus habilidades sociales. Estas son necesarias para poder relacionarnos con el resto de individuos en nuestra sociedad. La interacción con otras personas es muy habitual en nuestra vida cotidiana y para ello tenemos que desarrollar y dar uso de todas nuestras habilidades sociales para mantener una conversación o llevar a cabo una situación social de cualquier tipo.

Las habilidades sociales son un conjunto de pautas a seguir por las personas a la hora de relacionarse con otras que les ayuda a respetar tanto sus derechos como los de los demás. Esto crea mayor bienestar y mejora la autoestima.

Las personas con pocas habilidades sociales suelen padecer estrés y emociones negativas como frustración, ira, sensación de estar poco valorados. Además pueden llegar a sufrir alteraciones psicológicas como la depresión y la ansiedad.

En algunos colectivos existen unos déficits que pueden hacer mermar sus habilidades sociales. Pueden tener serias dificultades para mantener relaciones con

otras personas, lo cual contribuye a que disminuya su sensación de bienestar y corran el riesgo de aislarse de la sociedad.

2 Objetivos

- Conocer habilidades sociales para poder establecer buenas relaciones interpersonales.
- Dar a conocer cómo entrenar las habilidades sociales de estos colectivos para que mantengan un nivel aceptable de relaciones sociales.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

• "Necesidades físicas y psicosociales de colectivos específicos" de la editorial Altamar
• "Atención y apoyo psicosocial" de la editorial Altamar
• "Destrezas sociales" de editorial Paraninfo
• Temario de "Auxiliar educador" de la editorial CEP

Capítulo 636

OCIO SATISFACTORIO, BENEFICIO PARA LA SALUD.

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ

MAQUELINA FREITAS RUIZ

BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En primer lugar hay que saber distinguir los conceptos de ocio y tiempo libre.
El tiempo libre es el sobrante de las obligaciones y necesidades cotidianas de una persona.
El ocio es el conjunto de actividades que desean realizar las personas dentro de su tiempo libre para divertirse y desarrollarse sin sentirse presionadas. Aristóteles explicó que el ocio consiste en estar libre de la necesidad de estar ocupado.
El ocio es la actitud para disfrutar del tiempo libre de manera satisfactoria. Cada persona distribuye su tiempo libre de la manera que más le gusta, aprovechándolo adecuadamente o malgastándolo. El ocio nace cuando se elige libremente y provoca una sensación gratificante.
Tener mucho tiempo libre no siempre es positivo. Las personas desempleadas y las que tienen una situación de dependencia suelen tener problemas a la hora de gestionar tantas horas “muertas”.
Es muy importante que cada persona conozca los recursos de ocio a su alcance para que pueda utilizarlos en su beneficio personal.

2 Objetivos

Dependiendo del grupo de edad y el colectivo de personas, el ocio y el tiempo libre se viven de manera distinta. Los programas de ocio deben adaptarse a los gustos y exigencias de cada persona atendiendo a su edad y al colectivo al que pertenece. Deben promoverse actividades que faciliten la participación activa e integración que favorezcan su propio desarrollo físico, psíquico y social. Esto se considera ocio satisfactorio, ya que aporta muchos beneficios a quienes lo practican. Entre ellos están:

- Disminución de la sensación de soledad.
- Adaptación al entorno.
- Fortalecimiento de la percepción sensorial.
- Aumenta la autoestima.
- Optimiza el estado de ánimo y la motivación.
- Ejercita las habilidades cognitivas.
- Rebaja los niveles de depresión y enfermedad.
- Incrementa la percepción de competencia.
- Mejora la adaptación a la jubilación, desempleo, dependencia.
- Mantiene los hábitos saludables.
- Aumenta la capacidad de desenvolverse ante situaciones estresantes.
- Optimiza los niveles de bienestar subjetivo.
- Amplía los niveles de satisfacción vital.

Las intervenciones que se lleven a cabo en los espacios de ocio y tiempo libre deben cumplir una serie de objetivos:

- Crear espacios que contribuyan a fomentar la diversión mediante actividades lúdicas o productivas.
- Estimular el desarrollo personal y la creatividad.
- Intentar que las personas se sientan integradas en la comunidad en la que viven para incrementar sus relaciones sociales.
- Aumentar la autoestima de las personas y su bienestar.
- Facilitar el crecimiento personal atendiendo a la libre elección.
- Potenciar habilidades que mejoren la autonomía de los individuos.
- Contribuir a que mejore el bienestar físico y psicológico.

3 Metodología

Para conseguir que el ocio que una persona consume sea realmente satisfactorio, debe evitar que el tiempo libre que posee lo gaste inútilmente o lo utilice de manera irresponsable, conformista o con pasividad. Por ello es muy importante educar a las personas en el ocio.

Es urgente integrar la educación del ocio en el proyecto formativo de las comunidades y las personas. Esto es imprescindible para que aprendan a utilizar razonadamente su tiempo libre y se convierta en algo gratificante para ellas. Además el ritmo de vida de las personas se vuelve armónico y se organizan mejor los tiempos.

La pedagogía del ocio es la parte de la pedagogía que se encarga del ocio y tiempo libre de las personas. Trata de enseñar qué se puede hacer durante el tiempo libre para que sea lo más gratificante y provechoso posible. Engloba a toda la sociedad y enseña a ocupar el tiempo que resta tras realizar las obligaciones diarias.

Se debe educar a la población para elegir entre las múltiples alternativas de ocio de que dispone en su entorno. La pedagogía del ocio nos dota de herramientas para cumplir este objetivo. Consiste en dirigir a los individuos hacia las actividades más provechosas, satisfactorias y enriquecedoras para ocupar el tiempo libre disponible y que su ocio sea una experiencia positiva.

La pedagogía del ocio debe educar en el tiempo libre, ocupando ese tiempo de manera satisfactoria y también debe educar para el tiempo libre, para que los individuos comience a vivir de forma positiva ese tiempo.

Al planificar actividades de ocio deben tenerse en cuenta una serie de ítems:

• Tiene que contribuir al desarrollo integral de las personas

• Debe desplegar valores como el respeto, creatividad, solidaridad, la libre elección…

• Vivir el tiempo libre de forma enriquecedora

4 Bibliografía

• “Atención y apoyo psicosocial” de la editorial Altamar.

• https://www.down21.org/desarrollo-personal

• “Necesidades físicas y psicosociales de colectivos específicos” de la editorial Altamar

Capítulo 637

ESTRÉS EN SANIDAD

ANDRÉS NIEVES VALLE

MONICA CADENAS MARTINEZ

1 Introducción

El estrés laboral es un tipo de estrés que surge en el trabajo, puede llegar a producir saturación, cansancio físico en el trabajador llegando a afectar su vida personal y familiar.

Actualmente el estrés es una enfermedad que va en aumento en esta sociedad tan competitiva; es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea.. Dentro del estrés laboral, está el síndrome de Burnout conocido más comúnmente como síndrome del trabajador quemado, un tipo de estrés laboral que se caracteriza por el progresivo agotamiento tanto mental como físico, se da más frecuentemente en las personas que en su trabajo tengan que estar continuamente en contacto con terceras personas, como puede ser los administrativos de centros sanitarios, comerciales, profesores, etc…

Todos, en mayor o menor medida, estamos sometidos a un nivel de estrés en el trabajo , que en determinadas situaciones puede aumentar; „dependiendo de la capacidad de reacción que tenga de cada persona, este estrés puede ser negativo, o puede ser canalizado de forma productiva.

2 Objetivos

Identificar los factores de estrés en el trabajo y aprender a reducirlo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Factores individuales parecen influir en el nivel de estrés. Existen muchos métodos utilizados para determinar el nivel de estrés, la mayoría tienen un nivel de fiabilidad elevado.

Para reducir el estrés sería necesario:

Asegurar que el volumen de trabajo esté acorde con las capacidades del trabajador, mejorar la comunicación, definir claramente las responsabilidades del trabajador, reducir la incertidumbre del futuro laboral…

Son muchas las causas que producen el estrés , por ese motivo los pasos a seguir para eliminarlo o reducirlo también:

• Identificar aquello que nos estresa en el trabajo.

• Organizarse.

• No combatir el estrés con comida u alcohol.

• Hacer ejercicio ayuda a liberar el estrés.

• Desconectar del trabajo cuando no se está en él.

• Técnicas de relajación.

5 Discusión-Conclusión

El nivel de estrés del personal sanitario es elevado. Existe una serie de moderadores del nivel de estrés, como factores individuales y el ambiente de trabajo,

pero no existe un consenso internacional en el método utilizado para su evaluación.

6 Bibliografía

1. Piñeiro Fraga M. Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. Enfermería Global, julio de 2013; 12(31): 125-50.

2. Salud M. El estrés laboral y su prevención -Internet-Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid.2016Mayo -citado 21 de enero de 2020- Disponible en: http://madridsalud.es/el-estrés-laboral-y-su-prevención/
3. El estrés crónico pone tu salud en riesgo -Internet-. Mayo Clinic. -citado 21 de enero de 2020- Disponible en http://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/indepth/stress/art-20046037
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social -Bienestar Emocional - Estrés laboral
-Internet-citado 21 de enero de 2020- Disponible en: http://www.bemocion.mscbs.gob.es/emocionEstres/estres/tipos/laboral/home.htm

Capítulo 638

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO

MARÍA EUGENIA DIAZ BERMEJO

MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA

JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

El servició de atención al usuario (SAU) es una unidad administrativa que sanidad que se pone al servicio de los usuarios/pacientes, como vía de comunicación con el sistema sanitario.

2 Objetivos

- Conocer y determinar la importancia del SAU.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Medline, Google académica y Pubmed. Los descriptores utilizados fueron en español: administrativo, atención al usuario, sanidad y, en inglés: administrative, user support. Se utilizaron filtros de búsqueda para una mayor especificidad, la búsqueda se acotó a los últimos 5 años (2015-2020), se buscó artículos de revisión, con acceso a texto completo e idioma tanto en español como en inglés.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica queda reflejado el trabajo que este servicio proporciona y que en muchas ocasiones representa un puente de comunicación tanto telefónico como presencial y la orientación que ofrece, donde siempre se respetara la protección de datos relacionados con el usuario.

5 Discusión-Conclusión

El SAU con la atención directa que presta hace mejorar la relación entre el centro sanitario y el usuario/paciente o familiares. Es un servicio fundamental cuando dentro de un complejo sanitario no sabes a quien dirigirte para cualquier trámite por la multitud de departamentos, secretarias, etc. El usuario puede recurrir a este servicio a modo de puente con los demás departamentos, para solicitar la información precisa relacionada la historia clínica del usuario en cuestión.

6 Bibliografía

- Atención al público: acogida e información al ciudadano. Atención de personas con discapacidad. Los servicios de información administrativa. Disponible en: http://www.cgtsanidadlpa.org
- Servicio de Atención al Usuario. Disponible en: https://www.areasaludcaceres.es
- Atención al usuario. Disponible en: https://www.saludinforma.es

Capítulo 639

LA HISTORIA CLÍNICA Y EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA EUGENIA DIAZ BERMEJO

MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA

JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Conjunto de documentos generados durante los procesos asistenciales, pudiendo presentarse en un estado físico o digitalizado. Poseyendo una numeración única por individuo, además de tener que ser custodiada por la institución sanitaria pertinente en cada caso.

2 Objetivos

- Entender la función de la historia clínica.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Medline, Dialnet, Google académico. Los descriptores utilizados fueron en español: ”historia”, ”clínica”, ”administrativo” y en in-

glés: ”history”, ”clinic”, ”administrative”. Se buscaron artículos de revisión científica, con acceso a texto completo e idioma tanto en español como en inglés.

4 Resultados

Tras la revisión queda comprobada la importancia de la historia clínica, ya que aporta información para el proceso de asistencia, así como de un seguimiento de todo el proceso dentro de la instalación sanitaria de una forma simple y rápida. También son utilizadas como material de docencia, de investigación y estudios de epidemiologia (en todos estos casos se mantendrá la privacidad del paciente en todo momento). Podría además tener valor en determinados procesos legales que incluyeran al paciente o la institución sanitaria en procesos judiciales, si así el juez lo creyera pertinente para resolución del caso.

La principal función de la historia clínica será la recogida de todo la información generada por las pruebas realizados durante el proceso asistencial, así como las pautas de tratamiento aplicado, además de toda la información básica y esencial sobre la salud del paciente (como por ejemplo: tipo de sangre, alergias, etc.)

5 Discusión-Conclusión

Se trata de un archivo de carácter rutinario en el ámbito de los procesos asistenciales, generados en las diferentes aéreas y niveles del sistema sanitario, para garantizar una correcta asistencia sanitaria, en la cual quedaran registrados todos los procesos asistenciales, así como el nombre de todos los profesionales implicados, desde el momento del ingreso del paciente hasta el alta del mismo. Siendo esta información de carácter personal, por lo que se deberá de respetar el deber de secreto profesional, así como la protección de datos en todo momento.

6 Bibliografía

- Equipo CESCA. Los sistemas de registro en la atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos; 1987.
- Pastor Sánchez R, López Miras A, Gérvas J. Historia clínica informatizada. Med Clin (Barc). 1994;103:304-9.
- Pastor Sánchez R, López Miras A, Gérvas J. Evaluación de historias clínicas informatizadas. Med Clin (Med). 1996;107:250-4.
- https://www.comgi.eus/es_decalogo_de_la_historia_clinica.aspx

Capítulo 640

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE URGENCIAS

MARÍA EUGENIA DIAZ BERMEJO

MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA

JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

El servicio de admisión de urgencias es un área de gran importancia para el personal administrativo que gestiona la documentación del paciente que acude a este servicio. Es muy importante conocer la importancia del correcto registro de los datos por el administrativo de los pacientes que acuden a urgencias y, la relevancia del conocimiento de la información en tiempo real sobre la cantidad de pacientes y su ubicación dentro de urgencias.

2 Objetivos

- Reconocer la importanca del registro de datos.

3 Metodología

Se utilizaron las siguientes fuentes de datos: Medline, Scielo, PubMed. Los descriptores utilizados han sido: ”admisión”, ”documentación clínica”, ”urgencias”

y en inglés:"admission", "clinical documentation", "emergency". Se utilizaron filtros de búsqueda para una mayor especificidad, se acoto a los últimos 5 años (2015-2020), se buscó artículos de revisión, con acceso a texto completo, tanto en inglés como en español.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica queda constatada la gran importancia de este servicio donde el paciente o acompañante al llegar al servicio de urgencias debe dirigirse al servicio de admisión con su tarjeta sanitaria o DNI donde proporcionará los datos para que queden registrados y comprobará los datos existentes, en caso necesario los actualizará.

Se emitirá la pulsera que el paciente debe llevar en todo momento hasta que abandone este servicio, se abrirá un episodio asistencial y se imprimirán las etiquetas adhesivas identificativas necesarias. Con esto, conseguimos proporcionar una ayuda al paciente en cuanto al proceso de su admisión a los servicios que se ofrece a la población y, una organización eficaz por parte de los profesionales que tramitan la información.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que este servicio es una referencia tanto para pacientes como para familiares sobre la información administrativa, donde se encuentra ubicado el paciente, justificantes de su paso por urgencias, aviso de ambulancias si fuese necesario para su traslado y gestionar habitación cuando el paciente quede ingresado desde este servicio.

6 Bibliografía

- Guía de Gestión de los servicios de admisión y documentación clínica. Disponible en: http://www.sedom.es/
- La admisión en el servicio de urgencias. Disponible en: https://www.hug-ge.ch/
- Servicio de Admisión y Servicio de Atención al Paciente. Disponible en: http://celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 641

EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO: MEDIDAS DE ACTUACIÓN FRENTE AL MOBBING.

SILVIA BENAVIDES DIEZ

RAUL MONTESERIN FERNANDEZ

SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO

VANESA SUAREZ MENDEZ

1 Introducción

El acoso laboral es conocido con el término inglés “mobbing”. Se considera una violencia psicológica sistemática y recurrente durante un tiempo prolongado, en los casos más graves puede derivarse en agresiones físicas.

Las personas que son víctimas de ésta violencia psicológica e injustificada sufren actos hostiles y negativos dentro del entorno laboral sanitario, producidos habitualmente entre los propios compañeros, profesionales de diferente relación jerárquica o entre usuarios y profesionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el “mobbing” como el comportamiento agresivo y amenazador de uno o más miembros de un grupo hacia un individuo en el ambiente de trabajo, cuyo objetivo es producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador hasta que éste renuncia al puesto o es despedido.

El ambiente sanitario es un foco de conflictos, ocasionados por la exigencia del trabajo en equipo, los horarios a turnos y otras situaciones de estrés laboral.

En una situación de acoso laboral intervienen 4 elementos fundamentales: la víctima, el acosador, la relación entre ellos y el contexto.
En el perfil de una persona acosadora, suele estar la capacidad de encanto y simulación, miente sistemáticamente, de forma compulsiva y distorsionando la realidad, presenta envidia y celos profesionales, no siendo capaz de afrontar el fracaso, además presenta incapacidad con el trabajo en equipo.

El acoso laboral está siendo reconocido como un creciente problema en el ámbito sanitario, por ello se recomienda la preparación y formación de los profesionales para detectar el origen de ese acoso y poder así evitarlo, siendo la prevención el elemento básico.

En España, el estudio mas conocido que proporciona resultados sobre acoso laboral es el Barómetro Cisneros, aplicado en el año 2001 bajo la supervisión y dirección del Dr. Piñuel. Los resultados obtenidos fueron que entre mil personas encuestadas, más del 16% manifestaron haber sido víctimas de acoso laboral durante los últimos 6 meses con una frecuencia semanal.

2 Objetivos

- Identificar las formas de acoso laboral más comunes y conocer una serie de medidas básicas para ayudar a los profesionales del ámbito sanitario a combatir el mobbing.

3 Metodología

Para llevar a cabo ésta revisión bibliográfica , se realiza una búsqueda de las principales investigaciones procesadas en la base de datos Pudmed y en el buscador Google Académico, empleando las palabras “mobbing”, “acoso”, “laboral”,” sanidad”. De ésta búsqueda, se localizaron un total de 62 artículos, de los cuales se eligieron los textos en castellano y cuya publicación se realizó entre 2003 y 2019, excluyendo los del resto de idiomas y con fecha de publicación previa a 2003. Con éste filtro, se reducen las búsquedas 23 artículos. Se ordenaron según relevancia y fueron analizados.

4 Resultados

Para poder notificar que somos víctimas de acoso laboral, debemos identificar las formas de acoso laboral más comunes.

Entre ellas, podemos destacar las siguientes:

El maltrato laboral: hace referencia a todas las acciones físicas o verbales a las que son sometidas los trabajadores y que van en contra de su voluntad y su autoestima.
La discriminación: consiste en establecer diferentes tratos o especiales por razón de sexo, raza, inclinación política, orientación sexual, discapacidad, entre otras.
La sobrecarga de trabajo : las funciones que son asignadas, conllevan una sobrecarga de trabajo que producen fatiga, estrés laboral o ansiedad ocasionadas por la incapacidad que tiene el trabajador de hacer frente a dichas tareas.
La desprotección laboral: consiste en realizar la actividad laboral bajo un riesgo, sin los elementos de protección necesarios para garantizar nuestra seguridad y bienestar.

Cuando un profesional del ámbito sanitario se encuentre humillado, vejado, amedrantado por acciones que sufra de manera continuada por parte de otros profesionales del mismo nivel o superior jerárquico, o se encuentre incluido en cualquiera de las otras situaciones de acoso laboral, debe seguir las siguientes pautas para poner fin al acoso que está sufriendo:
Lo primero que debe hacer será recopilar pruebas objetivas más allá de su propio relato personal, para ello, lo recomendable será anotar todo lo que los acosadores le vayan diciendo o todo hostigamiento que suceda, con las frases escritas y el momento concreto en el que ocurren. Recopilará toda la información que tenga en correos electrónicos, documentos y todas las pruebas documentales posibles.
Solicitará la ayuda de un profesional, tanto médico, para que pueda realizar una valoración psicológica de su situación, como legal ya que será la mejor forma para defender sus derechos.
Es importante que no se aisle y se quede solo tanto en el trabajo como fuera de él, contando lo que le sucede y compartiéndolo con los demás.

Le recomendaremos que busque una persona dentro del servicio de salud que le pueda reportar apoyo, como puede ser por ejemplo representantes sindicales, del comité de Seguridad y Salud, entre otros.
Le indicaremos que utilice técnicas de comunicación asertiva, para que pueda

establecer sus límites de forma clara.
Deberá controlar y canalizar su ira, intentando no perder los nervios, ya que es justo lo que busca el acosador, es necesario que trabaje sus emociones para ello.
Le diremos que grabe todo lo que pueda, bien un audio o un vídeo si sufre de ofensas verbales. Se puede utilizar como prueba contra un juicio, siempre que esté integra y se escuche perfectamente.
Las comunicaciones que realice deberán ser por escrito exigiendo que dichas respuestas e instrucciones también las hagan por escrito.
Si con todas éstas acciones, sigue sufriendo acoso laboral, procederá a interponer las correspondientes actuaciones legales.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing es una conducta ilegal, ilegítima y contraria a la ética, por lo que debemos proteger a la victima. No podemos garantizar que un trabajador no sufra acoso laboral pero si podemos conseguir que pueda sobrevivir a él con estas pautas. Aplicándolas ya no será una persona fácil ni dañada, sino que estará formada para hacer frente al acoso y una persona que consigue enfrentarse a un acosador, es capaz de disminuir la tasa de hostigamiento, garantizando una mejor calidad de vida consiguiendo destruir la indefensión aprendida.

"Si al principio no muestras quien eres, nunca podrás después cuando quieres".

6 Bibliografía

- Piñuel Zabala, Iñaki. Manual de autoayuda: Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo. Aguilar 2003.
- Rojas Chavez,Armando. El acoso o mobbing laboral. Revista de derecho 24(24) 2011.
- Piñuel Zabala,Iñaki. La evolución y diagnóstico del mobbing o acoso psicológico en la organización: el barómetro Cisneros. Journal o Work and Organizational Psychology 22 (3). 2006
- Molero Jurado, Mar. Mobbing en el personal sanitario: una revisión de la producción literaria de los últimos diez años. Investigación en salud y envejecimiento. Volumen III, 17. 2015.

Capítulo 642

LA CONDUCTA Y LA EDUCACIÓN DEL USUARIO PARA LA SALUD; ELEMENTO CLAVE EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LAS RELACIÓNES SOCIALES EN EL AMBITO SANITARIO.

MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON

ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO

1 Introducción

Educar para la salud es dar a alguien los conocimientos, instrucciones y medios que necesita para conseguir un desarrollo integral y mejorar su calidad de vida.

La educación para la salud tiene tres finalidades principales:

-Eliminar hábitos que no son saludables: Ejemplo, dejar de fumar.

-Transformar hábitos que no son saludables en saludables: Ejemplo, mejorar nuestra alimentación.

-Adquirir hábitos saludables. Ejemplo, enseñar a los niños a cepillarse los dientes.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de la educación del usuario para la salud y los métodos para lograrlo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Prevención para la salud, que puede ser:

- Prevención primaria: Tiene por objeto evitar que la enfermedad comience, interviniendo directamente en sus causas.

- Prevención secundaria: Tiene por objeto detectar y tratar precozmente la enfermedad.
- Prevención terciaria: Se orienta a tratar la enfermedad y a evitar su cronicidad y secuelas.

Protección para la salud: Tiene como objetivo el control de los riesgos para la salud.

Promoción para la salud: Tiene como objetivo que la población adopte estilos de vida saludables.

Métodos directos o bidireccionales:

- El diálogo: Es el conseguido en la consulta entre médico y paciente.

- Charla o conferencia: La información es transmitida a un grupo de personas.

-Clase: Su ámbito es más educativo, libros de texto, powerpoint, películas.

- Métodos de grupo:

1) Taller: Donde se realizan actividades creativas y participativas.

2) Discusión: Coloquio en el que se discute un problema.

3) Phillips 66: Discusión de pequeños grupos.

Métodos indirectos o unidireccionales:

- Materiales publicitarios:

1) Carteles: Tienen que ser muy claros y llamar la atención de la población a la que se dirijan.

2) Folletos: El texto tiene que ser breve y las ilustraciones atractivas.

- Medios de comunicación: Revistas, periódicos, televisión, radio, internet….

Generalmente, los métodos indirectos son menos efectivos que los directos ya que la relación entre el educador y el educando no es directa, sin embargo, llegan a un porcentaje mayor de población.

El método directo con mejores resultados es el del diálogo entre médico y paciente, para su mayor efectividad debemos de cuidar algunos aspectos como:

-Crear un clima de confianza y comprensión mutua.

-Escucha activa y actitud empática.

-Aconsejar los cambios pero no imponerlos.

5 Discusión-Conclusión

La acción educativa sobre individuos y grupos debe ir acompañada de modificaciones en el entorno. La educación para la salud también es responsabilidad de gobierno y administraciones públicas, quienes tienen la responsabilidad de investigar los factores externos que perjudican la salud e intervenir mediante la elaboración de planes concretos y propuestas legislativas destinadas la corrección de estos factores.

6 Bibliografía

- Calvo JR, Del Rey J. ”Como cuidar la salud su educación y promoción”. Madrid:Ediciones Harcout 1997.

- Costa M, López E.”Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida”. Madrid: Ediciones pirámide, S.A.; 1996-199.

- Marqués F, Sáez S, Guayta R.”Métodos y medios en promoción y educación para la salud”. Barcelona : Editorial UOC; 2004.

Capítulo 643

LA COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA LA PRESTACIÓN DE UNA BUENA CALIDAD ASISTENCIAL

RUBÉN HUERTA FERNÁNDEZ

CECILIA HUERTA FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La comunicación es un elemento básico en las relaciones humanas, y esencial en la interacción entre profesional sanitario y paciente. Para ser un buen profesional no basta con adquirir determinados conocimientos o ser capaces de llevar a cabo determinadas técnicas.

Es necesario un razonamiento crítico, saber priorizar problemas y cómo resolverlos mediante decisiones acertadas, así como ser capaces de establecer una adecuada comunicación tanto con los pacientes y/o su entorno, como con el resto de los profesionales que intervienen en la atención de su salud4.

En definitiva, es muy importante saber qué decir, cuándo decirlo y cómo hacerlo, ya que de ello va a depender en gran medida la relación terapéutica entre el profesional enfermero y el usuario.

Desarrollar una comunicación efectiva es un proceso complejo y que requiere de cierto entrenamiento. Como punto de partida de este trabajo se explicarán algunos conceptos básicos relacionados con la comunicación.

Principios básicos en comunicación:
La comunicación es un proceso continuo y dinámico en el que se transmite un determinado mensaje desde la persona que lo emite (emisor) hasta la que lo capta (receptor). La comunicación lleva implícita además otro subproceso, el "feedback" o retroalimentación que consiste en un intercambio continuo de información, de su contenido e interpretación, tanto de emisor a receptor como a la inversa. Es decir, para que realmente se establezca un proceso comunicativo tiene que haber un intercambio continuo de roles entre emisor y receptor5.

Para una adecuada comunicación será necesario el uso de un código similar o igual, entendiendo por código el conjunto de normas, imágenes, gestos, lenguaje, etc. que sirven para transmitir el mensaje en sí. Además también se verá influida por diversos factores inherentes a emisor y receptor, como pueden ser, entre otros, su cultura, su actitud, o su nivel de instrucción acerca del tema tratado5.

Otros elementos a considerar son el contexto, ya que de él dependerá en gran medida la interpretación que el receptor haga del mensaje, y los filtros, que hacen referencia a las barreras mentales que se forman en función de las expectativas, los conocimientos o los valores de cada individuo5.

Hay que tener en cuenta que la interpretación del mensaje es subjetiva y que no siempre el interlocutor capta el mensaje tal y como el emisor lo quería expresar, ahí radica la importancia del "feedback" 5.

La comunicación verbal está muy presente tanto en nuestra vida cotidiana como en el ámbito profesional. Este término hace referencia a la comunicación que se establece mediante las palabras, bien sea de forma oral o escrita.

Pero para un adecuado proceso de comunicación no se debe olvidar la comunicación no verbal. Es complementaria a la anterior y debe estar en concordancia con ella para una correcta interpretación del mensaje por parte del interlocutor. Está relacionada con el conjunto de gestos, miradas, sonrisas, expresiones faciales, posturas corporales e incluso con el olor corporal o el vestuario.

Para interpretar un mensaje no verbal no es necesario conocer determinados códigos. Por ejemplo, un gesto de dolor o de alegría puede ser interpretado prácticamente por cualquier persona del mundo, con independencia del tipo de lenguaje

verbal utilizado. Es muy útil a la hora de transmitir emociones y es menos controlable que la comunicación verbal, por ello son muchos los autores que destacan la importancia de la misma5,6.

Al emplear el lenguaje verbal se deben tener en cuenta los componentes paraverbales o paralingüísticos. Su uso no hace variar el contenido de las palabras, pero sí el significado de las mismas. Esto es lo que se conoce popularmente como "lo que se dice y el cómo se dice". Los principales elementos paraverbales son el volumen de la voz, el tono, la velocidad, la fluidez, la claridad, la latencia de respuesta y las pausas y silencios5.

2 Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica de la literatura acerca de la importancia de una comunicación eficaz en Enfermería.
- Destacar la importancia de la comunicación en la relación terapéutica enfermera-paciente-familia.
- Enumerar los pilares fundamentales en los que debe basarse la comunicación.

3 Metodología

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

Se estableció una estrategia de búsqueda fijando los distintos conceptos a estudiar eligiendo las siguientes palabras clave: comunicación, comunicación efectiva, enfermería, enfermera, paciente, familia, nuevas tecnologías y sus correspondientes términos en inglés cuando fue preciso (communication, effective communication, nursing, nurse, patient, family, new technologies).

Se seleccionaron artículos publicados a partir del año 2010, tanto en castellano como en inglés. De todos los artículos encontrados, se utilizaron 25 para la realización del presente trabajo.

4 Resultados

Comunicación entre los profesionales del Equipo de Salud y Profesionales no sanitarios que trabajan en el medio hospitalario:
Una adecuada comunicación entre el equipo de profesionales de la salud y profesionales no sanitarios es vista como un elemento clave para el correcto cuidado de los pacientes. Las deficiencias en la misma han sido relacionadas con una disminución en la calidad de atención, de la eficacia, del rendimiento del equipo o del aumento del estrés de los profesionales, entre otros.

En el trabajo realizado por Lucas, Gómez y Antón en 201014 se hace referencia a que autores como Arizeta, Portillo y Ayestarán15 resaltan que la comunicación es una de las asignaturas pendientes de los componentes del equipo multidisciplinar sanitario. La comunicación efectiva permite establecer relaciones interpersonales e interprofesionales posibilitando lograr las metas marcadas.

Según el estudio citado con anterioridad los profesionales de enfermería expresan que en su entorno de trabajo el estilo de comunicación más utilizado es el informal, basado en el llamado "boca a boca", lo que en muchas ocasiones puede llevar a que afloren rumores y críticas, que son considerados barreras comunicativas dentro de una organización laboral. Para solucionarlo proponen hablar de los errores y problemas que puedan surgir de forma constructiva y abierta, realizar sesiones junto con los facultativos para establecer objetivos comunes y una total implicación por parte de los líderes del servicio y la organización a través de un poder ejercido de forma democrática y participativa.

Precisamente marcar unos objetivos y/o metas en común son dos aspectos que distinguen a un equipo de un grupo. Además destacan la importancia de realizarlo mediante una comunicación horizontal estableciendo relaciones de confianza y respeto mutuo, ya que todos los miembros son igual de importantes en la atención integral al paciente. El personal de enfermería considera que el trabajo en equipo es indispensable no sólo para el desarrollo individual, sino también para el colectivo encaminado a un cuidado cualificado.

Según un estudio realizado en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia entre los años 2011 y 2012 los enfermeros consideran que el principal obstáculo para un correcto trabajo en equipo es el individualismo, acompañado de la falta de autonomía, las rotaciones, tanto en los turnos como en los cambios de personal, o la existencia de enfermeros-líderes que actúan en el medio asistencial de forma muy autoritaria y sin prestarse al diálogo.

Los continuos avances científicos y tecnológicos hacen que enfermeros y enfermeras tengan que actualizarse continuamente. Una de las cuatro funciones básicas de la enfermería es la función investigadora. Su objetivo es el desarrollo de la profesión mediante estudios propios o colaboraciones con equipos multidisplinarios. Esta competencia implica la divulgación de los resultados obtenidos, por ello también cabe hacer referencia a la comunicación de los conocimientos científicos enfermeros.

No se trata sólo de transmitir la información entre compañeros de profesión, sino también al resto de personal sanitario para que esas aportaciones sean conocidas, llevadas a la práctica, comprobadas y evaluadas. Como profesionales de la salud es una obligación profesional y moral compartir estos conocimientos debido a las consecuencias sociales que pueden tener.

Dejando a un lado el talento innato de cada persona para comunicarse hay que resaltar que para ser un buen comunicador científico es necesario formarse en este sentido.

En el año 2001 se creó el Programa de Formación en Comunicación Científica (PFCC) con el objetivo de que los profesionales sanitarios adquirieran los conocimientos y habilidades necesarios para comunicar de forma adecuada los resultados obtenidos en sus investigaciones. El programa hace hincapié en lo relacionado con la publicación de artículos científicos y comunicaciones orales o vía póster en congresos.

Durante sus 19 primeras ediciones (entre 2001 y 2011) han formado parte de este proyecto 890 profesionales de la salud, de los cuales aproximadamente un 82% eran enfermeras. Este dato puede guardar una fuerte relación con que hayan tomado la iniciativa de participar en esta formación agrupaciones como la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN), el Foro de Enfermería Nefrológica de Valencia (FENV), aunque también hayan participado diversos Hospitales Universitarios de Sevilla.

Comunicación profesional sanitario /personal no santiario-paciente:
La comunicación entre profesional sanitario/no sanitario y paciente se ve afectada por los frenéticos ritmos de trabajo, sobre todo en lo que al medio hospitalario se refiere. Acciones instrumentales como la administración de tratamientos, la realización de pruebas diagnósticas o el control de signos vitales del paciente ocupan un gran porcentaje de horas en su jornada laboral. Todo ello sin contar las múltiples tareas administrativas que realizan y aquellas actividades que quedan

delegadas a las auxiliares de enfermería, como pueden ser la alimentación, el aseo del encamado o los cambios posturales.

Muchas de ellas dicen no disponer de tiempo suficiente para establecer una adecuada relación comunicativa con los usuarios. De hecho, la mayoría de las veces que las enfermeras establecen una conversación con el paciente coincide con la realización de técnicas al mismo. Fuera de este tipo de actividades enfermeras el proceso de comunicación puede incluso llegar a ser visto como un obstáculo en su ritmo de trabajo sistematizado. Todo ello contribuye a la deshumanización del cuidado enfermero.

Todo lo anterior contrasta con los cuidados brindados al usuario en Atención Primaria, donde se pretende que el paciente aprenda a gestionar su propia salud a través de actividades de promoción y prevención de la salud.

Para ello la persona debe involucrarse y responsabilizarse de su autocuidado, y esto únicamente se consigue mediante el establecimiento de un adecuado proceso de comunicación por parte de la enfermera.

En cuanto a la comunicación los pacientes demandan un trato cercano, personalizado, humano, profesional, cálido y paciente, acompañado de una mayor cantidad y calidad de la información recibida, ya sea de forma oral o escrita. Además, también consideran relevantes otros aspectos como que se les escuche y se les dedique más tiempo o que la enfermera que les atienda siempre sea la misma. Esto radica en el hecho de que actualmente la sociedad tiene más y mejores conocimientos sanitarios y que a su vez exige una mayor calidad en su atención.

Por otro lado, cabe destacar que la mayoría de los pacientes dan mayor importancia al trato recibido por el personal de enfermería que a sus competencias científico-técnicas, lo que pone de manifiesto lo importante que es una comunicación efectiva en la relación enfermera-paciente.

De acuerdo con lo anterior, para que enfermería pueda desarrollar su actividad principal en Atención Primaria (que es la Educación para la Salud) debe desarrollar las competencias que impliquen una mejor relación enfermera-usuario25, en las que va implícita la formación en habilidades sociales.

El personal de enfermería debe adquirir ciertas competencias y desarrollar determinadas habilidades para establecer una comunicación efectiva con sus pacientes. He aquí algunas pautas:

- Adaptar el lenguaje al interlocutor.

- Expresarse de forma clara y concisa.
- Dejar que el interlocutor se exprese, siempre en dirección al tema a tratar.
- Hacer ver a la otra persona que se tiene interés por lo que está contando mediante retroalimentación verbal y no verbal.
- Evitar interferencias e interrupciones buscando un lugar adecuado para desarrollar el proceso comunicativo.
- No establecer juicios de valor, siendo conscientes de que cada persona tiene una forma distinta de satisfacer sus propias necesidades.
- Mantener una actitud empática hacia el usuario independientemente de que se esté de acuerdo con él o no.
- Prestar atención a la comunicación verbal del paciente, ya que es una gran fuente de información.
- Hacer ver a la otra persona que se tiene un alto grado de motivación por el trabajo que se realiza.
- Comprobar que el paciente comprende adecuadamente lo que se le quiere transmitir.
- Individualizar el proceso comunicativo evitando generalizar.

De la forma en la que se establezca la comunicación con el paciente va a depender su propio bienestar, ya que una comunicación efectiva es imprescindible para encaminar cualquier estrategia de educación sanitaria27. Así se consiguen objetivos tan necesarios para el paciente como una adecuada adherencia terapéutica, calmar su ansiedad o resolver sus dudas y temores, entre otros23.

Comunicación profesional sanitario/no sanitario-familia:
Para asistir a una persona de forma integral se debe tener en cuenta a su familia, ya que es un pilar fundamental del cuidado holístico del paciente. Establecer una buena relación con el usuario y su entorno es una excelente herramienta para el buen desarrollo del trabajo enfermero.

Una de las peticiones de los familiares es recibir una adecuada información acerca del estado de salud de su ser querido. Mediante la comunicación el personal de enfermería es capaz de establecer una relación terapéutica que ayude en la mejora del paciente y su familia.

Está recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica30, que la persona a la que los profesionales sanitarios deben informar acerca de su estado de salud es el paciente, o en su defecto a sus familiares o personas allegadas, siempre que el propio involucrado esté de acuerdo.

Además enfermería tiene la obligación de informar acerca de todas aquellas actuaciones de las que es directamente responsable, es decir, de lo que se conoce como "intervenciones de enfermería".

En el Código Deontológico de la Enfermería Española también se hace mención a la información al entorno del paciente. Se establece que la enfermera debe saber valorar si la situación del paciente es la adecuada o no para recibir la información, y en el caso de que no lo sea remitirse a sus familiares o personas vinculadas a él por razones de hecho.

Según las últimas investigaciones las enfermeras pediátricas centran su trabajo en la atención al niño hospitalizado sin tener demasiado en cuenta a su familia, por lo que no se le estaría prestando una atención integral. Esta situación indica un déficit en la interacción y comunicación entre la enfermera y la familia, lo que contribuye a una deshumanización en la atención.

En las Unidades de Cuidados Intensivos también son habituales los déficits en la comunicación enfermera-paciente-familia debido a las condiciones "especiales" del Servicio. La familia es un componente esencial en la vida del paciente, y el nivel de satisfacción de la misma está más influenciado con la forma en que enfermería se comunica con ella que con los cuidados proporcionados.

Achury, Pinilla y Alvarado exponen en su trabajo que la mayoría de las enfermeras se comunican con el entorno del paciente crítico entre una y dos veces por turno, dato que puede estar condicionado por el estricto régimen de visitas de la Unidad. Como agravante muchos profesionales de enfermería ni siquiera consideran a la familia como elemento integrante del cuidado holístico al enfermo.

Padilla enumera y ordena las diez necesidades más importantes para la familia y el entorno del paciente crítico, aunque claro está, pueden aplicarse a cualquier otro ámbito asistencial:
- Disponer de respuestas dadas con sinceridad.
- Conocer el pronóstico.
- Sentir que el personal de salud se preocupa por el paciente.
- Tener la seguridad de que el mejor cuidado posible se le está proporcionando al paciente.
- Recibir las explicaciones en términos que sean entendibles.
- Conocer hechos específicos relacionados con el paciente.
- Recibir información diaria acerca del paciente.

- Saber cómo está siendo tratado medicamente el paciente.
- Saber por qué se le han hecho ciertas cosas al paciente.

Analizando cada una de ellas queda entonces reflejada la importancia que tiene para el entorno del paciente la comunicación con los profesionales de enfermería.

En muchas ocasiones la familia del paciente es la "gran olvidada" del procedimiento asistencial, quedando relegada a un segundo plano. Involucrarlos en el cuidado del enfermo mejora el proceso de adaptación de ambos al nuevo estado de salud y favorece una pronta recuperación.

Desde el ámbito sanitario/no sanitario se debe entender que una relación cordial, terapéutica y humanizada tanto con el paciente como con la familia va a repercutir positivamente en ambos. Es decir, para una atención holística es tan importante la realización de procedimientos técnicos como una comunicación efectiva con el paciente y su entorno.

5 Discusión-Conclusión

- La comunicación interpersonal tiene un rol primordial tanto en lo aplicable a los miembros del equipo de salud como en la relación profesional no sanitario-paciente-familia.

- El proceso comunicativo es un componente crucial en el arte del cuidar que se debe basar en el respeto, la confianza, la posibilidad de establecer un feedback y una comunicación horizontal con el fin de lograr el bienestar del paciente.

- La mejor forma de realizar un cambio de turno es aquella que permite la retroalimentación tanto con otros profesionales sanitarios/no sanitarios como con el paciente.

- Los profesionales sanitarios/no sanitarios debe desarrollar su función investigadora y promulgar los resultados obtenidos ayudándose de una adecuada formación en comunicación para lograr el beneficio de usuarios y profesionales sanitarios/no sanitarios.

6 Bibliografía

- Diccionario de la lengua española. 22ª ed. Madrid: Espasa Libros; 2001.

- Attewell A. Florence Nightingale (1820 - 1910). Perspectivas [revista en internet] 1998; 28 (1): 173-189.
- Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. Temas de salud.
- Pérez E, Oteo LA. Función directiva y recursos humanos en sanidad. 1ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2006.
- Van-der Hofstadt CJ, Quiles Y, Quiles MJ. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. 1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Sanidad; 2006.

Capítulo 644

SALUD DIGITAL: RECURSOS TICS EN EL ÁMBITO SANITARIO

CECILIA HUERTA FERNÁNDEZ

RUBÉN HUERTA FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

El uso de las nuevas tecnologías para acceder a información clínica y a materiales de formación sobre salud y bienestar se ha convertido en una necesidad para muchos ciudadanos, pacientes y profesionales sanitarios de todo el mundo. De esta manera, Internet se ha convertido en un instrumento fundamental de la transmisión del conocimiento.

Cada vez son más las personas que consultan en Internet acerca de enfermedades. Los organismos sanitarios son conscientes de ello y por eso cada vez son más los que sienten que deben estar allí donde los pacientes les necesitan.

Existen estudios sobre la penetración de redes sociales en la comunicación en salud que revelan la inquietud de hospitales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y profesionales sanitarios acerca de los nuevos medios. El 72% de los pacientes recurre a Internet para buscar información, siendo las principales fuentes de información 'on line' los foros (42%), 'Google®' (41%) y 'Wikipedia®' (27%). Asimismo, el 18% de los pacientes consultan las 'webs' de los laboratorios; el 17% la de las asociaciones de pacientes; el 15% la de los centros hospitalarios; y el 19% las páginas de noticias sanitarias. Por tanto, la posibilidad de comunicarse

directamente a través de foros es la opción favorita de los pacientes, principalmente por poder conectar con gente en la misma situación que ellos.

Por otra parte en España podemos encontrar 538 hospitales presentes en el ciberespacio, donde una buena parte tiene página Web (421). Del total de hospitales con presencia digital, 196 tiene presencia en las redes sociales, siendo la principal red Facebook®, seguida de YouTube® y Twitter®.

Un reciente estudio sobre redes sociales y asociaciones de pacientes descubre que el 70% de estas organizaciones consideran muy necesario el uso de las redes para comunicar, sin embargo encuentran diversas barreras para lanzarse a su uso, entre las que se encuentran principalmente la falta de recursos humanos para gestionarlas, la falta de tiempo y el desconocimiento del entorno online. Además, en muchas ocasiones, dichas páginas carecen del rigor y calidad necesarias, llevando a la desconfianza o aún más importante, al error de muchos de sus contenidos.

El uso de Internet en salud está muy extendido con fines profesionales. La elevada prevalencia de enfermedades crónicas que afectan actualmente a más de la mitad de la población es una de las áreas donde se están aplicando. Tanto en los nuevos modelos de atención a pacientes con condiciones crónicas de salud publicados como en la Estrategia Nacional de Abordaje de la Cronicidad del Ministerio de Sanidad (ENACMS), uno de los pilares propuestos para mejorar la atención a estos pacientes es el desarrollo precisamente de nuevas vías de comunicación a través de internet, tanto entre profesionales como entre profesionales y pacientes. La nueva ENACMS propone facilitar esa comunicación entre profesionales mediante una única historia clínica electrónica y el uso de vías de comunicación como el correo electrónico o el entorno Web de grupos de trabajo.

Por otro lado, en la comunicación entre profesionales y pacientes, el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) está cada vez más extendido. Permiten favorecer la autonomía del paciente en el seguimiento de la enfermedad jugando un papel más activo. Por otro lado permite obtener una mayor información por el profesional del estado de salud de las personas que utilizan este medio.

A nivel profesional las redes sociales han permitido por un lado acceder y compartir la información sanitaria de forma masiva permitiendo avances significativos en el cuidado de la salud, y por otro facilitar la comunicación entre profesionales de todo el mundo, permitiendo el intercambio de opiniones y experiencias. De hecho cada vez más publicaciones o sociedades científicas incorporan medios como

Twitter® o Facebook® para ofrecer las actualizaciones de temas profesionales.

Por tanto, podemos afirmar que las nuevas tecnologías están influyendo de manera positiva en la gestión, implantación e información que, sobre temas relacionados con la salud llega a los ciudadanos, quienes ponen de manifiesto la necesidad de que las administraciones impulsen la generación de puntos de información públicos o privados que, con la correspondiente solvencia técnica y médica, facilite información segura y fiable a la que se puedan dirigir cuando necesiten consultar este tipo de información en la red.

2 Objetivos

- Analizar la situación actual de las TICs en el medio hospitalario español.
- Enumerar la clasificación de las TICs en salud.
- Describir las diferentes redes sociales sobre e-salud.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos científicas: PubMed, Medline, Dialnet, Lilacs, Cochrane utilizando como descriptores las palabras clave: TICs, salud digital, e salud, e health, redes sociales, recursos. Se seleccionaron estudios publicados en lo últimos veinte años tanto en castellano como en inglés.

De los 54 estudios encontrados, finalmente se seleccionaron diez para la realización de la presente investigación, el restó se descartó porque no cumplía los estándares previamente establecidos (artículos publicados en los últimos veinte años, en idioma castellano o inglés, disponibles en texto completo, directamente relacionados con la temática en estudio).

4 Resultados

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS TICs.

Se denominan Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) al conjunto de tecnologías que permiten la adquisición, producción, almacenamiento, tratamiento, comunicación, registro y presentación de informaciones, en forma de voz, imágenes y datos, contenidas en señales de naturaleza acústica, óptica

o electromagnética. Las TICs incluyen la electrónica como tecnología base que soporta el desarrollo de las telecomunicaciones, la informática y el audiovisual.

La sanidad es uno de los sectores más intensivos en el uso de información, de forma que podría presentarse como un sector prototipo ”basado en el conocimiento”, con un alto grado de regulación, de gestión fundamentalmente pública, altamente fragmentado y que está muy influido por la información. Diversos estudios avalan la utilización de las TICs como apoyo a la formación en competencias de estudiantes de enfermería.

La incorporación de las TICs al mundo sanitario está suponiendo un motor de cambio en la actividad no solo asistencial de los profesionales de la salud, sino también de investigación o gestión necesarias todas para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, favoreciendo el desarrollo de herramientas dirigidas a dar respuesta en áreas como la planificación, la información, la investigación, la gestión, prevención, promoción o en el diagnóstico o tratamiento.

El reto actual es conseguir que las posibilidades que las TICs ponen a nuestra disposición contribuyan a una mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas y ayuden a disminuir los desequilibrios y las desigualdades del acceso a los servicios de salud de los ciudadanos, optimización de la relación coste/beneficio, a la vez que favorecen su desarrollo y crecimiento. En definitiva, unos Sistemas de Salud más integrados y no solo más interconectados.

La tecnología aplicada a la salud desafía la manera de hacer medicina ya que conlleva dos revoluciones importantes: la medición de procesos y personas (o comportamientos) y la participación de los pacientes, en sus propias comunidades o en su relación con los profesionales de la salud, el llamado paciente empoderado.

Dentro de los usuarios habituales de las TICs, los pacientes mayores, enfermos crónicos y diversas agrupaciones de pacientes, son especialmente potenciales usuarios de esta herramienta.6 Cobra especial importancia la figura del paciente experto en el uso de estas nuevas TICs. Uno de los principales retos que se nos presenta y que supondría un paso importante para reducir la excesiva demanda de consultas muchas veces injustificadas lo que da lugar a un colapso de los sistemas sanitarios consumiendo gran parte de sus recursos, sería la propia autogestión de las patologías, especialmente las de naturaleza crónica, por parte del mismo paciente. El paciente experto es aquel que por su nivel de experiencia en una determinada patología y por su elevado compromiso e interacción con determinadas herramientas 2.0, sirve de nexo de unión entre pacientes ”legos” y

profesionales de la salud, pudiendo resolver algunas dudas que se planteen en los foros o redes sociales sin necesidad de acudir a hospitales o centros de salud.

Por tanto, las TICs se han hecho presentes en el ámbito de la salud. La práctica clínica gira alrededor de datos, información y conocimiento. Internet es la mayor fuente de información sanitaria no solo para los profesionales sino también para los pacientes. Además han surgido y siguen surgiendo multitud de iniciativas de aplicaciones médicas y sanitarias que, aparte de los servicios de información, contemplan la posibilidad de consulta a médicos: la segunda opinión, los grupos de apoyo entre pacientes, servicios de telemedicina y una amplia gama de posibilidades.

El desarrollo de infraestructuras de redes digitales de comunicaciones de tipo corporativo y el acceso generalizado a Internet están permitiendo el flujo de información entre todos los actores, usando historiales clínicos electrónicos en un entorno seguro, mejorando la calidad de los servicios y facilitando una gestión más eficiente y cómoda para los ciudadanos.

CLASIFICACIÓN DE LAS TICs EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.

Desde el punto de vista general, podemos distinguir tres grandes grupos de aplicaciones telemáticas multimedia para sanidad: a) Sistemas para infraestructuras corporativas, que dan conectividad electrónica y soportes avanzados con fines generales y administrativos, aunque se utilicen también datos médicos. Por ejemplo, los Historiales Médicos Electrónicos, o lo que es lo mismo, la administración digital de historias clínicas, que facilita su archivo, consulta, edición e intercambio entre los profesionales sanitarios. La historia clínica electrónica es mucho más que un sistema de almacenamiento y recuperación de datos, contribuye al incremento de la capacidad resolutiva y de la calidad de la asistencia al paciente en la práctica clínica diaria y supone un elemento de relación entre diferentes profesionales y entre estos y los pacientes a lo largo del proceso asistencial. b) Aplicaciones de servicios de información para profesionales y pacientes, acceso a bases de datos y de conocimiento. Por ejemplo, las Comunidades Virtuales (Web 2.0), etiqueta aplicada a la Web para designar aquellos servicios y aplicaciones en los que prima la participación y la colaboración entre los usuarios de Internet. A diferencia de la Web tradicional, en la cual los contenidos se distribuyen de forma unilateral no existiendo herramientas ni cultura de la publicación multilateral, en la Web 2.0 se pueden crear contenidos partiendo de otros contenidos, distribuirlos, catalogarnos y segmentarlos. Estas comunidades virtuales facilitan el apoyo emocional, el intercambio de información, experiencias y consejos de autoayuda

e incluso la asistencia sanitaria y favorecen el cambio del actual paradigma centrado en las instituciones por un modelo centrado en los pacientes que desempeñan un papel cada vez más relevante. c) Aplicaciones orientadas a dar soporte de comunicación en las tareas médicas, clínicas y quirúrgicas. Son las que representan quizás más genuinamente la capacidad de las comunicaciones. Por ejemplo, la Telemedicina, que según la OMS es el suministro de servicios de atención sanitaria, en los casos en que la distancia es un factor crítico, llevado a cabo por profesionales sanitarios que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para hacer diagnósticos, prevención y tratamiento de enfermedades, formación continuada de profesionales en atención a la salud, así como para actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de sus comunidades. Dentro de esta medicina "a distancia" se encuentran ubicados servicios como la Teleasistencia, Teleconsulta, Telecontinuidad de cuidados, Teleinformación o diversas modalidades de diagnóstico por imagen como la Teleradiología o la Teledermatología, que muchas comunidades autónomas españolas ya disponen en su cartera de servicios.9,10

REDES SOCIALES SOBRE SALUD.

Hoy en día, se ha producido un despliegue de la tecnología social, denominada Web 2.0. Esta nueva tecnología permite compartir conocimientos, imágenes, video, etc., a la vez que las personas pueden interactuar con sus amigos y conocer nuevas personas. En el entorno de la Web 2.0 surge la medicina 2.0, consistente en la adopción por parte de la medicina de las aplicaciones y tecnología de la Web 2.0.

La importancia de Internet y las TICs no solo abarca la implantación en la red de portales de salud dirigidos a consumidores o profesionales. Al hablar de la Salud en línea, la denominada e-Salud, estamos realmente hablando de la necesidad de modificar la infraestructura de información para la sanidad, los profesionales y los usuarios.

La medicina 2.0 se define como un conjunto de servicios y herramientas basados en la Web para el cuidado de la salud, los profesionales de la salud, los investigadores biomédicos y los pacientes. Utiliza tecnologías Web 2.0 y herramientas de realidad virtual, para permitir y facilitar la creación de redes sociales específicas, la participación, la veracidad de la información, la colaboración y la apertura. Uno de los pilares básicos de la medicina 2.0 son las redes sociales, ya que consisten en un modelo explícito de conexiones entre personas, formando una compleja

red de relaciones, que a su vez permite y facilita la colaboración y el proceso de filtrado colaborativo. Además, los contenidos de calidad serán rápidamente compartidos consiguiendo una gran difusión. Al permitir ver a los usuarios lo que sus compañeros u otras personas (pacientes, amigos de amigos, etc.) están haciendo, les da la posibilidad de seleccionar la información que consideren interesante y compartirla, así como comunicarse con el especialista que deseen para que inicie y controle un tratamiento o les aconseje.

Estas redes sociales de salud pueden diferenciarse en tres tipos: a) REDES SOCIALES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. Un número cada vez más grande de profesionales de la medicina está presentes en este tipo de redes sociales ya que les permite evolucionar y crecer gracias al contacto con otros profesionales, la compartición de opiniones, los debates sobre temas de importancia médica, la posible interacción con otros profesionales más expertos o de otras especialidades. b) REDES SOCIALES PARA PACIENTES. Redes sociales enfocadas hacia personas con enfermedades determinadas y sus familiares. Permiten establecer contacto entre pacientes, intercambiar información sobre recursos y apoyarse. La información disponible varía, desde información eminentemente técnica, origen, síntoma, hasta otra más práctica como consejos para gestionarla día a día o medidas para hacerla más llevadera. En este tipo de redes sociales los pacientes encuentran con mayor facilidad el apoyo moral que necesitan, mediante el intercambio de ideas, opiniones y sentimientos con personas en su misma situación. c) REDES SOCIALES MIXTAS. Punto de encuentro entre profesionales de la salud y sus pacientes, permiten un contacto más amplio entre ambos comparado con las visitas al centro médico, única forma de contacto hasta la aparición de las redes sociales y la medicina 2.0. Desde el punto de los profesionales hoy por hoy son muy útiles para compartir información con pacientes en todo momento, también como vía de marketing personal, si se observa desde el punto de vista de la medicina privada. Y desde el punto de vista de los pacientes les permite informarse sobre enfermedades o temas relacionados con la salud siempre respaldados en una respuesta profesional.
EXPERIENCIAS DE E-SALUD IMPLANTADAS EN ESPAÑA.

A continuación se citan algunos proyectos implantados en España en materia de e-salud en los que se pone de manifiesto, entre otros aspectos, la importancia de la integración de las redes sociales en el mundo sanitario.

Programa específico de valoración integral y continuidad asistencial del paciente pluripatológico en Cantabria -Previca®: El Instituto de Formación e Investi-

gación Marqués de Valdecilla (Ifimav) pondrá en práctica una experiencia con dos grupos de pacientes crónicos complejos formado cada uno de ellos por 40 personas, para estudiar las ventajas de controlar desde casa a pacientes crónicos mediante un sistema de telemonitorización que medirá parámetros como la tensión arterial, el peso, la presión de oxígeno o la frecuencia cardíaca. Uno de esos grupos recibirá atención integrada en colaboración entre los servicios de Atención Primaria y los especialistas del hospital. Y el otro, además de recibir esa misma atención, tendrá también el sistema de telemonitorización en su domicilio y podrá participar en una red social para compartir vivencias con otros pacientes o para resolver dudas y buscar apoyo a través de cuidadores y profesionales.

Empoderamiento de pacientes - Proyecto Palante® (PAtients Leading and mANaging their healThcare through Ehealth): Es un proyecto cofinanciado por la Comisión Europea, liderado y coordinado por el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) dentro del Programa de Competitividad e Innovación de la Unión Europea (ICT-PSP), que pretende dotar a los pacientes de capacidades y herramientas que les permitan tomar decisiones informadas sobre su salud, tener un papel activo en el cuidado de su salud y colaborar de una manera eficaz con los equipos asistenciales, gracias al uso de las tecnologías de la información y comunicación. El proyecto se inició en febrero de 2012.

Teki-plataforma de teleasistencia Servicio Vasco de Salud: Teki®: es la plataforma de Teleasistencia y Telerehabilitación de Osakidetza, actualmente dispone de un módulo destinado a los pacientes con severidad media/alta en EPOC. Todo ello basándose en tecnología Kinect y en el uso de la propia televisión del paciente para la interacción con él.

Proyecto e-resater: red de salud y telemedicina en zonas rurales: e-resater®: pretende alcanzar una oferta competitiva y sostenible de tecnologías y servicios en materia de eSalud y eInclusion en el espacio SUDOE para que los territorios rurales de este espacio puedan beneficiarse al final de las herramientas y de los métodos facilitando la puesta en red y el desarrollo de servicios sanitarios y sociales de calidad, uniendo los beneficios de la tecnología al modo de organización humano en red.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de la salud no deben ser ajenos y dar la espalda a las nuevas tecnología de la información y comunicación. Podemos y debemos aprovecharnos

de los medios existentes, adaptándolos al ámbito sanitario, para conseguir una mejora en la atención del usuario, la autogestión del paciente de su propia enfermedad con una mayor implicación del mismo y un espacio virtual, donde todos los protagonistas del proceso, puedan interactuar, en beneficio tanto de los propios pacientes como de una gestión más eficaz y eficiente del sistema sanitario.

Debemos disponer de herramientas que favorezcan la búsqueda segura de información en el extenso mundo virtual, favoreciendo ofrecer a los propios pacientes, el acceso a bases de información (redes sociales, blogs, etc.) cuya evidencia científica esté más que contrastada .La Enfermería, nexo de unión entre el paciente y su entorno sanitario, así como responsable de los cuidados del mismo, debe apoyarse en las herramientas más actuales y adaptarse a una sociedad cambiante, todo ello para poder basar estos cuidados en la mejor evidencia.

6 Bibliografía

- Blázquez Martín D, De la Torre I. Redes sociales sobre salud: Medicina 2.0. Revista eSalud.com. 2012; 8(30).

- Decálogo para el uso de webs de salud. WMA-COMB-Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2012.

- Hernández, E.; Gómez-zúñiga, B. Intervención en salud en la Red. UOC Papers. 2007 (4). UOC.

- Boude Figueredo O, Ruiz M. TIC y el aprendizaje basado en problemas como agentes significativos en el desarrollo de competencias. Index de Enfermería 2009; 18(1): 18-22.
- Larrauri Choque R. Las nuevas competencias TIC en el personal de los servicios de salud. Revista de Comunicación y Salud, 2012;1(2):47-60.

- García Santesmases P, Monteagudo Peña, JL. El Marco de Desarrollo de la e-Salud en España. Instituto de Salud Carlos III, 2001. 12. Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS). Líneas estratégicas en Tecnologías de la Información y Comunicaciones para la Salud en España. 2010;(2).

- García-Martínez M, Lleixà-Fortuño M, Nieto-de la Fuente C, Albacar-Ribóo N.

Competencia informacional en enfermería y otros profesionales de la salud. Index de Enfermería 2011; 20(4): 257-261.
- Fuentes Agustí, M. Naufragar en Internet. Estrategias de búsqueda de información en redes telemáticas. Virtual Educa. 2001, junio.

Capítulo 645

EL CELADOR Y SUS FUNCIONES EN EL ANIMALARIO.

GRANDELINA MIGUEL GARCIA

ADRIANA BUENO PRIETO

ANA MARÍA BALLESTEROS PEREZ

CASTO BARRO FERNÁNDEZ

ALFREDO JOSE ÁLVAREZ VEGA

1 Introducción

EL animalario son las dependencias del hospital donde se realizan experimentos con animales.
En el animalario se cuidan a los animales que van a ser sometidos a un proceso de experimentación.
El número de animales utilizados se reducirá al mínimo siempre que ello no comprometa los objetivos del proyecto.
La utilización de animales en centros experimentales sólo podrá tener lugar cuando esta persiga los siguientes fines:
La investigación científica, la prevención, profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, en los seres humanos, los animales o las plantas.
El desarrollo y la fabricación de productos farmacéuticos, alimentos, piensos y otras sustancias o productos.

La protección del medio natural en interés de la salud o el bienestar de los seres humanos o los animales.
La investigación dirigida a la conservación de las especies.
La enseñanza superior o la formación para la adquisición o mejora de las aptitudes profesionales.
La medicina legal y forense.

2 Objetivos

- Prevenir enfermedades y alteraciones de la salud en humanos, plantas y animales.
- Proteger y mantener la biodiversidad del planeta.
- Realizar la Investigación médico legal.
- Permitir el desarrollo y la fabricación de productos farmacéuticos, alimenticios y otros productos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Funciones del celador en el animalario.

Una de las funciones específicas del celador de las que hace referencia el estatuto de personal no sanitario, en el artículo 14.2.21:
"Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándoles, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquellas y siempre bajo las indicaciones que reciban de los Médicos, Supervisoras o Enfermeras que les sustituyan en sus ausencias".

De lo que se deriva que el celador tendrá las funciones de:

- Alimentar a los animales con las cantidades adecuadas a cada especie.
-Tener siempre los bebederos con agua.
- Higienizar las jaulas de 2 a 3 veces por semana.
- Mantener limpias las jaulas de excrementos y retirar los cadáveres.
- Asear a los animales antes y después de ser sometidos a las pruebas de experimentación.

Condiciones generales de alojamiento y cuidado de los animales:

- Se les proporcionará el alojamiento, entorno, alimentos, agua y cuidados que sean adecuados a su especie, condiciones fisiológicas y estado sanitario y que garanticen su adecuado estado general.
-Se comprobarán a diario las condiciones ambientales
- Las normas de trabajo e instrucciones de uso de todos los elementos constarán por escrito.
- Existirá un plan de actuación en caso de emergencia o catástrofe, que contemplará medidas en relación con los animales alojados.
- Todas las instalaciones deben garantizar un ambiente que cubra todas las necesidades fisiológicas y etiológicas de las especies alojadas en ellas.
- El acceso a las instalaciones solo a personas autorizadas.
- El diseño de las instalaciones tiene que asegurar la entrada o huida de animales.
- La limpieza debe ser periódica y mantener un nivel higiénico satisfactorio.
- Las paredes, los techos y los suelos deben estar recubiertos de un material impermeable y resistente al gran desgaste causado por los animales y las operaciones de limpieza.
- Las especies que sean incompatibles, como depredadores y presas, o los animales que necesiten condiciones ambientales diferentes, deben estar alojados en locales diferentes y, en el caso de los depredadores y sus presas, fuera del alcance de su vista, olfato u oído.
-De la salud de los animales se encargará un veterinario.
- La alimentación responderá a las necesidades nutricionales de cada animal.
- Cada animal tendrá acceso al alimento y dispondrá del espacio suficiente para limitar la competencia con otros animales.
- Todos los animales deben disponer permanentemente de agua no contaminada.
- Cuando se utilicen sistemas automáticos de aporte de agua, su funcionamiento debe ser objeto de inspección, mantenimiento y limpieza periódicos para evitar accidentes. Se realizarán controles bacteriológicos periódicos del sistema para garantizar la calidad del agua.

- Los animales deben disponer siempre de estructuras de descanso o materiales de cama adaptados a la especie.
- La cama de los animales será:
1.Libre de parásito.
2.Absorbente.
3.Libre de agentes infecciosos.

- El método de identificación de los animales será:
1.Infalsificable.
2. Inviolable.
3. Fácilmente legible.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia la labor del personal celador en el animalario ya que las funciones del mismo son proteger la salud de los seres vivos, cuidar del planeta en el que vivimos, ayudar a desarrollar nuevos tratamientos y mejorar especies entre otros.

6 Bibliografía

- Real Decreto 53/2013, de 1 de febrero, por el que se establecen las normas básicas aplicables para la protección de los animales utilizados en experimentación y otros fines científicos, incluyendo la docencia.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 646

EL CELADOR Y LA ERGONOMÍA EN EL TRABAJO

ANTONIO BARBA GALLEGO

1 Introducción

La ergonomía se puede definir como el desarrollo aplicado de la fisiología y de la psicología del trabajo. Puede definirse también como la ciencia de la adaptación del trabajo al hombre.

Como consecuencia de la actividad laboral son muchas las posturas que adopta el celador que pueden lesionar algunas estructuras orgánicas con el paso del tiempo, de ahí que sea necesario corregir y trabajar el diseño del mobiliario y de otros materiales que eviten o amortigüen esos efectos.

A la hora de planificar y diseñar un puesto de trabajo, no se tiene en cuenta a las personas, ya que estas son diferentes unas de otras.

Al hacer un estudio ergonométrico de un puesto de trabajo, se intenta que la persona desarrolle el máximo trabajo, evitando la pérdida de tiempo por desadaptación al medio y sobre todo los posibles problemas físicos que puedan desencadenar.

La ergonomía es la disciplina que se encarga del diseño de lugares de trabajo, herramientas y tareas, de modo que coincidan con las características fisiológicas, anatómicas, psicológicas y las capacidades de los trabajadores que se verán involucrados. Busca la optimización de los tres elementos del sistema (humano-máquina-ambiente), para lo cual, elabora métodos de la persona, de la técnica y de la organización.

2 Objetivos

- Determinar la evaluación ergonómica del puesto de trabajo de celador.

- Proponer y desarrollar acciones y medidas preventivas para ayudar a sobrellevar las diferentes actividades a realizar en el puesto de trabajo de celador.

- Se realiza revisión de las lesiones más frecuentes y de los posibles riesgos.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica de diferentes estudios, mediante la búsqueda online en bases de datos, sobre la ergonomía en el puesto de trabajo de celador. Se utiliza también temario específico de celador del servicio de salud del Principado de Asturias y la propia experiencia en el Hospital Universitario Central de Asturias.

4 Resultados

Actividades Generales de los celadores:

• Verificar siempre el nombre del paciente a trasladar.

• Conducción del paciente dentro del recinto hospitalario.

• Informar de la llegada del paciente a Planta, departamentos…

• Traslado de historias clínicas, informes…

• Ayudar a la Enfermera o a la auxiliar en cambios posturales.

• Custodiar la historia clínica en los traslados.

• Responsabilizarse de las camillas, siempre preparadas.

• Enseñar a sus compañeros de nueva incorporación.

• Reparto y recogida de esterilización.

• Atender los encargos de la unidad de psiquiatría.

• Traslado de analíticas a los laboratorios.

• Levantar y acostar enfermos.

• Traslados de los cadáveres al mortuorio.

• Comunicar desperfectos y averías observadas.

• Traslado de material urgente al almacén.

Evaluación de riesgos para el celador:

Atendiendo a las condiciones de seguridad, dado que el trabajo del celador requiere un tránsito constante por el hospital y pueden producirse golpes contra objetos o inmobiliarios propios del hospital al empujar camillas o al trasladar objetos.
Se identifican los siguientes riesgos:

1. Caídas al mismo nivel.

2. Choques contra objetos inmóviles.

La manipulación de cargas y la movilización de los pacientes ya sean debidas al empuje, levantamiento, arrastre pueden originar daños y/o lesiones importantes en el trabajador. Respecto a ello se identifican los siguientes riesgos:

1. Sobreesfuerzos por manipulación de cargas.

2. Sobreesfuerzos por movilización de personas con movilidad reducida.
Hay que destacar y tener en cuenta las agresiones que puede sufrir el trabajador por pacientes o por familiares de los mismos, por lo que existe el riesgo de accidentes causados por seres vivos.

El trabajador está en contacto con pacientes que son portadores de ciertas enfermedades que pueden contagiarse al mismo cuando está realizando las tareas propias a su puesto de trabajo por sangre o por fluidos. A su vez, el trabajador está en un espacio de trabajo en el que puede haber existencia de microorganismos y pueden hacer que el trabajador se contagie por vía aérea. Se identifica riesgo biológico:
1. Riesgo biológico por transmisión de sangre y fluidos.

2. Riesgo biológico por transmisión aérea, por contacto o hídrica.
El trabajador puede sufrir carga física debido al manejo y/o manipulación de cargas que debe de trasladar de un lado a otro. A su vez, puede sufrir carga física

ya sea por esfuerzos estáticos o dinámicos que se producen por la movilización de pacientes.
Por ello se establecen los siguientes riesgos:
1. Riesgo de carga física por manejo de cargas.

2. Riesgo de carga física por movilización de personas con movilidad reducida.

Según el campo de actuación de la ergonomía se puede clasificar en:

- Ergonomía geométrica: se ocupa del estudio de la relación entre el ser humano y las condiciones métricas de su puesto de trabajo en lo relativo a su comodidad y confort estático.

- Ergonomía ambiental: establece la relación entre el trabajador y las condiciones medioambientales en el trabajo.

- Ergonomía temporal: se ocupa de estudiar la relación entre la fatiga producida en el trabajo y el tiempo dedicado al descanso

Las lesiones más frecuentes pueden ser:

- Dolor articular.

- Dolor muscular.

- Dolor de columna.

- Hernia discal.

- Síndrome del túnel carpiano.

- Tendinitis.

- Lumbalgías.

Medidas preventivas:

• Utilización de medios mecánicos y/o auxiliares para la manipulación y/o transporte de cargas.
• Solicitar ayuda de otro compañero siempre que sea necesario.
• Evitar doblar la espalda y adoptar posturas forzadas efectuando cambios periódicos y paradas breves.

• Transporte de muestras biológicas en soportes adecuados destinados para tal fin.
• Acogerse a campañas de inmunización establecidas para el personal sometido a riesgo.
• Evitar las prisas durante el manejo de las sillas de ruedas, camillas, etc., con el fin de evitar los golpes y atrapamientos.
• Utilizar la técnica correcta para la movilización de enfermos y manipulación manual de cargas.

• Medios organizativos adecuados que minimicen los riesgos psicosociales.

5 Discusión-Conclusión

Las actividades que se realizan en el colectivo de celadores implican la utilización de fuerza (traslado de enfermos, movilización…), y pueden estar relacionados con la patología de columna o de miembro superior.

En general, se trata de posturas forzadas que ponen en riesgo alguna región o parte corporal de diferentes maneras, causando lentamente microtraumatismos.

La prevención en este caso se hace muy importante ya que a veces las prisas y la carga de trabajo hacen que no hagamos las tareas adecuadamente.

El daño o las lesiones que tenga el trabajador sobre todo en el hospital, no solo van a condicionar su salud, si no que van a condicionar el trabajo y la manera de ofrecer cuidados a las personas que lo necesitan ya que sufriendo una lesión la calidad de la tarea no es la adecuada.

6 Bibliografía

1. María Polanco Serna. Análisis ergonómico del puesto de trabajo de celador en la unidad de medicina interna del Hospital Río Hortega de Valladolid.

2. Maite Pons. https://prezi.com/p/sozpk3e0-_sd/ergonomia-para-celadores/
3. Valoración ergonómica de las tareas de celador de hospital. https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2008/valoracion-ergonomica-tareas-celador-hospital
4. Temario específico de celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Págs 573-591.

Capítulo 647

DIFERENTES POSTURAS CORPORALES DE LOS PACIENTES TANTO PARA HOSPITALIZACIÓN COMO PARA QUIRÓFANO

ELENA ASUNCIÓN GINGEIRA MOUTINHO

1 Introducción

Las personas que acuden a los centros hospitalarios o los que están ingresados en ellos, suelen tener disminuidas la capacidad de movimiento, debido a su enfermedad. Por eso el personal sanitario y no sanitario que trate con estos pacientes deberían tener conocimientos de cómo movilizar a un paciente con dichas características.

Para movilizar a estos pacientes, hay que tener una serie de conocimientos, que deben ser regidos por unas normas mínimas establecidas para disminuir los riesgos y favorecer la comodidad.

La movilidad de los enfermos comprende unas técnicas para su correcta movilidad y colocación correctamente en la cama, así como también el movimiento que se les pueda hacer en la habitación o el transporte a otros lugares del hospital, ya sea en silla de ruedas, en camilla o en la propia cama.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes posturas a la hora de movilizar un paciente.

- Aprender las diferentes técnicas para la movilización de un paciente.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han utilizado bases de datos científicas. Las bases de datos han sido: Google Académico.

Palabras clave: Posturas Corporales, Posiciones Corporales, Movilización de Pacientes. Keyword: Body postures, Body positions, Patient Mobility.

Google Académico
- En la búsqueda se obtuvieron 66200 resultados; con los filtros "Desde 2020" y "Sólo español" se obtuvieron 256 resultados.
- Algunos de los resultados obtenidos fueron desechados debido a que los artículos no eran útiles para la realización de dicho trabajo.

4 Resultados

LAS DIFERENTES POSTURAS CORPORALES

Lo primero que debemos conocer son las diferentes posturas corporales que existen para facilitar la exploración, el tratamiento y la prevención de lesiones.
- Decúbito supino o dorsal: El paciente se encuentra tumbado sobre su espalda, con los brazos y piernas extendidos.
- Decúbito prono o ventral: El paciente se encuentra tumbado sobre el abdomen, con las extremidades extendidas y la cabeza girada hacia un lado, suele ser el lado que para él le sea más cómodo.
- Decúbito lateral: El paciente se encuentra reposando sobre uno de los laterales del cuerpo, la espalda se encuentra recta y los brazos flexionados próximos a la cabeza. La pierna que reposa sobre la cama se encuentra ligeramente flexionada y la otra permanece flexionada a la altura de la cadera.
- Posición de fowler o semisentado: Las rodilla se encuentran ligeramente flexionadas, el paciente se encuentra semisentado y el respaldo de la cama forma un ángulo de 45º.
- Posición sims o semiprono: El paciente se encuentra en decúbito lateral y decúbito prono.
- Trendelemburg: Se encuentra el paciente en decúbito supino inclinado 45º respecto al plano del suelo, con la cabeza más baja que los pies.

- Morestin o antitrendelemburg: Posición contraria ala explicada anterior mente, es decir, el paciente se encuentra en decúbito supino pero inclinado 45º, encontrándose los pies más bajos que la cabeza.
- Ginecológica o de litotomía: Decúbito supino se encuentra el paciente, pero con la pelvis apoyada al borde de la mesa y las piernas elevadas y flexionadas y los pies sujetados en unos soportes.
- Genupectoral o mahometana: Rodillas en la cama, tronco inclinado hacia delante y los brazos cruzados apoyados en ella mesa y la cabeza situada sobre los brazos.
- Roser o proetz: Decúbito supino pero con la cabeza fuera de la cama.
- Kraske o Jakknife: Esta posición se trata de una variante de la posición decúbito prono, pero sus caderas se encuentran elevadas respecto al resto del cuerpo, la cabeza girada hacía un lado y los brazos colocados sobre unos soportes y las palmas de las manos se encuentran apoyadas sobre los soportes.
- Laminectomía: Paciente en decúbito prono, el tronco se encuentra elevado, los brazos apoyados en los soportes, la cabeza girada hacia un lado. Y las piernas se encuentran flexionadas.
- Nefrectomía: Paciente en posición lateral. Cama flexionada hacia la mitad para que quede expuesta la zona iliaca.
- Craneotomía: Se coloca al paciente en posición decúbito prono con la cabeza sobresaliendo sobre el borde de la mesa y la frente apoyada a un soporte.
- Sedente: Es igual que la posición fowler pero elevada, el tronco casi recto y las piernas apoyadas y estiradas.
- Raquídea o lumbar: Paciente en posición decúbito lateral, con la espalda alineada al borde la cama. Las piernas se encuentran flexionadas contra el abdomen, es decir, el paciente se encuentra en posición fetal.
- Ortopneico: El paciente está sentado pero con una inclinación hacia delante. Los brazos se encuentran apoyados en una mesa.

Las diferentes técnicas para la movilización de un paciente las vamos a diferenciar de la siguiente manera, porque depende mucho de donde se encuentre el paciente y de lo que le vayamos hacer.

MOVIMIENTO DEL PACIENTE ALA ORILLA DE LA CAMA

Frenamos la cama y la colocaremos en posición horizontal, retiraremos las almohadas y destaparemos al paciente. Nos colocaremos en el lado de la cama hacia el que queremos desplazar al paciente, y colocaremos el brazo más próximo de los enfermos sobre su tórax. Pasaremos nuestro brazo bajo la cabeza y cuello hasta asistir el hombro más lejano y con el otro brazo, agarramos , la zona lumbar. Una vez trabado ambos brazos, tiraremos simultáneamente y suavemente del paciente

hacia la orilla de la cama. Un avezado desplazada esta parte del cuerpo, situaremos uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos y procederemos a desplazar al paciente hacia la orilla de la cama.

MOVIMIENTO DEL PACIENTE PARA SITUARLO EN LA ORILLA DE LA CAMA
Colocaremos la cama en la posición de Fowler. Sujetaremos con una mano el hombro más lejano del paciente, pasándola por debajo de su cabeza. Con la otra mano sujetaremos las piernas pasando nuestro brazo por encima de sus rodillas. En un solo movimiento, debemos de elevar sus hombros y rotar su cuerpo moviendo con nuestro brazo las piernas y rodillas hasta que quede sentado con las piernas colgando en la cama.

MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO DE LA CAMA A LA CAMILLA
La movilización del enfermo de la cama a la camilla va a depender toda movilización del grado de movilidad del que disponga el enfermo, por un lado, y del número de personas que intervengan en esta operación, por otro. Lo primero que se debe realizar es situar la camilla pegada a lo largo de uno de los lados de la cama (así entre la cama y el celador debe quedar la camilla por medio. Debe procederse a la retirada de ropa que cubre al enfermo.

Los movimientos van a depender de:
- Si el enfermo posee movilidad: puede él por sí trasladarse a la camilla con algo de ayuda por parte del celador.
- Si el enfermo no tiene movilidad: dependiendo del número de celadores.

Pueden emplearse varias maneras:
-Con un solo celador:
Se sitúa el celador al lado de la camilla (que recordemos está pegada a la cama) y tirando del enfermo hacia sí, por los hombros, en primer lugar, por las caderas en segundo, y por las piernas en tercer lugar.
Otra posibilidad es la de que el celador tire de la sábana o manta sobre que reposa el enfermo, y tirando hacia sí, coloque a éste sobre la camilla.

-Varios celadores:
Uno de ellos se colocará al lado de la camilla, tirando de la sábana o manta y trayendo al enfermo hacia aquélla; mientras que el otro se situará en la cabecera de la cama y sostendrá la cabeza y hombros del paciente para protegerlo mientras dure la movilización. Luego se procede a acomodar al enfermo en la camilla, se le abriga y tapa convenientemente.

Los movimientos que se usan para movilizar al paciente son:
-Lo primero que hay que hacer, es situar la camilla pegada a lo largo de la cama de uno de los lados de la misma. A continuación, los celadores se han de situar en el otro lado de la cama, en donde no haya camilla. Luego, y dependiendo del número de personas y de la movilidad del enfermo, se puede proceder de las siguientes maneras:
- Si el enfermo posee movilidad puede él sólo trasladarse a la cama, con algo de ayuda por parte del celador.
-Si el enfermo no tiene movilidad
-Si interviene un solo celador: situándose en el lado de la cama sin camilla. Desde allí, estira los brazos y tira hacia sí de la sábana o manta sobre la que está situada el enfermo y atrae a éste, hacia la cama.

Varios celadores: Uno de ellos se colocará a la cabecera del enfermo para sostenerle y proteger la cabeza y los hombros, y el otro se habrá de situar en el lado de la cama sin camilla, para desde allí tirar hacia sí de la sábana o manta sobre la que está situado el enfermo y deslizarlo hacia la cama.

5 Discusión-Conclusión

Este tema es bastante importante porque es el pan de cada día en los hospitales, tanto para el personal sanitario como no sanitario y es muy importante que las personas que trabajen en un hospital, conozcan las diferentes posturas corporales tanto para el quirófano como para hospitalización.

También es muy importante para el personal sanitario y no sanitario saber de las técnicas para la movilización de los pacientes, así prevenimos sobre lesiones para el personal que está haciendo la movilización.

6 Bibliografía

- Barrau P, Gregori E., Mondelo PR. Ergonomía 1 Fundamentos. Ediciones de la Universidad Politécnica de Cataluña. España.
- Ley 31/1995, 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
- Bracciallu, L.M. Postura corporal: orientación para educadores. UNICAMP.

Capítulo 648

CUIDADOS AL PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

CRISTINA MUÑIZ FERRERO

MONTSERRAT BARRERO

ELENA SUÁREZ TALAVÁN

MARIA MAR TALAVÁN GARCÍA

GUILLERMO VAQUERO PIEDRA

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo que afecta al sistema nervioso de manera crónica y progresiva, descrita por primera vez en 1817 por James Parkinson.

Esta enfermedad se caracteriza por la falta de producción de una sustancia química en el cerebro llamada dopamina y sin ella las células que controlan el movimiento no pueden enviar mensajes apropiados a los músculos.

Aunque muchas áreas del cerebro se ven afectadas, los síntomas más comunes son el resultado de la perdida de neuronas en un área cerca de la base del cerebro conocida como sustancia negra.

Muchos estudios afirman que personas con esta enfermedad han perdido entre un 60 o 80% o más de las células productoras de dopamina y que además también

tienen pérdida de las terminaciones nerviosas que producen el neurotransmisor norepinefrina.

La norepinefrina es el mensajero químico principal del sistema nervioso simpático, es la parte del sistema nervioso que controla muchas de las funciones automáticas del cuerpo, como el pulso y la presión arterial.

Muchos factores influyen en esta enfermedad, entre ellos también están los factores genéticos. Hay seis genes claramente implicados en esta enfermedad y otros diez que se asocian a ella, entre ellos están la asinucleina, PARKINA, PINK1 y LRRK2.
El medio ambiente, la exposición a ciertas toxinas como la MTPT, una droga ilícita o en los mineros expuestos al metal manganeso.

Las mitocondrias que son fuentes importantes de radicales libres, las moléculas que dañan las membranas, las proteínas, el ADN y otras partes de la célula.

2 Objetivos

Describir que cuidados facilitan el día a día de un enfermo de Parkinson.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes revistas científicas y publicaciones existentes así como la revisión de referencias a través de descriptores relacionados con la enfermedad de Parkinson (EP).

4 Resultados

Mantener la comunicación y la relación con la persona que padece la enfermedad de Parkinson (EP) es primordial para la persona que lo cuida.

La calidad de vida de la enfermedad de Parkinson debe ser vista desde diferentes dimensiones: física, social y mental como el nivel de bienestar corporal e influencia de factores objetivos como pueden ser las condiciones sociales o el estatus social del enfermo.

El deterioro de la calidad de vida es mayor con la progresión de la enfermedad.

Una peor calidad de vida en el paciente incluye depresión, gravedad de la enfermedad y disfunción cognitiva.

Los cuidados que debe recibir un paciente con la enfermedad de Parkinson a nivel general son:

- Fisioterapia: con la ayuda de la fisioterapia se consigue retrasar la progresión de los trastornos motores y aumentan el grado de autonomía de los pacientes para realizar actividades en su vida cotidiana.

- Ejercicio físico: es una parte fundamental que no se debe olvidar en pacientes con esta enfermedad.
El ejercicio físico es útil en cualquiera de los estadios, especialmente en el 1,2 y 3, aunque la mejoría funcional sólo se mantiene mientras haya una continuidad. Diferentes estudios avalan que el ejercicio físico en personas con enfermedad de Parkinson aporta beneficios complementarios al tratamiento farmacológico.

- Logopedia: ayuda a las personas que padecen esta enfermedad sobre todo en estadios avanzados a comunicarse mejor.

- Terapia ocupacional: el objetivo del terapeuta es ayudar a las personas con EP a participar en las actividades básicas de la vida diaria.

- Psicología: el apoyo psicológico y emocional es necesario en este tipo de pacientes ya que les ayudan a asimilar el tipo de enfermedad que tienen e incluso pueden interactuar con otros pacientes.

Es importante que la familia y/o cuidadores estén involucrados en la planificación de todos los cuidados.

- Comunicarse con él/ella, empleando palabras sencillas, en un tono, ritmo y volumen que les dé tranquilidad.

- Ser amables y comprensivos en todo momento, ya que a los pacientes con esta enfermedad les cuesta mucho asimilar que la tienen.

- Ayudarles a que se expresen. Una actividad no verbal puede ayudarles.

CONSEJOS PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON PARA LA VIDA DIARIA

- Ante el temblor se debe apretar el codo de la extremidad afectada contra el lado para estabilizar la parte superior del brazo. Efectuar el movimiento lo más rápidamente posible con la mano.

- Para la dificultad al caminar, el uso del bastón invertido puede ser de gran ayuda para superar el bloqueo que consiste en añadir un apéndice de plástico rígido en la base del bastón.

Para evitar la festinación (pasos cortos y rígidos), el paciente con enfermedad de Parkinson (EP) debe dejar de andar cuando arrastre los pies. Con los talones firmes en el suelo, separar los pies entre sí unos 20 cm para mejorar la estabilidad y, cuando dé un paso, apoyar primero el talón al suelo y luego los dedos.

Si lleva acompañante, mejor que este camine a su lado y no delante ni detrás.

Cuando vayan a girar es mejor que no lo hagan sobre su pie o cruzar las piernas.

- Para levantarse si se ha caído y no es capaz de hacerlo por si sólo es recomendable buscar un punto de apoyo dónde pueda ayudarse para hacerlo y deberá doblar la rodilla del lado más fuerte poniendo el pie plano al suelo.

- Los masajes y otras terapias de tratamiento pueden ser útiles para mejorar la rigidez, así como la hidroterapia: los baños de 37-38º tienen un efecto muy relajante, la hidroterapia y la cinesiterapia que es la terapia mediante el ejercicio.

- Sobre la organización del entorno es recomendable que en casa, por ejemplo, no existan posibles peligros como alfombras en el suelo.

- Sobre la medicación decir que es muy recomendable separar su toma de la hora de las comidas, pues no causa el mismo efecto.
Los alimentos hechos en papilla o cremas son mejores de tragar que los alimentos finos cortados. Un sorbo de agua fría puede ayudar a tragar mejor, porque estimula el reflejo de la deglución. Aparte, se recomienda beber abundante líquido durante el día entre 2 o 2,5 litros.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, es difícil la detección precoz del diagnóstico de la enfermedad de Parkinson (EP) en pacientes mayores, ya que en fases iniciales se puede asociar a síntomas de la vejez.

La detección precoz de esta enfermedad dará lugar a un enlentecimiento del progreso de la enfermedad, ya que se podrá ajustar la medicación en la fase en la que este cada paciente.

Es importante informar y educar al paciente y a las personas que lo van a cuidar y ayudar en esta enfermedad sobre los aspectos de esta enfermedad y el proceso evolutivo de esta.

Es recomendable que exista entre el médico y el paciente así como las personas más allegadas un nivel de comunicación y de entendimiento alto, ya que sin esto sería imposible evolucionar hacia un mejor funcionamiento de vida emocional y práctico.

Ser cuidador de un enfermo de Parkinson genera situaciones que afectan a la calidad de vida del paciente y del cuidador pero conforme va avanzando la sociedad hay muchas más maneras de documentarse y de seguir adelante.

Las necesidades más afectadas de estos pacientes son sobre todo la movilidad y la eliminación del reposo/sueño.

6 Bibliografía

- Mayo Clinic (20 de Noviembre 2018). Enfermedad de Parkinson-Sintomas y causas-Mayo Clinic. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/parkinsons-disease/symptoms-causes/syc-20376055.

- Federación Española del Parkinson. https://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/
- Enfermedad de Parkinson: Medline Plus (12 de Febrero 2019). https://medlineplus.gov/spanish/parkinsonsdisease.html
- Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED). 29 de Abril 2016. https://www.ciberned.es/noticias/blog/818-diagnosticar-el-parkinson-de-forma-precoz-ya-es-posible.html
- La Enfermedad y el cuidado del Parkinson. Family Caregiver Alliance. National Center on Caregiving. https://www.caregiver.org/la-enfermedad-y-el-cuidado-de-parkinson

- Clínica Universidad de Navarra. Cuidados para el paciente con enfermedad de Parkinson. https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidados-parkinson

- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NIH). Enfermedad de Parkinson: Esperanza en la Investigación. https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm
- Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria. (05 de Octubre de 2017)

Capítulo 649

EL SECRETO PROFESIONAL Y LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARTA FERNÁNDEZ LOBO

1 Introducción

En el ámbito sanitario la aparición de nuevas tecnologías ha supuesto una modificación importante en la forma de entender el tratamiento y la recogida de los datos de carácter personal.

El secreto profesional en este ámbito constituye uno de los pilares básicos sobre los que se asienta la relación médico-paciente. Los profesionales sanitarios y no sanitarios, con motivo u ocasión de su trabajo y dentro de sus funciones, acceden a datos personales y de salud pertenecientes a la esfera íntima del la persona. Son datos especialmente sensibles, cuya divulgación podría suponer su discriminación o difamación.

2 Objetivos

Análisis de las obligaciones en el sector sanitario, y en especial las relacionadas con la Ley de protección de datos y deber de secreto profesional

3 Metodología

Revisión de la literatura y legislación disponible sobre las Leyes de protección de datos y deber de secreto en el ámbito sanitario.

Realización de búsquedas en Google Académico para identificar información diferente a la publicada en las bases de datos (Scielo y Medline) consultadas.

4 Resultados

Las aplicaciones de Legislación vigente (Reglamento del Parlamento Europeo 2016/679 y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (en adelante, RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (en adelante, LOPD) han supuesto un refuerzo de las categorías especiales de datos, como pueden ser los datos relativos a la salud, que necesariamente han de ser tratados por los profesionales en la prestación de sus servicios.
En la RGPD se recogen los ”Datos de salud” que son ”aquellos datos relativos al estado de salud del interesado que dan información sobre su estado de salud física o mental pasado, presente o futuro. Se incluye la información sobre la persona física recogida con ocasión de su inscripción a efectos de asistencia sanitaria, o con ocasión de la prestación de tal asistencia.”

Además, se recoge la obligación de designar la figura del Delegado de Protección de Datos, que serán los garantes del cumplimiento de la normativa en las compañías.

Vulnerar el deber de secreto y el derecho a la intimidad por parte de las personas puedan tener conocimiento de datos del proceso asistencial conlleva repercusiones en diversos ámbitos de derecho: penal, administrativo, civil y laboral.

El secreto profesional es un elemento de obligado cumplimiento para los profesionales de la salud, entre ellos el personal no sanitario.

Como profesionales del sector sanitario, violamos el derecho a la intimidad de las personas y/o el deber de secreto profesional cuando: desvelamos información a terceras personas no involucradas en el cuidado del paciente, así como su estancia y/o ingreso en hospitales, centros de salud, etc., obtenemos imágenes sin el consentimiento expreso del paciente, consultamos datos de documentos sin

existir una finalidad de asistencia sanitaria o de investigación, abandonamos las historias clínicas de forma que cualquier persona pueda tener acceso a éstas, o introducimos datos en historias clínicas informatizadas sin emplear medidas de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales del sector sanitario, tenemos la obligación jurídica y ética de preservar la intimidad de los pacientes, guardando el secreto profesional.

Los profesionales sanitarios y no sanitarios, con motivo de la realización de nuestro trabajo, realizamos constantemente intercambios de información en diversas situaciones y de cualquier forma, esto desemboca, en muchos casos, en no prestar atención a la obligación de guardar el deber de secreto.

La historia clínica contiene multitud de datos de los que la Ley califica de «especialmente protegidos», por lo que debemos ser especialmente cuidadosos tanto en el proceso de custodia como en el de su elaboración, ya que es una prueba fundamental de la seriedad y responsabilidad del trabajo de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

6 Bibliografía

- De Lorenzo y Montero, Ricardo. 2016: El secreto profesional médico y la protección a terceros. Redacción Médica. - http://www.redaccionmedica.com/opinion/el-secreto-profesional-medico-y-laproteccion-a-terceros-4849
- Fernández Ruiz-Gálvez. Septiembre 2013: Intimidad y confidencialidad en la relación clínica.
- Gracia D, Júdez J (eds). Ética en la Práctica clínica. 1ª edición. Madrid: Triacastella; 2004.
- Sánchez-Carazo C. La intimidad: un derecho fundamental de todos. Informes Portal Mayores [Internet]. 2003.
- http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/sanchez-intimidad-01.pdf
- Xunta de Galicia, Conselleria de Sanidade-Servicio Gallego de Salud Santiago de Compostela. 2013. Intimidad y confidencialidad: Obligación legal y compromiso ético. Documento de recomendaciones.
- http://bibliosaude.sergas.es/DXerais/594/intimidade-CAST_170913.pdf

- Legislación: Reglamento del Parlamento Europeo 2016/679 y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

Capítulo 650

HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

MARTA FERNÁNDEZ LOBO

1 Introducción

A raíz de la incorporación de las tecnologías de la información por parte de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, se ha facilitado en los últimos años a usuarios y profesionales el acceso a una información y atención sanitaria de calidad. A día de hoy, todas las Comunidades Autónomas tienen sistemas de Historia Clínica Electrónica en fase de implantación casi completa, siendo sensiblemente inferior en Atención Especializada. Estos sistemas incorporan funcionalidades que aportan seguridad, eficiencia y efectividad en todo el proceso de atención, pero no están concebidos para ofrecer información cuando el paciente debe ser atendido fuera del ámbito geográfico donde se ha generado su información.

Debido a la aplicación de las nuevas tecnologías en el almacenamiento y conservación del contenido de las historias clínicas, se han puesto de manifiesto una serie de ventajas pero también de inconvenientes para su implantación.

2 Objetivos

- Manifestar la necesidad e importancia de garantizar el acceso telemático a los datos de salud.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la incorporación de las tecnologías de la información al servicio del Sistema Nacional de Salud, y en especial la documentación e información relativa a las historias clínicas digitales.
Realización de búsquedas en Google Académico para identificar información diferente a la publicada en las bases de datos (SCIELO, MEDLINE) consultadas, todo ello permitió la obtención de otras fuentes potenciales de información.

4 Resultados

En el diseño funcional del sistema que gestiona y desarrolla la Historia Clínica Digital, no está el acceso de ciudadanos y profesionales a la totalidad de los contenidos existentes en las historias clínicas de las Comunidades Autónomas, sino sólo a aquellos conjuntos de información que sea relevante desde el punto de vista clínico. Para ello se definieron los documentos electrónicos que han de contener los datos relevantes que sirvan de soporte de información para la atención sanitaria de los ciudadanos que demandan puntualmente asistencia. Hablamos de: La Historia Clínica Resumida, del Informe de Atención Primaria, del Informe Clínico de Urgencias y de alta, del Informe Clínico de Consulta Externa de especialidades, del
Informe de Cuidados de Enfermería, y de los Informes de resultados de pruebas de laboratorio, de imagen y de otras pruebas diagnósticas.
Esta multitud de informes clínicos se encuentran en las historias clínicas de los pacientes, con independencia del modelo de historia que cada Comunidad Autónoma haya definido.
Ha de existir una neutralidad tecnológica a fin de no condicionar las decisiones de los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas, por ello, se han de adopta estándares abiertos, tal y como se definen en el Marco Europeo de Interoperabilidad .
La interoperabilidad no ha de ser únicamente una cuestión técnica, debe existir a la par, una interoperabilidad semántica que haga posible el intercambio de datos entre las diferentes aplicaciones y que facilite la interpretación de su significado, y el contexto. Para ello, se ha de disponer de un vocabulario único normalizado que pueda ser reconocido por todos los sistemas implicados.

El alcance funcional del Sistema ha de establecer las diferentes diferenciaciones, dependiendo del actor implicado:

- Funcionalidades de los profesionales (informes clínicos, de resultados y la Historia Clínica Resumida).
- Funcionalidades de los usuarios: acceso de conjuntos de datos, registro de accesos y la restricción de los documentos accesibles por otras Comunidades Autónomas.

En cuanto al desarrollo de la estrategia de seguridad en este sistema responde a los principios de amplia accesibilidad y protección a la intimidad.
La seguridad, es por tanto el punto crítico del sistema ya que la naturaleza de los datos personales que en él se tratan, requieren del más alto nivel de protección de los que se establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y su Real Decreto de desarrollo.

A la hora de abordar un sistema tan complejo, se hace imprescindible mantener al nivel más alto posible, la disponibilidad de la información para el ciudadano y los profesionales y la protección de su intimidad.
A medida que la información se hace más accesible, tanto a nivel geográfico como extensible al mayor número de ciudadanos, se deberán incrementar medidas de protección dirigidas a garantizar el máximo nivel de seguridad factible.

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica se configura como el soporte o documento donde se concentran los datos de salud relevantes para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente. El carácter de esta información, dado que afecta a la intimidad y confidencialidad del paciente, debe de estar especialmente protegido por parte de la Administración, los establecimientos sanitarios y los profesionales que han de implantar y garantizar estas medidas de protección y seguridad.

El acceso indebido a las historias clínicas genera responsabilidades civiles, laborales, administrativas y penales, que los Tribunales, cada vez con más frecuencia, imponen a los responsables.

El sistema de Historia Clínica Digital, responde a las necesidades de los profesionales y dota a las Comunidades Autónomas de un instrumento para brindar información esencial para poder ser atendidos en circunstancias de movilidad.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Conjunto Mínimo de Datos de Informes Clínicos (CMDIC). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008 [online]. Disponible en URL:http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CMDIC.pdf
- Etreros, J. Alonso, C. Marco, G. Cabronero, M. Alfaro, M. El sistema de Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud.
- Accesibilidad y protección de la información como elementos clave. Derecho y Salud, 2009; 18(1): 99-110.
- GALÁN CORTÉS, J.C., "Relevancia jurídica de la historia clínica", Salud Rural, 1997; 14(7): 83-89.

Capítulo 651

ANSIEDAD Y ESTRÉS

MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

MAQUELINA FREITAS RUIZ

1 Introducción

El estrés comienza cuando surgen un conjunto de demandas ambientales a las que el individuo debe dar una respuesta adecuada poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. La demanda ambiental es el conjunto de exigencias y peticiones externas a la persona que aparecen en las distintas situaciones ambientales. Las causas que provocan el estrés no siempre son negativas. Existen situaciones rutinarias y habituales que pueden causar estrés.
Todos los enfermos tienen síntomas comunes: pérdida de apetito y peso y cansancio.
Cuando la situación que provoca el estrés es corta, la respuesta al estrés es la ansiedad. Sin embargo, si el estrés actúa durante mucho tiempo sobre la persona y se vuelve crónico, se producen alteraciones patológicas y el individuo enferma. El organismo no puede mantener su defensa y la respuesta se convierte en una alteración patológica como la depresión. El estrés prolongado provoca síntomas y enfermedades como alteraciones cardiovasculares, digestivas y dermatológicas, incluso se inhibe el sistema inmune, lo que debilita las defensas de los individuos siendo más vulnerables a cualquier tipo de contagio.

La ansiedad es una respuesta emocional al estrés de alerta ante una amenaza que puede originarse sin agentes estresantes. La ansiedad varía según el estímulo que la produce, como sentimientos de miedo, recelo, nerviosismo o inquietud. Está asociada a preocupaciones excesivas. Un recurso para disminuir la ansiedad consiste en utilizar los mecanismos de defensa de la personalidad. Suele ser transitoria y provoca nerviosismo y desasosiego.
La ansiedad se convierte en patológica cuando altera el comportamiento de la persona. Pasa a ser de una reacción de defensa a una amenaza que el individuo no puede controlar. La ansiedad patológica es la respuesta desproporcionada a un estímulo determinado, el paciente es incapaz de enfrentarse a algunas situaciones. Suele clasificarse como trastorno mental.
El estrés produce ansiedad, pero las personas con ansiedad no tienen porqué tener estrés.
La mayoría de las personas experimentan ansiedad alguna vez en su vida.
Los pacientes hospitalizados pueden sufrir ansiedad si perciben el hospital como un entorno amenazante al estar lejos de su familia, si poseen algún trastorno de la ansiedad o no afrontan bien la enfermedad. Tras un infarto de miocardio o después de la administración de tratamientos contra el cáncer se puede sufrir estrés postraumático. La ansiedad perturba al paciente, afronta peor la enfermedad y el médico puede tener problemas a la hora de realizar un diagnóstico y prescribir los tratamientos.

Para poder tratar la ansiedad y el estrés hay que conocer los agentes causantes y los ámbitos en los que se dan, hay que diagnosticar y tratar las consecuencias del estrés en el organismo. Es importante alertar a la población sobre sus consecuencias en la salud. Se deben aplicar métodos en el entorno que causa estrés, tomar tratamiento farmacológico y realizar técnicas de relajación. Se dan en ámbito personal, familiar, social, laboral.

- Ámbito personal: Una persona introvertida, insegura, competitiva o agresiva suele padecer estrés. Algunos agentes estresantes son: dedicación plena a otras personas, menstruación y menopausia, ingresos económicos bajos, cambios drásticos en la vida tras divorcio, enfermedad, etc.

Esto provoca alteraciones orgánicas y psicológicas, aumento de automedicación, mayor consumo de fármacos, más riesgo de accidentes, aumento de consumo de alcohol, tabaco y comida en exceso.

- Ámbito familiar: El estrés afecta más a las personas que trabajan en casa, la implicación emocional complica los conflictos familiares. En este ámbito los agentes estresantes son: mala salud de algún familiar, hijos problemáticos, ruido excesivo, cuidado de familiares de avanzada edad, alteraciones en la relación de pareja.

Las personas pueden sufrir discusiones o ruptura con la pareja, mala relación con hijos y otros familiares, trastornos económicos, etc.
- Ámbito social: Quienes viven en grandes ciudades suelen padecer mayor nivel de estrés.
Los agentes estresantes son: Vivir en zonas conflictivas, en la sanidad pública se viven situaciones de estrés debido a la existencia de largas listas de espera y en la privada por los elevados costes.; procesos judiciales; vivir en una ciudad muy ruidosa y contaminada
Se suelen producir más accidentes de tráfico, aislamiento social, pérdida de interés en actos sociales y colaboración ciudadana, sobrecarga en los servicios de atención primaria y urgencias.
- Ámbito laboral:
Afecta a la rentabilidad y productividad de la empresa. Repercute en la salud y bienestar de los trabajadores.
Los agentes estresantes son: Experiencia del trabajador; desarrollo profesional; características del trabajo; relaciones entre las personas que trabajan en la misma empresa

Esto puede deteriorar la relación entre jefe y empleados por aislamiento de la persona, mayor riesgo de accidente laboral, agobiar a compañeros con problemas personales, mal humor y descontento…
Los pacientes hospitalizados sufren ansiedad por estos motivos:
- Cambios en su vida habitual al ser hospitalizados.
- Dolor, miedo a las consecuencias de la enfermedad y falta de información sobre esta.
- Expectativas sobre los tratamientos, técnicas de exploración e intervenciones a los que debe ser sometido.
- Aislamiento al permanecer en una habitación pequeña que no es la suya.
- Separación de los seres queridos.
- Restricción en dietas, vestuario.
- Pérdida de intimidad.
Afrontar una cirugía con ansiedad influye negativamente en la recuperación física y psíquica de los pacientes porque se producen largas estancias en el hospital y necesitan más analgésicos lo que perjudica al individuo.

En el tratamiento del estrés se atienden tanto los aspectos psicológicos del tratamiento como los médicos.
• Aspectos psicológicos

- Corporal: Las técnicas más utilizadas son las técnicas de relajación para que la persona pueda contener sus propias reacciones contrayendo y relajando los músculos y controlando la respiración en un ambiente tranquilo.
- De modificación del comportamiento: Es importante reservar algo de tiempo fuera del trabajo para realizar actividades placenteras y descansar físicamente.
- Cognitiva: Se usan procedimientos que modifican la conducta como:
Enseñar a manejar las situaciones de estrés explicando cómo afectan y cuáles deben ser las respuestas adecuadas.
Sustituir pensamientos exagerados y negativos por otros menos excesivos y positivos.
Ayudar a afrontar la situación de conflicto para que el paciente intenta solucionarla y se pueda enfrentar a otras situaciones. Esto aumenta la confianza en sí mismo.

•Tratamiento médico:
- Farmacológica: Los ansiolíticos disminuyen la ansiedad, los antidepresivos reducen la depresión. Los fármacos intentan que desaparezcan los síntomas físicos y psicológicos del estrés.
- Higiénico-dietética: Hay que seguir una dieta equilibrada evitando alcohol y café. Se deben dormir entre 7 y 8 horas diarias. El ejercicio físico regular mejora el bienestar físico y psíquico neutralizando el estrés.

La ansiedad patológica debe recibir tratamientos específicos:
• Tratamiento del pánico: El pánico es la aparición brusca de miedo intenso que aparece súbitamente o provocado por un estímulo. Se trata con ansiolíticos y para prevenir la crisis se utiliza antidepresivos.
• Fobias: La fobia provoca temores angustiosos a circunstancias reales o imaginarias. Existe una fobia específica en la que el paciente sufre miedo a objetos o situaciones determinadas. Se trata en atención primaria con tratamiento similar a la ansiedad. Otras fobias son graves, como la agorafobia: miedo a salir de casa. Esta se trata con un especialista.
• Trastorno obsesivo compulsivo (TOC): Se debe acudir al psiquiatra que prescribirá una combinación de fármacos junto a terapia psicológica de modificación de conducta.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los agentes causantes y los ámbitos en los que se da el estrés y la ansiedad para tratarlo.

Objetivos secundarios:
- Diagnosticar y tratar las consecuencias del estrés en el organismo.
- Alertar a la población sobre sus consecuencias en la salud.
- Aplicar métodos en el entorno que causa estrés como tratamiento farmacológico y técnicas de relajación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://scielo.conicyt.cl/
- https://www.revista-portalesmedicos.com/
- "Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente" de la editorial Mac Graw Hill
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 652

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL SESPA

JESSICA VEGA SUÁREZ

1 Introducción

En su día a día tanto el personal sanitario como el no sanitario se enfrenta a una infinidad de datos de carácter personal sobre sus pacientes. Para garantizar un correcto tratamiento de los mismos es necesario un profundo conocimiento de esta ley.

La protección de datos es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulado por el Reglamento Europeo de Protección de datos (RGPD).

La nueva Ley orgánica 3/2018 de 5 Diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, entra en vigor con el objetivo de adaptar el ordenamiento jurídico español al reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos, y completar sus disposiciones. También entra en vigor con el objetivo de garantizar los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución Española.

En este capítulo vamos abordar la LOPD en el Sistema Nacional de Salud. Analizaremos las principales características de la protección de datos de salud y las obligaciones más relevantes del sector sanitario. Para ello es necesario tener claros una serie de conceptos:

-¿Qué entendemos por un dato de carácter personal? La LOPD lo define como cualquier información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo que identifique o haga identificable a una persona física. Algunos ejemplos sería el nº de DNI, el correo electrónico o la dirección de un paciente.
-¿Qué podemos entender por un dato de salud? No se estableció una definición clara hasta la entrada en vigor del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre por el que se aprobó el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de datos. El citado reglamento lo define como aquella información concerniente a la salud pasada, presente y futura, física o mental, de un individuo.

-¿Qué podemos entender por un fichero? Podemos definir lo como todo conjunto organizado de datos de carácter personal, cualquiera que fuere la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso.

2 Objetivos

-Dar a conocer las características principales y la creciente importancia de la Ley de Protección de Datos para el personal sanitario y no sanitario.
-Analizar los principios de la Ley.
-Identificar las obligaciones más importantes para el sector sanitario.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo he realizado una revisión bibliográfica de la normativa actual existente sobre la protección de datos (Ley de Protección de Datos 5/2018), del reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del consejo de 27 de abril 2016 y de los artículos de la Constitución Española que se refieren al tema.

También he realizado una búsqueda en plataformas como google, en libros y artículos, y en bases de datos como Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras clave empleadas para la búsqueda han sido: Ley Protección de datos y ámbito sanitario.

4 Resultados

La Ley de Protección de datos afecta a todos los profesionales que trabajan en el sector sanitario y que desarrollan su actividad de manera individual, a las Clínicas, hospitales e Instituciones Sanitarias. Los titulares de las clínicas son responsables de los ficheros (como por ejemplo de las historias clínicas, nóminas de empleados, etc.) y por ello deben cumplir una serie de obligaciones establecidas en el título II "Principios de Protección de datos" de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales:

-Exactitud de los datos : únicamente se podrán recoger datos a los pacientes para su tratamiento cuando estos sean adecuados, pertinentes y no excesivos, en relación con el ámbito y finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido. El paciente debe por tanto conocer en todo momento la finalidad de los datos.

Los datos han de ser exactos y si fuese necesario actualizados. Se cancelarán cuando dejen de ser necesarios para la finalidad para la que fueron registrados.

-Deber de confidencialidad: los responsables de los ficheros así cómo quienes intervengan en el tratamiento de los datos estarán sujetos al deber de confidencialidad (artículo 5.1 f) del Reglamento (UE) 2016/679) y al secreto de profesional. El responsable de los ficheros se encargará de que este principio se cumpla por todos los empleados o colaboradores incluso cuando la relación que vinculé a ambas partes finalice.

-Principio de información y consentimiento: los pacientes deberán ser previamente informados de modo expreso, preciso e inequívoco de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de los mismos, de los destinatarios, de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición y de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o de su responsable.

De acuerdo con el artículo 4.11 del Reglamento (UE) 2016/679 el tratamiento de los datos requiere el consentimiento inequívoco del afectado. En el caso de datos de salud con carácter general la ley establece que dicho consentimiento ha de ser expreso. El consentimiento podrá ser revocado cuando exista alguna causa que

lo justifique y no se le atribuyan efectos retroactivos.

En el caso de los menores de edad, el tratamiento de los datos únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de catorce años. Para los menores de 14 años el consentimiento sólo será lícito si consta el titular de la patria potestad o tutela.

-Principio de seguridad: tanto el responsable del fichero, como los encargados del tratamiento de los datos, deberán adoptar las medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar la seguridad de los datos de carácter personal, así como evitar su alteración, pérdida y tratamiento o acceso no autorizado.

-Datos especialmente protegidos: de acuerdo al artículo 16 de la Constitución Española, nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias. En caso de hacerlo el consentimiento ha de ser expreso y por escrito.
Los datos que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual únicamente pueden ser recogidos, tratado y cedidos cuando por razones de interés general así lo disponga una ley o bien el paciente consienta expresamente.

Una de las principales novedades de esta nueva Ley en materia sanitaria es la obligación de designar un Delegado de Protección de Datos (artículo 37.1 del Reglamento UE 2016/679. Está obligación afecta a los centros sanitarios legalmente obligados a mantener las historias clínicas de los pacientes, exceptuándose los profesionales que ejerzan su actividad a título individual. Los responsables del tratamiento de los datos comunicarán a la Agencia Española de Protección de Datos en el plazo de diez días las designaciones, nombramientos o cese de los delegados pudiendo así estas mantener una lista actualizada.

5 Discusión-Conclusión

Conforme a toda la regulación en materia de protección de datos explicada durante este capítulo podemos concluir que las principales obligaciones del personal en el ámbito sanitario son las siguientes:

-Deber de solicitar el consentimiento de los pacientes.

-Informar a los pacientes de sus derechos y ofrecerles la ayuda necesaria para su aplicación.

-Confidencialidad y secreto profesional de los empleados hacia los datos.

-Inscribir los ficheros en la Agencia Española de Protección de datos.

-Nombrar a un delegado de protección de datos.

-Cuando se tengan que ceder datos a terceros, cómo por ejemplo otras clínicas, se tiene que hacer conforme a la ley, con los acuerdos que la normativa establece.

Para finalizar, podemos resaltar la creciente necesidad de formar y concienciar al personal sanitario y no sanitario sobre la importancia de la normativa de protección de datos, consiguiendo así un tratamiento y una gestión adecuados y evitar posibles vulneraciones. Se trata de datos especialmente importantes y sensibles para el paciente, por lo que es de vital importancia que se gestionen de acuerdo con la normativa de protección de datos.

Hago especial hincapié en la necesidad de una mayor formación y toma de conciencia sobre esta normativa porque la mayoría de las vulneraciones se producen debido a su ignorancia. Esto supondría un beneficio para el profesional (evitando sanciones económicas elevadas en caso de incumplimiento) y una adecuada atención de los pacientes (por ejemplo, un auxiliar administrativo podría argumentar correctamente a los familiares de un paciente porque no les puede proporcionar cierta información).

6 Bibliografía

-Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. “BOE núm.298, de 14/12/1999”.

-Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. “BOE núm.294, de 6 de diciembre de 2018”.

-Constitución Española. “BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978”.

-Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

-https://sespas.es/2019/02/13/valoracion-de-sespas-de-la-nueva-lopd-en-lo-relativo-al-tratamiento-de-datos-de-salud/
- https://protecciondatos-lopd.com/empresas/guia-centros-sanitarios/

Capítulo 653

EL CELADOR Y LA EXPOSICIÓN A LOS RIESGOS BIOLÓGICOS

JUANA MARIA TESTÓN RUIZ

MARIA NOELIA CALDERÓN DÍAZ

ALBA SÁNCHEZ GARCÍA

MARIA ANGELES BARCENA MEDIO

ALBERTO FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

A raíz del brote de coronavirus 2019-nCoV en China y el aumento de casos que está teniendo en ese país, nos surge la inquietud, como celadores, de saber e investigar un poco más sobre la exposición a los riesgos biológicos que pueden producirse en las instituciones sanitarias.

En la exposición a agentes biológicos pueden producirse lesiones percutáneas o contacto de pie y mucosas con sangre u otros fluidos biológicos de riesgo, estaríamos entonces ante un accidente de trabajo conocido como inoculación accidental o accidente de riesgo biológico, lo que conllevaría a la posibilidad de transmitir infecciones entre enfermos, personal del centro, familiares, etc…
¿Estamos debidamente, formados, informados y preparados para hacer frente a las amenazas por riesgos biológicos?
¿Cuáles serían las medidas a tomar por parte del personal tanto sanitario como no sanitario para la prevención de los mismos?

2 Objetivos

- Identificar los principales riesgos biológicos asociados al personal.
- Protocolos de actuación ante pacientes con enfermedades transmisibles que requieren aislamiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

A continuación destacaremos los aspectos más importantes que se repiten en la mayoría de las publicaciones consultadas para esta revisión bibliográfica.
El celador, al ser un trabajador multidisciplinar, está en contacto directo con todo tipo de pacientes y debido a ello puede ser un vehículo de transporte de microorganismos susceptibles de transmitir infecciones a otro personal, a otros pacientes y también a si mi. Debido a esto debe adoptar cuantas medidas sean necesarias para que no se lleve a cabo dicha transmisión. Cualquier lesión en la piel (heridas, cortes, etc.) se debe de cubrir antes de comenzar la jornada de trabajo.
Ante el riesgo de trasmisión nosocomial tan importante antes de un diagnóstico definitivo de un paciente, se deben tomar dos tipos de precauciones.
Estándar: Se aplicarán con todos los pacientes en los cuales se prevea un contacto con fluidos corporales (orina, heces, secreciones, etc…), mucosas y piel no intacta.
Medidas a tomar:
- Lavado de manos.

Es la medida más importante además de económica, sencilla y eficaz de prevención de infecciones.
- Empleo de guantes.

Se usan para disminuir el peligro riesgos de colonización momentánea de gérmenes del personal y de estos a los pacientes. Deberán estar limpios y desechables y deben cambiarse entre las actuaciones que se lleven a cabo en un mismo

paciente y entre un paciente y otro y cuando exista la probabilidad de tocar fluidos o piel dañana o después de tener contacto con material contaminado.
- Gafas y protección facial.
Se utilizarán en caso de que exista probabilidad de salpicaduras de sangre o fluidos corporales. La protección facial se utilizará para evitar el riesgo de trasmitir infecciones por gotas.
- Batas.
Se emplean con el fin de proteger la ropa o vestimenta y para evitar contagios.
Aparte de las precauciones estándar se tomarán las siguientes medidas específicas según sea el tipo de transmisión.
En la transmisión de infecciones intervienen tres elementos: Una fuente de microorganismos que infecten, un huésped susceptible de ser infectado y un medio de transmisión. Existen tres tipos de precauciones según sea su transmisión.

Precauciones de transmisión aérea:
- Se utilizan para enfermos confirmados o con sospecha de infección.
El enfermo debe permanecer en habitación individual, en caso de no ser así estará junto con otros pacientes que tengan la misma.
- Se utilizará mascarilla de alta eficacia (HEPA) y si se tuviera que mover al paciente al exterior colocarle la mascarilla.

Precauciones de transmisión por gotas:
- Se utilizarán para evitar enfermedades por microorganismos transmitidos por gotas que se generan al toser, hablar, etc.
- El paciente debe permanecer en habitación individual en caso de no ser así estará junto con otros pacientes que tengan la misma infección, la distancia mínima entre paciente y paciente será de un metro así como también de visitantes.
- Se limitará el transporte a lo esencial en caso de traslado, mascarilla, guantes y bata.

Precauciones para transmisión por contacto:
- Se utilizarán para evitar enfermedades por microorganismos trasmitidos por contacto.
- Se usarán guantes al entrar en la habitación y cambiar durante la actividad dentro y quitarlos antes de salir.
- Si hay contacto con el paciente, colocar bata limpia no estéril antes de entrar en la habitación. Antes de salir de la habitación depositar la ropa usada en una bolsa.

- El equipo de trabajo rutinario serán de uso exclusivo del paciente y deberán ser adecuadamente desinfectados o esterilizados después del alta del mismo.

5 Discusión-Conclusión

Respondiendo a las preguntas que nos planteábamos al principio y una vez consultados y revisados una serie de artículos se comprueba lo importante que son las precauciones de aislamiento en pacientes con enfermedades que se pueden transmitir.
Tenemos que ser muy estrictos con la utilización de todo el material que necesitamos para cumplir con las recomendaciones de cada aislamiento.

Siguiendo las directrices marcadas en los protocolos de aislamiento se reduciría enormemente el riesgo de trasmisión.
Con el adecuado lavado de manos y las precauciones estándar se protegería de los agentes infecciosos a pacientes, personal de salud, todo aquel que tenga contacto con el medio hospitalario. Para ello debemos de contar con los recursos necesarios, materiales, personal y equipos aunque los recursos a veces sean limitados.
Es importante que el equipo de salud tenga una organización correcta así como disposición, formación, información para lograr el éxito.

6 Bibliografía

- https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712015000200001
- https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo31AislamientoEnfermedadesTransmisiblesC.pdf
- https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-las-consecuencias-derivadas-accidentes-biologicos-13070129
- Gestal Otero JJ. Riesgos de trabajo del Personal Sanitario. 2ª Ed, Madrid, Interamericana McGraw Hill. 2013

- Hueto J, Domínguez J, Sola J, Bernaola E, Teruel F, Barricarte A et al. Programa de prevención y control de la tuberculosis en Navarra. Boletín Informativo Institutode Salud Pública 2012; 39:1-16

Capítulo 654

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, UNA BUENA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LOS CENTROS DE SALUD

M OFELIA PALACIOS VILLA

SONIA GUTIÉRREZ FUENTE

ALBA VALVIDARES MAYOR

ALMA Mª DE ABAJO SANZ

ANGELES SÁNCHEZ CORO

1 Introducción

Para los trabajadores, independientemente del puesto que desempeñen, es importante, la seguridad y la prevención, el cumplir con todas las medidas necesarias para su protección y la de sus compañeros. En el caso de los trabajadores de los centros de salud es más importante el seguimiento de las normas de seguridad por las repercusiones que pueden tener. Por este motivo es muy importante una colaboración permanente para la actualización de los sistemas de seguridad y prevención entre los trabajadores, la dirección de la empresa, de los Delegados de Prevención del Comité de Seguridad y Salud.

Es importante la aportación de los trabajadores en materia de seguridad y prevención para que las mejoras en las medidas sean realmente útiles en su seguridad y un mejor desempeño de sus funciones, ya que ellos conocen sus puestos de trabajo y las necesidades que pueden tener. La buena conservación y manipulación de su material de trabajo ayudara a una mayor seguridad.

Un accidente a un trabajador derivado de su trabajo en un centro de salud tiene repercusión laboral, en el trabajador y en la empresa, legales y económicas para la empresa. Ahí que tener en cuenta que su entorno laboral es de riesgo por la gran cantidad de tipos de daños que puede sufrir, desde lesiones físicas a psíquicas.

En un centro sanitario se desempeñan gran cantidad de trabajos y esta variedad de categorías laborales con distintos grados de peligrosidad, que pueden ir desde los auxiliares administrativos, enfermeros, médicos, celadores, vigilancia, cocineros, lavanderos,….. por lo que la exposición es muy variada.

En la Constitución Española ya se habla de la garantización de la seguridad en el trabajo y el artículo 40.2 dice
"Así mismo, los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales; velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados.".

Aparte de la Constitución, tenemos Reales Decretos o la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales,
"…. que tiene por objeto la determinación del cuerpo básico de garantías y responsabilidades preciso para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riegos derivados de las condiciones de trabajo, y ello en el marco de una política coherente, coordinada y eficaz de prevención de los riesgos laborales.".

2 Objetivos

- Concienciar a los trabajadores de los centros de salud de la importancia de cumplir con la normativa de seguridad.

3 Metodología

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

Las descripciones utilizadas se han relacionado con la Prevención de Riesgos Laborales en los centros de salud y se han establecido criterios de inclusión y exclusión con los que obtener un resultado lo más acertado posible.

4 Resultados

En los centros de salud los responsables de la Prevención de Riesgos son:
- Las gerencias, que son las que llevan la parte administrativa de los centros,
- Los trabajadores,
- Los Delegados de Prevención, que son los representantes de los trabajadores en la empresa con funciones especificas en prevención de riesgos. Y pueden ir de 1 a 8, dependiendo del número de trabajadores que tenga el centro.
- Y el Comité de Seguridad y Salud, es el órgano paritorio y colegiado destinado a la consulta de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos.

La función de los responsables es velar por que se tenga en cuenta las opiniones e ideas de los trabajadores y para que puedan tener influencia en las decisiones que se toman en los foros con relación a las medidas de prevención y protección. En concreto deberán avisar y/o consultar a los trabajadores las actividades relacionadas con la prevención que van a repercutir en su situación laboral y su seguridad, como pueden ser:
- La compra de nuevas tecnologías para actualización o para reposición (esto va mas centrado en los administrativos, ya que en lo referente a los equipos sanitarios la administración se ocupa de su compra o reposición).
- La forma, puesta en práctica y evaluación, en que se va a realizar la evaluación de riesgos y su proceder para la participación en ella.
- Procedimientos para la información, documentación y formación en materia preventiva a los trabajadores.
- Organización de actividades preventivas y si van a ser impartidas por trabajadores de los centros de salud o por servicios ajenos al centro, y los trabajadores

que van a participar de ellas.
- La identificación de los peligros, su evaluación y determinar las acciones a llevar acabo para su eliminación.
- Realización de pruebas técnicas antes de la implantación de nuevos equipos.
- Fecha para la realización de los reconocimientos médicos anuales.
- La designación de los responsables de las medidas de emergencia.
- Y cualquier otra decisión que afecte a la seguridad de los trabajadores.

La facilidad que se le de a los trabajadores para que puedan acceder a los sistemas para una participación sin limitaciones es muy importante.

La participación de los trabajadores en los foros para la realización de las pautas a seguir por el centro de salud en lo relativo a prevención de riesgos laborales implica una incorporación activa en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades que se van a llevar a cabo. Sin que estas propuestas supongan una obligación de implantación para la gerencia del centro de salud.

A cada actividad o ámbito de trabajo dentro de los centros de salud se le aplica una normativa en prevención de riesgos laborales distinta y acorde a sus riesgos.

El personal administrativo que son los que realizan funciones en distintos puestos de trabajo, pudiendo trabajar en las oficinas o en las recepciones de consultas o las recepciones de urgencias en los centros sanitarios, una misma denominación para distintos puestos con distintos tipos de riesgos. Es por tanto importante una buena actividad preventiva en la evaluación de riesgos en un determinado puesto de trabajo, ya que solo los riesgos de las distintas actividades en las distintas situaciones que sea crean los centros de salud y que son identificados podrán ser controlados y eliminados.

Conseguir la participación de los trabajadores no sera siempre fácil pero si necesaria. La gerencia necesita el apoyo de los trabajadores para solucionar los problemas por su experiencia y conocimientos en la materia y aunque se le dará preferencia a las normas legales por la facilidad para defenderlas por parte de los delegados de prevención. Pero esto no quita lo importante que es la colaboración entre todos para solucionar problemas que afectan a todos.

La parte positiva de realizar consultas y pedir la participación de los trabajadores hace que aumente su motivación e implicación con vistas a evitar accidentes, y a que sean más consecuentes y responsables ya que su a portación se vera reflejada en la eficiencia y la seguridad del centro de salud.

El Reglamento de los Servicios de Prevención en su articulo 5.1 estipula que para determinar si existe o no riesgo:
"A partir de la información obtenida sobre la organización, características y complejidad del trabajo, sobre las materias primas y los equipos de trabajo existentes en la empresa y sobre el estado de salud de los trabajadores se procederá a la determinación de los elementos peligrosos y a la identificación de los trabajadores expuestos a los mismos, valorando a continuación el riesgo existente en función de criterios objetivos de valoración, según los convenios técnicos existentes, o consensuados con los trabajadores, de manera que se pueda llegar a una conclusión sobre la necesidad de evitar o de controlar y reducir el riesgo".

5 Discusión-Conclusión

La importancia de una buena comunicación, organización y gestión entre las gerencias de los centros de salud, los trabajadores, los Delegados de Prevención y el Comité de Seguridad y Salud, aportando cada uno a los protocolos la información, planificación y ejecución, según sus conocimientos y consideren necesarias en las distintas funciones que desempeñan diariamente y con ello den una mayor seguridad a los trabajadores a la hora de realizar la implantación para la prevención por parte de la gerencia.

También es importante la información que se les facilita a través de la documentación escrita, que debe ser lo más clara y concisa posible, y la formación practica, para un uso correcto de la tecnologías a utilizar, en el momento de su contratación sea ampliada con regularidad y más si el trabajador cambia de puesto de trabajo, actualizándola al nuevo.

La participación de los trabajadores en este área es importante por el conocimiento de la materia que tienen y la facilidad, por tanto, para detectar cuando surgen problemas, la gravedad y las consecuencias que pueden ocasionar a los trabajadores o usuarios del sistema.

Y todo esto teniendo en cuenta que los centros de salud es el lugar donde más riesgos y de diferentes naturalezas se pueden concentrar para un administrativo por la diversidad de los puestos de trabajo que ocupa.

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales en su articulo número 29.1 asigna al trabajador la obligación de "…. velar, según sus posibilidades y mediante el cumplimiento de las medidas de prevención que en

su caso sean adoptadas, por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional, a causa de sus actos y omisiones en el trabajo, de conformidad con su formación y las instrucciones del empresario.".

Siguiendo las pautas marcadas por los protocolos en cada departamento deberán seguir unas normas de seguridad pero siempre ahí unos criterios básicos a tener en cuenta y que se deben de seguir sin importar el departamento en el que se trabaje como son:
- El uso adecuado de las maquinas o aparatos con los que realice su actividad.
- Una correcta manipulación de los productos o sustancias peligrosas, que puede ir desde un toner para un administrativo a una radiación para un radiologo.
- Informar al responsable de cualquier situación que a su juicio, requiera o entrañe un riesgo para los trabajadores o usuarios.
- Y tener en cuenta que el incumplimiento de las obligaciones en materia de prevención de riesgos pueden tener la consideración de incumplimiento laboral a los efectos previstos en el Estatuto de los Trabajadores en el articulo 58.1.

6 Bibliografía

- Constitución Española. 1978.
-Estatuto de los trabajadores
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Participación de los trabajadores en la seguridad y la salud en el trabajo. Una Guía práctica. Agencia Europea para la Seguridad y el Trabajo. 2012.
Disponible en: https://osha.esuropea.eu>reports.
- <ISTAS-CCOO Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social.
Disponible en: Istas.net/salud-laboral/actividades-preventivas/evaluacion-de-riesgos-laborales/la-participacion-de-los-trabajadores/
- MILLAN M., Anselmo J. Participación de los trabajadores en la Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Prevencionar.com, 28 de septiembre de 2019.
Disponible en: prevencionar.com/2019/09/28/participación-de-los-trabajadores-en-la-gestion-de-la-seguridad-y-salud-en-eltrabajo/
- MUTUA UNIVERSAL Prevención de riesgos laborales para PYME. Participación y consulta a los trabajadores. Elaborado por los técnicos de Área de Prevención de

Riesgos Laborales de Mutua Universal. Plan General de Actividades Preventivas de la Seguridad Social. Octubre de 2017.
Disponible en: http://www.mutuauniversal.net

Capítulo 655

EDUCACIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ORIENTADA A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

LORENA PEREIRAS MENDEZ

BEATRIZ CAO RODRIGUEZ

MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La sexualidad humana resulta de la adicción de los procesos de construcción de la identidad personal y de la sexual. La sexualidad se construye y se aprende a descubrir desde la niñez y a lo largo de la vida, en los diferentes ambientes que forman parte de la vida del individuo.

Históricamente, la sociedad se ha regido por los cánones de normalidad respectivos de cada época. Esto resulta en un criterio de funcionalidad que, en el caso de la diversidad funcional, no encaja con la realidad de este segmento poblacional. Por todo ello, se origina un punto de inflexión entre la asexuación atribuida por

terceros a las personas con diversidad funcional y la vida sexual plena que éstas reivindican.

Además, si analizamos el pasado veremos que en ninguna etapa se ha educado en igualdad, ya sea por razón de género, socioeconómica o, como en el caso que se trata en esta revisión, por distinción en cuestiones funcionales del propio individuo. Existe un largo sinfín de sinrazones por las que discriminar a ”normal” cumple, mientras que la verdadera realidad individual es un abanico tan amplio en el que no tendría sentido hablar de normalidad.

Actualmente la enseñanza de educación sexual es escasa y de poca calidad, y, además, no llega a todos los colectivos. Es necesario un empoderamiento de este colectivo en concreto (personas con diversidad funcional y su entorno) para conseguir cumplir lo que deberían estar recibiendo por derecho: una educación sexual de calidad.

2 Objetivos

- Analizar las características de la educación sexual que recibe el colectivo de personas con diversidad funcional.
- Destacar las carencias actuales en materia de educación sexual que recibe este colectivo.
- Definir las posibles direcciones que puedan encaminar la situación existente hacia una educación sexual de calidad.

3 Metodología

La selección de los artículos que forman esta revisión bibliográfica se hizo a través de una búsqueda sistemática centrada en la base de datos científicos Dialnet, la cual constituye una hemeroteca virtual que contiene los índices de las revistas científicas y humanísticas de España. Portugal y Latinoamérica, incluyendo también libros (monografías), tesis doctorales, y otros tipos de documentos. Es de acceso libre.

Realicé una primera búsqueda utilizando las palabras ” educación”, ”salud”, ”sexualidad”, ”diversidad” y ”funcional”; obtuve 12 documentos. Realicé una segunda búsqueda suprimiendo los términos ”educación” y ”salud” y obtuve 152 documentos.

Preferí la primera búsqueda para tener más material y que la revisión fuera más amplia. El período de tiempo para los documentos incorporados de este capítulo ha sido de los últimos veinte años, para tener una visión amplia del tema. Para ampliar aún más la información realicé revisiones mensuales secundarias de referencias bibliográficas de los artículos seleccionados a lo largo de todo el proceso de redacción. Además, utilicé buscadores generales con el objetivos de recabar datos o contenido adicional que me pudiese resultar de interés.

Tras una lectura de título y resumen descarté una serie de documentos por desviarse del tema; también descarté otros por tratar conceptos antiguos ”discapacidad” y/o ”minusvalía” o el término ”persona con diversidad funcional”.

Tras una segunda lectura de los documentos restantes; los clasifiqué en función de los temas más relevantes para tener una visión clara y bien organizada.

Después de todo esto, realicé la introducción, la metodología e hice un esquema y borrador del desarrollo/discusión. Por último he redactado las conclusiones y la bibliografía.

4 Resultados

- Plantear estrategias y marcos de desarrollo de psicología y educación familiar respecto a este colectivo, permitirá a los padres, cuidadores y a la sociedad en general conocer pautas más adecuadas de crianza para este colectivo, promocionando la interacción y el desarrollo de los diferentes roles que la misma sociedad plantea, a la vez que se evita la vulneración de sus derechos y se normaliza la demostración de la afectividad y de la sexualidad por parte de la persona con diversidad funcional.

- Las mujeres con diversidad funcional se encuentran doblemente discriminadas, por cuestión de su diversidad funcional y por el mero hecho de ser mujeres. Por eso, es necesario un apoyo especial a este colectivo, así como la formación de una red de ayuda que integre doble protección o atención más específica, teniendo en cuenta la violencia machista y los abusos que sufran las personas con diversidad funcional.

- Todo hombre, mujer y niño al que vulneren sus derechos, están en facultad (por sí mismo o precisando de ayuda) de reclamarlos y de hacerlos valer. Por todo ello, es obligación del Estado y de la sociedad, asegurar los derechos de los demás y de prestar especial apoyo o ayudar a los individuos en situación de vulnerabilidad

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica de este tema, se evidencia la necesidad de acabar con prejuicios en torno a la sexualidad del colectivo con diversidad funcional.

Es importante la elaboración y puesta en marcha de programas de educación sexual dirigidos a este grupo de población, así como planes y guías para los educadores, tanto institucionales con a las familias.

Es necesario brindar herramientas adecuadas para iniciar la educación en este ámbito a edades tempranas, con el objetivo de que estas personas lleguen a sentirse hombres y mujeres seguras e independientes para poder desarrollar sus esferas bio-psico-sociales en la sociedad y sin sentir limitaciones.

Son necesarios programas y políticas de capacitación y atención en cuanto a la educación sexual de las personas con diversidad funcional e imprescindible que se complementen con una aplicación eficaz y procurando la garantía de los Derechos Humanos fundamentales de este segmento poblacional.

6 Bibliografía

1. Sex-Habilidad (Internet). Puerto Rico 2011 (citado 25 ago 2019). Sex Habilidad, reconociendo tu sexualidad. Disponible en : http://www.sex-habilidad.webs.com/Allué.
M(2011).
2. Garwood, M, McCabe, M. Impact of sex education programs on sexual knowledge anda feelings of men with a mild intelectual disability. Educ Train Dev Disabil. 2000;35(3):269-283.
3. Morell-Mengual, V, Gil Llario M. D, Díaz Rodriguez I. M, Caballero Gascón L. Actitudes de padres, profesionales y población general hacia la sexualidad de las personas con discapacidad física e intelectual. Internaticional Journal of Developmental anda Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología. 2017; 4(1): 173-184.
4.- Rohleder, P. Educators´ambivalence and managing anxiety in providing sex education for people with learning disabilities. Psychodynamic Practice. 2010; 16(2): 165-182.
5.- Bailey, R. Pruebas prenatales y prevención de la minusvalía ¿tiene derecho a la mujer a elegir?. En MORRIS, J, editores: Encuentros con desconocidas: feminismo y discapacidad. Madrid: Narcea; 2002. P 169-188.

6.- Verdugo, M.A, Alcedo, M.A, BErmejo, B, Aguado Díaz, A.L. Abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. Psicothema. 2002 ; 14 (Supl): 124-129.
7.- Senent Ramos, M. EROTISMO Y SEDUCCIÓN EN MUJERES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL. Instituto Universitario de Estudios Feministas y de Género Purificación EScribano. 2010;18:181-195
8.- Hernández-Álvarez, M. El Concepto de Equidad y el Debate Sobre lo Justo en Salud. Rev Salud Pública (Bogotá). 2008; 10(Supl.1): 72-82.
9.- Rivera Sánchez, P. Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. Revista Educación
Univerdidad de Costa Rica. 2008; 32(1): 157-170.

Capítulo 656

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁREA HOSPITALARIA

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

JAVIER FERNÁNDEZ URÍA

1 Introducción

La violencia es perpetrada en distintos lugares, alcanzando incluso la escuela y el lugar de trabajo (Colegio de Enfermeras, 2000). Según la literatura, uno de los sectores laborales de mayor riesgo frente a la exposición a la violencia es el sector salud (Chapell y Di Martino, 1998).

Los contextos de atención de salud son lugares de gran actividad y emoción relacionados con la salud y la enfermedad y la búsqueda de cuidados. Esto conlleva una estrecha interacción entre el personal de salud, los pacientes y los miembros de la familia de éstos. La prevalencia de la violencia en estos contextos es alta (CIE, 2001).

De hecho, más de la mitad del personal laboral de un centro de salud ha experimentado al menos un incidente de violencia física o psicológica el año anterior al estudio, pero no sólo han sido víctimas, sino que también han pasado a ser agresores cuando no han reaccionado de manera asertiva. (CIE, 2002; Sánchez y Valenzuela, 2002; Burgos y Paravic, 2003; Letelier y Valenzuela, 2002).

Esta violencia, que alcanza tanto a quienes brindan la atención como a quienes

la reciben, es decir los usuarios, amenaza la calidad de las prestaciones de salud y la atmósfera de cuidado que debiera existir en dichos establecimientos.

2 Objetivos

- Identificar tipos y manifestaciones de violencia que perciben con mayor frecuencia.
- Identificar las profesiones donde se producen más actos violentos dentro del sector sanitario.
- Determinar cuál es el horario en el que se producen más agresiones tanto físicas como verbales.

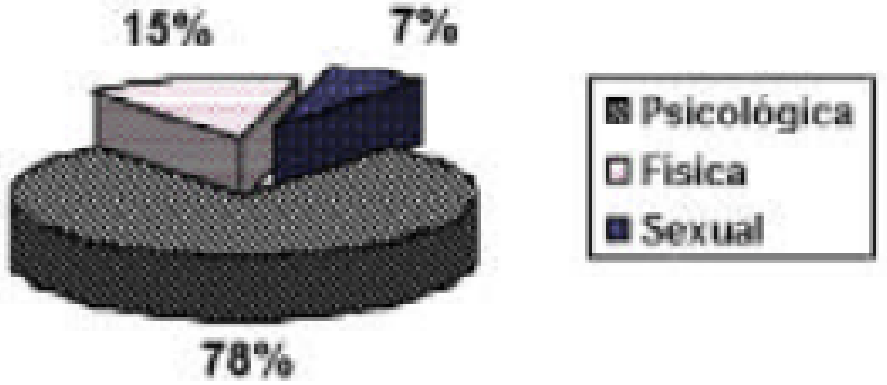
3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática en las principales bases de datos, tales como Scielo, Dialnet. Utilizando términos como "Violencia percibida, trabajadores de salud, atención primaria, "atención hospitalaria".

4 Resultados

Se ha practicado un el cuestionario de Paravic, Valenzuela y Sánchez (2001) en Burgos (2003), consistente en dos partes. Una primera formada por preguntas abiertas, cerradas y semiabiertas Y una segunda parte, que recolecta información sobre la violencia propiamente dicha. Se ha realizado a 62 profesionales de atención primaria.

Estos han sido algunos de los resultados;
La mayoría del personal, atribuye a la violencia un factor influyente en su salud. Uno de los grupos profesionales que más violencia sufren son los auxiliares administrativos y mujeres que tienen una atención directa con el paciente o usuario, así como las enfermeras. Las mujeres sufren muchas más acciones violentas (tanto verbales como físicas), siendo las agresiones verbales las que suponen un elevado porcentaje.



5 Discusión-Conclusión

El personal de atención primaria en su gran mayoría, son mujeres que son quienes más sufren la violencia. Sobretodo del tipo psicológico (OIT, 1998; Sánchez y Valenzuela, 2002; Letelier y Valenzuela, 2002; Burgos y Paravic, 2003).

Este tipo de violencia alcanza niveles de epidemia, y lo sufren millones de trabajadores en sus lugares de trabajo, causando daño psicológico, afectando su salud y su calidad de vida (Baéz, 2001).

Podemos concluir, la mayor parte de la violencia que sufren las mujeres en atención primaria es de tipo psicológica. El horario donde se dan más episodios violentos, es el de mañanas, debido a una mayor afluencia de público y hay por tanto más exceso de trabajo.

La violencia laboral, y más aún si esta se repite continuamente, tiene un impacto directo en la vida de las personas, amenazando su identidad, su dignidad y las relaciones emocionales, causando un serio daño a su salud física y mental (Barretto, 2001).

6 Bibliografía

- Barretto, M. (2001). Asedio moral en el trabajo. En: Los espejos de la desigualdad. Ed. Adriana Gómez. Cuadernos Mujer Salud / 6.

- Chapell, D. y Di Martino, V. (1998). Violence at work. Geneva: International Labour Organization. Colegio de Enfermeras (2000). Frente a la violencia las enfermeras en alerta. Extraído el 01 octubre 2004 de http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/
Varios_Violencia_116.pdf.
- Colegio de Enfermeras (2000). Frente a la violencia las enfermeras en alerta. Extraído el 01 octubre 2004 de http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/
Varios_Violencia_116.pdf.
- Sánchez, R. y Valenzuela, S. (2002).Percepción de violencia que afecta a profesionales de enfermería de un hospital.
- Paravic, T.; Valenzuela, S.; Burgos, M. (2004). Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. Revista Ciencia y Enfermería 10 (2) 53-65.
- Burgos, M.; Paravic, T. (2003). Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados .
- García, C. (2000). Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. Publicación Ocasional N° 6: Organización Panamericana de la Salud.

Capítulo 657

PRINCIPALES ACTUACIONES EN MATERIA DE HIGIENE POSTURAL PARA LLEVAR UNA VIDA LABORAL SALUDABLE POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

JAVIER FERNÁNDEZ URÍA

1 Introducción

Las condiciones en materia de seguridad e higiene, el confort en las diferentes áreas de trabajo y la salud laboral, son temas a partir de los cuales se han desarrollado diversas disciplinas de estudio, como la ergonomía (Hernández, Castillo, Sánchez y Corichi, 2015). La ergonomía es una disciplina preocupada de la adaptación del trabajo al hombre. Su desarrollo es reciente en nuestro medio, existiendo una gran necesidad de que los profesionales del área de la salud, incorporen criterios ergonómicos en sus actividades siendo su objetivo promover la salud y el bienestar, reducir los accidentes y mejorar la productividad de las empresas. (Apud y Meyer, 2003)

Existe gran diversidad de factores que pueden tener efecto sobre la higiene postural y la salud laboral del trabajador, desde las pantallas de visualización (Royo

y Nogareda, 2015) hasta el ruido o las condiciones térmicas del puesto de trabajo, así como las especificaciones sobre el mobiliario (pantalla, teclado, asiento, impresora). Algunos ejemplos de tópicos específicos corresponden a trastornos músculo-esqueléticos relacionados con el trabajo, carga mental y diseño de sistemas de trabajo. (Gutiérrez, 2014)

2 Objetivos

- Conocer las normas generales de seguridad que debe cumplir el personal admistrativo.
- Conocer los principales riesgos asociados a la falta de higiene postural en el trabajo.
- Identificar los principales factores de riesgo que pueden provocar alteraciones musculo esqueléticas.
- Identificar las principales actuaciones en materia de ergonomía y recomendaciones para llevar una vida laboral saludable.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, en las principales bases de datos, como Scielo y Dialnet. Los términos empleados han sido; ”ergonomía”, ”administrativo” ,”ergonomía amiental”, ”hospital”, ”salud laboral”, ”higiene postural”.

4 Resultados

En la investigación realizada por Muñoz et all., 2009, se pudo establecer que un 34 % de los trabajadores encuestados reportaron dolor de espalda y un 30.6 % dolor en zona lumbar, presentando las mujeres trabajadoras un mayor reporte en comparación con los hombres.

Los sujetos que responden que su dolor es atribuido al trabajo actual que realizan se observa un aumento porcentual importante que supera el 73 %, siendo mayor para hombres en comparación con las mujeres.

En la misma línea que el estudio anterior se encuentra el de Vernaza y Sierra 2015 que reporta que El 57 % de los trabajadores administrativos del entorno hospitalario presentaron síntomas de dolor. Las lesiones más frecuentes se encontraron

en la zona baja de la espalda (56,6 %), la zona alta de la espalda (53,1 %) y el cuello (49,0 %).

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de los estudios consultados revelan que existe una asociación entre la exposición a factores de riesgo biomecánico y la presencia de lesiones músculo-esqueléticas, indicando que posturas de trabajo forzadas significan mayor riesgo. Por lo tanto, este tipo de trastornos podrían llegar a incapacitar al trabajador en las actividades de la vida diaria.

La investigación de Picavet en 2003, estimó que la zona musculo-esquelética más frecuentemente reportada correspondía a dolor de columna con un 43.9 % en el transcurso de los últimos 12 meses y un 21.2 % con síntomas de más de tres meses de antigüedad. Los hallazgos de este estudio muestran que el dolor musculo esquelético en columna atribuido a su trabajo supera el 79 %.

A tenor de todos los datos revisados podemos concluir que:
- La ergonomía y los factores de riesgo deben ser contemplados de forma sistematizada en cada puesto laboral.
- Los trabajadores del personal administrativo del entorno sanitario, están expuestos a múltiples factores de riesgo como dolores de columna, fátiga visual y alteraciones térmicas o acústicas.
- Las políticas públicas de seguridad y salud laboral en relación a los problemas musculo esqueléticos, deben necesariamente orientarse a la acomodación ergonómica del puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- APUD ELÍAS, MEYER FELIPE. LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Cienc. enferm. [Internet]. 2003 Jun [citado 2020 Ene 29] ; 9(1): 15-20. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100003&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000100003.
- Gutiérrez Henríquez Manuel. ERGONOMÍA E INVESTIGACIÓN EN EL SECTOR SALUD. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 Dic [citado 2020 Ene 29] ; 20(3): 7-10. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300001&lng=es.

http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300001
- Hernández, T., Castillo, F., Sánchez, G. & Corichi A. (2015). Riesgos asociados al uso de pantallas de visualización de datos en trabajadores de medianas empresas del estado de Hidalgo. European Scientific Journal.11, 1-26.
- Muñoz Poblete Claudio, Vanegas López Jairo, Marchetti Pareto Nella. Ergonomic risk factors and their relationship to spinal musculoskeletal pain: based on the first national survey of conditions of employment equity, labour, health and quality of life of the workers in Chile (ENETS) 2009-2010. Med. segur. trab. [Internet]. 2012 Sep [citado 2020 Ene 29] ; 58(228): 194-204. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2012000300004&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000300004.
- Picavet HS SJ. Musculoskeletal pain in the Netherlands: Prevalences, consequences and risk groups, the DMC (3)-study. Pain. 2003(102):167-178.
- Royo Beberide S. y Nogareda Cuixart C. NTP 139: El trabajo con pantallas de visualización, 2015.
- Vernaza, P. y Sierra, C. (2005). Dolor músculo esquelético y su asociación con factores de riesgo ergonómicos, en trabajadores administrativos. Revista Salud Pública, 7(3), 317-326.

Capítulo 658

DESENCADENANTES DEL DESGASTE FÍSICO Y EMOCIONAL EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL SECTOR SANITARIO.

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

JAVIER FERNÁNDEZ URÍA

1 Introducción

El estrés es un desgaste causado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales,(Peiró, 2009). Esto ocurre por la falta de personal, por el exceso de trabajo y por la omisión de indicaciones de funciones y tareas. La sobrecarga laboral se debe a un manejo inadecuado del tiempo. Surge cierto conflicto por el maltrato de los usuarios y la ambigüedad de rol.

2 Objetivos

- Elaborar estrategias para disminuir el estrés en los profesionales administrativos y aumentar su productividad
- Dotar al administrativo de técnicas para mejorar la asertividad y sus relaciones interpersonales.
- Hacer que el personal administrativo, se sienta cómodo y seguro en su puesto de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Utilizando palabras como "estrés", "administrativo", "hospital", "riesgo emocional".

4 Resultados

De los siguientes resultados, se puede extraer, como afecta negativamente en la salud del trabajador las características del puesto de trabajo (trabajo a turnos, atención continuada con el público) el lento crecimiento en la carrera profesional, que en algunas ocasiones se convierte en estancamiento. Una parte que no podemos olvidar y que afecta de manera determinante en la salud del trabajador, son sus propias características intrínsecas (su propia realización personal, sus ansias de mejora, si se trata de una persona ambiciosa…)
La formación es un elemento clave en la prevención del síndrome. El objetivo que se persigue con la formación es conseguir un ajuste individuo-puesto, adecuado; esto es fundamental, debido a las condiciones cambiantes del entorno laboral .
El nivel interpersonal considera los grupos de trabajo y la interacción social, por lo que debe incluir programas de formación sobre apoyo social, habilidades sociales, liderazgo, entre otros. El nivel individual, debe dar respuesta a las necesidades individuales sobre el afrontamiento del estrés. El entrenamiento en estrategias de resolución de problemas, o en estrategias de tipo cognitivo-conductual puede ser un buen complemento a otro tipo de acciones.

Causas	Factores influyentes	Consecuencias posibles
Condiciones de Trabajo	Sobrecarga cuantitativa de trabajo. Sobrecarga cualitativa de trabajo. Decisiones comunes. Peligro Físico. Trabajo por turnos.	Fatiga física o mental. Agotamiento del sistema nervioso. Irritabilidad. Tensión nerviosa.
Papel Desempeñado	Ambigüedad de los papeles. Sexismo. Hostigamiento sexual.	Ansiedad y tensión nerviosa. Disminución del rendimiento. Insatisfacción profesional. Tensión nerviosa. Hipertensión
Factores Interpersonales	Mal sistema de trabajo y falta de apoyo social. Rivalidades Políticas. Celos profesionales. Falta de atención a los trabajadores por parte de la organización	Ansiedad y tensión nerviosa. Disminución del rendimiento. Insatisfacción profesional. Tensión nerviosa. Hipertensión.
Progresión Profesional	Avance demasiado lento. Avance demasiado rápido. Seguridad del empleo. Ambiciones frustradas	Baja de la productividad. Pérdida de la confianza en sí mismo.
Estructura Orgánica	Estructura rígida e impersonal. Discusiones políticas	Irritabilidad e ira. Insatisfacción profesional. Pérdida de motivación

5 Discusión-Conclusión

El síndrome del quemado o "Burnout" logra inquietar las relaciones interpersonales dentro del grupo de personas en el trabajo, impide que gocen de armonía, acorta la comunicación y el ambiente se siente pesado e irritable. Los efectos no solo afligen al administrativo sino también a las personas que están a su alrededor. Si el profesional sufre dentro del trabajo disminuye su motivación, lo que propiciará una baja productividad y en muchas ocasiones, el absentismo laboral.

6 Bibliografía

- Arriaga, E. (2008). Nivel del Síndrome de Burnout (quemado) que presenta el personal que labora en una empresa de Bienes y Raíces. (Tesis Psicología Industrial/Organizacional) Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Bosqued, M. (2008). Quemados; El sindrome del Burnout ¿Qué es y cómo superarlo? Barcelona: Iberica S.A.

- Peiró, J. (2009). Estres laboral y riesgos psicosociales: investigaciones recientes para su análisis y prevención. universal de Valencia 2009.

Capítulo 659

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL NO SANITARIO.

MARTA MARIA BESADA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El término ”Burnout” fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, en su libro “Burnout: The High Cost of High Achievement”.

Por lo general, el trastorno es consecuencia de un estrés laboral crónico, y se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo (despersonalización), y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas. A ello se suma la pérdida de habilidades para la comunicación.

La detección y el aumento de los casos de Burnout y la relevancia de los síntomas hizo que la ciencia se interesara en estudiar este síndrome, pese a que no era considerado una enfermedad laboral.
Esta situación cambió en la última asamblea de la OMS celebrada el pasado 25 de mayo de 2019, pues se resolvió incluir por primera vez el síndrome del Burnout en la guía de las enfermedades que se asocian al empleo, quedando inscrito bajo el código QD85.

2 Objetivos

- Conocer más de cerca este trastorno y como afecta al personal no sanitario dentro del ámbito de la sanidad.

- Conocer las medidas preventivas que se pueden llevar a cabo para poder reducir los síntomas asociados.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo he hecho una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado búsqueda en manuales sobre salud laboral y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Medline, Google Académico y Scielo.

4 Resultados

También se le denomina "síndrome de estar quemado" o "de desgaste profesional." Consiste en un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y enriquecimiento personal. En el personal sanitario y no sanitario el detonante suele ser el horario y la sobrecarga laboral.

Los síntomas que puede presentar una persona con síndrome de Burnout son:
- Psíquicos:
Apatía.
Indiferencia.
Desgana.
Desmotivación por las comidas y por el sexo.
Fatiga crónica.

- Físicos:
Alteraciones gastrointestinales.
Taquicardias.
Cefaleas.
Lumbalgias.

La clínica del síndrome se esquematiza en cuatro niveles:
- Leve: Quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
- Moderado: Cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- Grave: Automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- Extremo: Aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

Las medidas preventivas consistirán en:

- Rediseño de tareas.
- Clarificación en los procesos de toma de decisiones.
- Mejora de la supervisión.
- Establecimiento de objetivos y procedimientos específicos y delimitados para cada unos de los roles profesionales.
- Líneas claras de autoridad.
- Mejora de las vías de comunicación dentro de la organización.
- Mejora de las condiciones físicas y ergonómicas de trabajo.
- Mejora de los sistemas de incentivos y recompensas.
- Ajuste de la promoción de los profesionales siguiendo criterios claros, objetivos y equitativos.
- Mejoras en el ajuste de los niveles de autonomía y responsabilidad del empleado, flexibilidad laboral y políticas de conciliación, etc.

El apoyo social y las estrategias individuales orientadas al manejo del estrés o el aprendizaje de técnicas de relajación, el entrenamiento en resolución de problemas para el manejo eficaz del tiempo, la adopción de estilos de vida saludables que faciliten el distanciamiento del trabajo en horario extra-laboral así como el ejercicio físico también son acciones que aminoran el riesgo de sufrir este trastorno.

5 Discusión-Conclusión

En el sector sanitario y en este caso en personal no sanitario, auxiliares administrativos, celadores… debido a diversos factores como el trabajo a turnos o el grado emocional y de empatía que se puede llegar a producir con el paciente respecto a sus funciones de acogida y trato directo, ocasionan altos niveles de riesgo de llegar a padecer este trastorno por lo que resultaría coherente una intervención individualizada que tenga en cuenta estos aspectos para evitar que se produzcan estas situaciones. También se conseguiría alcanzar niveles más altos en cuanto a atención directa a los pacientes y un menor absentismo de los profesionales aumentando los niveles de calidad.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 660

SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN EN EL ÁMBITO PROFESIONAL DEL CELADOR.

AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

LORENA PALACIN CARRO

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

1 Introducción

Hans Selye médico y fisiólogo (Viena 1907-1982), que llegó a ser Director del Instituto de Medicina y Cirugía Experimental de la Universidad de Montreal, comenzó a desarrollar en su segundo año de estudios de medicina (1926) una teoría sobre la influencia del estrés en la capacidad de las personas para adaptarse a las consecuencias de enfermedades. Descubrió que pacientes con distintas dolencias manifestaban muchos síntomas similares, los cuales podían ser atribuidos a los esfuerzos del organismo para responder al estrés de estar enfermo.

Llamó a este conjunto de síntomas Síndrome del estrés, o Síndrome de Adaptación General (GAS). Selye consiguió separar los síntomas físicos del estrés del resto de síntomas sufridos por sus pacientes, llegando a la conclusión que muchos de esos trastornos físicos no eran causados directamente por la enfermedad o dolencia que sufrían. Tal fue su hallazgo que se le reconoce como el padre del estudio del estrés.

2 Objetivos

- Conocer el Síndrome General de Adaptación aplicado al ámbito laboral del celador, así como sus fases, los estresores ocupacionales concretos y las consecuencias de un posible fracaso de dicha adaptación.

3 Metodología

Se ha procedido al estudio, revisión e investigación de bibliografía sobre la materia en buscadores como Google Académico, bases de datos científicas como Scielo, Medline y Dialnet, así como de la literatura y artículos científicos existentes. Los descriptores utilizados han sido Síndrome general de adaptación, Hans Selye, riesgos psicosociales, estresores, agotamiento ocupacional, síndrome de fatiga crónica y celador.

4 Resultados

Como se ha comentado en la introducción, Hans Selye definió el Síndrome General de Adaptación como un conjunto de cambios físicos y psíquicos que aparecen en un sujeto para adaptarse al estrés. Para ello, son necesarios tres factores, en primer lugar, ha de existir un agente estresor lo suficientemente elevado para exigir una respuesta, en segundo lugar el estímulo ha de ser percibido como una amenaza (se trata de un factor subjetivo, no hace falta que sea una amenaza real sino que se perciba como tal) y finalmente, se ha de carecer de los medios necesarios para hacer frente a la amenaza.

Los profesionales del ámbito de la salud (sanitarios y no sanitarios), entre ellos los celadores, están sometidos a una elevada cantidad de estresores, llegando a ser considerados población de riesgo. Los estresores específicos que se pueden encontrar en la profesión de celador son la sobrecarga de rol, problemas comunicativos, escasos planes y desarrollo de carrera, clima laboral (relaciones compañeros, superiores), inseguridad laboral (temporalidad, bolsas de empleo temporal), carga mental, control sobre la tarea, poca identidad dentro de la institución (poca valoración, escasas opciones de promoción), condiciones físicas y materiales del puesto de trabajo (escasez de personal, de medios), riesgos físicos del puesto de trabajo, turnos y horarios, escasa remuneración y valoración en el sistema, tratar con personas agresivas.

Encuesta sobre estresores laborales a celadores del Área 9 de Madrid
Estresores laborales en celadores (Media y DT = desviación típica) Media D.T.
Escasez de personal 4 (0,87)
Los pacientes que no cooperan 3,85 (1,07)
Tratar con gente agresiva 3,79 (1,19)
Pocas perspectivas de ascenso /promoción 3,77 (1,3)
Tener que dar una mala noticia 3,71 (1,43)
Tener un superior incompetente 3,57 (1,45)

Si alguno o varios de estos estresores se dieran en el profesional y reunieran los tres factores descritos anteriormente, agente estresor lo suficientemente elevado para exigir una respuesta, ser considerado por el individuo como una amenaza y carecer de las herramientas para afrontarlo, comenzaría el proceso inconsciente de respuesta del organismo para adaptarse a la situación (GAS) con los consiguientes cambios fisiológicos y psíquicos, que el mismo Selye dividió en tres fases:

1. Fase de alarma. Esta fase comienza en el momento en que se detecta un posible estímulo estresante, es decir, nada más percibir una amenaza a nuestro equilibrio (ejemplo: el celador que detecta una escasez de personal en su centro de trabajo que le afecta directamente y lo considera una amenaza que además se escapa de su control), el organismo desarrolla una serie de cambios fisiológicos y psicológicos como respuesta, liberación de hormonas (adrenalina, corticotropina y corticoides, orientadas a movilizar recursos) y neurotransmisores que producen un aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, un aumento de azúcar en los músculos, etc… todo ello con el fin de adaptarse a la amenaza. Pueden pasar dos cosas, si se supera, se da por finalizado el GAS, y si por el contrario no se consigue, se reducen los recursos movilizados, ya que en esta fase son muy intensos y difíciles de mantener en el tiempo y se pasaría a la siguiente fase.

2. Fase de resistencia. Esta es la fase de adaptación propiamente dicha, la activación es alta pero menor que en la etapa anterior y se puede mantener durante más tiempo ya que el organismo se adapta al estresor. En ella se desarrollan un conjunto de procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y comportamentales destinados a ”negociar” la situación de estrés de la manera menos lesiva para la persona.
Siguiendo con el ejemplo anterior, en esta fase el celador recuperaría los niveles hormonales normales y le desaparecería la sintomatología de la fase anterior (aumento del ritmo cardiaco, vasoconstricción, aumento de la frecuencia respiratoria, etc…), pero aparecerían otros síntomas como dolores de cabeza, sensación

de fatiga, contracturas musculares (especialmente en el cuello, la zona lumbar y la espalda), problemas de memoria, alteraciones del sueño, irritabilidad y cambios de humor, sensación de fracaso, actitud pesimista, tendencia a comer más, estado de ansiedad, todo ello, con el fin del organismo de adaptarse a esa situación.

Pudiendo nuevamente lograrlo y llevando al trabajador a una situación de homeostasis (situación de equilibrio personal pudiendo ser casi idéntica a la anterior a iniciarse el proceso), no exenta de costos por el desgaste producido en el proceso de adaptación que pudieran llegar a ser una disminución de la resistencia general del organismo, una disminución del rendimiento de la persona, una menor tolerancia a la frustración o presencia de trastornos fisiológicos más o menos permanentes y también de carácter psicosomático. O por el contrario, no superarlo lo que llevaría a la tercera fase.

3. Fase de agotamiento. Si la fase de resistencia fracasa, es decir, no se logra adaptarse a la situación, los recursos se agotan y se pierde esa capacidad de adaptación entrando en una fase de agotamiento debido al desgaste, a la intensidad y a la duración del proceso. Como consecuencia pueden reaparecer los síntomas de la primera fase y los trastornos fisiológicos, psicológicos o psicosociales tienden a ser crónicos o irreversibles. En el ejemplo que nos atañe podrían derivar en un agotamiento laboral u ocupacional, o en un síndrome de fatiga crónica.

5 Discusión-Conclusión

La Organización Mundial de la Salud propuso al estrés como una de las enfermedades del siglo XXI.
El agotamiento laboral es un tipo especial de estrés relacionado con el trabajo, un estado de agotamiento físico y emocional que también implica una ausencia de la sensación de logro y pérdida de identidad personal. En general, los más vulnerables a padecer dicho síndrome son aquellos profesionales en los que se observa la existencia de interacciones humanas de carácter intenso o moderado con una colectividad. Esta patología, descrita por primera vez en la década de los 60, suele darse con mayor frecuencia en áreas de trabajo que requieren un contacto con terceras personas, como pueden ser la sanidad, la educación o la atención al cliente.

El síndrome de fatiga crónica es un trastorno complejo caracterizado por fatiga extrema que no puede atribuirse a ninguna enfermedad preexistente. La fatiga

puede empeorar con la actividad física o mental, pero no mejora con el descanso. La causa del síndrome de fatiga crónica es desconocida, aunque existen muchas teorías, que van de las infecciones virales al estrés psicológico.
Son muchas las investigaciones destinadas a esta temática por lo que podemos usar de forma proactiva el conocimiento actual de sus causas, síntomatología y consecuencias con el fin de intervenir tempranamente y evitar que el estrés laboral interfiera en nuestra salud, física y psicológica.

El conocimiento de este síndrome es fundamental (el primer paso para prevenir algo es conocerlo) para cualquier persona sometida a estrés, y sobre todo, para los profesionales que especialmente están sometidos a factores estresantes con motivo de su trabajo, con ello se podría conseguir reconocer los efectos del GAS en alguna de las fases iniciales y así adoptar las medidas necesarias para evitar llegar a la última fase de agotamiento, y con ello las graves consecuencias

Las consecuencias de un posible agotamiento son muchas y muy variadas pudiendo dividirlas en dos grandes grupos:
- Consecuencias personales, Enfermedades y patologías graves, problemas fisiológicos, cognitivos y motores, trastornos inmunológicos, respiratorios, cardiovasculares, endocrinos, dermatológicos, sexuales y psicopatológicos, que pueden llevar, en casos graves, a la depresión e incluso al suicidio.
- Consecuencias institucionales, El absentismo, la pérdida de productividad, la alta rotación de la mano de obra, la pérdida de calidad en procesos y productos, la pérdida de tiempo y, con todo ello, la pérdida económica que esto puede ocasionar.

Resulta necesario para el celador conocer e identificar los estresores ocupacionales específicos de su puesto de trabajo, así como adquirir estrategias de afrontamiento correctas y desarrollar habilidades sociales para evitar el agotamiento ocupacional o el síndrome de fatiga crónica. Por eso, la formación en este ámbito es fundamental e interesa a partes iguales tanto al trabajador como a la empresa ya que ambos resultarían beneficiados, y aunque la formación es un mal general en la administración (cantidad y calidad), en el plano psicológico es nula, quizá por desconocimiento, por creerla inútil, por seguir siendo un tema tabú y comprometido, por tener un diagnóstico difícil, por vergüenza a padecerlo o reconocerlo, en definitiva, por prejuicios o falsas creencias todavía existentes a día de hoy sobre este tema. Por todo lo descrito, es labor y requiere la implicación

de todos el intentar cambiar esta perspectiva y con ello lograr una mejora laboral del trabajador (celador) que llevará aparejada una mayor calidad del servicio (Sanidad).

6 Bibliografía

1. Bértola D. Hans Selye y sus ratas estresadas. Medicina Universitaria. 2010 Abril; 12(47 págs.142-143): p. 12(47), 142-143.
2. Vázquez IA. Manual de psicología de la salud Madrid: Pirámide; 2017.
3. http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/unidad-4-tema-8-2-1.
[Online].
4. A. Gómez Sanabria FJGLCGGMLG. Intervención y prevención del estrés laboral. Psiquis. 2003; 24(5).
5. https://www.ecured.cu/Hans_Selye.
[Online]. [cited 2020 Enero.
6. Selye H. Selye, H. The stress of life. Nueva York. McGraw-Hill Book Company. 1956.
7. Mónica Bernaldo de Quirós FJL. Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalarios del área 9 de Madrid. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. 2008; 4.
8. Clara del Río Díaz MRZCRSMDSRe. Burnout en relación con el equipo de celadores del Hospital Virgen de las. REIDOCREA. 2015 Julio; 4(21).
9. José Ignacio Aguado Martín ABCySQP. El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2013 Junio; 59(231).
10. http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado.
[Online].; 2019 [cited 2020 Enero.
11. O.M.S. https://icd.who.int/es.
[Online]. [cited 2020.

Capítulo 661

SALUD Y MEDIO AMBIENTE. UN PROBLEMA DE TODOS

PALOMA LOPEZ RODRIGUEZ

Mª TATIANA PÉREZ AGUINACO

1 Introducción

Se sabe en la actualidad y con datos científicos que desde la primera revolución industrial que cada civilización tiene una forma propia de enfermar y morir y está relacionada al medio ambiente, social, cultural, físico y político que les rodea. Es por ello que las personas como su salud, estamos "mediatizadas", es decir existen una serie de circunstancias, sociales y ambientales que afectan positiva o negativamente en nuestra salud.

La contaminación con sustancias tóxicas como los metales pesados, residuos radioactivos, el efecto invernadero, lluvias ácidas, contaminación atmosférica con los óxidos de nitrógeno, óxidos de azufre, óxidos de carbono, la destrucción de la capa de ozono y la destrucción de los bosques, están repercutiendo negativamente sobre nuestra salud. Sus consecuencias, unas conocidas y otras no tanto, de efectos aún imprevisibles, están poniendo en peligro la vida del hombre sobre la tierra. El incremento de los cánceres y el aumento de patologías crónicas, suponen las principales causas de enfermedad y muerte en los países industrializados.

En los últimos años, se ha incrementado notablemente la esperanza de vida al nacer en los países desarrollados, pero también existen cada vez más personas con enfermedades crónico-degenerativas, "enfermedades de larga duración y por

lo general de progresión lenta, por ejemplo las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes" , según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS)- año 2008.

En la actualidad, la contaminación es muy diferente a la de la edad media, por ejemplo la contaminación del suelo y del agua, no sólo se produce por desechos humanos, sino que también está provocada por la agricultura y la industria de la actualidad (residuos industriales, fertilizantes y pesticidas). Además, su consumo es diferente cuando se trata de un país industrializado o uno en vías de desarrollo, por un lado el aumento del consumo de energía y de la producción industrial tiene sus ventajas relacionadas con el bienestar de la población y el nivel de vida, pero por otro lado aumenta considerablemente sus inconvenientes que afectan considerablemente al medio ambiente, creando también desigualdades sociales. Por ello, es bien sabido que las consecuencias del media ambiente sobre la salud afecta tanto en países ricos, como a los menos desarrollados.

Hoy en día estas consecuencias medio ambientales están ocupando un lugar destacado en la creación de nuevos y diferentes recursos para mejorar la salud y el bienestar de la humanidad. No basta con mejorar nuestro bienestar, los servicios sanitarios, etc.; es necesario que el agua, el aire y los alimentos, tres soportes necesarios para la vida, estén libres de contaminación.

2 Objetivos

- Describir de qué forma somos conscientes de que el cambio climático afecta a la tierra y de qué manera repercute en la salud humana.
- Demostrar que los efectos producidos por el cambio climático es un problema que afecta a todos, que es provocado principalmente por la actividad humana, además de describir de qué forma se puede solucionar.

3 Metodología

Revisión sistemática de diferentes libros científicos relacionados con el cambio climático y salud humana, además de una búsqueda sistemática de diversos artículos y revistas científicas relacionados con el mismo tema vía internet, todos ellos nombrados posteriormente.

4 Resultados

Miramos a nuestro alrededor al salir a la calle y sentimos que algo extraño está pasando en lo que perciben nuestros sentidos, las estaciones se solapan unas con otras, cada vez son más cálidas “la primavera es como el verano y el invierno como el otoño”, en cuanto al clima se refiere y cada año esta sensación es más notable.

Sí, nuestro planeta “Tierra” se está calentando, no hace falta ser un experto climatólogo para darse cuenta. Un problema que cada vez es más evidente, estamos alterando el clima del planeta con niveles que en otras épocas trajeron consigo extinciones en apenas doscientos años y como no se tomen medidas drásticas puede ser irreversible.

Además, no sólo estamos calentado nuestro planeta, también estamos incrementando la concentración atmosférica de gases que atrapan la energía, lo que amplifica el ”efecto invernadero1” natural que hace habitable la Tierra. Estos gases de efecto invernadero son, fundamentalmente, el dióxido de carbono (procedente en su mayor parte de la combustión de combustibles fósiles y la quema de bosques, carbón, petróleo) y otros gases que atrapan el calor, como el metano (generado por la agricultura de regadío, la ganadería y la extracción de petróleo), para la obtención de energía, el transporte y algunos procesos industriales.

Los expertos climatólogos, en vista a estos sucesos, han creado una serie de conceptos necesarios que explican con sencillez, que es lo que le está sucediendo a la tierra, el porqué de estos comportamientos del clima tan inusuales, y son los siguientes:
- Se llama Cambio Global al conjunto de cambios ambientales que derivan de las actividades humanas sobre el planeta, con especial referencia a cambios en los procesos que determinan el funcionamiento del sistema Tierra.
- Cambio climático se refiere a la variación del clima del planeta Tierra que es generada por la actividad humana que a su vez se produce por el proceso conocido como efecto invernadero, que provoca el calentamiento del planeta.

Estas tres grandes nociones están relacionadas: cambio climático, efecto invernadero y calentamiento global. Puede decirse que el cambio climático es el resultado del calentamiento global, provocado a su vez por el efecto invernadero.

Todos los seres vivos que habitamos en la Tierra dependemos del suministro de alimentos y agua, de que no haya un exceso de enfermedades infecciosas, y de la

seguridad física y la tranquilidad de tener un clima estable.

En su Tercer informe de evaluación (2001), el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC2) declaró: "Hay nuevas y contundentes pruebas científicas de que la mayor parte del calentamiento observado en los últimos cincuenta años es atribuible a las actividades humanas".

Científicos del Panel Internacional sobre Cambio Climático (IPCC, por sus siglas en inglés) estima que la temperatura media mundial se elevará varios grados centígrados durante este siglo, nos resumen que, "Esta estimación conlleva una incertidumbre inevitable, porque no se conoce bien la complejidad del sistema climático y no es posible prever con certeza el futuro desarrollo de la humanidad".

Confirma además, "Aunque un grado centígrado no suene como mayor cosa, si los países fallan en cumplir las metas impuestas de disminuir la contaminación, el planeta se enfrentará a un cambio catastrófico: aumentará el nivel de los mares, la acidez de los océanos se incrementará y nuestra capacidad de sembrar".

Según el IPCC, el aumento de la temperatura global no debe ser mayor a 1.5 grados centígrados.
• Repercusiones del cambio climático en la salud humana.

El cambio del clima mundial afecta al funcionamiento de muchos sistemas biológicos y a todo ser habitable que lo integra. Influyen sobre la salud humana, de manera positiva: por ejemplo, los inviernos más suaves reducirían el pico invernal de mortalidad de los países templados, mientras que, en las regiones actualmente cálidas, unas temperaturas aún más altas podrían reducir la reproducción de las poblaciones de mosquitos transmisores de enfermedades. Sin embargo, en general, los científicos consideran que la mayoría de las repercusiones del cambio climático en la salud serían adversas1.

Según la Organización Mundial de la salud, en su informe sobre la salud en el mundo 2002, estimó que "el cambio climático ha sido responsable en el año 2000 de aproximadamente el 2,4% de los casos de diarrea en todo el mundo y del 6% de los casos de paludismo en algunos países de ingresos medios"1B. Además un clima más extremo como el que está provocando el calentamiento global afecta a la seguridad alimentaria de diversas formas entre otras cosas.

En 2011, un estudio publicado en la revista del Instituto Nacional de Ciencias Ambientales y de la Salud de EE. UU., predice que el calentamiento del planeta tendrá consecuencias en las infecciones transmitidas por los alimentos. En 2015,

investigadores del proyecto europeo Veg-i-Trade4 confirmaban la relación entre los cambios en la temperatura y el aumento de las precipitaciones abrasivas con la contaminación de la fruta y las hortalizas. El aumento de sequías y la reducción de cosechas, hace que en muchos lugares que falten comestibles básicos. Un estudio publicado en The Lancet5 concluye que estos factores puede aumentar la desnutrición por falta de alimentos, lo que ocasionará en 2050 más de 500.000 muertes extra.

Algunos estudios cifran entre 200 y 250 millones los refugiados que se verán obligados para esa fecha a abandonar sus lugares de origen por falta de comida. Según Jesús de la Osa, autor del informe Cambio climático y salud6, "el problema del hambre es tremendamente complejo y responde a cuestiones políticas, de pobreza y de distribución de recursos y alimentos, pero los efectos negativos del cambio climático golpean siempre a los más pobres".

Por otra parte, en el informe Género15, cambio climático y salud, la OMS año 2016 señala que: "Muchos de los efectos que se esperan variarán en función del sexo. En realidad, se acentuará un fenómeno que ya ocurre ahora: desastres naturales en los que influye el clima, como las sequías o las inundaciones, se cobran la vida de un número mayor de mujeres que de hombres, sobre todo, de chicas jóvenes". Destaca, además, que: "Cuando se producen catástrofes naturales, afectan primero y con más intensidad a las comunidades más pobres. Y puesto que las mujeres representan el 70 % de la población que vive por debajo del umbral de pobreza, ellas soportan la carga más pesada. Por otra parte, la expansión de mosquitos y otros vectores que transmiten enfermedades pondrán en riesgo a las mujeres embarazadas, ya que en esa situación sus defensas se ven disminuidas. Además, las terapias para luchar contra las infecciones en ese estado también se reducen". o Las enfermedades infecciosas y las condiciones climáticas.

Hay muchas pruebas científicas que confirman la relación existente entre las condiciones climáticas y las enfermedades infecciosas. La malaria2A es una gran preocupación para la salud pública y probablemente sea la enfermedad transmitida por vectores más sensible al cambio climático a largo plazo. El vínculo entre la malaria y los cambios climáticos extremos es objeto de estudio desde hace tiempo en la India13. En el siglo pasado, la región del Punjab, bañada con aguas fluviales, sufrió epidemias constantes de malaria. El exceso de lluvias monzónicas y el alto grado de humedad se identificaron pronto como unos de los factores más importantes, que favorecen a la reproducción del mosquito. Análisis recientes han demostrado que el riesgo de epidemia de malaria13 es unas cinco

veces mayor el año siguiente a un episodio de El Niño**.

Otro ejemplo, los principales microorganismos causantes de gastroenteritis aguda2A se multiplican más rápidamente en condiciones más cálidas.
Las temperaturas extremas ”hacen más fácil la transmisión de ciertas enfermedades: virus, bacterias, parásitos” y con ello el contagio de enfermedades, son una amenaza real sobre la salud del planeta que provocan alertas en la transmisión de estas enfermedades infecciosas mediante vectores, son organismos que transporta e inocula la patología: un mosquito, una garrapata o un flebotomo, los tres tipos bajo vigilancia del Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC).

En la actualidad se puede afirmar de manera contundente que:
”Las temperaturas extremas son efecto inequívoco del cambio climático”. Las olas de calor y frío afectan de manera diferente. Las altas temperaturas como las que están activas en los últimos veranos contribuyen en ”agudizar patologías previas, complican enfermedades que ya estaban ahí y se dejan notar a corto plazo: Acentúa la mortalidad en los días siguientes al episodio, además es un riesgo de salud cierto y es algo para nosotros evidente porque llevamos mucho tiempo viéndolo”, explica Cristina Linares, investigadora de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto Carlos III y miembro del grupo de expertos encargados de elaborar el sexto informe promovido por la ONU sobre el cambio climático. o Impacto de la radiación solar en la salud

Los rayos del sol son placenteros, además son buenos para la salud, por ejemplo induce a la producción cutánea de vitamina D en nuestro organismo, previene de enfermedades como la osteoporosis, el raquitismo entre otras enfermedades. Además produce un efecto de bienestar general en nuestro cuerpo, aumenta nuestro estado de ánimo, dormimos mejor, etc.

Pero no todo es bueno. La luz ultravioleta, y los intensos rayos del sol, acompañado también por el agotamiento del ozono y el calentamiento inducido por gases de efecto invernadero, hacen que la exposición solar tomada en exceso y sin protección, dañen considerablemente a la piel provocando cáncer, sobre todo durante periodos de intensa radiación. Los cambios comportamentales de base cultural, como los baños de sol y el bronceado, han conducido a una exposición mucho mayor a la RUV. El considerable aumento de los cánceres de piel como los melanomas, carcinomas, etc, en las poblaciones occidentales durante los últimos años, reflejan fundamentalmente la vulnerabilidad geográfica y los comportamientos modernos.

Por ello Cualquier llamada de atención de salud pública relativo a la exposición individual a la luz ultravioleta, y los intensos rayos de sol, se debe de tener en cuenta tanto los beneficios como los efectos nocivos, además debemos estar atentos al potencial incremento de algunos riesgos concretos para la salud debidos al agotamiento del ozono estratosférico.

Impacto del cambio climático en la salud mental.
La salud mental también se ve afectada por este fenómeno de manera indirecta por la contaminación del medio ambiente, como refleja una revisión de investigaciones publicada en la revista Psychological Medicine en 2009. Se indica que aparecerán nuevas patologías y que estas afectarán con más virulencia a quienes ya sufren alguna enfermedad psiquiátrica grave. Por ejemplo, los desastres naturales o las enfermedades infecciosas asociadas a este nuevo escenario provocan mayor ansiedad, depresión y estrés psicológico y postraumático.

Es cierto que para que se padezca una enfermedad mental se tiene que tener una predisposición genética a que se desarrolle, pero para que se llegue a padecer es necesaria la intervención de factores causales o desencadenantes de la enfermedad.

Por ejemplo, el hecho de que la industria contamine vertiendo sustancias tóxicas al medio ambiente, este acto produce graves problemas de equilibrio en los sistemas naturales. El incremento actual de la enfermedad mental parece ser que es una respuesta del organismo a la influencia negativa de dichos elementos nocivos que se respira en el aire, durante largo tiempo además de provocar una aceleración en el deterioro cognitivo, encontrando que mujeres que vivían en zonas de peor calidad de aire obtuvieron resultados más bajos en pruebas de memoria y razonamiento; debido a que dicha exposición contribuye a un descenso de dos años en el funcionamiento normal del cerebro, lo que podría suponer un inicio precoz de enfermedades mentales tipo Alzheimer7.
Estos datos demuestran que la contaminación ambiental desempeña un problema mucho más grave del que creíamos en el agravamiento de las enfermedades neurológicas. Los estudios han demostrado que la polución puede contribuir a la pérdida de memoria y la aparición precipitada de enfermedades mentales y neurológicas como son el Alzheimer7.

Es cierto que es difícil establecer una relación directa entre los elementos tóxicos del aire y las demencias tipo Alzheimer, ya que hay muchos factores involucrados, pero otros estudios muy similares, han relacionado la contaminación del

aire con un mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares, y estos problemas circulatorios y vasculares también han sido relacionados con la demencia9.

La contaminación ambiental como una forma de situación estresante provoca la disminución de la concentración, aumenta la ansiedad y la depresión, y los trastornos del sueño. Las personas se vuelven más irritables o agresivas8.

En la actualidad vivir en los países industrializados podría ser por una parte beneficiosa (aumenta las posibilidades de trabajo y de acceso a los servicios de salud), pero también por desgracia se está asociando a un incremento de la incidencia de esquizofrenia10 .

Las temperaturas cada vez son más elevadas debido a la contaminación del aire, siendo las personas con enfermedades mentales especialmente vulnerables al peligro de muerte relacionado con el calor. Los suicidios también podrían incrementarse a partir de un umbral de temperatura11.

5 Discusión-Conclusión

En mi opinión, tanto científicos como políticos tienen que saber llegar e involucrar a todas las personas porque todos y todas de alguna manera somos responsables de contaminar el medio ambiente. Un ejemplo de cómo contribuir a solucionar el problema es a través de "La Educación Ambiental12", una idea que para mí es fundamental porque a todas y todos nos hacen partícipe de solucionar el problema.

Se basa principalmente en un proceso que empieza desde niñas/os y dura toda la vida cuyo objetivo es impartir conciencia ambiental, conocimiento ecológico, actitudes, hábitos y valores hacia el medio ambiente para tomar un compromiso de acciones y responsabilidades entre todas las personas que tengan por fin el uso racional de los recursos y poder lograr así un desarrollo adecuado y sostenible que contribuya a frenar la contaminación.

Los objetivos de este tipo de educación vienen definidos por la UNESCO12, y son los siguientes:

- Toma de conciencia: concienciar a la gente de los problemas relacionados con el medio.
- Conocimientos: ayudar a interesarse por el medio.

- Actitudes: adquirir interés por el medio ambiente y voluntad para conservarlo.
- Aptitudes: ayudar a adquirir aptitudes para resolver el problema.
Por ejemplo el fomento del transporte público frente al vehículo privado puede no sólo reducir las emisiones de dióxido de carbono, sino también mejorar la salud pública a corto plazo, porque contribuye a disminuir la contaminación atmosférica y las lesiones por accidentes de tráfico, y aumenta la actividad física.
- Capacidad de evaluación: evaluar los programas de Educación Ambiental.

También, bajo mi punto de vista, es importante el trabajo en equipo entre científicos y políticos, ya que de ellos depende el éxito o el fracaso de la política relacionada con el medio ambiente las cuales deben de inspirar todas las políticas públicas.

No puedo dejar de señalar en este capítulo, los principios que a nivel internacional destacan sobre cuestiones ambientales a escala mundial, como el cambio climático. Estos son, los principios del desarrollo sostenible propuestos en el Programa 21 y la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático16 (UNFCCC).

Comprenden "el principio de precaución, el principio de costos y responsabilidad (el costo de la contaminación o de los daños al medio ambiente debe recaer en los responsables) y la equidad, tanto en los países como entre ellos, y a lo largo del tiempo (entre generaciones)". Estos principios ayudan a evitar futuras amenazas para el medio ambiente global y a disminuir las actuales muy importantes para llegar al fin del problema.
Es también interesante destacar las respuestas de la ciencia a las políticas:

Respuestas: de la ciencia a las políticas14.
Para que resulte óptima, una evaluación basada en políticas relacionadas con los posibles impactos del cambio climático en la salud deben incluir:
"Un equipo de evaluación multidisciplinar, respuestas a las preguntas de todas las partes interesadas, una evaluación de las posibilidades de gestión de riesgos y de adaptación, la identificación y priorización de las lagunas fundamentales de la investigación científica, la caracterización de las incertidumbres y sus implicaciones en la toma de decisiones, e instrumentos que respalden los procesos de decisión".

Los científicos y expertos medioambientales son los responsables de establecer los estándares de calidad medioambiental y diseñar la tecnología para alcanzarlos.

La solución óptima está en manos de los gobiernos, la sociedad y los individuos, y exige cambios en los comportamientos, las tecnologías y las prácticas para permitir la transición hacia la sostenibilidad.
La solución está en manos de todos.

6 Bibliografía

1. Cambio climático global y salud: una vieja historia que cobra importancia. "Climate Change and Human Health - Risks and Responses", publicado por la OMS en colaboración con el PNUMA y la OMM, año 2003.
2. Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). Climate Change: Third Assessment Report (Volume I). Cambridge: Cambridge University Press,.
3. https://geoinnova.org/blog-territorio/medioambiente-indicadores-climaticos-globales/
4. Proyecto financiado con fondos de la Unión Europea VEG-I-TRADE, puesto en marcha en 2010 con la intención de evaluar la seguridad de los alimentos frescos, frutas y hortalizas en un contexto de cambio climático.
5. Walther, G. et al. Ecological responses torecent climate change. Nature 416: 389-395
(2002).
6. autor del informe 'Cambio climático y salud', del Observatorio de Salud y Medio Ambiente DKV Seguros Ecodes, 16 de septiembre de 2016.
7. Web salud. La contaminación eleva el riesgo de enfermedades mentales. Feb. 2015. Disponible en: http://web-salud.blogspot.com.es/2015/02/contaminacion-enfermedad-mental.html.
8. Granada Digital. La contaminación incrementa el riesgo de patologías neurológicas, ansiedad o depresión. Adamed Tv, Acceso Profesionales. Dic. 2016.
9. Martínez Y. El cambio climático afecta también a la salud mental. Tendencias Sociales. Dic. 2009.
10. Estudio de la Universidad de Stanford, publicado en la revista Nature Climate Change, el cual ofrece una nueva comprensión del posible vínculo entre el cambio climático y la salud mental, 23 de julio de 2018.
11. Estudio de la Universidad de Stanford, publicado en la revista Nature Climate Change, el cual ofrece una nueva comprensión del posible vínculo entre el cambio climático y la salud mental, 23 de julio de 2018.
12. La I Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente, junio 1972 . En la reunión se acordó una Declaración que contiene 26 principios sobre el

medio ambiente y el desarrollo, un plan de acción con 109 recomendaciones, y una resolución.
13. Bouma MJ, van der Kaay HJ. Epidemic Malaria in India's Thar Desert. Lancet 373: 132-133 (1995).
14. Patz, J.A. et al. The potential health impacts of climate variability and change for the United States: executive summary of the report of the health sector of the U.S. National Assessment. Environ Health. Perspect,108(4): 367-76 (2000).
15. Informe Género cambio climático y salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204178/9789243508184_spa.pdf
16. los principios del desarrollo sostenible propuestos en el Programa 21 y la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático16 (UNFCCC). https://unfccc.int/resource/docs/publications/handbook_esp.pdf.

Capítulo 662

AGRESIONES A PROFESIONALES EN LA SANIDAD

ALINA LORENCES RIESGO

1 Introducción

Uno de los riesgos a los que están sometidos los trabajadores en el desempeño de su actividad diaria es consecuencia de la interacción con otras personas, la cual puede derivar en comportamientos agresivos, de sometimiento o de maltrato. No se trata de hechos aislados o que acontezcan alguna vez en un centro hospitalario, sino algo que se repite con demasiada frecuencia en Urgencias y en Centros de Atención Primaria.

En la actualidad, la violencia es un fenómeno sociocultural que alcanza múltiples ámbitos: violencia de género, violencia infantil, violencia política, violencia étnica, violencia escolar, y cómo no, violencia en el ámbito laboral. Las agresiones a personal sanitario son un grave problema que conlleva una importante repercusión en este colectivo de trabajadores. Los colegios profesionales sanitarios en España, las Consejerías de Sanidad de distintas Comunidades Autónomas y las Organizaciones Sindicales abanderan desde hace años la defensa de sus víctimas y han resaltado en múltiples ocasiones la importancia de denunciar estas agresiones.

A finales de 2007 el Tribunal Supremo de España dictó una sentencia muy esperada por los sanitarios en la que calificaba "la agresión al profesional sanitario público como delito de atentado a funcionario" (sentencia 103/2017 de 4 de diciembre de 2007), Recurso 759/2007 del Tribunal Supremo, Sala Segunda: Sala de

lo Penal). La publicación de la Ley Orgánica 1/2015 del 30 de Marzo que "modifica el Código Penal del Reino de España" incluye entre sus modificaciones la del artículo 550, "Nueva definición de atentado y alteración del Orden Público": se recoge de manera específica que "en todo caso, se considerarán actos de atentado los que se cometan contra funcionarios de Sanidad de Educación en el ejercicio de sus funciones o con ocasión de las mismas".

Estos cambios introducidos por el poder judicial y legislativo posteriormente suponen la culminación de un proceso que brinda protección jurídica al personal sanitario, al equiparar su situación durante el desempeño de sus funciones a la de la autoridad pública o cualquiera de sus agentes.

Ministerio del Interior, a través de la Secretaría de Estado de Seguridad puso en marcha en 2017 una instrucción que recogía la figura del Interlocutor Policial Nacional Sanitario: una figura creada para poner freno a las agresiones a nivel nacional, garantizando una atención personalizada a los profesionales sanitarios que sufran violencia o amenazas. No fue la única iniciativa que se ha incorporado para el respaldo de los profesionales sanitarios. La app 'Alertcops' ha sido otro de los elementos clave que desde la Policía Nacional han puesto a disposición de los sanitarios para que puedan alertar desde teléfono móvil de una situación de conflicto en la consulta y recibir una respuesta más rápida por parte de los agentes. Los últimos datos del Observatorio Nacional de Agresiones de la Organización Médica Colegial (OMC), relativos a 2018, señalaban que durante el citado curso que se habían notificado 490 nuevos casos, frente a los 515 del año anterior, lo que supone un descenso del 4,8%, respecto a 2017.

Los datos que se presentan anualmente desde 2010 emanan de las comunicaciones que los médicos que han sufrido una agresión transmiten a sus respectivos Colegios. Estas cifras permiten disponer de una hoja de ruta común y conocer a fondo el mapa de la agresión en sus múltiples formas (edad, sexo, especialidad, entorno asistencial, ámbito de ejercicio, características del agresor, efectos colaterales, escenarios jurídicos y respuestas desde tribunales) al disponer de una casuística cercana a los 4.000 casos.

Este empeño por generar una necesaria cultura de la comunicación de la agresión ha convertido al Observatorio contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario de la OMC en un referente en la lucha contra las mismas, una herramienta modificadora de las políticas sanitarias, jurídicas y policiales y un ejemplo de trabajo responsable de los Colegios de Médicos de España por el derecho a un ejercicio profesional de calidad.

2 Objetivos

- Exponerr la problemática de las agresiones a personal sanitario.
- Exponer y analizar los métodos incorporados en los últimos tiempos para combatir estas agresiones.

3 Metodología

- Análisis de los datos estadísticos.
- Análisis de las recomendaciones y datos facilitados por la Organización Médica Colegial de España (OMC).
- Análisis de los datos ofrecidos por distintas fuentes sindicales españolas.
- Análisis de los datos y recomendaciones ofrecidos sobre agresión a personal sanitario por la Organización Mundial de la Salud.

4 Resultados

La OMC quiere atajar este gravísimo problema, de modo que para ello creó el "Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial" en el ámbito sanitario como medida pionera en todo el territorio nacional de lucha contra la violencia.

Ante este nuevo escenario es obligado recordar a todos los profesionales sanitarios la necesidad de denunciar estos hechos y ponerlos en conocimiento de su Colegio, junto con los elementos de prueba y testigos que puedan aportar como base de la acusación. En España las comunidades con mayor tasa de agresiones son Andalucía y Aragón, el grupo de edad más agredido es aquel comprendido entre los 56-65 años, y el ámbito dónde se producen más agresiones es en Atención Primaria (57%).

La OMC reitera que muchos casos de agresión tienen relación con situaciones como la masificación de consultas y de las urgencias, la falta de equidad en la atención sanitaria, el aumento de las listas de espera, el problema de recursos humanos y a la precariedad laboral de los profesionales. La causa del 46.1% de las agresiones son las discrepancias con la atención.

Lesiones, amenazas, coacciones, maltrato, injurias y/o vejaciones centran la mayor parte de las 3.919 agresiones que han sufrido los médicos en el ejercicio de su profesión en toda España en los ocho últimos años. De los casos de violencia

que se contabilizaron, el 14% de ellos acabó con lesiones, el 35% fueron insultos y el 51% amenazas.

Del estudio de la OMC se desprende un porcentaje mayor de agresiones a mujeres según sexo: el 59% de los profesionales agredidos son mujeres, el porcentaje más alto de toda la década.
Policía Nacional por su parte el pasado año realizó 1.377 reuniones en todo el territorio nacional con el objetivo de evitar las agresiones contra los profesionales sanitarios. También se organizaron 85 jornadas de prevención de agresiones mediante técnicas de contención verbal y escucha activa.

5 Discusión-Conclusión

La creación de la figura del Policía Nacional Sanitario, además del desarrollo de la APP ALERTCOP y la entrada en vigor de la reforma del Código Penal que contempla las agresiones a sanitarios que trabajan en el sector público como delito de atentado contra la autoridad, ha sido otro de los logros importantes en la lucha contra este problema.

Desde el Observatorio Nacional de Agresiones a Sanitarios de la OMC se sigue trabajando para que las agresiones a sanitarios sean consideradas como violencia social, contemplando la consideración de delito contra la autoridad tanto si se producen en el ámbito público como en el privado y para que sean penadas con los mismos criterios en todas las CC.AA..

6 Bibliografía

- https://www.cgcom.es/
.
- https://www.who.int/.
- http://www.interior.gob.es/.
- https://www.astursalud.es/.
- https://www.prevencionintegral.com/.

Capítulo 663

EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS LABORAL. EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

EVA SECADES RODRÍGUEZ

1 Introducción

A primera vista las funciones de un auxiliar administrativo en el entorno hospitalario pueden parecer muy sencillas, nada más lejos de la realidad, la primera atención al paciente corresponde al auxiliar administrativo, la gestión de citas, el control de datos informáticos, el abanico de tareas es amplio y variado, siendo necesario su trabajo para el buen funcionamiento del Centro Sanitario (Correa L, Janeth L 2008).
Se habla constantemente de calidad percibida, se estudian los elementos que marca la satisfacción del usuario tras pasar por un área de salud, se adiestra a los profesionales sanitarios en habilidades de comunicación, pero la mayor parte de las veces nos olvidamos de una parte transcendental: el personal administrativo del mostrador, de admisiones, de atención al ciudadano….

El grado de estrés laboral a que se encuentra sometido el profesional administrativo es elevado debido a la implicación emocional y psicológica que representa la atención a personas enfermas así como el trabajo con tareas relacionadas con la organización de la misma. En principio el estrés es positivo para el personal, ayudándolo a adaptarse a las nuevas situaciones y a afrontar con éxito los re-

tos que se presenten. Se vuelve negativo cuando los requerimientos superan los recursos propios de la persona con incapacidad para resolver.
Denominamos afrontamiento como el conjunto de estrategias conductuales y cognitivas que el individuo utiliza para gestionar situaciones internas o externas que son percibidas como excesivas para los recursos del individuo.

2 Objetivos

Estudiar los distintos tipos de afrontamiento que el profesional debe conocer y poner en práctica evitando aquellas situaciones estresantes que puedan desestabilizar las capacidades del trabajador.

3 Metodología

El trabajo aquí presentado está realizado a partir de artículos obtenidos en buscadores como Google académico y en una revisión sistemática en distintas bases de datos como: Dialnet, Scielo, Elservier.

Como datos de Inclusión se utilizan:
Textos avalados científicamente, artículos completos en Español e inglés, traducidos a español, De un gran número de artículos se excluyen la mayor parte por su escaso rigor científico, se estudian en profundidad 8 artículos, por su similitud con el tema expuesto.

4 Resultados

Podemos clasificar las estrategias de afrontamiento como de tres tipos:
- Estrategia centrada en el problema, se utilizan cuando el estrés puede ser controlado, modificando las tareas lo que producen.
- Estrategia basada en las emociones, se usan cuando el elemento estresante se percibe como incontrolable, trabajando las emociones e intentando relajarlas.
- Estrategia centrada en la evitación, son utilizadas cuando el individuo aplaza el confrontamiento activo, asentadas en la distracción, la evitación, en tomar distancia o dedicarse a otras actividades con el fin de olvidar el elemento estresor.

5 Discusión-Conclusión

Las dificultades con que se encuentra el profesional en el ámbito de la salud, determinadas principalmente por los cambios de valores de la sociedad y a la resistencia al cambio de los profesionales, hace preciso que el entorno sanitario se adapte a las exigencias de la sociedad, mediante programas de estratégicas, el establecimiento de objetivos y planificación de acciones en las organizaciones sanitarias.

Las dificultades con que se encuentra el personal, agresiones físicas, verbales, junto al agotamiento emocional que se produce al tener que realizar funciones laborales diariamente y permanentemente con personas que hay que atender como objetos de trabajo producen un desgaste profesional que lleva a la persona al agotamiento.

El entorno laboral adverso y ser testigo del sufrimiento humano al que ha de hacer frente ponen al personal en un grupo de alto riesgo de sufrir la enfermedad silenciosa o síndrome de burnout. Por todo ello finalizaremos afirmando la necesidad de que las propias instituciones promocionen programas específicos de desarrollo y estrategias en afrontamiento, adaptativas a situaciones de alto estrés laboral, con la finalidad de: mejorar la calidad en la atención al usuario dentro del entorno sanitario

6 Bibliografía

1. Arrogante, O. Metas de Enfermería Metas de Enfermería DICIEMBRE 2016 N ° 10 Volumen 19 Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en Enfermería. [En línea]. Disponible en: https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81011/estrategias-de-afrontamiento-al-estrés-laboral-en-enfermeria/
2. Martínez, A. Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés. [En línea]. Disponible en: Http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf [Accedido el 30 de noviembre de 2019].
3. Salter, B. La política de cambio en el servicio de salud. En: Londres:, MACMILLAN(ed.)La política de cambio en el servicio de salud.1998.P.2-44 .
4. Morilla, I. Agresiones en Sanidad Una aproximación a las causas y medidas de prevención. [En línea]. Disponible en: https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2015/agresiones-en-sanidad-aproximacion-causas-medidas-prevencion[Consultado

el 4 de octubre de 2019].
5. Salillas, R. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario. Revista de enfermería del trabajo. (En línea) 2017; 7 (ISSN-e 2174-2510): Disponible en: http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/documen/881-232-bvcm017902-0.pdf
(consultado el 28 de diciembre de 2019).
6. Marques M, Alves E, Queiros C, Norton P, Henriques A. El efecto de la profesión sobre el agotamiento en el personal del hospital.(Consultado el 28 de diciembre de 2019).
7. González D, Ayechu A, Huarte I, Prevalencia del síndrome de Burnout y sus factores asociados. (En línea). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24857630
(Consultado el 28 de diciembre de 2019).

Capítulo 664

EL CELADOR: PASADO, PRESENTE Y … ¿FUTURO?

AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

LORENA PALACIN CARRO

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

1 Introducción

Poco se sabe del origen de esta profesión o de cuándo comenzaron a realizar funciones en las Instituciones Sanitarias, pero lo que parece evidente es que provienen de los antiguos mozos, ya que, en 1955 en el Boletín Oficial de la Provincia de Madrid de 6 de junio, se publica una convocatoria de concurso-oposición de mozos sanitarios para hospitales de la beneficencia. En dicho boletín se incluyen las Bases y Temario de la convocatoria, observando en el mismo la similitud de funciones entre los mozos sanitarios y los actuales celadores.

Unos años antes, en 1863, en el Hospital General de Madrid tiene el primer reglamento interno, con artículos expresos para los mozos que incluyen labores y remuneración, y en 1874, se aprueba el Reglamento de Hospitales, en el que aparece un apartado destinado a las funciones que han de realizar los mozos. En el siglo XX, comienza una nueva etapa en la medicina con, entre otras muchas cosas, especializaciones, convirtiéndose los mozos en celadores como figura de enlace de las diferentes unidades nuevas tras la especialización. En 1971, nace el Estatuto del Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, formalizando en el mismo las funciones de este colectivo, y

que actualmente siguen siendo las mismas por la disposición transitoria sexta del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre).

2 Objetivos

- Reflexionar sobre la figura del celador y el actual papel que representa en el sistema sanitario, así como si fuera necesaria una actualización y adaptación de acuerdo a los nuevos tiempos.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática y bibliográfica utilizando como motor de búsqueda Google Scholar, así como en artículos científicos y literatura sobre la materia. Se utilizaron descriptores como celador, historia, polivalente, especializado, funciones celador, multidisciplinar, trabajo en equipo.

4 Resultados

La profesión de celador en la actualidad está caracterizada por la polivalencia funcional. Polivalente, según la Real Academia Española significa, que tiene valores, que sirve para varios fines o funciones, persona que puede realizar diferentes funciones. Como se puede comprobar no hay mejor adjetivo para definir a estos profesionales ya que como vamos a observar existen múltiples tipos de celador y sus funciones vienen determinadas por el lugar donde efectúan su trabajo, difiriendo bastante unas de otras.
Entre ellos:
• Celador de Almacén. Es el destinado en los almacenes para carga, descarga, colocación y entrega de los productos o materiales que le sean solicitados mediante vale autorizado por la superioridad. Cuidará del orden en el almacén y dará cuenta diariamente de las entradas y salidas que se produzcan.

• Celador de Ambulancia. En todos los Servicios de Urgencia y en las ambulancias está presente un celador, siendo su misión principal la de transportar al enfermo en camilla o en silla de ruedas desde su ubicación inicial hasta el centro hospitalario. Además, durante el trayecto, debe vigilar al enfermo para avisar al equipo sanitario de cualquier anomalía que le pueda suceder.

• Celador de Ambulatorio. Debe cuidar el orden y el silencio en todas las dependencias sanitarias, informar a las personas sobre horarios, ubicación, etc… y trasladar documentación de una parte a otra del ambulatorio, o cualquier otro tipo de material.

• Celador en Dependencias Administrativas. Está especializado en documentación, su traslado de unas unidades a otras, y en controlar el stock de material.

• Celador Encargado de Turno. Es designado por el Director, siempre a propuesta del Administrador o a quien competen las mismas funciones que a dicho Jefe de Personal por delegación del mismo. Su función principal es la de ayudar y sustituir al Jefe de Personal Subalterno.

• Celador de Lavandería. Se encarga de la lavandería del hospital, carga, descarga, almacena y clasifica la ropa sanitaria, y ayuda a la carga y descarga del vestuario en los medios de transporte.

• Celador de Necropsias. Trasladar los cuerpos a la mesa de autopsias o al mortuorio. Además, debe asear al cadáver y realizar algunas funciones propias del Técnico de Tanatoestética para presentar al difunto de la forma más digna posible. También es su misión la limpieza de la sala y del instrumental utilizado en las necropsias.

• Celador de Urgencias. Debe ser dinámico y humanitario. Su función principal es la de trasladar a los enfermos de un lugar a otro.

• Celador de Planta. Al igual que el Celador de Urgencias, es un puesto que requiere dinamismo, humanismo, paciencia y espíritu de equipo. Sus funciones son muy variadas como variado es el trabajo en una planta hospitalaria.

• Celador de Puerta. Es el primer contacto que tiene la persona que llega al centro con el hospital. Debe ser un profesional con don de gentes y facilidad de palabra. Además, entre otras muchas funciones, lleva el control de entrada y salida del centro sanitario.

• Celador de Rehabilitación. Hace el trabajo de planta ayudando al movimiento de los enfermos en los ejercicios de rehabilitación, ayudando a los fisioterapeutas. Se requiere para este puesto condiciones físicas suficientes dado el esfuerzo a realizar.

• Celador de Quirófano. Procede al trasladado de los enfermos a los que les van a realizar intervenciones quirúrgicas y debe especializarse en la colocación y manejo de pacientes intubados.

• Celador de la Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.). Al igual que el Celador de quirófano, debe mover con suma precaución a los pacientes. Debe conocer a la perfección todas las posiciones sanitarias.

• Celador Vigilante. Su principal función es la observación, tanto exterior como interior, del complejo hospitalario.
Además de todas estas funciones específicas de los diferentes tipos de celadores, existen una serie de funciones generales que vienen recogidas en el artículo 14.2 del Estatuto del Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, publicado en el BOE el 22 de julio de 1971 (mencionado en la introducción) y que actualmente siguen vigentes por la disposición transitoria sexta del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre).
El celador es el primero que recibe al usuario y el último en despedirle, hay multitud de tipos y con multitud de funciones, pero incongruentemente no se exige ninguna formación previa y se siguen rigiendo por una norma obsoleta del año 1971.

5 Discusión-Conclusión

Vamos a finalizar reflexionando un poco…
Como se pudo comprobar anteriormente el celador es un profesional polivalente con multitud de tipos y funciones, pero sin formación reglada acorde a la categoría o puesto, y ¿por qué no en vez de tanta polivalencia se orienta más hacia una especialización de cada tipo con una formación adecuada al lugar donde se desempeña la labor y una delimitación clara de las funciones?

Por otro lado, como hemos comprobado, se siguen rigiendo por una norma de 1971 claramente obsoleta, que no se corresponde con la realidad laboral y orientada al hombre (ya que la mujer no accedió a esta profesión hasta los años 80 aproximadamente), quedando claramente reflejado en las siguientes funciones recogidas en el mismo:
• Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o deco-

rosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.
• Ayudarán, asimismo, a las Enfermeras y Ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón a sus dolencias para hacerles las camas.
• Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismo, atendiendo a las indicaciones de las Supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias.
• En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requiera.
• Bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las Supervisoras de plantas o servicios o personas que las sustituyan.

¿De verdad que recién estrenado el año 2020 y con todas las políticas de igualdad de género, no necesita una actualización esta norma? Máxime cuando en la actualidad superan en número las celadoras a los celadores.
Para concluir, mención especial también a la condición de no sanitario de los celadores, con esta reflexión que se hace Genaro Jesús Ruiz Torres, celador del Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura (Jaén), en las XI Jornadas Nacionales de Responsables de Celadores y Celadores en abril de 2010 celebradas en Madrid, y que entendemos muy apropiada: "¿creen que un celador de Quirófano, o de U.C.I., o de Urgencias, no es un miembro del Equipo Sanitario? ¿Son las distintas Consejerías de Salud de las CC.AA. tan insensatas, de dejar en manos NO sanitarias la responsabilidad de colaborar en la colocación de un paciente correctamente en una mesa quirúrgica, de movilizar a una persona intubada y con una vía central en la U.C.I., o de recibir a un paciente politraumatizado en una puerta de Urgencias?". ¿No es factible integrar a los celadores en equipos multidisciplinares con una formación adecuada, que les aporte una especialización tendente a la mejora de calidad del servicio?.

6 Bibliografía

1. Mª Carmen Gullón Lanseros MAAP. Urgencias san Eloy. El Celador através de la historia. [Online].; 2013 [cited 2020. Available from:

https://urgenciasaneloy.files.wordpress.com/2013/06/celador-en-la-historia-hosp-univer-cruces-oral.pdf.
2. celadoresonline. Celadores online. [Online].; 2011 [cited 2020. Available from: http://celadoresonline.blogspot.com/2017/08/celadores-de-instituciones-sanitarias.html.
3. Torres GJR. El Celador, una profesión. In XI Jornadas Nacionales de Responsables de Celadores y Celadores.; 2010; Madrid.
4. XI Jornadas Nacionales de Responsables de Celadores y Celadores. 2010..
5. XIV Jornadas de Celadores y Responsables. In ; 2013; Lugo.
6. M. Domec Labarta DPCPJDLMJZPAAOPOAT. Celador especializado vs Celador polivalente. In XIV JORNADAS DE CELADORES Y RESPONSABLES; 2013; Lugo.
7. Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. 1971..
8. Estatuto Marco que afecta a todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (Disposición Transitoria Sexta Ley 55/2003, de 16 de diciembre. 2003..
9. Boletín Oficial de la Provincia de Madrid de 6 de junio. 1955..

Capítulo 665

LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO DEL CELADOR.

AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

LORENA PALACIN CARRO

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

1 Introducción

La comunicación es una necesidad básica para el ser humano. La más potente es la comunicación oral. La comunicación es importante porque cumple diversas funciones: permite relacionarse con otras personas, fomenta su motivación, permite la integración social para la satisfacción de las necesidades sociales y personales, proporciona la información que los individuos y grupos necesitan para tomar decisiones y evaluar opciones alternativas.

La definición de la comunicación según el diccionario de la RAE es "transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor", pero más extensamente se podría definir como "proceso mediante el cual la persona se relaciona con su entorno, o con otras personas, utilizando un código común (lingüístico o no lingüístico) que se envía a través de un medio (canal de comunicación) para conseguir un objetivo (respuesta)". Por tanto, la comunicación es la relación y no sólo información. Si no hay respuesta por parte del receptor, no se ha entendido la información.

Según esto, el proceso de comunicación consta de seis elementos básicos imprescindibles, ya que, si faltara alguno de ellos, el proceso quedaría incompleto y la comunicación no se podría llevar a cabo. Estos elementos son:
• Emisor, el que produce el mensaje.
• Receptor, a quien se transmite el mensaje.
• Mensaje, lo que se desea transmitir.
• Código, conjunto de signos que permite al emisor transmitir el mensaje, de manera que el receptor pueda entenderlo. Pueden ser lingüísticos (oral y escrito) o no lingüísticos (visual, gesticular, auditivo).
• Medio de canal o comunicación, vehículo en el que se transmite el mensaje (aire, papel). Según el canal utilizado, la comunicación se clasifica en oral, gesticular, escrita y por signos.

El proceso de comunicación necesita que el emisor codifique adecuadamente el mensaje: acorde con el nivel o desarrollo cognitivo de la persona a la que va dirigida, el mensaje sea vehiculizado hacia el emisor, y que éste, reciba el mensaje y pueda descodificarlo adecuadamente. Ejemplo, si un celador se dirige a un usuario en términos muy científicos, no entenderá el mensaje y por lo tanto no se realizará el proceso de comunicación.
Para que la comunicación sea efectiva deben cumplirse varios requisitos, tales como, claridad, prudencia, aprovechamiento, equilibrio, moderación, difusión y evaluación.

2 Objetivos

- Conocer la importancia del proceso de comunicación en el ámbito laboral del celador, así como las herramientas, actitudes y habilidades necesarias.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática de información utilizando Google Scholar, y de bibliografía existente en artículos y literatura especializada en la materia.

4 Resultados

El celador suele ser el primero en tener contacto con el usuario, y sin ninguna duda, este primer contacto es fundamental para la valoración del servicio y la im-

agen de la institución que pueda realizar el paciente. Por ello, es fundamental que la acogida sea cordial, lo cual se puede realizar de varias formas, presentándose y dando la mano o simplemente sonriendo, y mirando con atención a la persona que se está recibiendo, dirigirse a ella por su nombre. A lo largo de la acogida, se emplearán también, calidez respeto, cordialidad, empatía, contención emocional y asertividad.

Las relaciones interpersonales han de basarse en tres pilares fundamentales, que son, la sincerad (libre de mentiras e hipocresía, honesta, sencilla y libre), la confianza (esperanza firme en alguien, permite conocer el problema y permite ayudar) y el respeto (acatamiento, consigue crear intimidad y fomenta la libertad), y se divide en tres fases:

• Fase receptiva o de contacto: el encuentro entre el celador y el enfermo, permite al celador dirigirse al paciente y que éste le ponga de manifiesto el problema o el tipo de ayuda que demanda.

• Fase de ejecución: El celador procesa la información recibida y se plantea mentalmente lo que puede decir o hacer para establecer una relación adecuada con el paciente y ahí se iniciará la relación profesional con el usuario y sus familiares.

• Fase de conclusión: prestada la ayuda necesaria el proceso debe terminar de manera que el celador se sienta satisfecho, ayudándole así a mejorar su estado anímico, físico, etc…

Se podría considerar que una relación interpersonal es deficiente cuando producen frustración (no se consigue lo que se esperaba), ansiedad (inquietud, agitación), enojo (ira), agresividad (respuestas violentas), actitud negativa (repulsa) o deserción (desamparo o abandono).

El celador, en su relación con pacientes y usuarios, debe de adoptar una actitud positiva y de ayuda, manteniendo las siguientes actitudes:

• Respeto: Se debe de basar en confianza y respeto mutuo, siendo fundamental la comprensión de la situación del enfermo, no hacer juicios de valor, tolerancia.

• Sinceridad: Se debe de percibir por los pacientes y familiares para producir la citada relación de confianza.

• Empatía: la capacidad de ponerse en el lugar del otro sin involucrarse en exceso.

• Rigor, seriedad y precisión en el trabajo.

• Asertividad: La capacidad de comunicar los deseos propios respetando a la otra parte.

• Reactividad: El celador debe de tener la capacidad de dejar hablar y saber escuchar.

El celador, para a correcta comunicación, debe de tener las siguientes habilidades básicas:

• Escucha activa: Es el conjunto de comportamientos y expresiones que adopta el celador ante el usuario para comunicarle de distintas maneras que ha entendido lo que le han expresado. Siendo básico para que se de esta escucha activa estar en silencio mientras escucha, responder sólo cuando sea preciso, resumir lo que le han dicho, resaltando lo más importante, para manifestar interés y comprensión, realizando alguna afirmación o pregunta clave sobre sus sentimientos para demostrarle que se ha entendido correctamente lo que han expresado.

• Validación emocional: Es necesario escuchar sin juzgar y es un requisito indispensable comunicar a la otra persona que se le ha entendido. La validación emocional mejora la comunicación puesto que el otro interlocutor se siente reconocido y comprendido, y así incrementa la verbalización de lo que piensa. La validación emocional tiene un efecto positivo pues crea un ambiente de confianza.

• Lenguaje no verbal: La postura corporal, el contacto visual o los gestos, es decir, el lenguaje no verbal también comunica. Estar relajado y transmitir lo que intentamos decir puede maximizar el mensaje que queremos enviar a los demás. Un estudio llevado a cabo por Albert Mehrabian afirma que en una conversación cara a cara, el componente verbal es un 35% y más del 65% es comunicación no verbal. Según las palabras del propio Mehrabian: "El componente verbal se utiliza para comunicar información y el no verbal para comunicar estados y actitudes personales".

• Resolución de conflictos: El conflicto es inevitable en cualquier relación, y aprender a manejarlo y a negociar es una manera sana y esencial para hacer que las relaciones funcionen. La habilidad de resolver conflictos de manera eficiente requiere una actuación calmada, no defensiva y respetuosa. Cuando uno controla sus propias emociones, es posible comunicar las propias opiniones sin amenazar o atacar a los demás.

• Lenguaje verbal: Es necesario ser claro, utilizar ejemplos concretos, tener una buena capacidad de improvisación, vocalizar correctamente, considerar los tiempos, y en definitiva expresar correctamente lo que tenemos en mente para conectar con nuestro interlocutor.

• Respeto: Las personas están más abiertas a comunicarse si mostramos respeto hacia ellas y sus ideas. Acciones simples como usar su nombre, tener contacto visual que indique sinceridad, y reflejar la escucha activa hace que la otra persona se sienta respetada y tenida en consideración.

• Persuasión: La persuasión es una herramienta de comunicación clave, porque

transforma ideas, creencias, actitudes y comportamientos, e intenta satisfacer las necesidades de ambas partes.
• Credibilidad: La credibilidad genera confianza, y, como ocurre con el respeto, la confianza es una gran aliada de la comunicación. Los usuarios están más receptivos cuando hay confianza. Por eso, es necesario que ser coherente con lo que se dice y con lo que se hace.

5 Discusión-Conclusión

Varios estudios demuestran que, para los receptores de los cuidados, la voluntad de escuchar y de explicar es un atributo esencial que debe poseer un profesional de la salud. En definitiva, es necesario por parte del celador en su relación con el paciente y familia:
1. Conocer el contexto sociocultural del paciente, utilizar un lenguaje claro evitando tecnicismos, con frases cortas, precisas y claras, hablando lo justo y necesario y evitando cualquier tipo de tertulia.
2. Estar atento y saber escuchar, para demostrar al paciente interés.
3. Manifestar empatía con el enfermo y sus familiares.
4. Favorecer la comunicación con el paciente, pero sin presionarlo a hablar ya que eso genera desconfianza y aislamiento, cuando se busca todo lo contrario.
5. No interrumpir al paciente cuando se intenta expresar una dolencia, preocupación, etc…
6. Es de gran importancia la actitud del celador en general, expresión corporal, uniformidad, aspecto físico…
7. Evitar mostrar desinterés, no dar opiniones ni juicios de valor, ofrecer soluciones, no nuevos problemas.
8. Adecuar el tono de voz a cada paciente y circunstancia.
9. Entender al paciente como persona en su totalidad teniendo en cuenta todas sus necesidades (fisiológicas, religiosas, culturales, autoestima…)
10. Adecuarse, en la medida de lo posible, al tipo de paciente (quirúrgico, psiquiátrico, pediátrico…).
Por tanto, de poco servirá ser muy hábiles en el desarrollo de determinadas técnicas si después somos incapaces de establecer una comunicación efectiva.

6 Bibliografía

1. García-Allen J. Psicología y mente. [Online]. [cited 2020. Available from: https://psicologiaymente.com/social/habilidades-comunicativas-basicas.

2. Mehrabian A. ”Mensajes silenciosos ”Una gran cantidad de información sobre la comunicación no verbal (lenguaje corporal)” Los Ángeles; 2009.
3. Mehrabian A, Ferris SR. ”Inferencia de actitudes de la comunicación no verbal en dos canales”.. Mehrabian, Albert; Ferris, Susan R. (1967). ”Inferencia Revista de Psicología Consultora. 1967; 31 (3).
4. Carrio Bi. Manual de Estrategias Prácticas Barcelona: SEMFYC; 2004.
5. Villiodres PCMd. La Enfermería y la Humanización. Index Enfermería. 2004 Octubre; 13 (46).
6. L.C S. Celadores online. [Online].; 2018 [cited 2020. Available from: http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-31-la-atencion-al-usuario.html.

Capítulo 666

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO Y NO SANITARIO.

ISABEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), tenía por objeto garantizar y proteger, el tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y también los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor, intimidad ,privacidad personal y familiar.

Siendo derogada por la Ley Orgánica 3/2018, de 6 de diciembre de 2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que adapta la legislación española al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea.

Esta ley se desarrolló en el artículo 18 de la Constitución Española de 1978, sobre el derecho a la intimidad familiar. Quedaban excluidos de esta normativa aquellos datos recogidos para uso doméstico, las materias clasificadas del estado y aquellos ficheros que recogen datos sobre terrorismo y otras formas de delincuencia organizada.

2 Objetivos

- Conocer la normativa que afecta a los profesionales de las instituciones sanitarias.
- Identificar el tratamiento de los datos personales en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se consultó en las principales bases de datos como son Pumbed y Crochane, y se realizaron consultas en Google Academic.

4 Resultados

Los responsables de los datos deben cumplir la LOPD basándose en unos principios mínimos fundamentales:
- Consentimiento por parte del paciente, que debe de ser explícito y recogido por escrito
- Los datos recogidos de los pacientes han de ser siempre veraces y pertinentes. No pudiendo ser recopilados de manera fraudulenta o ilícita

Los pacientes han de ser informados en todo momento de la existencia de ficheros y su finalidad, los posibles destinatarios, la identidad y dirección del responsable de su mantenimiento, así como el ejercicio de sus derechos.

Es obligatorio en cada centro sanitario la existencia de una hoja de información al paciente en la que se le solicita la autorización al paciente para el tratamiento de sus datos.

El secreto profesional es de obligatorio cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente Y los centros médicos han de adoptar las medidas necesarias para garantizar este derecho
Los responsables y los encargados están obligados a mantener un registro de las actividades de los tratamientos que realicen.

Para entender mejor todos estos principios un ejemplo podría ser la práctica habitual entre los distintos centros del ámbito sanitario que intercambian datos médicos del paciente para mejorar su tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La recogida y el tratamiento de datos de salud persigue cumplir la normativa de Protección de Datos y garantizar el derecho que tienen los pacientes a su privacidad.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).
- Ley Orgánica 3/2018, de 6 de diciembre de 2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD).

Capítulo 667

EL BURNOUT. PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

VANESA GARCÍA VALERO

NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ

CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO

MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ

MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ

1 Introducción

El burnout, síndrome de estar quemado o del trabajador desgastado, es un síndrome relacionado con una respuesta de estrés crónico o mantenido durante mucho tiempo en el trabajo. Este término no solo hace referencia al estrés laboral, ya que supone una disminución de la capacidad de la persona para poner en marcha estrategias de afrontamiento, lo cual repercute seriamente en el trabajador y en la empresa.

La problemática del burnout se ha venido estudiando desde las últimas décadas. El concepto fue empleado por primera vez por el psiquiatra Freudenberg, que expuso el concepto desde la perspectiva de la falta de motivación que venía acompañada de diversos síntomas mentales y físicos. En 1977 la psicóloga Maslach fue

quien dio a conocer este término, enfocando el problema como una perspectiva multidimensional y lo define como "un síndrome que provoca agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal que ocurre mientras el individuo trabaja.

Maslach clasifica los síntomas en torno a 3 variables generales:
- Cansancio emocional: Cuando la fuerza emocional se va consumiendo, el profesional vacía su capacidad de entrega a los demás a nivel personal y psicológico.
- Despersonalización: Aparecen sentimientos y actitudes negativas acerca del sujeto con el que se trabaja.
- Autorrealización personal: El profesional tiene a evaluarse negativamente y surge cuando trabaja con personas. El profesional se siente infeliz consigo mismo y con lo que hace.

Dada la repercusión que todo esto conlleva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha introducido en su clasificación internacional de enfermedades el desgaste profesional.

El desgaste profesional no surge repentinamente, sino que, por lo general, se gesta en un período que varía entre 5 y 8 años de desgaste continuo y estrés crónico en el contexto laboral.

Desencadenantes
Es difícil identificar todos los desencadenantes del burnout por la complejidad del tema, ya que cualquier situación crónica molesta producida en el entorno laboral puede ser un factor estresante y, por lo tanto, un desencadenante.

El principal detonante del síndrome de burnout es el entorno laboral y las condiciones de trabajo.

El empleado expuesto de manera continua a altos niveles de estrés, carga de trabajo excesiva, poca autonomía, malas relaciones en el trabajo, ausencia de apoyo en su entorno y la falta de formación para desempeñar tareas, pueden dar lugar al burnout.

Las causas suelen ser exigencias excesivas que originan tensiones. Sin embargo, existen una serie de factores de riesgo:
- La organización.
- Expectativas interpersonales.
Cualidades personales.

Síntomas
Las principales manifestaciones son:
- Sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia.
- Baja autoestima.
- Poca realización personal.
- Estado permanente de nerviosismo.
- Dificultad para concentrarse.
- Comportamientos agresivos.
- Dolor de cabeza.
- Taquicardia.
- Insomnio.
- Bajo rendimiento.
- Absentismo laboral.
- Aburrimiento.
- Impaciencia e irritabilidad.
- Comunicación deficiente.

Los síntomas más comunes son depresión y ansiedad, motivos de la gran mayoría de las bajas laborales.
A pesar de que las manifestaciones y el malestar se inician en la vida laboral, finalmente llegan a alcanzar la vida social y familiar del trabajador afectado.

Diagnóstico
Para poder diagnosticar el síndrome, los especialistas tienen que conocer los síntomas que padece el trabajador realizando una entrevista clínica que les permita averiguar si existe la sospecha de padecer la enfermedad.

Tratamientos
Las estrategias para tratar el burnout van encaminadas a reducir los niveles de estrés, de ansiedad y depresión.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste el síndrome del Burnout.
- Analizar las principales causas, factores, determinantes y consecuencias.
- Conocer las características del estrés laboral.
- Estudiar la repercusión que tiene sobre el individuo, el ambiente físico y la organización del trabajo

3 Metodología

La búsqueda de información se ha realizado en bases de datos como: Medline, Pubmed y Google Académico. Los descriptores empleados fueron: "Burnout, "Estrés Laboral", "Consecuencias del Síndrome de Burnout" y "Factores Psicosociales". Asimismo, se consultaron libros y revistas que abordan la temática.

4 Resultados

En los últimos 10 años, la prevalencia de renuncias por enfermedades en el trabajo debido al estrés ha sido uno de los problemas principales de las sociedades occidentales.

Existen diversos estudios por la Organización Internacional del Trabajo en países como Alemania, EEUU y Finlandia que muestran la relación entre el incremento de los costos de salud y laborales con la presencia de estrés laboral y burnout en sus organizaciones.

Por lo general, las mujeres puntúan más en cansancio emocional y estrés, y los hombres puntúan más alto en despersonalización.

La edad también es un factor a tener en cuenta. Hay una relación directa entre la edad y el estrés laboral, puesto que cuanto más tiempo emplea una persona ejerciendo la misma profesión menos sensación de estrés manifiesta en general.

En nuestro país, no se cuentan con estadísticas precisas sobre la incidencia o costo de este fenómeno. Se conoce que la tercera causa de consultas en el área de Salud Mental es la reacción al estrés agudo y grave o burnout.

5 Discusión-Conclusión

Las estadísticas de productividad de las organizaciones que han estudiado este fenómeno muestran que ante la presencia de ambientes de estrés y burnout, se disminuye la calidad de vida de los empleados, se lleva a los trabajadores a un ocaso profesional temprano, incrementan las tasas de ausentismo y rotación, disminuye la productividad en general y la calidad del trabajo.

Por un lado, las empresas deben mejorar la organización y proveer de herramientas necesarias para que el trabajador pueda realizar su trabajo de forma adecuada.

Por otra parte, es conveniente que el trabajador conozca sus funciones a desarrollar, se sienta realizado y motivado por parte de la empresa, la cual reconozca su contribución y otorgue a sus empleados posibilidades de promoción o desarrollo profesional, que afianzarían las relaciones entre ambos.

Lamentablemente, las sociedades se mueven a alta velocidad, exigiendo a sus integrantes llevar un ritmo de vida acelerado. Sin darse cuenta, las personas adoptan rutinas que las alejan de sí mismas, ignorando sus necesidades y actuando sin objetivos propios. Cada vez más personas se sienten estresadas y emocionalmente agotadas.

6 Bibliografía

- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Maslach. Burnout inventory Manual. 30 Edición. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1996.
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. ISSN: 02115735 aen@aen.es
-José Sánchez Pérez. Revista: El Síndrome del trabajador quemando Burnout. ISSN 0214-6045, Nº5,2016, pag.31-50.
-Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. ISSN: 1576-5962. Revistas_comp@cop.es

Capítulo 668

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN.

JAVIER OROZA CORDIDO

1 Introducción

La rehabilitación es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno. Las condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismo.

Una de las funciones más específicas de esta zona es la de ayudar a los fisioterapeutas y demás personal que trabaje en la zona a movilizar a los pacientes para colocarlos de la forma adecuada y así puedan los profesionales trabajar bien. También ayudarán a la sujeción de los enfermos.

2 Objetivos

- Dar a conocer en que consiste las funciones de el celador en el servicio de rehabilitación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando los artículos que mejor se adaptaban a la materia escogida.

4 Resultados

Las funciones del celador en rehabilitación serian las siguientes:

- El celador que está en la puerta es la primera persona que recibe a los pacientes cuando llegan a las consultas de rehabilitación y la que ayuda al personal de la ambulancia a bajar a los pacientes que tienen que ir a algún tipo de terapia, los trasladaran hasta el lugar adecuado y posteriormente cuando terminen les volverán a llevar a la ambulancia.

- El celador en el gimnasio es la persona que ayuda a los fisioterapeutas en la colocación de los pacientes y a su movilidad si esto resulta necesario.

- Deben encontrarse localizables durante la duración de su jornada laboral por si pudieran ser requeridos en cualquier momento para realizar alguna de las funciones que les pertenecen.
- Al igual que ocurre en otras áreas de los centros sanitarios u hospitales,serán los que se encargarán de que exista el máximo silencio posible en las dependencias, procurando que todo se encuentre en orden.

- Podrán encargarse de la limpieza de las zonas que les sean encomendadas excepcionalmente, siempre teniendo en cuenta la zona en concreto, la dificultad del manejo, el peso de los objetos…

- Al igual que los demás celadores de otras áreas, también se encargarán de transportar la documentación que les dejen a su cargo, así como también trasladarán las comunicaciones verbales que les confíen con la mayor brevedad que sea posible.
- Trasladarán y moverán todos los aparatos o el mobiliario que sean precisos para realizar la rehabilitación.

- Se ocuparán de que los pacientes y sus acompañantes cuiden de todas las instalaciones y de los objetos que se encuentren en ellas, para evitar el deterioro de los mismos. Asimismo informarán del uso de los elementos que estos deban utilizar, para evitar que se produzca algún deterioro o rotura.

- Cuando se encuentren con algún desperfecto en las instalaciones o en el mo-

biliario, serán los que se encargarán de avisar a sus inmediatos superiores para que quede constancia de los mismos. También informarán acerca de las anomalías que puedan encontrarse en la zona en cuanto a la limpieza para que esta sea solucionada en la mayor brevedad posible.

- Una de las funciones más específicas de esta zona es la de ayudar a los fisioterapeutas y resto personal que trabaje en la zona a movilizar a los pacientes y a sujetarlos cuando sea necesario.

- Se encargarán de avisar al personal de seguridad cuando se produzcan situaciones embarazosas o algún conflicto con cualquier usuario del servicio de rehabilitación.

- El celador no está autorizado bajo ningún concepto a informar a ningún paciente ni a ningún familiar, sobre ningún proceso relacionado con su enfermedad como puede ser su diagnóstico, el tratamiento y mucho menos se les dará información acerca de su pronóstico.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que realiza el celador en el servicio de rehabilitación son imprescindibles para que el resto del personal que trabaja en la zona puedan desempeñar sus labores. Asimismo la información y colaboración con los pacientes y sus familiares es importante para que estos sepan dónde y cómo acudir a la sesiones que le hayan sido pautadas por el médico rehabilitador además de hacer un uso correcto de las instalaciones y demás elementos disponibles para los tratamientos.

6 Bibliografía

- https://fisiostar.com/celador/funciones-celador-area-rehabilitacion
- https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/07/manual-de-actuacic3b3n-del-celador-en-los-distintos-c3a1mbitos-sanitarios.pdf

Capítulo 669

LA AUTOESTIMA: UN FACTOR RELEVANTE EN LA VIDA DE LA PERSONA.

CARMEN IGLESIAS GARCÍA

CARMEN CANO DIAZ

MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO

IRENE ÁLVAREZ GARCÍA

JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Ser tú mismo en un mundo que constantemente intenta convertirte en lo que no eres, es el mayor de los logros.

Autoestima es la valoración, percepción o juicio positivo o negativo que una persona hace de sí misma en función de la evaluación de sus pensamientos, sentimientos y experiencias. De un modo general, se puede hablar de dos tipos de auto estima:

- Alta autoestima, las personas se caracterizan por tener mucha confianza en sus capacidades, pueden tomar decisiones, asumir riesgos y enfrentarse a tareas con una alta expectativa de éxito.
- Baja autoestima son personas que se pueden sentir inseguras, insatisfechas y sensibles a las críticas.

2 Objetivos

- Reflexionar sobre la importancia de la autoestima.

3 Metodología

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

4 Resultados

La autoestima se desarrolla a partir de la interacción humana, mediante la cual las personas se consideran importantes una para las otras. El yo evoluciona por medio de pequeños logros, los reconocimientos y el éxito. Existen una serie de aspectos interrelacionados que componen la autoestima.

Se considera la autoestima según dos dimensiones complementarias, una actitud inferida integrada por tres componentes: la autoimagen, la autovaloración, y una dimensión conductual observable por otros tres componentes: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización.

5 Discusión-Conclusión

La autoestima es la percepción valorativa que una persona tiene hacia sí misma. Es un proceso dinámico y multidimensional que se construye a lo largo de la vida. Se desarrolla a partir de la interacción humana. Contiene aspectos actitudinales, cognitivos, afectivos y conductuales. Mediante el autoconocimiento la persona puede lograr la autoaprobación y por consiguiente la suficiente autoestima para aceptarse a si misma. Para que la persona obtenga una autoestima alta debe existir una correspondencia entre el concepto de si misma y su yo ideal.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

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

Capítulo 670

MINDFULNESS PARA MEJORAR EL SÍNDROME DE BURNOUT.

SERGIO CASADO GONZALEZ

ADELINA LUENGO FERNANDEZ

MARIA PILAR GONZÁLEZ TORRE

ALEJANDRO VIEJO PEDROSA

MARIA DE LOS ANGELES PRIEDE FERNANDEZ

1 Introducción

Estamos sometidos a una excesiva carga mental y física, derivada de las características inherentes de la sociedad actual: problemas económicos, problemas de conciliación de la vida profesional y familiar, o ritmos de vida elevados.

Estas cargas invisibles que nos rodean se ven aumentadas por las particularidades de los ámbitos sanitarios, tales como recursos insuficientes, masificación de los centros sanitarios, listas de esperas largas, elevada carga de trabajo, estar continuamente en contacto con el sufrimiento de las personas o el trabajo a turnos.

Todo esto hace que los trabajadores del ámbito de los centros sanitarios estén especialmente expuestos al síndrome de burnout.

Nos puede dar pistas sobre si se está padeciendo síndrome de Burnout cuando concurran entre otras situaciones, alguna de las estas: desmotivación laboral, es-

tados de agotamiento, falta de concentración, angustia, ansiedad, actitudes inadecuadas con los usuarios y compañeros, sentimiento de encontrarnos continuamente desbordados por el trabajo, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad o mal humor, por ejemplo.

Nuevas terapias en los últimos años han llegado a nuestro entorno, que pueden mejorar este tipo de riesgo psicosocial, muy frecuente entre el personal laboral de los centros hospitalarios y asistenciales. Estas terapias de origen asiático la mayoría, se centran en la relajación y en el autoconocimiento personal. El Mindfulness esta teniendo una gran repercusión, por sus buenos resultados, siendo implantando en muchos centros hospitalarios, tanto para pacientes y familiares, como para trabajadores.

2 Objetivos

- Analizar el síndrome de burnout, utilizando diferentes puntos de vista, e indagar si el mindfulness puede ser útil para superar este síndrome, produciendo mejoras en la calidad de vida de trabajadores, en el ámbito de los centros sanitarios.

3 Metodología

Hemos utilizado buscadores como Jurn, Google académico, para realizar búsquedas en refutadas bases de datos como: biblioteca virtual de la salud de Scielo, Medline, PudMed, Progeria Research, y WOK. Utilizamos como descriptores de las búsquedas: burnout, mindfulness, estrés, trabajo, desgaste profesional, atención plena, síndromes.

Como criterio de inclusión se utiliza las publicaciones durante el periodo de revisión que comprende desde el 2000 al 2019, con el objetivo de observar publicaciones relacionadas con burnout y mindfulness. Se adopta como criterio de exclusión: solo se utiliza artículos de texto completos de páginas contrastadas.

4 Resultados

Los pacientes que presentan síndrome de burnout no sólo padecen síntomas psicológicos, sino que también pueden presentar síntomas físicos.

De entre los síntomas físicos, podemos destacar: problemas de corazón, cefaleas,

afecciones dérmicas, problemas gastrointestinales, dolores musculares, insomnio, dolores articulares, obesidad y/o bajada de defensas.

Cabe destacar que los pacientes afectados por el síndrome de burnout se encuentran especialmente vulnerables a las adiciones.

Si situamos el concepto de síndrome de burnout en un contexto temporal, el primero en definir este síndrome fue

Freudenberger en 1974. Lo definió como: "el agotamiento de la energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás". Otra figura clave en el estudio del síndrome de burnout es Maslach, quien enfocaba sus estudios en el estrés y los planos emocionales de los trabajadores. Maslach define el síndrome de burnout como: "un estrés crónico producido por el contacto que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo".

Estos dos autores sentaron las bases para los siguientes estudios empíricos sobre el síndrome.

Más adelante, aparece la figura de Jackson, quien se une a Maslach, emprendiendo una prolífica colaboración que da buenos frutos como por ejemplo, una nueva definición del síndrome de burnout. En esta nueva definición aparecen conceptos como el cansancio emocional y la despersonalización. Después de numerosos estudios realizados en equipo, aparece otro concepto importante en la definición y estudio del síndrome de burnout: "la falta de realización personal".

Jackson y Maslach desarrollan en equipo el (MBI) Maslach burnout Inventory, que se convierte en un utensilio crucial de evaluación del síndrome. En una primera fase tenía 47 ítems, cuyas respuestas podían ser de dos tipos atendiendo a la intensidad y la frecuencia, pero tras nuevos estudios se logró reducir a 22 ítems.

Para la prevención y la superación del síndrome de burnout, teniendo presente que es recomendable acudir a un profesional (psicólogo), es posible adoptar estrategias genéricas encaminadas a prevenir, paliar y superar el síndrome de burnout. Podemos enumerar alguna como: ser empáticos, pasear por lugares agradables, pasar tiempo con los amigos y familia, evitar el aislamiento, trabajar con tranquilidad, ir al cine, mostrar escucha activa, o ser consciente de nuestras limitaciones entre otras.

Dentro de estas estrategias, queremos enfatizar en las nuevas terapias llamadas de tercera generación, como el mindfulness (anglicismo sin traducción al castellano). Aunque es necesario mencionar que a esta terapia cada vez más se le conoce más como atención plena.

El mindfulness, se considera como una terapia de tercera generación. Lejos de ser una nueva terapia tiene más de 25 siglos de antigüedad dado que era la parte central de las enseñanzas de Buda.

El introductor del mindfulness en occidente, Rabat-Zinn define mindfulness como: "la conciencia que emerge a través de poner atención intencional, en el momento presente, de manera no condenatoria, del flujo de la experiencia momento a momento".

El principal objetivo del mindfulness es evitar el sufrimiento de las personas (Fulton y Sieguel), 2005, por lo que lo hace especialmente útil como estrategia para evitar el síndrome de burnout, como así se refiere en numerosos estudios.

Utilizando un estudio realizado sobre trabajadores de atención primaria de la zona rural en Almería, sin tener en cuenta sus categorías, este da como resultado: que la participación en actividades de mindfulness, incluso si estas son de duración corta, reporta efectos positivos sobre la calidad de vida, de los trabajadores de atención primaria.

Otro estudios en el que profesionales sanitarios participan en sesiones de mindfulness en las que se media la autocompasión, la concentración, y la calidad de vida, arroja como resultado: un descenso en la probabilidad de padecer síndrome de burnout y un aumento de la compasión, con lo que se producía, una mejoría en la empatía hacia los pacientes.
El estudio realizado sobre sanitarios de Navarra, daba como resultado: que la utilización del mindfulness aumenta la empatía con los pacientes, sin que esto supusiera un aumento del vínculo emocional con los mismos.
El estudio indica que implementar programas psicoeducativos, basados en el mindfulness incide en la reducción del síndrome de burnout, fomentando el autocuidado en momentos estresantes y mejorando la relación con los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizado un estudio pormenorizado de diferentes artículos, publicados en distintas bases de datos, a fin de identificar las características del síndrome

de burnout, comprender el funcionamiento del mindfulness, su efectividad en la mejora de la calidad de vida y su utilidad en la lucha contra el síndrome de burnout, en trabajadores de los centros sanitarios (sin tener en cuenta sus categorías) podemos concluir: el mindfulness resulta especialmente útil en el ámbito de los centros sanitarios, ya que aporta a los trabajadores herramientas muy interesantes, que les permiten separar el trabajo de lo personal, (no llevarse el trabajo a casa) hecho crucial en el bienestar psicológico del personal que trabaja en el ámbito sanitario, ya que estos están especialmente expuestos al sufrimiento humano, al encontrarse diariamente con él en su centro de trabajo.

Consideramos a demás que el mindfulness aporta al trabajador, un aumento de su auto conocimiento, que le supone ser más fuerte y consciente de sus limitaciones, con lo que estaría mejor preparado para enfrentarse a situaciones adversas.

Especialmente por estas dos razones, aunque no exclusivamente por ellas, apreciamos que el mindfulness es una herramienta eficaz en la lucha contra el síndrome de burnout. Consideramos que su práctica debería ser introducida en los hábitos diarios de los trabajadores en el ámbito de la sanidad ya que fortalecería su resiliencia produciendo un entorno laboral eficaz que podría contribuir a reducir el absentismo laboral.

6 Bibliografía

1. Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnot. Journal of social Issues, 30(1) 159-165
2. Maslach, S. (1976). Burneo-out. Human Behavoir, 5(9), 16-22.
3. Maslach, C. y Jackson, S.E. (1978). Lawyer burn-out. Barrister, 5(2) ,52-54.
4. Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). The Maslach Burnout Inventory. Research edition. Palo Alto, Estados Unidos: Consulting Psychologist Press
5. Kabat-Zinn, J. (2003). Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Barcelona, España: Cairos
6. Fulton, R. P. y Sieguel, D. R. (2005). Buddhist and western psychology: Seeking common ground. En C.K. Germer, R. D. Siegel y P. R. Fulton (Eds.), Mindfulness and Psychotherapy (pp.28-51). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
7. María del Mar Martínez-Lentisco, Ramón Leandro Espinoza-Serrano, Elvira Sola-Sola Aprendiendo a parar. El mindfulness como herramienta de bienestar (2017) Revista infad de psicología
8. Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Cuesta, P., Sánchez, C. y Benito, E. (2018) Evaluación de una intervención mindfulness en equipos de cuidados paliativos.

Psychosocial Intervention, 27(2), 81-88
9. Martín, A., Rodríguez, T., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., y Moix, J. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa Mindfulness en profesionales de atención primaria. Gaceta Sanitaria, 27(6), 521-528.
10. Martín, A., Rodríguez, T., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., y Moix, J. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa Mindfulness en profesionales de atención primaria. Gaceta Sanitaria, 27(6), 521-528.

Capítulo 671

SÍNDROME BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

ISABEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

Burnout (quemado en el trabajo) es un síndrome vinculado al estrés laboral que puede afectar tanto físicamente como psicológicamente al trabajador.
Los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios tienen un alto riesgo de padecer el síntoma de burnout, ya que parte de su trabajo se desarrolla con trato directo con personas, ya sean pacientes o familiares.

2 Objetivos

- Detectar los síntomas para la prevención prematura de padecer este síntoma.
- Identificar acciones preventivas evitar caer en este síntoma.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para identificar si un trabajador padece el síndrome del burnout se puede tomar como referencia las siguientes acciones o síntomas que el trabajo provoca en el profesional en su día a día.A continuación enumeramos los posibles síntomas:
- Imposibilidad de conciliar la vida laboral y familiar.
- Sentir estrés por realizar funciones laborales no son de su categoría o cargo profesional.
- Dificultad para tratar directamente con pacientes.
- Sentir falta de gestión sobre su propio trabajo.
- Sentir que el trabajo es repetitivo y aburrido.
- Valorar negativamente el trabajo que desempeña.
- Le cuesta acudir al puesto de trabajo y desempeñar las funciones del mismo.
- Sentirse irritado con los compañeros.
- Sentir cambios en los hábitos de sueño y alimenticios.
- Padecer problemas físicos tales como dolor de cabeza, de espalda, etc.

Una vez identificado que se puede estar padeciendo o que hay posibilidades de padecer este síndrome se deben de tomar las siguientes medidas para ayudar a los trabajadores:
- Buscar que el afectado pida ayuda por si mismo, en el caso de existir un departamento de apoyo al trabajador ofrecerles ayuda.
- Evaluar el grado, si es un trastorno o llega al grado de enfermedad.
- Analizar las opciones que se tienen para disminuir el estrés y la apatía del trabajador:

1. Posibilidad de cambiar de tareas y funciones que se desarrollan
2. Ayudarle a ver los positivos y bondades de su trabajo
3. Realizar descansos y pausas mientras se desempeña las funciones laborales, incluso salir del recinto donde se desarrollan.
4. Buscar tiempo para realizar acciones saludables que le hagan sentir mejor fuera de su trabajo, como puede ser hacer deporte, actividades en grupo, vida social más activa, entre otras.
5. Disminuir las actividades y aumentar el descanso personal fuera del trabajo

5 Discusión-Conclusión

Es posible identificar estrategias para minimizar los efectos del síndrome burnout e implementar acciones para ayudar a quién lo padece. Así se conseguirá que los

trabajadores estén implicados en dar un servicio de alta calidad empática a los pacientes y sus familiares.

6 Bibliografía

- Martín, Ramos Campos y Contador Castillo (2006) "Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos"
- Maslach y Leiter (1997) The truth about burnout
- Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) Job Burnout. Annual Review of Psychology
- Matteson e Ivancevich (1987) Controlling Work Stress: Effective resource and Management Strategies.

Capítulo 672

VOZ, HERRAMIENTA DE TRABAJO DEL PROFESIONAL DE LA SANIDAD.

MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO

IRENE ÁLVAREZ GARCÍA

ANA INÉS GAVADIAN SERANTES

JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ

CARMEN CANO DIAZ

1 Introducción

La voz es el mecanismo fundamental para la comunicación oral, además los pacientes se manifiestan tanto por sus características físicas como emocionales.

2 Objetivos

- Conocer las variables que influyen en los procesos de comunicación oral e identificar la voz como una herramienta fundamental del trabajo.

3 Metodología

Revisión y análisis de publicaciones relacionadas con la temática, en diferentes medios divulgativos.(artículos, libros,on line ...)

4 Resultados

Se constata experimentalmente que tras un primer contacto visual, la voz es la herramienta básica de comunicación interpersonal, que transmite,a través de aspectos tales como timbre, locuciones,gestos,el nivel de predisposición y/o empatía y entendimiento entre el profesional y el usuario.

Saber comunicarse es una de las habilidades más importantes a desarrollar por los profesionales.Para que haya comunicación, es preciso escuchar de forma activa, esperando a que el otro acabe, intentando no interrumpir,ni juzgar, o menospreciar o generalizar.
Por otro lado, tan importante como las palabras es el lenguaje no verbal gestual e inclusocorporal,con el que apoyamos o podemos contradecir el mensaje que nuestros labios emiten.
Con una sonrisa o gestos de asentimiento distribuidos malamente podemos causar una interrupción en la comunicación.

5 Discusión-Conclusión

Todos los profesionales deben entender la gran necesidad de comunicarse óptimamente con el usuario del sistema sanitario.Esto es, hacerse entender, sin usar tecnicismos fuera de lugar, y dejando entrever una cercanía y deseo de que los pacientes tengan claro lo que les transmite.

Por tanto deberían adquirir estrategias para:
-Ejercer escucha activa con el paciente, que proporcione un feed-back recíproco.
-Darse cuenta de cómo el lenguaje no verbal afecta al contenido
-Mostrar consideración y respeto
-Ser empatico
-Y entender y adaptarse a las limitaciones y necesidades del usuario.

6 Bibliografía

- https://de doctor.com (habilidades y técnicas relacionales en el ámbito sanitario)
- Istas.net

Capítulo 673

EFECTOS DE LA TURNICIDAD DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ISABEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

La mayoría de los trabajadores de los hospitales desarrollan su jornada laboral a turnos incluyendo el nocturno, lo que puede implicar que se padezca trastornos del sueño provocados por los cambios de horarios a la hora de ejercer sus funciones laborales.

2 Objetivos

- Conocer los efectos provocados por el trastorno del sueño derivado de los turnos en el trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La rotación de turnos puede generar trastornos del sueño derivados tanto de la nocturnidad como de la propia rotación en sí; provocando en el trabajador problemas a la hora de dormir por el día o dificultando el descanso durante las horas de la noche, lo que hará un desajuste vital en el ciclo de sueño del trabajador.

Son muchos los efectos negativos que se generan en la salud del trabajador causados por el trabajo a turnos:
- Aumento de la ansiedad y el estrés a la hora de intentar dormir, se puede generar el efecto contrario y no conseguir el objetivo de conciliar el sueño.
- Accidentes de tráfico, los cambios en el ciclo de dormir pueden provocar sueño en periodos que se debe de estar despierto.
- Accidentes y lesiones laborales, la alteración del sueño puede generar sensación de fatiga mental disminuyendo las capacidades y los reflejos para reaccionar frente a los imprevistos que se pueden generar en el trabajo.
- Problemas de concentración, lo que implica deficiencia a la hora de desempeñar las funciones del trabajo e irritabilidad ante las relaciones con compañeros y pacientes.
- Se genera otro tipo de enfermedades derivadas del bajo estado anímico del trabajado por la falta de sueño.

5 Discusión-Conclusión

Aunque es difícil evitar los efectos de los trastornos de sueño provocados por los turnos es importante que el trabajador aprenda a identificar sus ritmos biológicos para minimizar lo antes posible los efectos desarrollados en este capítulo.

6 Bibliografía

- Harrison Y, Horne J. (2000). El impacto de la falta de sueño en la toma de decisiones: una revisión. Revista de Psicología Experimental: Aplicada. 6: 236-249.

Capítulo 674

DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD.

ALINA LORENCES RIESGO

1 Introducción

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. Hace referencia a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de distinta clase social, género, etnia o territorio, de forma que los colectivos más desfavorecidos presentan peor salud que el resto.

A pesar de los avances en atención sanitaria, de la expansión de la educación y de un aumento en la renta, en España persisten importantes diferencias en términos de esperanza de vida y de salud según el nivel educativo. Comprender las diferencias y abordar las disparidades es esencial para mejorar la salud general de la ciudadanía y reducir las desigualdades en esta área.

2 Objetivos

- Describir las desigualdades en el estado de salud, en los estilos de vida y en la utilización de servicios sanitarios en España.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica, de artículos relacionados con el tema a tratar y análisis de datos estadísticos.

4 Resultados

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados en el análisis de las desigualdades sociales. Es una medida subjetiva que valora la percepción que tiene la persona de su estado de salud, mostrando ser un buen predictor de la esperanza de vida, de la morbi-mortalidad y de la utilización de servicios sanitarios.

En España el 74% de la población valoró su salud positivamente (muy buena o buena) en 2017. La percepción favorable se mantiene en niveles altos a pesar del aumento de esperanza de vida y consiguiente envejecimiento de la población. Pierde un punto desde 2011, pero mejora en la última década, desde el 70% en 2006 al 74% en 2017. La percepción positiva de la salud disminuye con la edad. La caída más brusca con respecto al grupo decenal anterior se produce en el grupo de 75-84 años.

En España, se observan desigualdades en la prevalencia de mal estado de salud percibido según la clase social basada en la ocupación de la persona de referencia, 27% los directores y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias (clase social I) indican que su estado de salud percibido es muy bueno mientras que sólo el 21% de los trabajadores/ no cualificados (clase social VI) lo perciben como muy bueno.

Las desigualdades sociales entre hombres y mujeres y entre clases más y menos favorecidas se traducen desigualdades en la mortalidad y en el estado de salud, por ejemplo, un 45% de las mujeres de clase social VI declaran un buen estado de salud frente a un 49% de los hombres de clase social I. También existen desigualdades según género y clase social en las conductas relacionadas con la salud, como la actividad física, unas desigualdades que en ocasiones empiezan desde la infancia.

A pesar de que actualmente las personas procedentes de países de renta baja presenten perfiles de mortalidad y morbilidad crónica relativamente favorables, los resultados en autovaloración y de salud mental apuntan ya a una desigualdad que en el futuro podría empeorar debido a sus desfavorables condiciones de vida y trabajo. Por otro lado, la población de etnia gitana presenta peores indicadores de salud que la población general. En las clases sociales o posiciones socioeconómicas más desfavorecidas, en las mujeres, y en las poblaciones inmigradas de países de renta baja aumenta la exposición a factores como el desempleo o la exclusión del trabajo remunerado. El reparto desigual de roles y poder entre hombres y

mujeres también deriva en diferentes usos del tiempo con impacto en la salud: la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados no permite a las mujeres invertir el mismo tiempo que los hombres en el trabajo remunerado y actividades de ocio, incluida la actividad física. El 42% de los hombres de clase social realizan actividad física sin embargo el 41% de las mujeres de clase social VI realizan un nivel bajo de actividad física, que no cumple con las recomendaciones de las OMS sobre actividad física.

La salud mental es importante para las personas y para la sociedad. La enfermedad mental puede llegar a reducir drásticamente la calidad de vida, no sólo de la persona que la sufre sino también de su familia, y es una de las principales causas de discapacidad. La creciente flexibilización de la contratación laboral en aras a un mayor crecimiento económico tiene efectos negativos sobre la salud de la población trabajadora. En España la precariedad laboral está afectando especialmente a las mujeres, los trabajadores y trabajadoras poco cualificados, los jóvenes y las personas inmigradas. Perder un trabajo tiene también un impacto negativo sobre diferentes indicadores de salud, en buena parte relacionado con la pérdida de ingresos. Es importante tener en cuenta el hecho de que la percepción de prestaciones económicas de desempleo reduce e incluso hace desaparecer el impacto negativo de la pérdida del empleo sobre la salud mental.

El pago que representa la atención a los problemas de salud puede no ser asumible o bien representar una importante carga para las personas de los grupos más desfavorecidos. Éste es un aspecto fundamental a tener en cuenta desde la perspectiva de la equidad. El sistema sanitario público español es uno de los que menos desigualdades en el acceso económico produce, ya que tiene una amplia cobertura de servicios para toda la población, pero en determinadas áreas, como la salud bucodental y la atención a la salud mental, o el acceso a medicamentos pueden existir dificultades de acceso económico que acaban determinando desigualdades sociales en salud.

5 Discusión-Conclusión

En 2005 la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad en salud y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo. El informe resultante está estructurado a partir de tres principios básicos de acción:

- Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población

nace, crece, vive, trabaja y envejece.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
- Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

La experiencia muestra que en el contexto europeo es posible desarrollar políticas para reducir las desigualdades sociales en salud, integradas en las políticas y programas sectoriales.

España es uno de los países que tiene ya evidencia de la existencia de las desigualdades socioeconómicas en salud. Se ha evidenciado en estudios realizados como en España, la posición socioeconómica, el género, el territorio, y la inmigración, son ejes de desigualdad con enorme impacto en la salud de la población. Por ejemplo, entre las comunidades autónomas más ricas (Madrid 84.78 años) y una de las más pobres (Andalucía 81.76 años) hay una diferencia de esperanza de vida de 3 años.

6 Bibliografía

- https://www.mscbs.gob.es/
- https://www.ine.es/
- http://madridsalud.es/
- https://www.who.int/
- https://observatoriosociallacaixa.org/

Capítulo 675

ALMACENES SANITARIOS

MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA

ROSA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

MARTA FERNANDEZ COSMEA

1 Introducción

Para que los centros sanitarios funcionen adecuadamente y se pueda garantizar la actividad asistencial, se necesita almacenar los artículos sanitarios de forma correcta.

Las actividades propias del almacén, como son comprar, almacenar y suministrar tienen que estar perfectamente coordinadas para que no existan ningún tipo de fallo a la hora de asistir a los pacientes.

El almacén sanitario está compuesto por el espacio físico y por el conjunto de las mercancías que se utilicen para satisfacer las necesidades del centro sanitario. Los responsables del almacén sanitario serán encargados de hacer el pedido de las mercancías a los proveedores, así como de recibirlas y controlar que no estén defectuosas.

2 Objetivos

- Mantener las existencias necesarias para garantizar la salud, garantizando a la vez que en todo momento el material almacenado mantenga las características físicas y químicas para su uso.

- Llevar un seguimiento de los lotes puestos en el mercado por si fuese necesarios retirarlos.
- Tener las condiciones físicas y químicas correctas para mantener la seguridad y eficacia del material, atendiendo a las normativas vigentes.
- Garantizar que los productos sean auténticos y que mantengan una rotación adecuada.
- Controlar la circulación de aquellas sustancias y productos que deban estar sometidos a vigilancia especial.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente,configurándose como un trabajo tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas en las bases de datos y Google Académico, utilizando para ello palabras clave como: almacén sanitario, tipos almacén sanitario, normas de almacén sanitario, etc.

4 Resultados

Tipología de los almacenes:
1. Por la cantidad de material almacenado:
- Almacenes Centrales: Que disponen de gran espacio y que contienen todo tipo de material sanitario. Pueden suministrar a varios centros sanitarios.
- Almacenes Generales: Son lo que están dentro de los centros sanitarios con la finalidad de facilitar el material a todas las dependencias del mismo.
- Almacenes Pequeños: Son los que suelen estar en una planta del hospital y con poco material. Se suelen reponer a diario.

2. Según el tipo de material:
- De comida: Situados cerca del servicio de la cocina y donde lógicamente se guardan alimentos y bebidas. Se pueden almacenar productos a temperatura ambiente o refrigerados o congelados.
- De farmacia: Donde se guardan los productos farmacéuticos para el tratamiento de los pacientes.
- De lencería: Por lo general existe uno en cada planta y se almacena la ropa de cama y del aseo, incluso de puede almacenar ropa del personal sanitario.

3. Según su función:

• Almacén abierto: Es aquel al que cualquier persona tiene acceso y no requiere ningún tipo de control. Son por ejemplo los botiquines de planta.
• Almacén cerrado: Su acceso está restringido a personal autorizado, quedando registrada cada entrada y salida.

5 Discusión-Conclusión

A continuación se muestran las normas que deben de cumplir los almacenes sanitarios:
1. Normas de Seguridad e Higiene: Una actitud responsable y la concienciación del personal son el elemento clave para la protección de la salud.
- Temperatura, ventilación y humedad entre márgenes aceptables.
- No presentar riesgos eléctricos ni vibraciones.
- Limpieza y desinfección adecuada y periódica.
- Conocer las salidas de emergencia, los matafuegos y donde se accionan las alarmas.
- Etiquetar adecuadamente el material corrosivo, tóxico, inflamable, explosivo o nocivo.
- Permitir la correcta y clara separación de los distintos productos sanitarios.

En cuanto a las personas:
- Lavado de manos.
- No acudir enfermo al trabajo.
- No dejar herramientas o materiales alrededor de las maquinas ni tirados en el suelo.
- No bloquear las rutas de escape ni salidas de emergencia.
- Llevar ropa de trabajo debidamente ajustadas.

2. Normas de Almacenaje:
Distinguiremos si se trata de almacenar productos secos, refrigerados o congelados.
- Los productos secos: son los que no necesitan de condiciones especiales y es suficiente mantenerlos a la temperatura, humedad y ventilación adecuada. En ellos es importante el etiquetado, y las fechas de caducidad y consumo preferente. Si los productos fueran estériles requieren una limpieza rigurosa y un cuidado excepcional de las personas que los manipulan. Si hablamos de productos Higroscópicos, es esencial guardarlos en lugares muy secos. Si tenemos productos fotosensibles, habrá que protegerlos de la luz. También podemos tener productos peligrosos, como Inflamables, Radioactivos, etc.

- Los productos refrigerados o congelados: Estos son alimentos perecederos, que necesitan ser refrigerados a 5 °C o menos, o congelados a -18°c o menos para que no exista crecimiento de bacterias. Todos aquellos alimentos cocinados son perecederos y es necesario refrigerar o congelar .

3. Normas de señalización:
La señalización tiene como fin, proporcionar a los trabajadores la información relativa a su seguridad y salud. Si no es posible eliminar el riesgo es necesario señalizarlo. Estas señales deben de atraer la atención del personal, ser claras y comprensibles. Pueden ser de prohibición, de advertencia, de obligación, de salvamento o socorro, indicativas, en formar de panel, adicionales, etc.

6 Bibliografía

- https://dieteticaynutricionweb.wordpress.com/2016/12/15/sistemas-de-almacenaje/.
- https://www.docsity.com/es/el-almacen-sanitario-1/4375708/
.
- https://prezi.com/eurmth0pblwy/tipos-de-almacenes-sanitarios/file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ALMACENES%20SANITARIOS%20EXISTENCIAS%20E%20INVENTARIOSMCMILLAN.pdf.

Capítulo 676

SÍNDROME BURNOUT EN EMPLEADOS DE LA SANIDAD

IRENE ÁLVAREZ GARCÍA

ANA INÉS GAVADIAN SERANTES

JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ

CARMEN IGLESIAS GARCÍA

MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO

1 Introducción

El Síndrome Burnout , también llamado Síndrome del "Quemado" es un trastorno emocional vinculado con el ámbito laboral con graves consecuencias (y en un alto porcentaje, irreversibles) para la vida y salud de quien lo padece.

2 Objetivos

- Aprender a identificar el síndrome de Burnout, para adoptar la medidas adecuadas y de la forma más temprana posible para minimizar sus nefastas consecuencias sobre la salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

El síndrome del Burnout vinculado al ámbito laboral se manifiesta con agotamiento emocional, pérdida de autoestima, despersonalización y baja realización personal, sucediendo en profesionales que trabajan con personas, de cara al público principalmente, y que mayoritariamente han escogido vocacionalmente su oficio.

Las causas más importantes son:
1. Trato muy estrecho con el usuario de sanidad, lo que hace que a menudo se identifique demasiado con la problemática de éste.
2. Organización laboral despersonalizada, es decir, un exceso de burocratización, falta de libertad personal para organizar las tareas, mal organización espacio-temporal (sale a deshora del trabajo, se lleva trabajo a casa, espacios y tiempos muy reducidos y estresantes, etc.).
3. El trabajador tiene unas expectativas en su actividad laboral que no se adaptan a la realidad cotidiana y le provocan ansiedad, apatía o tristeza al verlas incumplidas.
4. Turnicidad y nocturnidad, que hacen muy difícil la conciliación familiar y causan trastornos de vigilia, ansiedad y aislamiento.
5. Es más frecuentes en mujeres y en personas solteras.
6. La antigüedad profesional: de la primera ilusión profesional o idealismo teórico se pasa a ”tropezar” con la cruda y casi siempre bien distinta realidad.
7. La ilusión es sustituida por desánimo, aburrimiento, frustración y se extrapola también al ámbito social y personal, lo que lleva a un aislamiento.

Los principales síntomas son:
1. Trastornos psíquicos: agotamiento mental y emocional, sensación de fracaso profesional, baja autoestima.

2. Trastornos físicos: insomnio, cefaleas, dolores lumbares, molestias gastrointestinales, nerviosismo, taquicardias, depresión.
3. Trastornos conductuales: adopción de hábitos nocivos (sedentarismo, alcohol, tabaco, drogas, juego, etc.), absentismo laboral.
4. Trastornos afectivos: tristeza, apatía, depresión.
5. Trastornos sociales y familiares: se aíslan y desvinculan.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario tomar medidas preventivas :
- A nivel individual e interpersonal: enseñar técnicas de relajación, de autocontrol personal, de gestión óptima de los sentimientos y emociones, de la organización personal del trabajo y planificación saludable del tiempo libre.
- A nivel organizativo y laboral : organizar los turnos de trabajo permitiendo una mayor diversidad y dinamismo en las tareas, teniendo en cuenta si el turno es de mañana, tarde o noche, para evitar monotonía y a la par reducir accidentes laborales por descuidos y/ o agotamiento; dar apoyo ante situaciones de estrés profesional, ajustar los tiempos designados a las tareas, implementar más descanso entre tareas, dar más autonomía personal.

Actualmente la OMS considera el Síndrome Burnout como una enfermedad profesional. Entre un 5% y un 10% de los afectados JAMÁS lo supera y llega a una situación de invalidez permanente o al abandono completo de la actividad profesional.

6 Bibliografía

- https://www.cuidateplus.marca.com
(Síndrome de burnout, ¿qué es?) .
- https://www.medicosypacientes.com
.
- https://www.bbc.com
(Síndrome del burnout) .
- Básico de prevención de riesgos laborales-ISTAS.

Capítulo 677

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LA SANIDAD.

PILAR MÉNDEZ ALONSO

1 Introducción

El síndrome de Burnout vulgarmente llamado "estar quemado en el trabajo" se trata de un tipo de estrés donde los profesionales sanitarios y no sanitarios están sometidos a una presión continua. Tal y como dice Thomaé, M. N. V., Ayala, E. A., Sphan, M. S., & Stortti, M. A. (2006), "el síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado".

La sobrecarga de trabajo debido a la falta de personal, la insatisfacción del salario, el contacto directo con los pacientes incluyendo los de difícil carácter, la falta de oportunidades para el desarrollo profesional, trabajar a turnos sobre todo en el turno de la noche etc., llega a ser un cúmulo de situaciones donde los profesionales se agotan física y mentalmente, se sientan desmotivados y poco valorados.

2 Objetivos

- Conocer cómo el síndrome de Burnout afecta a la vida de los profesionales.
- Comprender los motivos del síndrome de Burnout.

3 Metodología

En este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando diversos buscadores y bases de datos como Google Académico, Dialnet y Redalyc, donde se ha obtenido información para llevar a cabo esta investigación. También se han utilizado los siguientes descriptores: síndrome de Burnout, sanidad y profesionales sanitarios.

4 Resultados

A partir de esta investigación observamos que los datos arrojados al respecto se asocian a las siguientes causas o circunstancias. Los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios sufren un agotamiento físico y mental tan alargado en el tiempo que hace que estén sometidos a una carga emocional excesiva y perjudicial para su salud. Por ello llegan a sufrir este síndrome. Diversas causas hacen padecer este síndrome. Como dice Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004) " el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que se realiza."

5 Discusión-Conclusión

De los resultados anteriores se puede llegar a la conclusión de que este síndrome no está muy tenido en cuenta por los máximos responsables, pues se evidencia que se trata de una dolencia poco reconocida pero a su vez muy extendida, y las mejoras para solucionarlo son mínimas. Aunque si bien es cierto que la Organización Mundial de la Salud lo reconoce como una enfermedad, hay mucho camino que recorrer para prosperar en este tipo de dolencia profesional donde es evidente que es algo muy generalizado como para ignorarlo.

6 Bibliografía

- Thomaé, M. N. V., Ayala, E. A., Sphan, M. S., & Stortti, M. A. (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina, 153(1), 18-21.

- Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. International journal of clinical and Health Psychology, 4(1), 137-160.

Capítulo 678

LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA EN EL PUESTO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

SILVIA VALVERDE ÁLVAREZ

MARIA CARMEN PRIETO SÁNCHEZ DEL PULGAR

REBECA FERNÁNDEZ ALONSO

1 Introducción

La ergonomía es la disciplina que se ocupa de adaptar las condiciones del lugar de trabajo a las peculiaridades físicas y psicológicas del trabajador.

El auxiliar administrativo trabaja muchas horas al día sentado delante de una pantalla de visualización de datos (PVD), realizando movimientos repetitivos, y lo normal, es que, después de un tiempo, adopte una postura que en un principio puede resultar más cómoda, pero a la larga puede provocar problemas de salud.

Por tanto, mantener una postura adecuada mientras se trabaja es fundamental para prevenir o evitar determinadas dolencias, tales como, la dorsalgia, cervicalgia, tendinitis, etc. Estas dolencias afectan la calidad de vida y de trabajo del asalariado pero también suponen pérdidas económicas para el empresario.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos para la salud asociados con una postura incorrecta mientras se trabaja en posición de sedestación y se usa una pantalla de visualización de datos (PVD) para el personal auxiliar administrativo.
- Sugerir las normas a seguir para reducir la incidencia de las dolencias relacionadas con el puesto de auxiliar administrativo.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda en el Boletín Oficial del Estado, así como una indagación bibliográfica empleando bases de datos académicas, tales como: Google Académico, Scielo y Medline.

4 Resultados

Después de revisar las publicaciones consultadas, pasamos a detallar las patologías que más se repiten en todas ellas, y por tanto, las consecuencias de mantener una postura incorrecta frente a las PVD:
- Síndrome de visión en computadora (SVC): se manifiesta por tener visión borrosa, lagrimeo, visión doble, ojos secos, dolor de cabeza, cuello y espalda, fatiga general y bajo rendimiento.
- Dolor de espalda: se produce por mantener una posición incorrecta durante largos periodos de tiempo.
- Síndrome del túnel carpiano: está causado por la flexión repetida de la muñeca.
- Tendinitis: inflamación del tendón.
- Lipoatrofia semicircular: hundimiento semicircular de muslos y otras zonas.
- Dolores musculares. contracturas.
- Síndrome de fatiga crónica: caracterizado por agotamiento prolongado o cansancio. Puede reducir hasta en un 50% el rendimiento del trabajador.

Otra consecuencia se relacionan con la pérdida económica para el empresario o institución debido al absentismo laboral de los trabajadores. Las recomendaciones a seguir para disminuir la incidencia de estos problemas son:
- Usar iluminación localizada, eliminar el brillo y los reflejos del monitor.
- Descansar con frecuencia la vista mirando hacia un punto alejado.
- Una vez por hora, levantarse y hacer estiramientos.

- El límite superior de la pantalla debe estar a la altura de los ojos, y a unos 45 cm de distancia.
- El ratón debe estar próximo al teclado.
- La cabeza y el cuello deben estar en posición recta y los hombros relajados.
- Los antebrazos y los brazos deben formar un ángulo de unos 90º.
- Los antebrazos, muñecas y manos deben estar en línea recta.
- Los codos deben estar pegados al cuerpo.
- El muslo y la espalda deben formar un ángulo de unos 90º.
- Las piernas y los muslos deben formar un ángulo de unos 90º.
- Los pies deben estar firmemente apoyados en el suelo o sobre un reposapiés.
- Debe haber holgura entre el borde del asiento y las rodillas.
- Se deben utilizar los teclados ergonómicos o apoya muñecas.
- El teclado debe estar a la altura de los codos.

5 Discusión-Conclusión

Un diseño adecuado de las condiciones de trabajo permite que, los empleados, trabajen con comodidad y de una manera más eficiente, aumentando la productividad.

Para las empresas o instituciones supone un ahorro económico ya que se reducen las bajas y el absentismo laboral.

El dolor de espalda supone la primera causa de incapacidad en trabajadores menores de 45 años y la segunda de absentismo laboral, esto genera un gasto para el Estado que constituye el 2% del Producto Interior Bruto.

Por todo lo expuesto anteriormente, y concentrándonos en el puesto del auxiliar administrativo del Servicio de Salud del Principado de Asturias, si los trabajadores fueran formados y utilizasen correctamente los recursos que tienen a su alcance, y los empresarios o las instituciones dotasen de las herramientas necesarias, adaptadas a las circunstancias personales de cada trabajador, para poder realizar nuestro trabajo con total seguridad, conseguiríamos: primero, un beneficio para nuestra salud, al minimizar los factores de riesgo a los que estamos expuestos en nuestra jornada laboral; y segundo, una reducción importante en los costes que genera para las empresas o las instituciones las bajas y el absentismo laboral de sus trabajadores. Por todo ello, respetar las normas que rigen la ergonomía, es una cuestión que nos incumbe a todos.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas y de seguridad y saluden los lugares de trabajo.
- Directiva 90/270/CEE para la pantalla.
- Josefina del Prado. IMF Business School. La ergonomía y su influencia en la calidad del trabajo.
- European Scientific Journal (2015). Riesgos asociados al uso de pantallas de visualización de datos de medianas empresas.
- Confederación canaria de empresarios. PRL (2015) Factores de riesgo asociados al trabajo de oficina.

Capítulo 679

LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ANA MARÍA GARCIA LÓPEZ

1 Introducción

La OMS define el lavado de manos como: “ la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguidas de un aclarado con agua abundante con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora intestinal y residente y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona”.

Ignaz Semmelweis demostró por primera vez, hace ya más de un siglo que lavarse las manos con frecuencia ayuda a prevenir la propagación de las enfermedades.

A día de hoy, todavía son miles las personas que mueren a diario en todo el mundo por infecciones debidas a la transmisión de gérmenes de unos a otros. Es por ello que las personas que participen de una manera directa o indirecta en la atención a un paciente deben extremar la higiene de sus manos para evitar daños posteriores.

2 Objetivos

- Garantizar la práctica del lavado de manos de forma adecuada para reducir la transmisión de gérmenes.

3 Metodología

Búsqueda de bibliografía en distintas publicaciones especializadas, libros y bases de datos, como son: Google Académico, Dialnet, Scielo, Latindex, Medline, Cinahl, Cuiden y Lilacs. Los descriptores utilizados fueron: lavado, higiene, manos, gérmenes, etc. Se han empleado como criterios de inclusión: textos en idioma español y de exclusión: aquellos con acceso gratuito.

4 Resultados

Los gérmenes y microbios están por todas partes y pueden llegar a nuestras manos a través de cualquier objeto que toquemos a lo largo del día, eso hace que lavarse las manos constituya un proceso clave para evitar transmitir esos gérmenes a quienes nos rodean.

Lograr cambios con relación al lavado de manos constituye un verdadero desafío para prevenir la propagación de infecciones, especialmente en un hospital donde muchas personas están en lugares cerrados y donde se administran tratamientos que pueden disminuir la capacidad del cuerpo para combatir infecciones.

Debido a su misma naturaleza, las infecciones son causadas por diferentes factores que se relacionan con los sistemas y procesos de atención de salud como así también con el comportamiento humano condicionado por la educación, los límites económicos y políticos de los sistemas y países, y con frecuencia por normas y creencias de la sociedad. Sin embargo, la mayoría de las infecciones se pueden prevenir

Lavarse las manos de una forma continua y permanente hace que disminuyan enfermedades como: la diarrea, la neumonía, el parasitismo intestinal, infecciones respiratorias e incluso enfermedades de la piel y de los ojos.

El lavado de manos debe durar entre 40 y 60 segundos y su proceso se puede resumir de la siguiente manera.: primeramente mojarse las manos con agua tibia o templada, añadir jabón y frotarse las palmas de las manos entre sí, a continuación se pasa a frotar la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa; se continuará frotando las palmas entre sí con los dedos entrelazados. A continuación frotaríamos el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos; con un movimiento de rotación se frota el pulgar izquierdo, atrapandolo con la palma de la mano derecha y luego a la inversa, nos enjuagaríamos la manos con agua, las

secaríamos con una toalla desechable y en caso de que el grifo no fuese a pedal, se usaría la propia toalla para cerrar el grifo.

Se deben lavar las manos siempre que: hayamos ido al baño, nos hayamos tocado la nariz o la boca, hubiésemos estado con fluidos, tras tocar a un paciente, etc.

Otra cosa que también es muy importante es que todo el personal tenga una adecuada higiene y cuidado de sus uñas pues debajo de estas es justamente donde más gérmenes se concentran. Por ello las uñas deben llevarse cortas, sin esmaltes y por supuesto están prohibidas las uñas postizas.

El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos ya que habría que hacer todo el proceso de lavado y posteriormente colocarse los guantes.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones asociadas a la transmisión por contagio afectan anualmente a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Las infecciones agravan las enfermedades, pueden prolongar el tiempo de internación, y suponen un aumento en el gasto económico del país.

Hay que tener conciencia en que la prevención y el control de las infecciones en el ámbito hospitalario depende de todos y todas, pues una mala praxis individual en el lavado de manos repercute de modo colectivo en todos los que le rodean.

Es necesario promover y estimular la concientización del equipo ante la seguridad del ambiente, del paciente y del propio profesional en su cotidiana labor hospitalaria. Sería también necesario para concluir que entendiésemos la verdadera naturaleza de la importancia de la higiene de manos, pues “las manos limpias salvan vidas”.

6 Bibliografía

1. Directrices De La OMS Sobre Higiene De Las Manos En La Atención Sanitaria. Organización Mundial de la Salud 2005.
2. Protocolo de lavado de manos. Sociedad Española de Medicina Preventiva.
3. POLIT, DENISE. Investigación Científica en Ciencias de la Salud, 5° Edición, Editorial Interamericana. pág. 246,247, 1997.

4. MAIMONE, S. Lavado de manos y preparación pre quirúrgica de la piel. Puesta al día. Editado, por Laboratorios Agsa. 1° Edición Buenos Aires 2003. OMS 2009.
5. Sociedad Madrileña˜ de Enfermería preventiva (AMEP). Madrid. Estrategia de despliegue en centros sanitarios del servicio de Salud. [consultado 28 ENERO 2020].
6. Sala A, Martínez Hernández J. Los trabajadores sanitarios necesitan más formación sobre la higiene de manos. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2014 Nov-Dic.
7. Abelairas Cadahia C, Dopico López N. Lavado de manos: revisión y actualización. Metas Enferm 2007; 10(7):14-8.
8. Tenías JM, Mayordomo C, Benavent ML, San Félix M, García MA, Antonio R. Impacto de una intervención educativa para promover el lavado de manos y el uso racional de guantes en un hospital comarcal. Calidad asistencial

Capítulo 680

ERGONOMÍA PARA CELADORES

MARÍA EUGENIA CONCHA DÍAZ

1 Introducción

Para la conservación de una buena salud, es necesario adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del individuo. En esto se basa el principio de Ergonomía. En hospitalización, la movilización de enfermos implica levantar, mover, desplazar y empujar personas en un entorno especial (movimientos imprevistos, grandes esfuerzos, posturas forzadas).

2 Objetivos

- Dar a conocer al celador información importante sobre la ergonomía en el trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el R.D. 487/1997, establece las disposiciones mínimas de seguridad y de salud, relativas a la manipulación manual de cargas que entrañen riesgos, en particular dorso-lumbares, para los profesionales6. En su artículo 2, define qué se entiende por manipulación manual de cargas: "cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción o el desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entrañe tales riesgos". Asimismo, el artículo 4 obliga al empresario a garantizar que los trabajadores y sus representantes reciban una formación e información adecuadas sobre los riesgos derivados de tal manipulación manual de cargas, así como sobre las medidas de prevención y protección que hayan de adoptarse en aplicación del presente Real Decreto. En particular, proporcionará a los trabajadores una formación e información adecuada sobre la forma correcta de manipular las cargas y sobre los riesgos que corren de no hacerlo de dicha forma.

5 Discusión-Conclusión

Un buen diseño del puesto de trabajo, ayuda a una correcta realización de la tarea. La continuidad de una vida laboral sana, depende también del autocuidado en dicho puesto de trabajo, el conocimiento de los riesgos laborales y de la adopción de posturas correctas durante su realización.

6 Bibliografía

- https://www.researchgate.net/publication/272411541_ERGONOMIA_E_INVESTIGACION_EN_EL_SECTOR_SALUD
.
- https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5867/leiva-ruben.pdf
.
- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100003
.
- http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32044/TFG-L2141.pdf;jsessionid=F64522C027A35435276D2456ABCEADCA?sequence=1
.

Capítulo 681

LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS APLICADA EN LA SANIDAD

PILAR MÉNDEZ ALONSO

1 Introducción

La historia clínica electrónica es en la actualidad indispensable para la sanidad pues con ello se gana no solo en rapide, sino también en una eficaz coordinación para la gestión clínica y una mejor atención médica.

Cabe mencionar la importancia que tiene la privacidad de las personas, por ello hay que destacar tres bases fundamentales que deben aplicarse para la protección de datos en la sanidad: la confidencialidad, integridad y disponibilidad.

La confidencialidad es un proceso donde sólo el personal autorizado tiene la facultad de acceder a los datos personales y a su vez están obligados a no revelar información facilitada por el paciente.

La integridad ofrece todas las garantías para que la información sea veraz y sin posibilidad de cambiarla sin consentimiento.

La disponibilidad es ofrecer la información requerida por el usuario acreditado en el momento que precise.

Según dice (Aberasturi Gorriño, U. 2011), teniendo en cuenta que las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) potencian un mayor flujo de datos, tanto en cantidad como en alcance. Uno de los principales riesgos se traduce en la posibilidad de que esos datos de carácter personal que se manipulan para el ejercicio de la actividad sanitaria sean alterados, sustraídos, perdidos o puestos

en común con otra información. Ante este peligro es necesario que en los sistemas sanitarios le garantice a la ciudadanía su derecho a conocer qué sucede con sus datos personales. Según corrobora (Sánchez-Henarejos, A., Fernández-Alemán, J. L., Toval, A., Hernández-Hernández, I., Sánchez-García, A. B., & de Gea, J. M. C. 2014), las organizaciones sanitarias generalmente no emplean trabajadores con habilidades en tecnologías de la información o con formación en materia de seguridad, y suelen olvidar las amenazas internas a la hora de planificar la estrategia de seguridad. Esta situación se agrava en entornos abiertos a Internet, donde el número y la naturaleza de las amenazas van en aumento y están en continua evolución.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos que tiene manejar información sensible de los pacientes.

3 Metodología

Para este estudio se han revisado bases de datos como Scielce, Dialnet y también el buscador Google Académico. Se han empleado los siguientes descriptores: protección de datos, sanidad, historia clínica y seguridad informática. Se han utilizado un total de 3 referencias.

4 Resultados

Los resultados de este estudio bibliográfico aportan que en la actualidad tanto sanitarios como no sanitarios hacen uso de información muy sensible y deben ser conscientes de la delicadeza de esos datos en cuestión, donde hacer un uso indebido ya sea consciente o inconscientemente provocaría la revelación de datos confidenciales y a su vez un grave daño a las personas, por ello hay que ser sumamente responsable.

5 Discusión-Conclusión

En este estudio se ha llegado a la conclusión de que a pesar de todas las medidas existentes en la actualidad falta mucho por concretar.

Es un hecho que las nuevas tecnologías aportan infinidad de ventajas, pero a su vez conllevan grandes riesgos para la sociedad, en este caso la vulnerabilidad de la protección de datos.

Dicho esto es evidente que lo más sensato sería formar a los trabajadores mediante cursos de formación de manera periódica, ya que el deber de la confidencialidad es una obligación que todos los profesionales deben conocer y aplicar, sin embargo establecer los protocolos y la disponibilidad de los recursos informáticos concierne exclusivamente a la dirección del centro.

6 Bibliografía

- Sánchez-Henarejos, A., Fernández-Alemán, J. L., Toval, A., Hernández-Hernández, I., Sánchez-García, A. B., & de Gea, J. M. C. (2014). Guía de buenas prácticas de seguridad informática en el tratamiento de datos de salud para el personal sanitario en atención primaria. Atención Primaria, 46(4), 214-222.
- Aberasturi Gorriño, U. (2011). Los principios de la protección de datos aplicados en la sanidad. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatearen Argitalpen Zerbitzua.
- García, I. P. (2013). Protección de datos sanitarios: la historia clínica y sus accesos. Revista CESCO de Derecho de Consumo, (8), 306-318.

Capítulo 682

LA INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA EN EL ÁMBITO SANITARIO.

LUISA MARIA ABREU JARDÓN

1 Introducción

La información administrativa que suministra el personal auxiliar administrativo en el ámbito sanitario puede ser general o particular. Se define información administrativa como aquella información que permite a los ciudadanía acceder al conocimiento de sus derechos y obligaciones y la utilización de los bienes y servicios públicos.

La información general: es la información administrativa relativa a la identificación, fines , competencia, estructura, funcionamiento y localización de organismos, unidades administrativas, autoridades y personal al servicio de las Administraciones del Principado de Asturias y de sus organismos y entes públicos.

La información particular: es aquella información administrativa concerniente al estado o contenido de los procedimientos y a la identificación de las autoridades y personal al servicio de la Administración del Principado de Asturias y de sus organismos y entes públicos bajo cuya responsabilidad se transmiten aquellos. También podrá referirse a datos especialmente protegidos de acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

La información que se proporcione al paciente o usuario tendrá carácter orientativo y no originará derechos, ni expectativas de derecho (Decreto 89/2017 de 20 de Diciembre por el que se regula la atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias,sus

organismos y entes públicos. Boletín Oficial del Principado de Asturias, Núm.297 de 27-XII-2017).
El titular del derecho a la información asistencial es el paciente. Podrán ser informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste la información administrativa en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo me basé en la información directamente sacada del Decreto 89/2017 de 20 de Diciembre por el que se regula la atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos. Boletín Oficial del Principado de Asturias, Núm.297 de 27-XII-2017. Así como también, de la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4 Resultados

Los resultados de una eficaz información administrativa proporcionaran mayor grado de satisfacción y credibilidad de los pacientes o usuarios por la información recibida. Por lo que el personal administrativo debe:
- Proporcionar información clara, concreta y de fácil compresión.
- Actualizar, autentificar y ofrecer máxima accesibilidad a la información para todas las personas en igualdad de condiciones.
- Ser neutral y adaptar progresivamente los cambios tecnológicos para garantizar la mayor calidad a las personas que necesitan información.
- Trabajar en base al criterio de confidencialidad, de acuerdo con la normativa reguladora de protección de datos de carácter personal.

Respetar el derecho a la intimidad del paciente o usuario incluye el deber de secreto del personal auxiliar administrativo en el ejercicio de sus funciones (manejo

de datos personales para cambiar algún dato que nos solicita el interesado directamente, entrar en su historia clínica para aportar información de la fecha y hora de sus consultas médicas, pruebas pendientes de realizar, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Los avances tecnológicos (pantallas informativas, máquinas automáticas donde se saca el justificante de la consulta directamente o el papel de turno de llamada para la consulta médica o prueba que se tenga que realizar) ofrecen una información rápida y eficaz al paciente.

La información administrativa en ningún caso supondrá una interpretación normativa, consideración jurídica o económica. Decreto 89/2017 de 20 de Diciembre por el que se regula la atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos. Boletín Oficial del Principado de Asturias, Núm.297 de 27-XII-2017.

6 Bibliografía

- Decreto 89/2017 de 20 de Diciembre por el que se regula la atención cuidadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias,sus organismos y entes públicos. Boletín Oficial del Principado de Asturias, Núm.297 de 27-XII-2017.
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre , básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Capítulo 683

PROCESO PARA ADVERTIR LOS DAÑOS DE ESPALDA DEL PROFESIONAL SANITARIO.

AMPARO GONZALEZ SERRANO

AVELINO MANUEL PEREZ PEREZ

MARTA MESA GARCÍA

MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA

1 Introducción

La sobrecarga a la que se están sujetos el profesional sanitario, evidencia un incremento en daños de espalda y columna.

2 Objetivos

- Conocer el proceso correcto, cuando se quiera movilizar al paciente hacía encima de la cama de manera que evitemos el sobre esfuerzo físico y las lesiones de la columna

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Resultados

- Postura de la espalda siempre recta.
- Cargar lo más cerca posible del cuerpo.
- Mantener piernas flexionadas y pies separados.
- Equilibrio con nuestro propio cuerpo.
- En pacientes de constitución normal: el procedimiento se realizará entre dos personas (enfermera, auxiliar o celador).
- En pacientes de constitución gruesa: entre cuatro personas (enfermera, auxiliar o celador).
- En la medida de lo posible, utilizar los medios mecánicos disponibles.

5 Discusión-Conclusión

La oficina europea para la seguridad y salud en el trabajo, muestra estadísticas de daños de espalda en los trabajadores sanitarios, siendo una de las principales causas de absentismo laboral. Efectuar este procedimiento de forma adecuada, previene daños de espalda y columna y por lo tanto, disminuirá el absentismo laboral.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000400003
- https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HPALENCIA_PRL_MOVILIZACION_MANUAL_PACIENTES.pdf

Capítulo 684

AMBIENTE PROFESIONAL EN TRABAJADORES DE DISTRITOS BÁSICOS DE SALUD

AMPARO GONZALEZ SERRANO

AVELINO MANUEL PEREZ PEREZ

MARTA MESA GARCÍA

MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA

1 Introducción

La influencia del clima organizacional existente en una institución sobre el nivel de salud de los trabajadores de la misma.

2 Objetivos

El propósito de este estudio es conocer el clima organizacional existente en 10 Zonas Básicas de Salud de Sevilla y analizar su influencia sobre la salud percibida por los trabajadores

3 Caso clínico

Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron todos los trabajadores de 10 Zonas Básicas de Salud de Sevilla. A cada trabajador se le realizó un cues-

tionario donde constaban los siguientes datos: sociodemográficos, de su historia laboral y de percepción de salud. Además, se les realizó el cuestionario sobre problemas de salud.

4 Discusión-Conclusión

El clima organizacional en una organización está relacionado con la salud percibida por los trabajadores de la misma. Por tanto los esfuerzos preventivos deberían ir encaminados hacia la promoción de políticas de mejora del clima organizacional en el trabajo.

5 Bibliografía

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000500011

Capítulo 685

ACOSO LABORAL EN ÁMBITO SANITARIO Y SU REPERCUSIÓN.

ALEJANDRA NUEVO DEL BUSTO

1 Introducción

En nuestro país, un informe de la Fundación Europea ya cifraba en más de 800.000 mil personas afectadas de acoso laboral desde 2001. Al hacerse públicos los primeros casos de este tipo de agresión y ser identificados de manera específica es cuando se comienza a tomar conciencia del problema y se ponen en marcha los mecanismos sociales en busca de soluciones.

En el ámbito político ello conlleva la elaboración, aprobación y ejecución de normas reguladoras. En España se está atendiendo esta problemática desde las políticas de prevención de riesgos laborales. Los estudios epidemiológicos realizados para el conjunto del estado, todavía son insuficientes dado que de ello dependerá un mejor conocimiento del verdadero alcance de este tipo de violencia en el ámbito laboral.

La Constitución Española reconoce como derechos fundamentales de los españoles la dignidad de la persona, (artículo 10), así como la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes (artículo 15), y el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (artículo 18); y encomienda al tiempo a los poderes públicos, en el artículo 40.2, el velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Fruto de dichos derechos, en España, la legislación de 2007, tipifica como falta disciplinaria muy grave el acoso laboral.

En la definición que aparece publicada en el Boletín Oficial del Estado de junio de 2011 y que se refiere a la Ley Orgánica 5/2010, el acoso laboral es una forma de "violencia psicológica en el trabajo". Siendo "mobbing" el término anglosajón, lo define como "exposición a conductas de violencia psicológica intensa, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo hacia una o más personas, por parte de otra/s que actúan frente a aquella/s desde una posición de poder –no necesariamente jerárquica sino en términos psicológicos-, con el propósito o el efecto de crear un entorno hostil o humillante que perturbe la vida laboral de la víctima. Dicha violencia se da en el marco de una relación de trabajo, pero no responde a las necesidades de organización del mismo; suponiendo tanto un atentado a la dignidad de la persona, como un riesgo para la salud".

2 Objetivos

- Sensibilizar y concienciar a las personas que lo sufren a denunciarlo poniendo freno a ésta situación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen medidas efectivas para prevenir o solucionar el problema del mobbing laboral, entre las que podemos destacar:

- Fomentar el apoyo entre los trabajadores y no el aislamiento o la competitividad. Un buen ambiente consigue mayor productividad y calidad, menor tasa de absentismo y mayor fidelidad de los trabajadores a la empresa.
- Definir con claridad los puestos de trabajo, las tareas asignadas, los objetivos y el margen de autonomía de los trabajadores. Evitará conflictos y permitirá que los trabajadores se centren en sus funciones y no en las de los demás.

- Promover la negociación en los conflictos laborales. Muchos conflictos podrían resolverse dialogando. Desde la dirección se debe promover la negociación y facilitar la puesta en marcha de los acuerdos a los que se llegue.
- Garantizar el respeto y el trato justo a todos los trabajadores de la empresa. La dignidad de las personas que forman la empresa ha de estar siempre por encima de cualquier consideración económica.
- Ignorar la personalidad del acosador. Está demostrado que los acosadores necesitan un público que aplauda sus actos, se deben tomar medidas para que las conductas incorrectas no sean reforzadas sino todo lo contrario, ignoradas.
- En caso de que no pueda resolverse la situación de mobbing laboral, cambiar de lugar de trabajo al acosador y no a la víctima, a menos que ésta nos lo pida. Trasladar a la víctima, contra su voluntad, podría ser interpretado como un castigo por parte de la víctima y como una victoria por parte del acosador.
- El acosador debe ser sancionado. Ver que su conducta tiene consecuencias negativas, le servirá como elemento disuasorio para un futuro.
- No esperar a que se produzcan daños a la salud del trabajador. No se debe esperar a que haya una agresión física o a que la víctima solicite la baja laboral. Ante un caso de acoso laboral siempre se debe actuar de forma rápida.
- No basta con buscar un culpable. El mobbing se produce porque en la empresa se dan las condiciones necesarias para que aparezca. Aunque eliminemos al acosador, si no cambiamos estas condiciones, el acoso volverá a aparecer.

5 Discusión-Conclusión

Es por ello por que se ve necesaria una actuación rápida frente al acoso laboral siendo un problema que atañe a cualquiera con independencia de su puesto de trabajo,sexo,edad u otras condiciones. Como hemos dicho, está a la orden del día siendo cada vez más personas afectadas. Se deben tomar soluciones para evitar su reincidencia.

Llevando a cabo las medidas mencionadas se consigue acabar con el problema y que las víctimas superen el mal período sufrido en su entorno laboral y puedan seguir con su vida. Entre todos debemos apoyarnos y estar unidos para hacer frente común y luchar con que no haya más casos.

6 Bibliografía

- www.mediline.es

web sanitaria SCIELO
- Constitución Española 1978
- Código Civil
- www.psicologia-online.com
- www.psicologiaycomunicacion.com

Capítulo 686

LA IMPORTANCIA DE LA ERGONOMÍA Y RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL TRABAJO DE PINCHE.

BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO

LORENA PALACIN CARRO

AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO

VANESA GARCÍA VALERO

1 Introducción

Ya en el siglo V a.C, en la Antigua Grecia, encontramos evidencias de ergonomía en documentos que ilustran como han de ser las herramientas y el lugar de trabajo para las distintas profesiones. Más recientemente, en el año 1965, el psicólogo Hywell Murel definía Ergonomía como "El estudio del ser humano en su ambiente laboral".

Hoy en día, el término Ergonomía abarca un concepto mucho más amplio, englobando todo aquello que busque asegurar una relación saludable entre el hombre y su ambiente de trabajo, es decir, la adecuación del puesto de trabajo a las personas y no a la inversa, a partir del conocimiento de sus capacidades y habilidades así como de sus limitaciones.

Para cumplir con su objetivo, es imprescindible que la ergonomía no sea una disciplina rígida, sino que necesariamente toma conocimientos de otras ciencias como medicina, psicología, diseño.

Según la Asociación Española de Ergonomía, sus objetivos son:
- Identificar, analizar y reducir los riesgos laborales relacionados.
- Adaptar el puesto de trabajo y las condiciones laborales a las características del operador.
- Contribuir a la evolución del trabajo para que este se realice salvaguardando la salud y la seguridad, logrando el máximo confort, satisfacción y eficacia.
- Controlar que la introducción de las nuevas tecnologías se adapte a la organización, capacidades y aptitudes de los trabajadores.
- Establecer prescripciones ergonómicas a la hora de introducir útiles, herramientas o materiales.
- Aumentar la satisfacción y la motivación del trabajador.

Tipos de ergonomía:
Para su estudio, se divide en diversos tipos. Según la fuente, podemos encontrar diferentes clasificaciones que analizan los riesgos ergonómicos por grupos siguiendo distintos criterios adecuados a la profesión o puesto de trabajo que estén analizando.

Como riesgos ergonómicos entendemos todas aquellas características del ambiente de trabajo que pueden ocasionar lesiones o trastornos cuando el trabajador interactúa con su puesto. En este caso, los clasificaremos en 4 tipos:
- Riesgos ergonómicos relacionados con cargas físicas: Ergonomía física.
Cuando hablamos de ergonomía el primer concepto que nos viene a la cabeza es "comodidad", esto es Ergonomía física. Esta, relaciona las características anatómicas, fisiológicas y biomecánicas del trabajador con la actividad física que ha de desempeñar. Se encarga de valorar la postura durante el horario de trabajo, tanto para evitar problemas físicos como para facilitar el desempeño de sus labores. Tiene en cuenta los sobre-esfuerzos (levantamiento de pesos…), las posturas inadecuadas (mesas de trabajo que no están a la altura debida), los movimientos repetitivos (por ejemplo tareas de loncheado) y demás acciones que pueden tener como consecuencia lesiones musculo-tendinosas.
- Riesgos ergonómicos relacionados con carga mental: Ergonomía cognitiva.
Aplica principios de la psicología básica para determinar cómo y en qué medida algunos procesos mentales afectan a las relaciones entre los seres humanos y los elementos del sistema de trabajo.

Tiene en cuenta, entre otros: la carga mental, la toma de decisiones, la interacción con maquinaria nueva o compleja, las relaciones sociales con los compañeros, la capacitación…. Que pueden acarrear fatiga mental, estrés, el aumento de errores…

- Riesgos ergonómicos en relación con la organización: Ergonomía organizacional.

Este tipo de ergonomía que en lugar de tener en cuenta la relación entre el sujeto y su puesto de trabajo, considera la relación que existe entre entre el trabajador y la institución en sí. Es decir, analiza que actividades tiene que llevar a cabo cada uno, que el trabajador esté correctamente informado de sus funciones y de la organización del trabajo diario, la gestión de recursos humanos o la comunicación interna de la empresa con los trabajadores.

-Riesgos ergonómicos del ambiente de trabajo: Ergonomía ambiental.

Se dedica a evaluar los espacios de trabajo, valorando elementos como el ruido (de la maquinaria utilizada en la preparación de alimentos, turmix, campanas extractoras…), la iluminación (natural o artificial), la temperatura (en ocasiones elevada)… de manera que sean agradables y no molestos a lo largo de la jornada laboral, ayudando de este modo a que el trabajador realice sus funciones con el mayor confort posible.

Habitualmente estos riesgos no suelen tener como consecuencia enfermedades profesionales pero si que afectan al confort y por tanto a la efectividad con la que se realiza el trabajo. Sus consecuencias pueden ser por ejemplo la fatiga visual, estrés térmico, etc.

Cómo podemos evitar los distintos tipos de riesgos ergonómicos:

1. Riesgos ergonómicos físicos:

- Realizando un diseño adecuado de las instalaciones, situando las superficies de trabajo a la altura adecuada.
- Procurando no levantar pesos superiores a 15 Kg., ayudándose a ser posible de carros, carretillas…
- Flexionando las rodillas y manteniendo la espalda recta para levantar cargas voluminosas y transportarlas correctamente sujetas, pegadas al cuerpo.
- También sustituyendo determinadas herramientas y útiles (ollas convencionales por ollas y sartenes basculantes) y ayudándonos de maquinaria que realice de manera automática movimientos repetitivos (Peladoras de patatas)…
- Con la organización, optando por rotaciones diarias de personal entre los diferentes puestos, intentar controlar los tiempos que un trabajador puede permanecer realizando determinadas tareas…

- La Formación también es un factor a tener en cuenta para ayudar a que los trabajadores conozcan las posturas más recomendadas y las que han de evitar en sus tareas diaria, la recomendación de realizar estiramientos determinados a lo largo de la jornada…

2. Riesgos de la ergonomía cognitiva:

- Buscando aparatos cuyo funcionamiento sea intuitivo y reduzcan la posibilidad de cometer errores en su manejo
- Adaptando las tareas, trabajos, horarios…al funcionamiento natural de las habilidades cognitivas de la persona para potenciarlas y evitar su desgaste.
- Organizar el trabajo por turnos de forma que las tareas se repartan a lo largo del día y no se concentren en determinadas horas (Aplicando sistemas de línea fría, vacío…)
- Fomentando buen ambiente laboral, trabajo en equipo y evitando la competitividad.
- Asegurando la formación adecuada en el manejo de maquinaria
- Mejorar la ergonomía física también mejora la ergonomía cognitiva ya que al evitar posturas incómodas, se producirá una menor fatiga.

3. Los Riesgos de la ergonomía organizacional:

- Informando a los trabajadores con antelación suficiente de sus turnos, horarios y descansos…
- Que diariamente se informe de manera clara a cada pinche de sus tareas y funciones durante la jornada.
- Facilitando la comunicación con los superiores y con la empresa en general.
- Que los trabajadores sean informados de cualquier cambio con antelación suficiente.

4. Los Riesgos ergonómicos ambientales:

- Eligiendo potencias lumínicas adecuadas para que además de ver bien el pinche pueda trabajar con comodidad para el ojo. Procurar la distribución uniforme de la luz (natural o artificial).
- Que no haya un ruido ambiente excesivo de forma que no interfiera en la comunicación ni en las señales sonoras.
- Intentar que la temperatura ambiente sea cómoda para el trabajo que se está realizando.
- Favorecer la renovación del aire, evitando corrientes superiores a 0,25 m/s

2 Objetivos

-Ayudar a comprender cuáles son los principales riesgos ergonómicos en el trabajo de pinche así como la manera de evitarlos y/o reducirlos para tratar de lograr una mejor adaptación del puesto al trabajador, lo cual repercutirá directamente aumentando la motivación, el bienestar y en consecuencia su productividad , y reduciendo, gracias a ello, y al mismo tiempo, otros riesgos laborales, enfermedades etc. Lo que conducirá a mejorar también la operatividad de la empresa.

3 Metodología

La metodología empleada ha sido fundamentalmente la investigación y la búsqueda sistemática de información a través de diferentes motores de búsqueda y bases de datos como "Pubmed", en la biblioteca electrónica "Scielo" y también en la biblioteca pública tomando como descriptores: "ergonomía", "riesgos ergonómicos", "confort laboral"…También revisando artículos publicados en diferentes revistas relacionadas con esta temática, las cuales aparecen mencionadas en el apartado de bibliografía, para tratar de exponer de manera clara, la importancia de la ergonomía en el trabajo, como podemos mejorarla y de que manera influye tanto en el bienestar de los trabajadores como en la productividad de la empresa.

4 Resultados

De diferentes estudios estadísticos relacionados con la ergonomía se desprenden resultados como que gracias a su aplicación se llega a aumentar la productividad incluso hasta un 25% (en parte por la reducción del número de bajas laborales y del absentismo).

El dolor de espalda constituye la segunda causa de absentismo y la primera de incapacidad en menores de 45 años en gran variedad de profesiones, estudios estadísticos actuales (realizados en 2018-2019) reflejan que entre un 30 y un 40% de las lesiones laborales se producen por sobre-esfuerzos físicos, pero también son habituales las consecuencias psicológicas como la dificultad de concentración, la irritabilidad, el estrés, etc., todas ellas previsibles y evitables aplicando los principios ergonómicos mencionados anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión conocer los distintos tipos de riesgos ergonómicos en la profesión de pinche (como en cualquier otra) y las diferentes maneras en que podemos evitarlos o reducirlos, juega cada día un papel más importante dentro de la cocina hospitalaria ya que además de lograr una mayor satisfacción para el trabajador, que hará aumentar a su vez la motivación, está directamente relacionado con el aumento de la productividad (ya que como hemos dicho anteriormente se reduce el absentismo laboral, se cometen menos errores, se producen menos bajas…) y además repercutirá directamente en la calidad que percibirá el consumidor final del producto, en este caso los enfermos ingresados, que recibirán platos que cumplirán los standares organolépticos, se entregarán en el horario oportuno y el servicio prestado por los pinches que realicen su trabajo en planta, será mejor.

6 Bibliografía

- Vega, L.M (2018, 3 de Diciembre). Ergonomía Cognitiva, diseñando un entorno seguro, saludable y atractivo. Revista digital INESEM. Recuperado de https: //revistadigital.inesem.es/
- Cañas, J. J., y Waern, Y. (2001). Ergonomía cognitiva. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Valor, J y Ribera, J. (1990). Gestión en la Empresa Hospitalaria. Universidad de Navarra. Disponible en: https://media.iese.edu/research/pdfs/DI-0199.pdf
- Highhouse, S. (2007). Applications of organizational psychology: Learning through failure or failure to learn? En L.L.Koppes (ed.) Historical perspectives in industrial and organizacional psychology. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- International Ergonomics Asociation (2001). IEA Definitions of Ergonomics. En W. Karwowski (ed.), International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors (vol I). Londres: Taylor & Francis
- Asociación Española de Ergonomía.

Capítulo 687

PRINCIPALES RIESGOS LABORALES DE LOS PINCHES EN LA COCINA HOSPITALARIA: QUEMADURAS Y CORTES.

BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO

LORENA PALACIN CARRO

AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO

VANESA GARCÍA VALERO

1 Introducción

Si partimos de la idea de que un riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño o enfermedad a consecuencia de su trabajo, dentro de la cocina hospitalaria, y más concretamente entre las labores habituales desarrolladas por los pinches, podemos encontrar riesgos laborales de muy diversos tipos derivados de los procesos de preparación de alimentos.

Los cortes y las quemaduras (junto con los golpes y las caídas al mismo nivel) son los riesgos más habituales en cocina, ya que el trabajador se haya en contacto permanente con elementos cortantes/punzantes y con equipos generadores de calor, recipientes y líquidos calientes. Hablaremos de cuales son las causas más frecuentes, la manera en la que podemos tratar de prevenirlos o evitarlos y de

como debemos actuar en caso de que llegue a producirse un corte o una quemadura, aplicando primeros auxilios.

Cortes
Los pinches están en continuo contacto con herramientas cortantes y punzantes (cuchillos, ganchos, tijeras, agujas de mechar….), máquinas auxiliares (cortadoras, picadoras…) y otros elementos que pueden producir cortes (latas, cristales…). Todas estas herramientas, máquinas y objetos son lo que entendemos por factores de riesgo.

Algunas de las medidas a tener en cuenta para prevenirlos son:
1. Al utilizar cuchillos, tijeras y similares:
-Mantener las herramientas de corte bien afiladas y han de contar siempre con mangos antideslizantes.
-Realizar el recorrido de corte siempre en dirección opuesta al cuerpo.
-Al depositarlos sobre una superficie, el filo y la punta han de estar alejados del borde, bien apoyados y nunca se han de cubrir con objetos que impidan verlos.
-Al terminar de usarse han de guardarse siempre en su lugar para evitar accidentes.
-Al secar/lavar manualmente los cuchillos ha de hacerse por el lado opuesto al filo.
-Se han de transportar siempre por el mango y mirando hacia abajo.
-No han de usarse nunca para un fin distinto al que han sido diseñados (nunca se usarán para abrir latas, como destornilladores…)
-No tratar de cogerlos si los vemos caer.
2. Máquinas auxiliares:
-Emplear siempre los empujadores y guardas a la hora de hacer uso de las máquinas auxiliares (nunca sujetaremos el producto o lo empujaremos directamente con las manos).
-Máquinas con marcado CE.
-Desconectar siempre de la corriente las máquinas antes de su limpieza o en caso de atasco.
-Evitaremos siempre llevar ropa holgada, anillos, pulseras, o cualquier elemento que pueda quedarse engancharse.
-El pelo largo ha de estar siempre recogido. Además de ser una medida de higiene obligatoria, previene de accidentes a la hora de utilizar este tipo de maquinaria, ya que podría quedar enganchado.
3. Otros objetos cortantes:

-Usar siempre recogedores, escobas… para recoger trozos de cristales. Antes de tirarlos a la basura se envolverán en papel para evitar cortes al transportar las bolsas. (En el caso de que estén en un fregadero se recogerán con guantes de goma)
-Tener precaución con las latas de conserva abiertas, las manejaremos con cuidado. Antes de tirarlas meter la tapa hacia adentro. No comprimir nunca la basura con la mano…

Cuando no sea posible evitarlos o reducirlos de otra manera se valorará la utilización de Equipos de Protección Individual (EPIs). En este caso serían por ejemplo:
-Guantes y/o mandiles de malla metálica (siempre que estos no supongan un riesgo adicional por quedarse enganchados).
-Gafas de seguridad en algunas operaciones de corte de piezas cárnicas y corte/limpieza de pescado.

Si a pesar de todo esto se llegan a producir cortes en cocina, debemos tener presentes unas nociones básicas de primeros auxilios que ayudarán a evitar complicaciones:
- El primer paso es detener el sangrado, ejerciendo presión con una gasa estéril o un trapo limpio sobre la herida. A continuación, limpiaremos la herida con agua y jabón y procederemos a desinfectarla con un antiséptico no colorante. Si el ambiente es limpio la dejaremos al aire, sino la cubriremos con un vendaje limpio. Acudiremos al médico. Nunca usaremos algodón ni intentaremos extraer cuerpos.

Contacto térmico y contacto por calor:
Es habitual que en cocina se produzcan daños por calor. Las superficies, líquidos y recipientes calientes (fogones, hornos, aceite de freidoras, vapores…). También se pueden producir quemaduras químicas por productos de limpieza y similares, o incluso por frío excesivo, pero en este caso nos centraremos en las primeras.

Estas son algunas de las medidas preventivas a tener en cuenta:
-Mantener siempre orientados los mangos de los recipientes hacia el lado interior de los fogones.
-No echar agua directamente en sartenes calientes o en llamas.
-Introducir alimentos en recipientes que contengan líquidos o aceite caliente evitando salpicaduras.
-No rebasar el límite de llenado de los recipientes con aceite o líquidos calientes.
-Comprobar el enfriamiento de los recipientes antes de cogerlos.

-Destapar las ollas calientes teniendo cuidado para con el vapor.
-Evitar ropa amplia o que los paños, mandiles… puedan entrar en contacto con las llamas.

Los EPIs más empleados en cocina para evitar quemaduras son:
-Mangas, manoplas y guantes anticalóricos

Cuando a pesar de todas las anteriores precauciones el Pinche o algún compañero sufre una quemadura, los primeros auxilios a aplicar serán los siguientes:
1. En quemaduras por llama:
Que pueden hacer que se prendan telas, ropa, etc. Impediremos que la persona permanezca de pie o corriendo por la cocina, se le tumbará en el suelo para poder proceder a sofocar las llamas preferiblemente con mantas no acrílicas, en caso de no disponer de ellas con agua fría y en último caso extintores. Sea cual sea la forma de sofocar las llamas, enfriaremos la zona. No intentaremos remover las prendas quemadas ya que podríamos desprender la piel, en caso que se hubiera quedado adherida a ellas.
2. Quemaduras por líquidos calientes:
Será muy importante enfriar en primer lugar con agua la zona y posteriormente retirar la ropa mojada por el líquido caliente.
3. Quemaduras por contacto:
Lo primero será evitar el contacto con la superficie caliente y enfriar la zona con agua fría.

En todos los casos envolveremos posteriormente la lesión con gasas o paños limpios humedecidos. El vendaje ha de ser flojo y acudiremos al centro de salud para evitar complicaciones.

Qué no se debe hacer ante una quemadura
1. Aplicar pomadas, cremas… sobre la quemadura.
2. Enfriar demasiado al paciente. Solamente enfriaremos la zona quemada.
3. Dar agua, alcohol, etc. por vía oral.
4. Romper las ampollas.
5. Despegar la ropa o cualquier otro elemento pegado a la piel.
6. Dejar sola a la víctima.
7. Demorar el transporte en lesiones graves

La gravedad de las quemadura está condicionada por factores como: La extensión, la causa, profundidad, localización…

2 Objetivos

- Profundizaren las causas más habituales de los cortes y las quemaduras en cocina, que aspectos debemos tener en cuenta para evitar que se produzcan en la medida de lo posible, bien sea con determinadas conductas o pautas a tener en cuenta o con el uso de determinados EPIs.
- Conocer los primeros auxilios que todo trabajador en cocina, incluidos los pinches, deberían conocer (y recibir formación al respecto) para poder actuar en caso de que el daño llegue a producirse.

3 Metodología

Para la realización de este documento he recurrido tanto a la búsqueda de información en la biblioteca como en buscadores online y bases de datos como son: "Scielo", "Google Académico", "PubMed", páginas web sobre riesgos laborales, y primeros auxilios, prevención, etc. Las palabras claves y términos más utilizados para obtener información han sido: "primeros auxilios", "prevención de riesgos laborales en cocina", "cortes", "quemaduras", "EPIs".

4 Resultados

Si hay algo en que coinciden las diversas fuentes consultadas para la realización de este documento es en que los cortes y las quemaduras (de diversos tipos) son los accidentes más frecuentes que se producen en las cocinas profesionales. Aunque hay resultados muy variables en cuanto a cuales son los porcentajes que corresponderían a cada tipo de accidente.

Mientras algunos estudios estadísticos cifran los accidentes producidos por cortes en un 17%, algunos autores afirman incluso que pueden llegar al 40% de daños los registrados. En lo que si coinciden es en que los cortes son el accidente más frecuente en cocina.

Las quemaduras que se producen con más frecuencia son las que se producen por líquidos (un 55% de las quemaduras aproximadamente), seguidas de las quemaduras por contacto con objetos calientes (36%).
Algo en lo que también coinciden la mayoría de los estudios sobre riesgos laborales en cocina, es en que las principales causa de estos accidentes son: no seguir los protocolos adecuados de trabajo, eliminar los sistemas de protección, y los descuidos o las prisas.

5 Discusión-Conclusión

El uso adecuado y almacenamiento adecuado del utillaje facilitará el trabajo bien hecho y repercutirá al mismo tiempo en la integridad física, ya que las principales causas de las lesiones provocadas por la utilización de herramientas es el uso inadecuado, que esté defectuoso o su almacenaje sea incorrecto. Sin embargo el principal riesgo de sufrir quemaduras suele ser la falta de aislamiento de los equipos y no seguir los procedimientos de trabajo establecidos.

Para evitar los accidentes también es importante que los pinches y todo el personal de cocina se encuentre correctamente formado e informado sobre el uso de las máquinas y utensilios de cocina y que todos los utensilios y aparatos cuenten con el marcado CE. Sabiendo esto y evitando estos factores en medida de lo posible, (bien mediante maneras de trabajar o buscando medidas de protección en cada caso) no debería de resultar difícil reducir la incidencia de este tipo de accidentes y por tanto reducir en gran número el número de lesiones que sufren cada año los pinches durante la realización de su trabajo.

6 Bibliografía

1. Herington, T. N. y Morse, L.H. (1995) Occupational injuries: Evaluation, management and prevention Mosby, St Louis,
2. Yayo M.G. Para evitar accidentes. Educación para la salud. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
3. Cruz Roja, 2011. Manual de Primeros Auxilios. Edit. Moderno. España
4. Gallardo, N., Ruiz, J., Torres, R. & Díaz, J. (2000). Estado Actual del Manejo Urgente de las Quemaduras (I) Fisiopatología y Valoración de la Quemadura. Emergencias.
5. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales
6. Serrano, A y González J.M (Ed.) (2010) Prevención de riesgos laborales específicos en la cocina hospitalaria. Guía de buenas prácticas. Editorial Mad.

Capítulo 688

TRATAMIENTO DE DESPERDICIOS HOSPITALARIOS COMO PINCHE DE COCINA.

AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO

BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO

VANESA GARCÍA VALERO

LORENA PALACIN CARRO

1 Introducción

El manejo adecuado de los residuos sólidos hospitalarios presenta diversos impactos ambientales negativos que se evidencian en diferentes etapas como la segregación, el almacenamiento, el tratamiento, la recolección, el transporte y la disposición final. Las consecuencias de estos impactos no sólo afectan a la salud humana sino también a la atmósfera, el suelo y las aguas superficiales y subterráneas. A todo esto se suma el deterioro del paisaje natural y de los centros urbanos. Debido a que tradicionalmente la prioridad de la institución ha sido la atención al paciente, por mucho tiempo se ha restado importancia a los problemas ambientales, creando en muchos casos un círculo vicioso de enfermedades derivadas del manejo inadecuado de los residuos.

La cantidad y las características de los desechos generados en los establecimientos de atención de salud varían según la función de los servicios proporcionados.

Existe una conciencia mundial de la necesidad de imponer controles más estrictos sobre los desechos generados en los hospitales, clínicas y otras instituciones de atención a la salud. Durante muchos años, la Organización Mundial de la Salud ha tratado de que los desechos hospitalarios sean tratados como desechos especiales y en 1983 se produjeron recomendaciones en este tema (OMS, 1985). Se conoce con certeza que muchos de los desechos hospitalarios son de los más peligrosos que existen; además, debido al crecimiento de la población y la complejidad de las enfermedades actuales, el riesgo de transmisión que se presenta en los hospitales, como infecciones intrahospitalarias, tienen una alta repercusión en los pacientes tanto internos como externos. En la mayoría de los casos, a nivel mundial, se ha constituido en la causa de la ampliación de la permanencia de los pacientes en los hospitales por adquirir otras enfermedades diferentes a las que tenían cuando ingresaban a esos centros. En buena medida, esos problemas colaterales surgen de las malas prácticas en el manejo y de la disposición final de los desechos hospitalarios.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Unificar la nomenclatura, definiciones, criterios de clasificación, tratamiento y eliminación de los Residuos producidos en los Hospitales.

Objetivos secundarios:
- Difundir a todos los Hospitales de la Red del INSALUD los criterios de las comisiones de expertos en materia de Residuos.
- Resolver las posibles dudas sobre el manejo de los Residuos que puedan surgir en la gestión diaria de los mismos.
- Corregir las posibles deficiencias que puedan existir referentes a este tema.
- Sensibilizar a los trabajadores de los centros en la necesidad de manejar correctamente los residuos con riesgo potencial para su salud.
- Proteger (prevención primaria y secundaria) a los trabajadores de los centros ante posibles accidentes o enfermedades originadas por los Residuos.
- Informar que el riesgo de los Residuos Hospitalarios se encuentra sólo en determinados materiales y que una correcta clasificación de éstos y su adecuado manejo reduce a mínimos inapreciables su potencial peligrosidad sobre las personas y el entorno.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se han consultado diversas bases de datos y buscadores, tales como: Manual de gestión interna para residuos del InSalud, Scielo, Dialnet y Monografías relacionadas con la temática. Y artículos incluidos en revistas que hablan sobre el tema tratado. Las palabras clave utilizadas han sido Residuos sanitarios, Evaluación, Hospital, Prevención y Personal sanitario entre otras.

4 Resultados

En primer lugar debemos realizar un diagnóstico para poder identificar las causas concretas. Una vez conocemos el origen del desperdicio debemos trazar un plan de acción con unos objetivos claros de reducción que necesariamente deberá implicar a varias áreas.

El hospital debe calendarizar de forma realista la implantación de las acciones y ofrecer los recursos humanos, logísticos y de inversión necesarios para llevarlos a cabo.

Por último, no hay que olvidar comunicar los resultados a todos los implicados para motivar nuevos cambios y seguir mejorando.

La correcta clasificación en los puestos de producción es el aspecto más importante para facilitar la gestión de los Residuos. Por ello, se insiste en que se utilice siempre la bolsa del color indicado o el contenedor adecuado.

El riesgo que pueda presentar alguno de los residuos producidos en los Centros Sanitarios se reduce a mínimos inapreciables si se siguen rigurosamente las recomendaciones en su manejo y manipulación.

La información de los eventuales riesgos y la formación del personal es el instrumento fundamental en la prevención de los accidentes en el puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El grado de incorrecta clasificación del residuo sanitario que se ha hallado sugiere que, para mejorar la gestión intrahospitalaria del residuo, es preciso aumentar

el grado de información, modificar determinadas actitudes del personal hospitalario, y reforzar el nivel de supervisión ejercido por los Servicios de Medicina Preventiva. Es importante conocer los índices de generación de desechos para hacer proyecciones en todos aquellos proyectos a desarrollarse en el futuro.

6 Bibliografía

- Manual de gestión interna para residuos sanitarios.
- Llorente. S, Arcos.P y Gonzalez. R. (Marzo, 1997) Evaluación de la gestión hospitalaria de residuos sanitarios en el Principado de Asturias. Revista Española de Salud pública.
- https://www.monografias.com/trabajos10/hospi/hospi.shtml
- Abarca, L. y Ribera, P. (2002) Desechos hospitalarios un caso de estudio. Dialnet.
- https://www.restauracioncolectiva.com/

Capítulo 689

EL ESTRÉS TÉRMICO ASOCIADO AL TRABAJO DE PINCHE DE COCINA.

AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO

BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO

VANESA GARCÍA VALERO

LORENA PALACIN CARRO

1 Introducción

El riesgo de estrés térmico en el trabajo puede surgir cuando este se desarrolla en condiciones de calor, a veces combinadas con alta humedad y/o calor radiante, y agravarse cuando se superponen otros factores que contribuyen a este riesgo, como son la actividad física intensa o el uso de ropa o equipos de protección individual que dificultan la normal transpiración. Otras veces, estos dos últimos factores, juntos o separados, son suficientes para hacer aparecer el riesgo. El estrés térmico puede causar a los trabajadores problemas de salud , donde el más peligroso es el golpe de calor. Pero el estrés térmico también puede dar lugar a una variedad de alteraciones de la salud a largo plazo, a accidentes, a malestar en el trabajo, etc.

Sin embargo, el estrés térmico puede aparecer en determinados puestos, en algunos espacios, a veces sólo durante determinados días del año, y a veces sólo para algunas tareas concretas. Aun siendo “pocos”, para proteger a los trabajadores afectados, se requiere incluir este riesgo en el Plan de Prevención. El enfoque preventivo permitirá que el establecimiento esté preparado para afrontar

"con prevención" incluso las situaciones de peligrosidad que se presentan únicamente durante los episodios de calor extremo. Muchas veces se puede evitar el riesgo sin incurrir en grandes gastos. Si la situación de riesgo es muy puntual, también puede ser factible evitar o reducir suficientemente el riesgo con medidas puntuales, como la adaptación del contenido del trabajo, organización del mismo, y soluciones técnicas sencillas.

2 Objetivos

- Elaborar un plan de prevención eficaz para la protección de la salud y seguridad de los trabajadores que puedan estar en riesgo de exposición a estrés térmico.
- Planificar medidas preventivas que se pueden adoptar según la gravedad del riesgo y valorar de forma sencilla cada situación concreta, para implementar las medidas más adecuadas .
- Distinguir las situaciones que presentan riesgos de estrés térmico por circunstancias básicamente puntuales y cambiantes, en las que lo indicado es evitar el riesgo, más que medirlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado motores de búsqueda online y bases de datos como Google Académico, PubMed, páginas web de entidades con información relacionada con Estrés térmico. Como descriptores he utilizado los siguientes: Estrés térmico, riesgos laborales, calor, cocina, prevención, ventilación, uniformes, fisiología…

4 Resultados

El estrés térmico corresponde a la carga neta de calor a la que los trabajadores están expuestos y que resulta de la contribución combinada de las condiciones ambientales del lugar donde trabajan, la actividad física que realizan y las características de la ropa que llevan. En el estrés térmico intervienen tres factores. Cada uno de ellos se puede identificar y medir mediante parámetros, que son los que utilizan a la hora de evaluar el riesgo.
Estos factores son:

- Condiciones ambientales del entorno. Se mide con parámetros como la temperatura, humedad, movimiento del aire, calor radiante, etc.
- Factores personales del trabajador. Incluye parámetros como la mala forma física, el consumo de alcohol, drogas, la falta de aclimatación y también las características del vestuario que lleva la persona, que se miden con parámetros como la resistencia térmica de la ropa, o de los equipos de protección individual que favorezcan o dificulten la liberación de calor del organismo al ambiente, por evaporación y/o convección.
- Intensidad de la actividad física. Se mide mediante el calor metabólico producido durante el trabajo físico y el ritmo de trabajo.

Así, la medición de estos factores permite determinar las demandas térmicas internas y externas que dan lugar a la termorregulación del cuerpo humano. Ahora bien, para predecir de manera exacta si las condiciones bajo las que está trabajando una persona suponen o no un riesgo para su salud, hemos de hablar de sobrecarga térmica. La sobrecarga térmica es la respuesta fisiológica del cuerpo humano al estrés térmico y corresponde al coste que le supone al cuerpo humano el ajuste necesario para mantener la temperatura interna en el rango adecuado. Depende, así pues, de los factores propios de cada persona, de variables como la temperatura corporal, la frecuencia cardiaca y la tasa de sudoración. Por lo tanto, no lo podemos predecir de manera fiable estudiando únicamente el estrés térmico.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de estrés térmico viene determinado por factores no sólo ambientales (como calor excesivo y humedad) sino también por otros relacionados con la actividad desarrollada, el uniforme utilizado e incluso por las características propias de cada individuo.

Cuando un trabajador sufre estrés térmico su metabolismo se altera y sufre una sobrecarga fisiológica ya que al aumentar la temperatura corporal, este intenta compensarla mediante la activación de los procesos de sudoración y vasodilatación.

Este riesgo es sencillo de evitar y la implantación de medidas no supone un elevado coste para la empresa, ya que bastará en muchos casos con la implantación de un protocolo que permita trabajar a un ritmo inferior, el uso de uniforme adecuados que permitan la transpiración, hidratarse adecuadamente durante la

jornada laboral y en algunos casos incluir sistemas de ventilación forzada o que reduzcan la humedad ambiental.

6 Bibliografía

- Manual para la actuación sobre el estrés térmico. Fundación Preventiva De Hostelería de las Islas Baleares
- Guía para la prevención de riesgos laborales asociados al estrés térmico mediante el uso de tecnologías innovadoras.
- Vogt JJ (1998) "Calor y frío". Capítulo 42 de la enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo OIT, publicada en castellano por el INSHT, Madrid.
- Truchon G y otros (2014). Thermal Stress and Chemicals. Knowledge Riview and the Highest Risk Occupations in Québec. Informe 834, IRSST.

Capítulo 690

EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN EL ENTORNO SANITARIO, PRINCIPALES SÍNTOMAS Y TÉCNICAS PARA PALIARLOS

FERNANDO GONZALEZ SUAREZ

1 Introducción

El burnout o "síndrome del quemado" es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger , psiquiatra norteamericano cuyo estudio resultó en definirlo como un "estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo".

En el momento actual, debido a las situaciones de falta de personal y recortes además de la característica del trato personal directo y constante, hace que el entorno sanitario sea especialmente propenso a favorecer la aparición del citado síndrome, que influye directamente sobre el trabajo y las responsabilidades que recaen sobre todos los profesionales de éste ámbito. Desde su descripción como síndrome en los años 70 se ha ido normalizando. Cosa que no muy recomendable ya que su prevalencia afecta en enorme medida tanto a la calidad asistencial, como a la salud del trabajador del entorno sanitario.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas producidos por el síndrome de Burnout.

- Identificar los métodos y técnicas para sobrellevar sus efectos.
- Prevenir su aparición y conseguir que no afecte ni a la salud del trabajador ni a la calidad asistencial.

3 Metodología

Revisión bibliográfica sobre el síndrome del Burnout o del "quemado" y una búsqueda sistemática en diversas bases, de datos como Scielo, Pubmed, Google Académico, Redalyc, universidades y otras.

4 Resultados

Los principales síntomas descritos del Burnout son:
-Agotamiento emocional: agotamiento psíquico y psicológico. El agotamiento emocional se produce al tener que realizar unas funciones laborales de continuo con personas que hay que entender y tratar como factores del trabajo.
-Despersonalización: consiste en la aparición de actitudes negativas hacia los usuarios o pacientes, se eleva la irritabilidad, y hay una considerable pérdida de motivación. Todo esto puede llevar a una degradación de las relaciones que derive en la deshumanización en el trato.
-Falta de realización personal: disminución de la autoestima, frustración en las expectativas personales y aparición de síntomas de estrés a nivel fisiológico, mental y de conducta.

Las principales causas que pueden desencadenar la aparición de estos síntomas y con ellos el síndrome de Burnout son:
- La falta de control: la poca capacidad de influir en las decisiones que afectan a su trabajo, como su horario, tareas, o una carga de trabajo excesiva que podrían producir a agotamiento.
-Expectativas laborales difusas: no saber exactamente que jerarquía impera sobre uno mismo o de uno mismo sobre los demás.
- La dinámica de trabajo disfuncional: entorno de trabajo conflictivo o con falta de dirección o atención suficiente por parte de los superiores.
-Mal ajuste de empleo: si el trabajo no se ajusta a las características y habilidades de la persona, puede llegar a producir estrés en el trabajador.
- Los extremos de la actividad: cuando un trabajo es siempre monótono o caótico, se necesita energía constante para permanecer centrado, lo que puede contribuir a niveles más altos de fatiga y agotamiento del trabajo.

- Desequilibrio entre la vida laboral, familiar y social: si el trabajo ocupa gran parte del tiempo y esfuerzo del trabajador y no tiene suficiente tiempo de ocio, se puede quemar rápidamente.
- La falta de apoyo social: el apoyo social es el entramado de relaciones sociales que actúan en complemento de los recursos propios para el desarrollo del afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, e incluye los vínculos personales, amigos y familia, y también los formales, jefes y compañeros de trabajo.
- El trato con pacientes y familiares: en el personal del entorno sanitario es una causa importante de burnout el trato con los pacientes y su entorno. En estos profesionales, el contacto con el sufrimiento y con la muerte de los pacientes es un factor de riesgo psicosocial relevante.

El ignorar o no tratar el burnout, puede tener consecuencias como el estrés, la fatiga, el insomnio, el deterioro cardiovascular, infarto cerebral, obesidad, y un largo etc. Las principales técnicas para prevenir el burnout o atajarlo son:
- Identificar los principales factores estresantes como primer paso para poder atajarlos.
- En cuanto a las expectativas laborales una buena comunicación con superiores y compañeros puede ayudar a reorientar la situación.
- La propia actitud, se puede intentar mejorar la actitud que uno mismo tenga, fijarse en los aspectos positivos del trabajo como forma de motivación.
- Tomar los descansos necesarios y procurar desconectar del trabajo durante el tiempo de ocio y descanso.
-Evaluar si nuestro trabajo sigue siendo motivador para nosotros y se ajusta a nuestras características, intereses e inquietudes y valorar si es necesario un cambio.
- Hacer ejercicio mejora el bienestar tanto físico como mental.
- Hablar con personas de confianza de los problemas, no guardárselos para uno mismo siempre.
- Preocuparse solo por lo que uno mismo puede controlar.

5 Discusión-Conclusión

Hay una gran cantidad de información sobre el burnout en publicaciones científicas, pero se echa de menos una mayor formación en el personal del entorno sanitario a la hora de afrontarlo ya que es un colectivo con mucha prevalencia de éste. Puede afectar tanto a la calidad asistencial como a la salud del trabajador y por lo tanto es muy conveniente que los profesionales tengan herramientas

suficientes a la hora de afrontar su aparición o prevenir la misma.

6 Bibliografía

- Ortega Ruiz, Cristina; López Ríos, Francisca El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1 International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 4, núm. 1, enero, 2004, pp. 137-160 Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España. Disponible en REDALYC.
- Cáceres Bermejo, Gloria Gema (2009) Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar. (Tesis) UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID ISBN: 978-84-692-0062-9.
- Burnout (Síndrome del Quemado): cómo detectarlo y tomar medidas. Jonathan García-Allen. Disponible en www.psicologiaymente.com
- El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Pedro R. Gil Monte Doctor Philosophiae Profesor Titular de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones Facultad de Psicología. Universidad de Valencia- España. Disponible en Revista Psicología científica.

Capítulo 691

COMUNICACIÓN EN LA SANIDAD.

ALINA LORENCES RIESGO

1 Introducción

Los profesionales sanitarios y los pacientes están de acuerdo en la importancia de una comunicaciones sanitaria efectiva. Es de vital importancia establecer una buena relación con los pacientes para comunicarse de manera clara, honesta y directa, practicar la escucha activa para mostrar cortesía y sensibilidad, verificar la comprensión del paciente sobre el diagnóstico o las opciones de tratamiento.

Sin olvidar de los derechos que protegen la intimidad y confidencialidad, ya que la Constitución española los reconoce como derechos fundamentales, estos derechos adquieren especial importancia en el ámbito sanitario ya que para poder prestar atención sanitaria, los pacientes proporcionan sobre su estado físico o salud. La responsabilidad que conlleva vulnerar estos derechos puede ser administrativa, civil, penal y suponer sanciones administrativas, indemnizaciones civiles e incluso, penas de prisión e inhabilitación.

2 Objetivos

- Conocer los derechos y obligaciones en materia de Protección de Datos, así como las leyes sobre derechos y deberes del paciente por parte del personal sanitario y no sanitario.
- Conocer qué medidas de seguridad pueden aplicarse en práctica, para garantizar el derecho de confidencialidad de los pacientes.

- Realizar una guía para que la comunicación de los pacientes sea efectiva, y se establezca una buena relación entre el paciente y el profesional sanitario como no sanitario.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica y de artículos relacionados con el tema a tratar. También se realizó revisión de las leyes Ley Orgánica 3/2018 de 5 diciembre, de Protección de datos Personales y garantía de derechos digitales; Ley 14/1986 de 25 abril, General de Sanidad; Ley 41/2002 de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley habla en su artículo 7 del derecho a la intimidad, que toda persona tiene derecho a que respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. En el artículo 16 usos de la historia clínica, estable que el personal que acceda a los datos queda sujeto al deber de secreto.

4 Resultados

Los pacientes necesitan confiar en los profesionales sanitarios que están a cargo de su enfermedad. De hecho, está demostrado que la adherencia al tratamiento del paciente es mucho mayor cuando la relación con los profesionales que le atienden es fluida; además de entender las indicaciones a seguir, mejora su predisposición psicológica para afrontar la enfermedad.

La actitud más adecuada por parte del médico es la que corresponde a la de un profesional dedicado a mejorar la salud de las personas que acuden a él, lo que supone cierta proximidad interpersonal, pero manteniendo respetuoso distanciamiento.

A la hora de intentar cambiar hábitos en los pacientes se han utilizado modelos que se mueven en el plano cognitivo, conductual y emocional:
1. Coercitivo, directivo o autoritario: impone pautas al paciente que deben acatar determinadas precauciones.
2. Informativo: aporta su información de experto con el fin de que el paciente acepte los beneficios del cambio propuesto.
3. Argumentativo: razona incorporando elementos del propio individuo.
4. Persuasivo: intenta influir con un matiz de interés en el cambio del paciente.

5. Motivacional: actúa en un plano emocional más profundo, el paciente elabora sus propias reflexiones mientras el profesional favorece y acompaña sus decisiones.

La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, desarrolla cuestiones que la Ley General de Sanidad de 1986, trataba de manera insuficiente: la información, el consentimiento o la historia clínica, recogiendo los criterios jurisprudenciales que sobre estas materias se han ido desarrollando. La Ley 41/2002 establece los principios básicos que deben orientar toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y trasmitir la información y la documentación clínica son: la dignidad de la persona humana y el respeto a la autonomía de su voluntad y de su intimidad. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes. El consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, tras la cual el enfermo tiene derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, incluida la negativa al tratamiento. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida en el que el paciente lo permita. La información se regula no sólo desde el punto de vista asistencial sino también la relacionada sobre el Sistema Nacional de Salud y el derecho a la información necesaria para poder elegir médico y centro sanitario. Así mismo, los ciudadanos tienen el derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o individual (derecho a la información epidemiológica).

Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización.

En las instituciones sanitarias son muchas las personas que tienen acceso a la información clínica del paciente que pertenece a la esfera más íntima de su personalidad. Estos profesionales están limitados por la confidencialidad a la que tienen derecho todos los ciudadanos, y que solo puede ser quebrantada por el consentimiento del interesado o por imperativo legal. La obligación de confidencialidad no afecta exclusivamente a los médicos que atienden al enfermo, sino a todo el personal sanitario y no sanitario, tanto de la institución como de las posibles empresas que trabajan dentro del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Dada la importancia y repercusión que tiene la confidencialidad de los datos sanitarios, es necesario adoptar una serie de medidas para garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes, como pueden ser:
- Formar al personal sobre confidencialidad, su cumplimiento y consecuencias.
- Usar contraseñas seguras en los equipos informáticos.
- Cerrar la sesión o bloquearla cuando la ausencia del puesto sea más de 5 minutos.
- No compartir información de los pacientes por correo electrónico.
- Cerrar la puerta de la consulta cuando se realice exploración paciente, se esté hablando o realizando alguna actividad.
- Pedir consentimiento del paciente.

Para mejorar la comunicación los pacientes necesitan confiar en los profesionales sanitarios, para ello es importante que los profesionales hagan esfuerzos razonables para escuchar los problemas de salud del paciente. Para conseguir esta comunicación efectiva debemos de contar con toda una serie de habilidades y destrezas para "saber estar", saber qué decir y cómo decirlo, habilidades tales como la escucha activa, la empatía, el respeto mutuo, asertividad, feedback… que aseguren la intimidad y bienestar del paciente. Por otra parte el uso de un lenguaje sencillo, métodos para verificar lo que se ha entendido y preguntar al paciente si tiene dudas puede mejorar la efectividad de las comunicaciones profesional con el paciente.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- https://www.mscbs.gob.es/
- http://www.aecs.es/

Capítulo 692

ESTRÉS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ESTEFANÍA MARÍA GARCÍA VILLAMIL

1 Introducción

El estrés relacionado con el trabajo se describe como una serie de reacciones físicas y psicológicas que ocurren cuando los trabajadores deben hacer frente a exigencias ocupacionales, que no se corresponden con sus conocimientos, destrezas o habilidades.

Las reacciones del trabajador frente al estrés pueden incluir respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales:

- Reacciones fisiológicas: aumento del ritmo cardiaco, de la presión sanguínea y de la tensión muscular, sudoración, incremento de la producción y secreción de adrenalina, y respiración superficial con mayor frecuencia.
- Reacciones emocionales: miedo, irritabilidad, humor depresivo, ansiedad, enojo y motivación disminuida.
- Reacciones cognitivas: atención disminuida, reducción de campo de percepción, olvidos, pensamientos menos efectivos, reducción de la capacidad de solucionar problemas y de aprendizaje.
- Reacciones conductuales: disminución de la productividad, mayor consumo de cigarrillos, drogas y alcohol, cometer errores…

2 Objetivos

- Dotar de estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual adecuadas para, así, reducir los niveles de estrés excesivos y manejar correctamente las emociones asociadas.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Alcalde de Hoyos J. Informe técnico sobre el estrés en el lugar de trabajo. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía; 2010.

- Román García J, Gelpi Méndez JA, Cano Vindel A, Catalina Romero C. Cómo combatir el estrés laboral. Ibermutuamur; 2008.

- CIMOP., & Instituto de la Mujer (España). (2000). El estrés en las mujeres trabajadoras: sus causas y sus consecuencias. Madrid: Instituto de la Mujer.

- Peiró, J. M. (2000). Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Pirámide.

Capítulo 693

EL CELADOR ANTE UN AISLAMIENTO HOSPITALARIO

BEATRIZ AZEVEDO CANADO

1 Introducción

El aislamiento de pacientes con enfermedades transmisibles se ha practicado desde la Biblia, se separaban a los leprosos del resto de población (Roldán, s.f.).Poco a poco se fueron haciendo cambios y avances en las técnicas de los aislamientos. A principios del siglo XX se empezaron a usar las habitaciones individuales para aislar a los enfermos que pudieran contagiar lo que padecían (Roldán, s.f.).

Se define el aislamiento hospitalario como la separación física para evitar que se transmitan o propaguen cierto tipo de enfermedades. Es un conjunto de medidas destinadas a prevenir y controlar el riesgo de infección o transmisión de microorganismos, tanto a pacientes, personal sanitario y no sanitario, como el celador, y visitas a través de barreras que interrumpan la cadena de transmisión de las infecciones (Quipildor, Riva, Pelajes, 2011).

2 Objetivos

- Detallar los protocolos, los procedimientos y precauciones a tener en cuenta por el celador para que no haya transmisión entre el paciente, el personal del hospital y los visitantes.
- Explicar cómo se ha de trabajar para controlar las enfermedades nosocomiales, que se contraen en el hospital y no tienen relación con la enfermedad original

por la que está aislado el paciente. Estas enfermedades adquiridas en el hospital con muy comunes y complicarían la recuperación del aislado.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la Guía de Recomendaciones Básicas elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que lleva por nombre Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, donde se describe con detalle los procedimientos y precauciones a tener en cuenta por el celador, por el resto de personal sanitario y cualquier otra persona que acceda a una unidad del paciente con el enfermo aislado.

4 Resultados

Las actuaciones a realizar por el celador se detallan en esta guía redactada por la OMS y OPS, en la que se describen dos tipos de precauciones:

- Precauciones estándar (PE): se aplican obligatoriamente con todos los pacientes tengan la enfermedad que tengan. En este apartado están incluidas diferentes medidas preventivas como la estricta higiene de manos, tanto con agua y jabón como con soluciones alcohólicas. Esta medida es la más importante y eficaz para cortar la cadena de contagio, se tiene que efectuar antes y después del contacto con el paciente y con su entorno. Otra medida estándar sería utilizar los equipos de protección individual (EPI'S), nos referimos a las calzas, gorro, mascarilla, gafas protectoras, bata y por último guantes. El celador y el resto de personas que tengan que entrar en el área donde se encuentra el enfermo aislado ha de colocarse por ese orden los elementos de protección. En la puerta habrá un cartel identificando el aislamiento, no pondrá la enfermedad o infección que padece por la ley de protección de datos del paciente, pero si pondrá los EPI'S a utilizar.
- Precauciones por transmisión: en este grupo se incluyen los pacientes que padezcan o se tenga sospecha que padezcan alguna enfermedad o infección de transmisión aérea, por gotas, por contacto o se le realice un aislamiento protector también denominado inverso. Estas medidas de aislamiento las ordena un médico, en caso de ser necesario han de comunicarse al Servicio de Prevención de referencia en los casos de ser Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOS), por ejemplo: SIDA, botulismo, brucelosis o varicela, son alguna de las más comunes.

Además de aplicar las precauciones estándar hay que seguir los procedimientos

específicos establecidos en cada tipo de aislamiento, los cuáles se detallan a continuación:

- Aislamiento aéreo (respiratorio): se aplica para evitar el contagio por gotas de tamaño inferior a 0.5 micras, debido a su ínfimo tamaño puede ser transportado por el aire y recorrer largas distancias durante largos períodos de tiempo. La habitación del paciente aislado debería ser individual, en caso de no ser posible se pueden reunir más pacientes con la misma enfermedad, pero no pueden tener ninguna otra diferente. Tiene que disponer de presión de aire negativa con salida al exterior o filtrado de alta eficiencia con filtros HEPA. La puerta obligatoriamente siempre ha de estar cerrada. Al entrar en la zona aislada el celador ha de cubrirse la boca con mascarilla de alta eficiencia, en caso que se prevean salpicaduras, colocarse también gafas y guantes si existen lesiones en la piel. Las prendas de protección han de quitarse y desecharlas en un contenedor exclusivo para objetos contaminados dentro de la habitación, excepto la mascarilla que se quitará en el exterior del aislamiento. Evitar sacar al paciente de la zona aislada, en caso que haya que trasladarlo hay que ponerle una mascarilla y llevará un cartel indicando el aislamiento al que está sometido.

- Aislamiento por gotas: se aplica para impedir que las gotas mayores de 5 micrones se transmitan, por su tamaño la gravedad impide que se desplacen a más de un metro de distancia. Estas gotas se expulsan al estornudar, toser o hablar.

Se mantendrá al aislado en habitación individual, como ocurre en el aislamiento aéreo, si no está disponible se puede compartir con otro paciente enfermo de lo mismo, pero mantenimiento una distancia de al menos un metro, pudiéndose colocar una cortina para separar un enfermo de otro. Para los cuidados de este tipo de aislados hay que colocarse una mascarilla en caso de acercarse a menos de un metro de distancia, retirándola dentro de la habitación. Colocarse guantes y bata si hay riesgo de salpicaduras de saliva. En caso de traslado del paciente fuera del área aislada se le colocará mascarilla quirúrgica, bata y guantes acompañado de un cartel informativo del tipo de aislamiento.

- Aislamiento por contacto: se aplica cuando hay riesgo de contagio directo, se divide en dos: contacto con heridas y lesiones cutáneas o contacto con secreciones orales. Y el contacto indirecto con superficies o artículos como ropa de cama y enseres del enfermo.

Para entrar en la habitación el celador se colocará guantes, se los quitará antes de salir y los cambiará entre una actividad y otra, como cambio de pañal, aseo o contacto directo con la piel del paciente. Hay que lavarse las manos obligatoriamente

con jabón antiséptico antes de salir del aislamiento y no tocará nada contaminado para evitar transportarlo al exterior. Colocarse también la bata antes de entrar asegurándose que la ropa no entre en contacto con áreas de riesgo al quitarse la bata. Desechar las prendas de protección antes de salir de la habitación en un contenedor preparado para ello.

- Aislamiento protector o inverso: se aplica para proteger al paciente aislado para que no entre en contacto con ningún microorganismo ya que estos pacientes son inmunodeprimidos, grandes quemados o trasplantados. Son pacientes que no presentan ninguna enfermedad contagiosa pero su estado de salud es muy delicado y hay que protegerlos de otras posibles enfermedades contagiosas.

Obligatoriamente se les tendrá en habitación individual con lavabo, con una presión de aire negativa, renovando el aire de 12 a 15 veces, la puerta siempre permanecerá cerrada. Antes de entrar en la habitación del aislado hay que colocarse la bata, los guantes, el gorro, la mascarilla y las calzas. Al salir de la habitación hay que desecharlo todo en un contenedor apropiado para estos residuos.

- Aislamiento entérico: se aplica para evitar el contagio de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas. Se aconseja habitación individual con lavabo a ser posible, obligatoriamente se usarán bata y guantes, que estarán dentro de la habitación.

- Aislamiento parenteral: se aplica para prevenir las enfermedades que se transmiten por sangre, líquidos orgánicos u objetos que hayan estado en contacto con esas sustancias. La habitación individual es necesaria si el paciente está alterado, desorientado o la higiene es insuficiente. Pueden compartir habitación los pacientes que padezcan el mismo microorganismo. Hay que ser muy cuidadosos y extremar las precauciones con las agujas y demás objetos corto-punzantes, desecharlos en los contenedores habilitados. Es obligatorio el uso de guantes y en caso de posibles salpicaduras de sangre u otros fluidos orgánicos hay que colocarse la bata, la mascarilla y las gafas.

El celador en la práctica de su trabajo recorre todo el hospital y tiene contacto con todo tipo de pacientes. Debido a esto tiene una gran importancia conocer y realizar las tareas con estricta corrección y cuidado para que ellos mismos no se contagien y no puedan transmitir las enfermedades aisladas al resto de personal, visitantes, superficies o utensilios.

Cada hospital tiene que tener definido un programa de actuación elaborado por el

Comité de Infecciones. En este programa se detallan las tareas a realizar por todo el equipo del que se compone el hospital. La comunicación entre los distintos servicios del hospital es fundamental, ya que diariamente se ha de informar de las sospechas o situaciones reales de enfermedades contagiosas desde la admisión en urgencias del hospital hasta la hospitalización del paciente afectado. Fundamental también es la formación de todo el personal del hospital para actuar con rigor en cualquier caso de aislamiento.

5 Discusión-Conclusión

La facilidad y rapidez en la transmisión de las enfermedades contagiosas obliga a conocer y poner en práctica los protocolos que en cada caso está programado en cada centro hospitalario. Se necesita aplicar medidas preventivas desde su entrada en urgencias hasta su hospitalización. Los enfermos que estén aislados necesitan las mismas atenciones que el resto de pacientes e incluso con más delicadeza y detalle, debido a que sus necesidades son mayores y más específicas. Nunca podemos descuidar nuestra actitud frente a estos enfermos porque se pueden sentir angustiados, avergonzados o culpables por el hecho de estar aislados.

6 Bibliografía

- Fariñas, C., Teira, R., Rodríguez, P. (2010). Infección asociada a cuidados sanitarios (infección nosocomial). Medicine. Volumen 10(49),p. 3298. Recuperado en http://viip.facmed.umam.mx/delitos/microbiología/pdf/Inf_urinaria_sanitarios_Medicine2010.pdf
revisado febrero 2014.
- Fernández, A. (2003, Abril). Aislamientos Hospitalarios según categorías. Medwave;3(3):e2806 doi:10.5867.2003.03.2806
- Otaíza, F., Pessoa-Silva, C. [Ed.]. (2008), Componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones. Informe de la segunda reunión de la red oficiosa de prevención y control de infecciones en la atención primaria. Editorial técnica Heidi Mattock.
- Precauciones y aislamientos ante patología infecciosa. Servicio de M. preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. (2002).
- Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud. Recomendaciones básicas. (2017). Washington DC. ISBN: 978-92-75-31954-3.

- Quipildor, L., Riva, C., Pelajes, A. (2011, Agosto). Medidas de aislamiento. Tesis final. Argentina.
- Roldán, S.(s.f.) Aislamiento hospitalario. Recuperado en https://es.slideshare.net/mobile/roldansamuel/aislamiento-hospitalario-8334213

Capítulo 694

PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. EL ESTRÉS LABORAL. FACTORES DESENCADENANTES Y TÉCNICAS PARA AFRONTARLO

LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ

ASUNCIÓN GARCÍA NÚÑEZ

IRENE COVIÁN DE LA CUEVA

1 Introducción

El estrés prepara al ser humano para afrontar situaciones peligrosas, de alta demanda o desconocidas. El estrés de por si no tiene por qué ser perjudicial ya que permite al individuo adaptarse a circunstancias que sobrepasan sus vivencias habituales, por ejemplo, reaccionar ante situaciones de peligro, adaptarse a una residencia nueva, aprender los procedimientos de un trabajo nuevo, etc. El problema reside cuando esta situación se acumula en el tiempo. En esta situación la persona percibe que las exigencias necesitan un nivel de alerta permanente y el estrés se puede volver patológico ocasionando problemas psicológicos o físicos.

El estrés laboral es la respuesta física y psicológica del individuo a situación laboral de alta demanda mantenida en el tiempo. Los efectos más comunes del estrés en nuestra salud y generalmente los más conocidos son:
- Dolores de cabeza, contracturas musculares y vértigo.

- Trastornos del sueño, problemas para conciliar el sueño o para conseguir un sueño profundo y reparador.
- Aumento de la presión arterial.
- Trastornos digestivos, diarrea, falta de apetito.
- Caída del cabello y alteraciones en la piel del tipo eczema.
- Alteraciones del estado de ánimo, cambios de humor, ansiedad, agitación, etc.

Si el estrés se transforma en crónico se pueden producir trastornos psicológicos, consumo de sustancias toxicas, desorientación, bloqueo, depresión, hipersensibilidad, etc., pudiendo llegar a ocasionar trastornos mayores como trastornos de la alimentación, de la personalidad o esquizofrénicos. La respuesta física al estrés puede manifestarse con alteraciones del aparato digestivo, cardiovascular, trastornos endocrinos, problemas respiratorios, fatiga, etc. Los síntomas pueden variar mucho, aunque hay factores comunes en todos los casos como son el aumento de la presión arterial, el riesgo de padecer depresión, diabetes y obesidad.

2 Objetivos

- Dar a conocer los síntomas con los que se manifiesta el estrés y las consecuencias que tiene para la salud de los trabajadores.
- Informar sobre los factores de riesgo para padecerlo y que técnicas se pueden aplicar para controlarlo.

3 Metodología

Análisis sistemático de publicaciones del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo relacionadas con los riesgos psicosociales y de la página de salud de Ayuntamiento de Madrid.

4 Resultados

Las causas del estrés varían mucho de unas personas a otras pero existen factores de riesgo en los lugares de trabajo. Algunos de ellos son:
- La carga de trabajo: trabajar muchas horas, a un ritmo muy exigente o que necesite alta concentración. Puede unirse esta situación a tener pocos descansos, a compaginar el trabajo con labores domésticas y con la atención de hijos o familiares. La carga de trabajo total de una persona comprende el empleo ordinario, las horas extras en el trabajo y las labores domésticas y de cuidados.

- Funciones del puesto: en ocasiones las tareas del puesto de trabajo no están bien definidas y el trabajador tiene que responder a demandas de varias personas, con lo que existe una sobrecarga de trabajo y no se definen prioridades.
- Condiciones de trabajo: los trabajos con condiciones físicas muy exigentes, con niveles altos de ruido, vibraciones o con sustancias peligrosas son mas estresantes ya que requieren un elevado nivel de alerta.
- Tipo de gerencia: la forma en que este construida la cadena de mando de la empresa es fundamental para minimizar los niveles de estrés. Esto se consigue permitiendo la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, realizando reuniones periódicas, creando equipos o grupos de trabajo, etc.
- Conflictos con otras personas: los enfrentamientos con los compañeros o con los jefes son fuentes de estrés.
- Preocupación por el futuro: la incertidumbre por la contratación, el temor al despido o la ausencia de medidas por parte de la empresa para conciliar la vida personal y laboral.

Indicios de estrés

Si el trabajador tiene una de estos síntomas o manifestaciones puede estar frente a un episodio de estrés: dolores de cabeza, problemas digestivos, alteraciones del sueño, problemas en sus relaciones personales, descontento o frustración en el trabajo, cambios en el humor o el carácter.

Qué se puede hacer

Para evitar que las condiciones laborales afecten a la salud de los trabajadores se pueden adquirir hábitos que los ayuden a manejarlo.
- Si nos encontramos estresados en el trabajo, hacer una pausa o un descanso. Tomar alguna bebida, dar unos pasos, respirar profundo y cerrar los ojos un rato.
- Describir nuestro puesto de trabajo, repasar nuestras funciones, ordenar las prioridades.
- Marcarse objetivos razonables, comentarlos con los compañeros de equipo y con los jefes, y ajustarse a ellos.
- Restringir el uso del móvil y de internet. Ponerse unos limites u horarios. Como desconectar durante las comidas o a cierta hora por la noche.
- Poner límites si se considera que las condiciones de trabajo no son adecuadas. Ponerlo en conocimiento de sus jefes y si no se resuelve el problema acudir a los representantes de los trabajadores en materia de salud laboral.
- Realizar una lista de tareas pendientes y resolverlas en orden de importancia.
- Aceptar que cosas no se pueden cambiar y verlas con otra perspectiva o adaptarlas a los gustos personales.

- Identificar las situaciones que provocan estrés y evitarlas en la medida de lo posible.
- Pedir ayuda y establecer límites.
- Hacer cosas que le sean agradables como dar un paseo, ir al cine, a bailar, etc.
- No aislarse de los seres queridos. Quedar para charlar o salir.
- Practicar ejercicio moderado regularmente y llevar una dieta saludable. Dormir lo suficiente.
- Aprovechar los descansos y vacaciones para disfrutar del aire libre, pasar unos días de vacaciones, ver a los amigos, etc.
- Si es incapaz de resolver la situación con sus propios medios acudir al servicio de medicina preventiva de su empresa.

5 Discusión-Conclusión

Las consecuencias del estrés deterioran la calidad de vida de la persona, provocando problemas en las relaciones personales. A consecuencia de ello se puede ver afectada la productividad, el rendimiento, el absentismo y el riesgo de sufrir accidentes. Para poder evitar el estrés es importante identificar las causas que pueden originarlo y cuáles son las primeras manifestaciones sobre la salud.

Existen actitudes que el trabajador puede desarrollar que sirven de herramienta para poder controlar las situaciones que ocasionan estrés laboral. Es un deber de la empresa abordar el estrés como cualquier otro riesgo laboral y llevar a cabo medidas preventivas adecuadas para evitarlos o para corregir los factores que lo provoquen. El riesgo a padecer estrés debe estar incluido dentro de la evaluación de riesgos de puestos de trabajo.

6 Bibliografía

- Página de salud del ayuntamiento de Madrid: http://madridsalud.es/el-estres-laboral-y-su-prevencion/
Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 349: Prevención del estrés: intervención sobre el individuo
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. https://www.insst /…/Capítulo+34.+Factores+psicosociales+y+de+ organización. Factores psicosociales y organizativos Steven L. Sauter, Joseph J. Hurrell Jr., Lawrence R. Murphy y Lennart Levi

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. https://www.insst.es/.../Estrés.../e55e0e75-9a40-45bf-bc2e-73e1eceb769d.
Estrés laboral y evaluación de riesgos.

Capítulo 695

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. TRASTORNOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS EN POSTURAS SENTADAS. DISEÑO PERSONAL DEL PUESTO DE TRABAJO.

LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ

ASUNCIÓN GARCÍA NÚÑEZ

IRENE COVIÁN DE LA CUEVA

1 Introducción

Los trastornos musculoesqueléticos son una de las afecciones de salud más comunes en el trabajo, son frecuentes las consultas médicas por esta causa y motivo de numerosas bajas laborales temporales o permanentes.
Los trastornos musculo-esqueléticos se definen como cualquier dolor o molestia que padezca el trabajador como consecuencia de la postura que adopte al realizar su tarea habitual.

En el origen de los trastornos musculo esqueléticos influyen varios factores como son la organización del trabajo, los riesgos psicosociales, los riegos físicos ambientales y las características físicas y psicológicas del individuo.

En los trabajos de oficina encontramos movimientos rítmicos y repetitivos, tiempos de descanso reducidos, posturas estáticas forzadas y tareas de alta demanda. La mayor parte del tiempo se utilizan pantallas de visualización de datos por lo que son frecuentes las molestias en los miembros superiores, los dolores cervicales y lumbares. Estos trastornos merman la calidad de vida de los trabajadores afectando a su esfera social, familiar y laboral.

Las lesiones que pueden afectar al trabajador pueden ser de carácter agudo como son la lumbalgia, hernias discales o crisis ciáticas o de carácter crónico como son el síndrome de túnel carpiano, cubital o radial.
Las políticas de prevención de riesgos de las empresas deben ir encaminadas a eliminar los riesgos en su origen o a minimizarlos en el caso de que no puedan evitarse. Para ello, y basándose en los criterios de la ergonomía, deben adaptase los puestos de trabajo a al trabajador que vaya a desempeñar la tarea y no al revés.

2 Objetivos

- Dar a conocer las medidas preventivas a adoptar para evitar los trastornos musculoesqueléticos en posturas sentadas. Instruir a los trabajadores como adaptar los puestos de trabajo a su propia condición física. Cuáles son los parámetros recomendables y las instrucciones básicas para evitar sobrecargas musculares y esqueléticas.

3 Metodología

Análisis sistemático de normas técnicas publicadas por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene y de publicaciones del Gobierno de Navarra y de la Universidad Complutense de Madrid, todas ellas relacionadas con la prevención de riesgos laborales en puestos administrativos.

4 Resultados

La postura correcta en el puesto sentado de trabajo administrativo es:
- Piernas en posición vertical y muslos horizontales, formando entre ambos un Angulo de 90º
- Brazos en posición vertical y antebrazos horizontales, formando entre ambos un ángulo aproximado de 90º.

- Muñecas relajadas, espalda recta y plantas de los pies apoyadas en el suelo o en su defecto de forma perpendicular a las piernas. Si los pies no alcanzan el suelo debe utilizarse un reposapiés.
- Objeto a visualizar situado de forma que permita una visión paralela a la mesa o con un angulo máximo de 60º por debajo de la horizontal.
- Línea de los hombros paralela al borde frontal de la mesa, sin torsiones del tronco.
- Ángulo de la línea de visión menor de 60º bajo la horizontal.

Ajustes en el mobiliario:
- Mesas: Espacio libre bajo el tablero Para el trabajo en posición sentado debe habilitarse el suficiente espacio para los miembros inferiores (muslos, rodillas y pies). La altura del tablero para la mayoría de la población, tendrá una altura de comprendida entre 67 y 77cm. La altura del tablero tendrá una profundidad de adecuada para colocar el monitor, el teclado delante de él y el reposamuñecas delante de este.
- Pantalla: el trabajador deberá inclinar o girar la pantalla de forma que evite reflejos y le permita mantener una postura natural. Deberá también ajustar la altura de la pantalla para que el ángulo de visión le resulte confortable.
- Silla de trabajo: La silla debe ser ajustarse en altura de forma que permita que las plantas de los pies queden apoyadas en el suelo y apoyar la espalda en el respaldo.
- El respaldo debe estar diseñado para que permita el apoyo lumbar y facilite mantener una postura correcta. También es conveniente que permita la inclinación para facilitar la relajación de la espalda de forma ocasional.
- El asiento tendrá una anchura adecuada a la de las caderas. El material del respaldo y del asiento debe ser de material transpirable.

Es conveniente que las sillas estén provistas de ruedas y que estas eviten que la silla se desplace de forma involuntaria. Para un mayor confort pueden utilizarse sillas con reposabrazos pero de forma que no impidan que la silla pueda acercarse a la zona de trabajo, es decir que queden más bajos que el tablero de la mesa.

Cuando se utilizan pantallas es recomendable disponer de un porta documentos de forma que la visión de los documentos quede a la misma altura que la pantalla, se impide de esta manera realizar esfuerzos cervicales.
Adaptado al teclado es conveniente utilizar un soporte para las muñecas, asegurándonos de que no se mueva al utilizarlo.

Recomendaciones:
1. Cambiar de postura a menudo para evitar contracturas musculares
2. Levantarse de vez en cuando y dar algunos pasos, mover el cuello y mirar por la ventana.
3. Realiza ejercicios de estiramiento de los miembros superiores e inferiores, cuello y espalda a diario.
4. Solicita formación en materia de salud laboral.
5. Realiza ejercicio físico periódicamente, natación, aerobic, yoga.
6. Sigue una dieta saludable evitando el sobrepeso y la obesidad.
7. Recurre a la fisioterapia si lo ves necesario.
8. Acude al servicio médico de tu empresa.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de las empresas sanitarias existen puestos de administrativos realizando tareas de administración y gestión, de procesamiento de datos, de gestión de personal, etc.. Su jornada de trabajo se realiza casi exclusivamente en la posición de sentado. Permanecer tantas horas en la misma postura, que frecuentemente no es la correcta, hace que el sistema musculo esquelético se vea afectado por múltiples dolencias.

El trabajador tiene que ser consciente de la postura que esta adoptando al ejercer su tarea, si esta cómodo al realizarla y cuanto tiempo ha transcurrido sin cambiar de postura, velando así por su salud y bienestar.
Hacer estiramientos y realizar ejercicio físico moderado hace que, por encima de recomendaciones, tomemos conciencia de nuestro cuerpo y adoptemos las posturas adecuadas en cada momento.
En las mutuas y en los servicios de medicina preventiva de las empresas tienen a disposición de los trabajadores fichas con ejercicios de estiramientos musculoesqueléticos adaptados a los puestos de trabajo.

6 Bibliografía

- Manual de normas técnicas para el diseño ergonómico de puestos con pantallas de visualización. Instituto nacional de seguridad e higiene
- NTP 602: El diseño ergonómico del puesto de trabajo con pantallas de visualización: el equipo de trabajo

- Trastornos músculo-esqueléticos de origen laboral. Gobierno De Navarra Instituto Navarro de Salud Laboral Departamento de Salud. octubre de 2007. Autores: Miguel Díez de Ulzurrun Sagala, Ana Garasa Jiménez, Mª Goretti Macaya Zandio, Javier Eransus Izquierdo.
- Recomendaciones ergonómicas y psicosociales. Trabajo en oficinas y despacho. Universidad Complutense de Madrid. Delegación del Rector para Salud, Bienestar Social y Medio Ambiente Dirección del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y Medicina del Trabajo.

Capítulo 696

EL CELADOR COMO PROFESIONAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.

LUIS ANTONIO NOVAL PEAGUDA

1 Introducción

La Ley General de Sanidad establece que en los servicios de salud se integrarán los diferentes servicios sanitarios públicos de su respectivo ámbito. Tal integración se realiza con las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre ellas el régimen jurídico de su personal.

El Celador forma parte del personal de los servicios sanitarios cuyas funciones están reguladas por el estatuto preconstitucional de 1971, por ello era necesario actualizar y adaptar su régimen jurídico. La actualización se realiza a través de la Ley 55/2003, 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud constituyendo la norma básica de dicho personal, todo ello se realiza de conformidad con la Constitución Española, en su artículo 149.1.18.

Aprobada la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula el personal estatutario, las funciones del Celador y del Jefe de Personal Subalterno siguen siendo las que refleja la orden preconstitucional del 5 de julio de 1971, en su artículo 14 (en el punto 1 las funciones del Jefe de Personal Subalterno y el punto 2 las de los Celadores), como así lo establece la disposición transitoria sexta de la Ley 55/2003.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del Celador como profesional del Sistema Sanitario Público.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Google Académico, Dialnet, SciELO y Medline. Las palabras clave empleadas han sido: Celador; Funciones; Personal; Estatutario.

4 Resultados

Las funciones del Celador como profesional del Sistema Sanitario Público son:
- Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.
- Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
- Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.
- Cuidarán, al igual que el resto del personal de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de las persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
- Servirán de ascensoristas cuando se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran.
- Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
- Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.

- Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraren en la limpieza y conservación del edificio y material.
- Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando no introduzcan en las Instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.
- Vigilarán, asimismo, el comportamiento de los enfermos y visitantes en las habitaciones evitando que esos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
- Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.
- Ayudarán, asimismo, a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón a sus dolencias para hacerles las camas.
- Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en su ausencia.
- En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requiera.
- En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del celador, destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los médicos, supervisoras o enfermeras.
- Bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerla por sí mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las supervisoras de plantas o servicios o personas que las sustituyan.
- Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo no pueda éste ser movido sólo por la enfermera o ayudante de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.
- Ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.
- Ayudarán a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala.

- Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándoles, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquéllas y siempre bajo las indicaciones que reciban de los médicos, supervisoras o enfermeras que les sustituyan en sus ausencias.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermeros sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.
- También serán misiones del celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de la gran variedad de Funciones que realiza el Celador nunca ha habido manuales de acogida para celadores de nueva incorporación, ni tampoco cursillos de preparación. Es ahora cuando empieza a haberlos en algunos centros hospitalarios.

Los celadores pueden trasladar mobiliario y también trasladar pacientes; pueden estar destinados en almacén, lavandería o lencería o en quirófanos o paritorios. Realizan funciones sanitarias o, al menos, complementarias de estas, pero tienen la condición de personal no sanitario. Por ello uno de los problemas puntuales con el que se encuentran a diario los celadores es el solapamiento de funciones con la función auxiliar de enfermería, derivado de la falta de integración del celador con el resto del equipo sanitario al acometer las tareas asistenciales: “cuando la integración del celador no es la que debiera en el equipo asistencial, hay problemas de quien debe realizar una labor y quien no”.

Mientras que los valores y la organización del sistema sanitario han experimentado y experimentan profundas transformaciones y la sociedad ha evolucionado en la demanda de servicios, la figura del celador permanece anclada en la definición de sus funciones que establece el Estatuto de Personal no Sanitario del año 1971.

6 Bibliografía

-Temario de Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Edit. MAD, sie7e Editores, 2019.
-Ana Nieto Jácome; El Celador en Instituciones Sanitarias; Edit. Escuela de Gestión Sanitaria de Galicia, S.L.
- Actualización Integral para Celadores; Edit. Formación y Sanidad FYSA, 2010.

Capítulo 697

EL CELADOR ANTE LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES.

CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ

ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ

ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR

JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Movilización: técnicas de traslado y cambios posturales de pacientes encamados.Los celadores deben conocer las diferentes posiciones anatómicas, así como la adecuada movilización de los pacientes y ser capaces de desplegarlo en su trabajo diario, tanto con los pacientes como con el resto de profesionales que conforman el equipo asistencial.

En la mayoría de las ocasiones, los pacientes que se encuentran en un hospital tienen reducida su movilidad, por lo que es muy habitual que el celador tenga que colaborar en su movilización, ayudándolos en los movimientos imprescindibles. Para poder realizar de forma correcta la movilización de pacientes es también fundamental que los celadores conozcan las diferentes posiciones anatómicas más utilizadas dentro del ámbito hospitalario.

2 Objetivos

- Favorecer la comodidad y bienestar del paciente.

- Evitar la aparición de lesiones de la piel y tejidos subyacentes (las UPP).
- Evitar la aparición de deformidades.
- Evitar la aparición de contracturas musculares.

3 Metodología

Estudio bibliográfico exhaustivo de revistas, cursos y publicaciones referentes a la movilización de pacientes, recopilación de datos cuyas prácticas favorezcan el bienestar del mismo. Revisión bibliográfica de documentación específica, recomendaciones y recopilación de datos referente a las diferentes posiciones anatómicas del paciente.

4 Resultados

Dependiendo de la capacidad de colaboración del paciente, distinguimos varios tipos:
A. Activas. Son aquellas que puede realizar el paciente por sí mismo, bajo la supervisión de un profesional sanitario. En ella se mueven tanto articulaciones, como grupos musculares o zonas corporales. Para su realización, pueden emplearse distintos dispositivos, tales como pesas, poleas, etc. Es muy importante que el celador estimule al paciente encamado a que movilice sus brazos y piernas, o a que realice ejercicios de contracción y relajación de su musculatura.
B. Pasivas. En este caso las movilizaciones son realizadas por el profesional, en los distintos segmentos corporales. Se aplica en pacientes que no pueden realizar esfuerzo.

5 Discusión-Conclusión

La formación continua de los celadores es un factor relevante para el mantenimiento actualizado de las competencias necesarias para dar la respuesta adecuada a las demandas de la población, de los pacientes y de la propia organización.

Es fundamental que el celador conozca e identifique las posiciones más frecuentes que se utilizan dentro del ámbito hospitalario y que se emplean tanto para la exploración, el tratamiento y la prevención de lesiones.

Las diferentes posiciones anatómicas son:

- Decúbito Supino: La posición "Boca Arriba» es la que supone la máxima descarga para la columna. La cama ha de estar en posición horizontal y la cabeza ha de reposar sobre la almohada, manteniendo el cuerpo bien alineado, con las piernas extendidas.
- Decúbito Prono o Ventral: El paciente se encuentra tumbado "Boca Abajo", con la cabeza ladeada. Esta posición está indicada en estancias en camas y post-operatorios que así lo precisen.
- Decúbito Lateral: Postura de «Costado», la cama estará en posición horizontal y la cabeza descansará sobre la almohada manteniéndose alineada con la espalda, los brazos colocados en una posición que le sea cómoda al paciente y las piernas en semiflexión, debiendo situar una almohada entre las rodillas para evitar la presión y, si fuera necesario, otra en la espalda.
- Bipedestación: Paciente en posición vertical sobre los pies.
- Posición sentado: Paciente con el dorso levantado.
- Fowler o Semisentado: Paciente semisentado, con el torso levantado y las rodillas ligeramente flexionadas.
Sims o Semiprona: Es una posición intermedia entre decúbito prono y decúbito lateral, la pierna inferior debe estar semiflexionada y la superior doblada por rodilla y cadera.
- Trendelemburg: El paciente se encuentra tumbado boca arriba, en un plano oblicuo de 45º, con la cabeza más baja que los pies.
Antitrendelemburg o Morestin: Trendelemburg inversa con la cabeza más alta que los pies.
- Roser: El paciente se encuentra tumbado sobre el dorso de su cuerpo, con los hombros en el límite de la cabecera de la cama o camilla, con la cabeza colgando fuera de la misma. También denominada de Proetz.
- Ginecológica o Litotomía: El paciente se encuentra en decúbito supino, con la pelvis apoyada en el borde de la mesa. Las extremidades están flexionadas y apoyadas en las perneras, separadas.
- Genupectoral: El paciente se apoya sobre sus rodillas, con el tronco inclinado hacia delante, los brazos cruzados sobre la superficie de apoyo y la cabeza sobre ellos.
- Posición de Punción Lumbar: Paciente tumbado de lado en posición fetal o sentada con la espalda flexionada.

6 Bibliografía

- https://revistamedica.com/celador-movilizacion-pacientes-posiciones-anatomicas/
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CELADOR.pdf - https://studylib.es/doc/5569432/manejo-y-movilizaci%C3%B3n-del-paciente-geri%C3%A1trico.-t%C3%A9cnicas-d...

Capítulo 698

EL SÍNDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO EN LOS TRABAJADORES DE LA SANIDAD YA SEAN SANITARIOS O NO SANITARIOS

ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ

ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR

JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ

CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

El síndrome de quemarse por el trabajo o síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización. Este síndrome declarado en el año 2000 por la OMS como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar a la calidad de vida, como a la salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre.

El síndrome del trabajador quemado puede dividirse en dos tipos:
- Burnout activo: el empleado mantiene una conducta asertiva. Se relaciona con elementos externos a la profesión.
- Burnout pasivo: suele tener sentimientos de apatía y se relaciona con factores internos psicosociales.

Según la Organización Mundial de la salud (OMS),los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema. El informe también recomienda realizar una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos para conseguir que la inversión en salud sea equilibrada.

2 Objetivos

- Potenciar la conducta para aumentar el bienestar.
- Utilizar técnicas que hagan disminuir el estrés.
- Potenciar la autoestima para conseguir metas y objetivos.
- Minimizar la ansiedad producida por agentes estresantes.
- Usar técnicas de relajación para evitar estrés y nerviosismo.

3 Metodología

Búsqueda en revistas cientificas tanto nacionales como internacionales y en artículos mediante el buscador Google Académico, con palabras claves como agotamiento, sobrecarga emocional en el trabajo, estrés laboral, desgaste profesional, Síndrome de Burnout.

4 Resultados

Algunas de las causas que propician el desarrollo del Síndrome de Burnout son:
- Falsas expectativas del trabajador, esta situación puede llevar a aumentar niveles de estrés y frustración para la persona, haciéndolo candidato al síndrome. En etapas posteriores la frustración puede ser mayor, entre mayor sea el nivel de motivación e identificación inicial del trabajador con la labor asignada.
- Bajos niveles de desafío, autonomía, control y retroalimentación sobre resultados, así como apoyo social de compañeros que permitan finalmente desarrollar en el trabajador un sentimiento de éxito profesional y la noción de autoeficacia

percibida. Los trabajadores con niveles positivos de los factores previos, especialmente el de autoeficacia, experimentan menos estrés y por tanto son menos propensos a desarrollar el burnout, pero bajos niveles de autoeficacia más bien fomentan el desarrollo de la condición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del burnout o síndrome de estar quemado, también denominado de desgaste profesional, como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, aprobada el pasado año y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022, en la que se contempla también el abuso de videojuegos como trastorno adictivo.

5 Discusión-Conclusión

La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio.

Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout . También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro. El cansancio emocional alto es la principal dimensión del burnout.

Debe prevenirse la sobrecarga emocional en el trabajo en estos profesionales potenciando los factores protectores y vigilando su aparición en los que presenten factores de riesgo. Los profesional mas afectados con este síntoma son aquellos que por su actividad laboral son víctimas de cambios de horario, largas jornadas de trabajo, los que se ven involucrados en problemas de otras personas o sufren de falta de tiempo. Deberían de implantarse programas de prevención eficaces del burnout, así como programas destinados a promover la satisfacción laboral, lo que repercutiría en la calidad asistencial ofrecida a los pacientes.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008
- https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Gil-Monte/publicacion/242114408_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_aproximaciones_teoricas_para_su_explicacion_y_recomendaciones_para_la_intervencion/links/0deec534528db5d80e000000.pdf
- http://www.integraorg.com/wp-conte/doc/El%20sindrome%20de%20burnout,%20sintomas,%20causas%20y%20medidas%20de%20atencion%20en%20la%20empresa.pdf
- https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-niveles-burnout-enfermeras-S0212656716301755

Capítulo 699

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE ENTRE USUARIO Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SERGIO BRAOJOS MENÉNDEZ

1 Introducción

Los cambios producidos en el mundo en que vivimos hace que se deje de lado una parte muy importante del ser humano, que es la necesidad de entender, y para entender es necesaria una buena comunicación con un lenguaje apropiado.

Lenguaje y comunicación van unidos, siendo el lenguaje un conjunto de signos gráficos, sonoros o gesticulares, y la comunicación el intercambio de información entre emisor y receptor a través del lenguaje.

La comunicación entre paciente y profesional de la salud está evolucionando. El paciente es el eje principal con derechos definidos. El profesional actúa según esos derechos. El paciente tiene acceso a la información y derecho a decidir después de recibirla. Todo profesional está obligado al cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica.

2 Objetivos

- Conocer los contenidos indispensable en la comunicación con el paciente.

- Identificar errores en el lenguaje que pueden interferir en las comunicaciones con el usuario.
- Definir habilidades sociales a utilizar en el entorno sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se ha utilizado descriptores tipo: lenguaje, comunicación, sanidad, paciente, usuario, personal administrativo.

4 Resultados

Para que la comunicación entre el usuario y el profesional sea eficaz deber ser:

- Significativa: relacionada con el tema del que se habla.
- Suficiente: la justa, ni más ni menos.
- Apropiada: adaptarla al nivel cultural, lenguaje habitual, etc.
- Precisa: frases cortas.

Los errores más comunes en el lenguaje que generan problemas entre paciente y personal son:

- Omisión: suprimir información.
- Imprecisiones: uso de frases incompletas.
- Generalización: excluir información importante.
- Distorsión: realizar afirmaciones y juicios que generan malentendidos.

Las habilidades sociales son fundamentales para generar un ambiente distendido en el que el usuario se sienta cómodo. Algunas destacadas son:

- Saber afrontar situaciones difíciles.
- Pedir disculpas cuando sea necesario.
- Formular alternativas ante los problemas que surjan.
- Capacidad de transmitir información.
- Realizar preguntas adecuadas en cada momento.

5 Discusión-Conclusión

Las nuevas tecnologías ofrecen demasiada información que genera dudas al usuario creando aún más desinformación. Un paciente bien informado enfrenta mejor su proceso, superando miedos y aceptando las indicaciones necesarias. Cada paciente es diferente y cada profesional también. El objetivo de los profesionales administrativos sanitarios es proporcionar una comunicación eficaz a través de un lenguaje adaptado y comprensible para el usuario.

6 Bibliografía

- Arturo Merayo, Esteban Bravo, Fernando Gordón: ”La comunicación con el paciente, habilidades emocionales para los profesionales de la salud”, 2014.
- Daniel Izquierdo Hánni: ”Manual: La Comunicación con el paciente”, 2013.
- Luis Cibanal Juan, Mª del Carmen Arce Sanchéz, Mª del Consuelo Carballal Balsa: ”Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud”, 2014.

Capítulo 700

EL TRABAJO A TURNOS

ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR

JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ

CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ

ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El Estatuto de los Trabajadores define el trabajo a turnos como toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas.

Como se ha mencionado anteriormente, se pueden distinguir los siguientes tipos de ritmo de trabajo:
- Sistema continuo: el trabajo se desarrolla de forma ininterrumpida. Por tanto, se debe cubrir con tres turnos (mañana, tarde y noche) durante 24 horas al día y 7 días a la semana.
- Sistema semicontinuo: en este caso, la interrupción es semanal. Se cubrirían los tres turnos (mañana, tarde y noche) de lunes a viernes, descansando los domingos.
- Sistema discontinuo: el trabajo se lleva a cabo de lunes a viernes, sin contar con el turno nocturno. Se cubren dos turnos (mañana y tarde) de lunes a viernes.

2 Objetivos

- Analizar los diferentes turnos y los problemas de salud asociados que el profesional presenta desde el punto de vista de la salud a nivel social.
- Tomar medidas para atenuar este impacto.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo a turnos ocasiona una serie de alteraciones en el trabajador, tanto desde el punto de vista físico como laboral:

- Alteraciones del sueño: para garantizar el descanso y la recuperación de la fatiga diaria, se deberían respetar 7 horas de sueño nocturno.
-Trastornos alimentarios: mantener una dieta sana y equilibrada es esencial para disponer de una buena salud física. El trabajo a turnos supone, en ocasiones, aplazar una comida o saltársela.
- Efectos sobre la actividad profesional: en general, al estar sometido a turnos (y en especial, turno de noche) genera en los trabajadores la dificultad de mantener la atención, cometer errores durante la jornada laboral, etc.
- Medidas en la organización de los turnos de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas destinadas a mejorar la situación laboral de las personas que trabajan a turnos deberían contemplar los siguientes aspectos:

-Acortar las jornadas de trabajo. Los turnos de tarde y de noche nunca serán más largos que los de mañana, preferiblemente serán más cortos.
-Para el reparto o elección de los turnos se analizarán las necesidades individuales, llegando de forma consensuada al calendario de trabajo definitivo.

-Dar a conocer con antelación el calendario acordado. Así, los trabajadores tendrán la oportunidad de conciliar la vida familiar con el trabajo y realizar cambios entre compañeros.
-Respetar las horas del ciclo de sueño. Evitar que el turno de mañana comience a horas tempranas. –
-Además, establecer márgenes de tiempo en el cambio de turnos de trabajo.
-Aumentar el número de períodos de descanso y/o sueño durante la jornada laboral.
-Facilitar comida caliente y equilibrada. Además dotar de comedores y salas de descanso para los trabajadores.
-Reducir la carga de trabajo en el turno de noche.
-Dotar a los trabajadores de un sistema de comunicación de incidencias para que el cambio de turno no implique una falta de transferencia de información entre los distintos equipos de trabajo.
-No realizar rotación de trabajadores entre los distintos equipos de trabajo para favorecer las relaciones entre los componentes de los mismos. A la hora de conformar los equipos, permitir la participación de los trabajadores en la determinación de los equipos.
-Reducir el número de años que el trabajador está sometido a turnos de trabajo o limitar la edad de los mismos. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) recomienda que a partir de los 40 años el trabajo nocturno continuado sea voluntario.

6 Bibliografía

- Ley de prevención de Riesgos Laborales 31/1995 y Estatuto de los Trabajadores, Nota Técnica de Prevención 455
- Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo
- Blog de prevención de riesgos laborales del trabajo a turnos.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 701

PROTECCIÓN DE DATOS EN UN HOSPITAL Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS.

MARTA FERNANDEZ COSMEA

ROSA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

Como bien sabemos la Constitución Española de 1978 , artículo 18 garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. este derecho como no podía ser menos tiene vital importancia en el ámbito sanitario, Ya que los pacientes, usuario, aportan datos tanto personales como sobre su salud. la Ley Orgánica 15/1999 de 13 diciembre, de Protección de Datos de carácter personal ya derogada con la entrada en vigor De la Ley Orgánica 3/ 2018 de 6 de diciembre de 2018,De protección de datos personales garantía de los derechos digitales, si bien con algunas referencias aisladas a Sanidad en su disposición adicional 17ª y la disposición final novena, inevitablemente hay que completar con la lectura del Reglamento UE 2016/679 de 27 de abril, Garantiza la privacidad y la no vulnerabilidad de nuestros datos.

2 Objetivos

- Concienciar y divulgar a través de compañías informativas a todo el personal sanitario y no sanitario que tenga acceso a los datos de carácter personal así como los relativos a la salud de los pacientes de la importancia de confidencialidad, privacidad, así como el secreto profesional.

3 Metodología

Hemos realizado la búsqueda en el portal de Salud del Principado de Asturias , en bases de datos y páginas de Internet ,configurando este trabajo como estudio tipo documental.

4 Resultados

El uso inadecuado del tratamiento de dichos datos por parte del personal autorizado para el tratamiento de los mismos es lo que conlleva muchas veces al uso erróneo de la información sobre el paciente. la Agencia Española de Protección de Datos para garantizar y proteger la confidencialidad ha desarrollado un decálogo dirigido al personal sanitario y administrativo, el 21 de mayo de 2019 la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) ha publicado su memoria 2018 la cual es coincidente con el primer año de aplicación de la reforma de la ley, los cambios introducidos en la nueva ley a llevado a novedades, los derechos de los ciudadanos como en la forma de tratar los datos personales por parte de las organizaciones. las reclamaciones recibidas a la agencia durante el 2018 se incrementaron casi un 33% de las cuales el 7% corresponden a Sanidad

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de los datos de carácter personal es el siguiente:
- Especialmente protegidos, consentimiento explícito y por escrito
- Calidad de los datos, informar al paciente del tratamiento de datos
- Confidencialidad de la historia clínica del paciente

Esta normativa afecta a los profesionales que operan en el sector sanitario, a las clínicas, a los hospitales, a los centros médicos y a las instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

- http://www.revistamedica.com
- http://wwwprimerempleo.com
- https://astursalud.es

Capítulo 702

LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO

MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ

MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ

VANESA GARCÍA VALERO

NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ

1 Introducción

La Constitución Española encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Desde este mandato constitucional y como transposición de la Directiva Europea 89/391/CEE, surge la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL). La LPRL, tiene por objetivo promover la seguridad y la salud de los trabajadores, estableciendo como principios generales:
- La prevención de los riesgos profesionales.
- La eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo.
- La información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva. La

Ley de Prevención de Riesgos Laborales obliga a los empresarios a tomar las medidas preventivas oportunas para mejorar las condiciones de trabajo. Por ello, es necesario evaluar todos los riesgos laborales existentes, tanto los que puedan

provocar accidentes en el trabajo y enfermedades profesionales como las situaciones de insatisfacción, fatiga, estrés y envejecimiento prematuro.

2 Objetivos

- Evaluar y evitar los riesgos en el trabajo.
- Combatir los riesgos en su origen y analizar los que no se pueden evitar.
- Adaptar el trabajo a la persona, buscar técnicas, lugares y puestos seguros sustituyendo elementos peligrosos.
- Dar las instrucciones pertinentes a los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos. Legislación vigente, base datos.

4 Resultados

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) define como daños en el trabajo, las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo laboral. Son daños derivados del trabajo:
- Accidentes.
- Enfermedades.
- Fatiga.
- Estrés.
- Insatisfacción.
- Envejecimiento prematuro.

Se define accidente de trabajo toda lesión corporal que sufra el trabajador como consecuencia del trabajo que realice por cuenta ajena. Se incluyen en esta definición los accidentes que se producen en el centro de trabajo y los produces en el trayecto habitual entre el centro de trabajo y domicilio.

La LPRL específica que los trabajadores tienen derecho a la protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. Este derecho indica al empresario el deber de protección frente a los riesgos de los empleados a su cargo. Las Administraciones Públicas tienen el mismo deber con el personal a su servicio. Este

objeto de la LPRL promover la seguridad y salud de los trabajadores y establece como principios:
- La prevención de los riesgos profesionales.
- La eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo.
- La información, la consulta, la participación y la formación de los trabajadores en materia de prevención.

Los trabajadores tienen derecho en materia de prevención:
- Evaluación de los puestos de trabajo.
- Información sobre los riesgos y medidas preventivas.
- Consulta y participación de los trabajadores.
- Formación en materia preventiva.
- Plan de emergencia, evacuación y primeros auxilios.
- Paralización en caso de riesgo inminente.
.- Vigilancia de su estado de salud.

La prevención de riesgos laborales se realiza con:
- Plan de prevención de riesgos laborales.
- Información, participación y consulta de los trabajadores.
- Evaluación de riesgos.
- Actuación en caso de emergencias y de riesgo grave e inminente.
- Vigilancia de la salud.
- Constitución de la modalidad de organización de la prevención.
- Cumpliendo la normativa.

En estadísticas de accidentes de trabajo del año 2018 del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, el número de accidentes de trabajo con baja fue 617.488, mientras que el de accidentes de trabajo sin baja fue 730.686. Comparando las cifras con las del año anterior, los accidentes con baja experimentaron un aumento del 3,5% y los accidentes sin baja un descenso del 1,1%. Dentro de los accidentes con baja, se produjeron 532.977 accidentes en jornada de trabajo y 84.511 accidentes in itinere. La variación en relación con el año anterior se situó en el 3.5% para los accidentes en jornada y en el 3,7% para accidentes in itinere. Por gravedad de los accidentes en jornada con baja, se produjeron 3.991 accidentes graves y 574 accidentes mortales.

Accidentes de trabajo e jornada con baja por sección de actividad económica (Año 2018 vs Año 2017). El índice más alto de accidentes se sitúa en la industria manufacturera con 101.366 bajas, el índice más bajo se sitúa en el sector de act. org. extraterritoriales con 51 bajas. Accidentes de trabajo en jornada mortales,

por sección de actividad económica (Año 2018 vs Año 2017). El índice más alto se sitúa en transporte y almacenamiento con 111 bajas mortales y el más bajo es en el sector de act. org. extraterritoriales con 0 bajas mortales.

Accidentes de trabajo en jornada con baja por comunidad autónoma (Año 2018 vs Año 2017). La tasa más alta afecta a la comunidad autónoma de Cataluña con 95.208 bajas, La Rioja presenta el índice más bajo con 3.796 bajas. Accidentes de trabajo en jornada mortales por comunidad autónoma (Año 2018 vs Año 2017). Andalucía registra la tasa más alta con 88 bajas mortales y la más baja la tiene la comunidad autónoma de La Rioja con 1 baja mortal.

Accidentes de trabajo en jornada con baja por sexo. En el año 2018, los varones registran 377.768 bajas y 361.983 en 2017. Las mujeres tienen 155.209 bajas en 2018 y 153.099 en 2017. Accidentes de trabajo en jornada portales por sexo.
En el año 2018, los varones tienen 541 accidentes mortales y 526 en 2017. Las mujeres registran 33 accidentes mortales en 2018 y 31 en 2017.

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes y enfermedades laborales constituyen uno de los problemas emergentes en aumento en el medio laboral actual. Debido al aumento de bajas y accidentes laborales, interesa desde el punto de vista de la intervención preventiva laboral, analizar los sectores especialmente perjudicados con tasas de siniestralidad en aumento.

En base a los datos oficiales, se ve necesario avanzar en las estrategias de prevención, revisar legislación, avanzar en nuevas tecnologías, reforzar recursos, potenciar la colaboración y participación de interlocutores sociales, reforzar recursos de control e inspección, favorecer la investigación, poner en marcha un Plan Estratégico de Formación y, en definitiva, abordar un Plan de actualización y modernización del sistema laboral actual.

6 Bibliografía

- https://www.boe.es/buscar/legislacion.php?campo%5B2%5D=tit
dato%5B2%5D=%20prevencion%20de%20riesgos%20laborales&accion=Buscar&checkbox_-
solo_tit=S&sort_field%5B0%5D=PESO&sort_order%5B0%5D=desc
- http://web4.cbm.uam.es/joomla-rl/images/Servicios/180.Seguridad-
riesgoslaborales/documentos/resumen_ley_prl.pdf

http://www.mitramiss.gob.es
https://istas.net
https://scholar.google.es/schhp?hl=es

Capítulo 703

LA VIOLENCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS: FACTORES DE RIESGO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN.

MARIANO VALLINA ANTUÑA

1 Introducción

La violencia en el lugar de trabajo es un problema que afecta a todos los trabajadores de la salud. La violencia física puede provocar lesiones físicas o, en casos extremos, la muerte del trabajador. La violencia verbal es otra forma de agresión en el lugar de trabajo y se ha relacionado con consecuencias negativas como ansiedad, depresión y estrés.

La violencia afecta a trabajadores de todas las disciplinas en el campo de la salud. Según algunos autores, el personal médico como el de enfermería, fueron víctimas de violencia en el lugar de trabajo: la tasa de violencia física cometida contra el personal médico fue de 16.2 por 1,000 trabajadores y contra el personal de enfermería fue de 21.9 por 1,000 trabajadores. Otros trabajadores de la salud, incluidos los celadores, fueron agredidos a una tasa de 8,5 por cada 1.000 trabajadores.

2 Objetivos

- Describir los factores de riesgo y las estrategias de protección asociadas con la violencia en el lugar de trabajo perpetrada por pacientes y visitantes contra trabajadores de la salud.

3 Metodología

Se revisaron diferentes bases de datos (Dialnet, ISOC Ciencias Sociales y Humanidades, IME Biomedicina, CINHAL, Medline, PsycINFO, PubMed Central). Se marcó un límite temporal amplio (1980-2019) usando filtro de idioma español e inglés. Los marcadores utilizados fueron: "violencia en sistemas de salud", "factores de riesgo", "estrategias de prevención". De un total de 154 referencias encontradas, se han elegido 25 para un estudio más detallado por cumplir todos los criterios de inclusión establecidos (año de publicación, disponibilidad de texto inglés/español y artículos de revistas científicas)

4 Resultados

Factores de riesgo.
Los trabajadores de la salud están expuestos a una variedad de factores que aumentan el riesgo de violencia física y verbal por parte de pacientes y visitantes.

La Organización Mundial de la Salud determina varios factores de riesgo, que incluyen trabajar con el público, manejar dinero, transportar o entregar pasajeros o artículos, trabajar con personas que tienen más probabilidades de ser violentas, trabajar en el entorno comunitario o áreas de alta criminalidad, trabajar durante la noche o de madrugada, guardar objetos de valor y trabajar solo. El infractor, el trabajador y los factores de riesgo ambientales se describen a continuación.

A. factores de riesgo del infractor.
1. Los trastornos de salud mental (como demencia, esquizofrenia, ansiedad, reacción de estrés agudo, ideas suicidas e intoxicación por alcohol y drogas) a menudo se han identificado en personas que han cometido violencia en el lugar de trabajo. La demencia del paciente se identificó como un factor en el 87% de las agresiones físicas a los trabajadores de la salud. Además, se encontró que la demencia del paciente estaba relacionada con el 11% de los eventos violentos, mientras que otras enfermedades psiquiátricas estaban relacionadas con otro 25%.

Algunos autores estudiaron pacientes masculinos y femeninos con enfermedad de Alzheimer y la gravedad de la violencia física que cometieron contra los trabajadores de la salud. La gravedad de la violencia física perpetrada por pacientes masculinos fue significativamente mayor que la violencia perpetrada por pacientes femeninas. Esto puede deberse a que los hombres tienen más probabilidades de mostrar violencia física y las mujeres tienen más probabilidades de

mostrar violencia verbal. Además, los hombres son físicamente capaces de causar más lesiones corporales al golpear o empujar a los trabajadores de la salud en comparación con las mujeres que cometen violencia física.

2. Otro factor de riesgo principal para la violencia verbal o física es la influencia de las drogas o el alcohol. En un estudio, el 35% de los trabajadores de la salud creían que el autor violento estaba usando drogas o alcohol antes del evento violento. En un segundo estudio, los participantes creían que las personas violentas estaban bajo la influencia de drogas o alcohol en el 50% de todos los casos verbalmente violentos y el 96% de todos los casos físicamente violentos.

3. La incapacidad de los pacientes y visitantes para lidiar con una situación de crisis es otro factor de riesgo para la violencia laboral. Por ejemplo, el estrés experimentado durante una visita a urgencias puede crear una crisis durante la cual los pacientes o visitantes ya no pueden lidiar con una situación como lo harían normalmente. Dicho estrés puede aumentar la violencia verbal o física. Las crisis pueden ocurrir cuando hay desacuerdos con el plan médico, negaciones de un servicio o solicitud, conflictos con los trabajadores de la salud, tiempos de espera excesivos para evaluaciones e intervenciones, incapacidad para concentrarse más allá de uno mismo, percepciones de que un trabajador de la salud es grosero o indiferente, pena por la muerte de un familiar y la incapacidad de cambiar un resultado de atención médica.

4. El género y la edad del infractor son factores asociados con la violencia contra los trabajadores de la salud. Descubrieron que la mayoría de las personas verbalmente violentas eran hombres (73%) de 35 a 65 años (54%). La violencia física fue más frecuente en hombres (59%) y personas de 66 años o más (64%). Los niños de 17 años y menores representaron el grupo más pequeño que ejerce violencia física (5.3%) y violencia verbal (5.7%).

B. Factores de riesgo del trabajador.
Existen ciertas características aumentan el riesgo de que los trabajadores de la salud sean blanco de violencia en el lugar de trabajo, incluidos el género, la edad, los años de experiencia, las horas trabajadas, el estado civil y la formación previa en violencia en el lugar de trabajo del trabajador.

1. Existe evidencia contradictoria sobre si el género de un trabajador representa un riesgo de ser agredido verbal o físicamente por pacientes y visitantes. Algunos autores observaron que las mujeres experimentan un mayor porcentaje de violencia verbal y física en comparación con los hombres, aunque la diferencia no

fue significativa. Sin embargo, la mayoría de los investigadores constataron que los hombres experimentan violencia en el lugar de trabajo significativamente más a menudo que las mujeres. En contraste, otros autores no observaron una diferencia significativa en la frecuencia general de casos violentos verbales y físicos entre grupos de trabajadores de sexo masculino y femenino; sin embargo, el porcentaje de hombres que sufrieron al menos un caso violento durante los 12 meses anteriores fue mayor que el porcentaje de mujeres. No obstante, un mayor porcentaje de trabajadoras tenía miedo a la violencia futura en comparación con los trabajadores.

2. Los trabajadores de la salud menores de 40 años fueron con mayor frecuencia víctimas de violencia. Los investigadores también observaron que los trabajadores mayores experimentan significativamente menos violencia que los trabajadores más jóvenes. Esta relación puede ser el resultado de que los trabajadores más experimentados son más adaptables, pacientes y empáticos.

3. Otras características de los trabajadores de la salud asociadas con un mayor riesgo de violencia en el lugar de trabajo incluyen la cantidad de horas trabajadas por semana y el estado civil. Los empleados a tiempo parcial experimentan un menor riesgo de violencia física en comparación con los empleados a tiempo completo. Los trabajadores solteros son significativamente más propensos a experimentar violencia en el lugar de trabajo en comparación con los trabajadores casados, lo que puede ser el resultado de que los trabajadores casados estén acostumbrados a tratar con otras personas para un acuerdo o acercamiento mutuo.

4. La evidencia sobre si la formación en prevención de la violencia reduce el riesgo de violencia en el lugar de trabajo es contradictoria. Un grupo de investigadores descubrió que los participantes que no habían asistido a cursos de formación para la prevención de la violencia tenían mayor riesgo de violencia en el lugar de trabajo que los trabajadores que sí asistieron a la dicha formación. Sin embargo, los trabajadores que reciben formación en prevención de la violencia pueden tener más probabilidades de intervenir durante las situaciones violentas por lo que tienen también más posibilidades de resultar heridos, mientras que sus compañeros sin formación pueden tener más probabilidades de permanecer pasivos y a su vez sufrir menos riesgo de resultar más agredidos.

C. Factores de riesgo ambiental

1. Los factores ambientales que han demostrado reducir el riesgo de agresión física contra los profesionales de la salud incluyen el acceso controlado a las áreas de pacientes, los tiempos de espera reducidos, la presencia de seguridad y

el acompañamiento de los trabajadores a sus vehículos. La probabilidad de que un trabajador fuera agredido físicamente en el trabajo se reduce con la presencia de seguridad, monitores de video y políticas organizacionales que abordaban la prevención de asaltos y reincidentes violentos.

2. Otros investigadores han identificado que es más probable que ocurra violencia durante ciertos momentos del día. El 70% de los casos violentos ocurrieron entre las 4 p.m. y las 8 a.m. El aumento de las tasas de violencia durante las horas nocturnas y de madrugada puede atribuirse a los tipos y condiciones de los pacientes que buscan tratamiento durante las horas posteriores, como la intoxicación y las lesiones debidas a la violencia callejera.

Estrategias para evitar la violencia en el lugar de trabajo.
Cuando ocurren situaciones violentas, algunos profesionales de la salud experimentan consecuencias negativas que pueden minimizarse mediante estrategias de protección. La literatura identifica la protección personal como una estrategia efectiva de protección contra la violencia. La defensa personal puede ser una estrategia efectiva para prevenir lesiones hasta que llegue la ayuda o sea posible escapar de la habitación del paciente. Los trabajadores de los hospitales que llevan algún tipo de protección personal o teléfono móvil tienen una proporción de probabilidades de agresión muy reducida en comparación con las que no lo llevan.

Los trabajadores de la salud deben exhibir una política de tolerancia cero como estrategia para reducir el riesgo de eventos violentos. Los trabajadores que increparon a la persona violenta para que dejara de ser verbalmente violenta, tenían más del triple de probabilidades de denunciar la violencia en comparación con los trabajadores que no le dijeron al autor que se detuviera. El simple acto de establecer un límite en el comportamiento inaceptable puede ayudar a proteger al trabajador contra el estrés a largo plazo relacionado con la violencia.

Después de experimentar una situación violenta, algunos trabajadores de la salud se protegieron contra los efectos negativos con la inteligencia emocional. El uso de técnicas de inteligencia emocional como el humor, hablar sobre la experiencia, aprovechar el tiempo libre y tomar un breve descanso ayudaba a disminuir el estrés luego de una situación violenta.

Los investigadores identificaron que el apoyo de otras personas después de un suceso violento era otra estrategia para protegerse contra los efectos negativos. El apoyo (como por ejemplo mostrar preocupación, escuchar la historia de la

víctima) por parte de compañeros de trabajo y gerentes tuvo efectos positivos en los trabajadores de la salud. El apoyo redujo los síntomas físicos, psicológicos negativos, así como las actitudes negativas hacia el trabajo.

Aunque el apoyo social es una estrategia efectiva para protegerse contra las consecuencias negativas de las situaciones violentas, este no tiene ningún efecto sobre el temor de un trabajador a la futura violencia en el lugar de trabajo. Los investigadores concluyeron que, para aumentar el apoyo social de los trabajadores, este miedo debe abordarse a través de intervenciones como sesiones informativas formales o sesiones de asesoramiento profesional.

5 Discusión-Conclusión

El infractor, el trabajador, el entorno y los factores ambientales se han asociado con el riesgo de violencia en el lugar de trabajo. Los factores los infractores que aumentaron el riesgo de violencia fueron el género, la edad, los trastornos mentales (incluida la demencia) y la influencia de las drogas o el alcohol. Los factores laborales que se asociaron con una disminución del riesgo de violencia fueron la edad, los años de experiencia, las horas trabajadas y el estado civil. Sin embargo, la evidencia relacionada con el efecto de la formación sobre violencia en el lugar de trabajo para reducir el riesgo de que los trabajadores experimenten una agresión fue contradictoria. Los factores ambientales y del entorno que estaban relacionados con un mayor riesgo de violencia en el lugar de trabajo incluían la hora del día (durante la noche frente a las horas diurnas) y los cambios en el medio ambiente, como la presencia de sistemas de seguridad o cámaras.

Los empleados en ámbitos sanitarios no pueden prevenir todos los eventos violentos. Sin embargo, pueden usar varias estrategias para protegerse contra las consecuencias negativas de la violencia en el lugar de trabajo. Las estrategias para los trabajadores incluyen llevar armas ocultas o teléfonos móviles para defenderse de las consecuencias de la violencia física, increpar a los infractores a detener sus actos violentos, dedicarse al cuidado personal para hacer frente a un evento violento y recibir el apoyo de los compañeros.

En definitiva, la principal estrategia para combatir la violencia es un programa efectivo para combatirla en el lugar de trabajo, enfocado en prevenir la violencia antes de que ocurra, manejar de forma segura las situaciones violentas y hacer frente a las consecuencias psicológicas que ocurren después de los eventos violentos.

6 Bibliografía

- Serrano Vicente, M.I.; Fernández Rodrigo, M.T.; Satústegui Dordá, P.J. y Urcola Pardo, F. (2019) Agresiones profesionales del sector sanitario en España, Revisión sistemática. Rev. Esp. Salud Pública; Vol 93.
- Simonowitz, J.A. (1996). Health care workers and workplace violence. Occup Med: State of the Art Reviews 11(2):277-291.
- Lirizgoitia, I. (2006). La violencia también es un problema de salud pública. Gac. Sanit, 20, 63-70.
- Gil-Borrelli, C.C.; Martin Rios, M.D; Latasa Zamalloa, P.; Lopez-Corcuera, L.; Ben-Abdellah, L.; Rodriguez Arenas, M.A. (2019). Violencia de odio en los servicios de urgencias de hospitales de tercer nivel.Primeros datos en España.
- Paravic-Klin, T.; Burgos-Moreno, M. (2018) Prevalencia de violencia física, abuso verbal y factores asociados en trabajadores/as de servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados.
- Galián Muñoz, I.; Zaragoza, P.L.; Ruiz Hernández ,J.A.; Jiménez-Barbero, J.A. (2018). Exposición a violencia de los usuarios y satisfacción laboral en el personal de enfermería de los hospitales públicos de la Región de Murcia. Anales del Sistema sanitaria de Navarra, 41, 2, 181-189.

Capítulo 704

LA DEPRESIÓN RIESGO PSICOSOCIAL EN EL ÁMBITO DE LOS CENTROS SANITARIOS

SERGIO CASADO GONZALEZ

MARTA MARIA GONZALEZ RODRIGUEZ

VERÓNICA LEÓN AGUILAR

MARIA DE LOS ANGELES PRIEDE FERNANDEZ

ROCÍO GONZÁLEZ GRANJA

1 Introducción

En el momento en el que los hombres tuvieron la necesidad de proveerse de comida y cobijo para subsistir aparece el trabajo y con él, los accidentes de trabajo. De este modo podemos considerar, que los riesgos laborales existen desde el inicio de la civilización.

Fue Hipócrates (1) considerado como padre de la medicina, el primero en hacer referencia a las enfermedades laborales. En España fue tras el descubrimiento de América en 1492 y a causa de la alta mortandad y las paupérrimas condiciones laborales, que tenía la mano de obra indígena, cuando surge la necesidad de regular la protección y la salud de los trabajadores, a través de (2) "leyes de indias" en 1563 donde se da un primer intento de controlar el trabajo indígena.

Hasta mediados del siglo XX, concretamente en los 90, no se desarrolla la primera normativa de prevención. La (3) directiva marco 89/391/CEE del 12 de junio de 1989, que a su vez establece las bases de (4) la ley 31/95 de prevención de riesgos laborales, donde se abordan los diferentes tipos de riesgos laborales y medidas preventivas a tomar. Mencionar que las fechas de estas leyes contrastan con la creación de la organización internacional del trabajo (OIT), fundada en 1919.

Se pueden definir los riesgos psicosociales en el trabajo como las condiciones que se dan en el ámbito laboral, relacionadas estas con el contenido y la organización del trabajo, que pueden condicionar el bienestar de los trabajadores y el desempeño de su trabajo. Uno de los más penosos riesgos psicosociales que se puede producir entre los trabajadores es la depresión.
La definición de depresión se basa en (5) una cédula con criterios diagnósticos definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM 5, por sus siglas en inglés). La depresión no solo daña de forma acusada la participación en el mundo laboral, si no que puede afectar a la capacidad para realizar incluso las tareas cotidianas más simples.

2 Objetivos

- Definir la depresión.
- Estudiar como afecta a los trabajadores de el ámbito laboral sanitario.
- Definir aquellas posibles causas que generan la depresión.
- Indicar medidas preventivas a tomar para paliarla.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de distintas bases de datos como: Psicoinfo, Medline, Cielo, Wok, PudMed, y Dialnet mediante el uso de los buscadores Jurn y Google Académico. El periodo para la búsqueda es desde 2009 hasta la actualidad.

Hemos realizado la estrategia de búsqueda utilizando las siguientes conceptos clave en castellano: depresión en hospitales, depresión laboral, depresión sanitaria, depresión en trabajadores sanitarios, riesgo laboral, riesgos psicosociales, así como las siguientes en inglés: depression, occupational hazard. Después de obtener más de doscientas cincuenta publicaciones excluimos las que no contengan textos completos.

4 Resultados

Durante el siglo XX, los riesgos psicosociales, se han convertido en un fenómeno en aumento, que se relacionan al ámbito laboral y a la actividad laboral (6). A partir de la reunión celebrada en 1984, en Ginebra (5) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se decide identificar y controlar los factores psicosociales que influyen nocivamente en el ámbito del trabajo, dado que pueden influir en el bienestar tanto mental como físico del trabajador. En España, el INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) incorpora los factores psicosociales a través de las encuestas sobre condiciones de trabajo en 1999.

El estudio (7) nos habla del problema de diferenciación de los síntomas entre depresión y ansiedad, siendo este problema una de las preocupaciones de la psicología, lo que hace que no se halla llegado a establecer con precisión cual antecede o predispone al otro, ya que presentan síntomas comunes. Aún así, podemos definir como el componente especifico de la ansiedad, una alta afectividad negativa y una alta activación fisiológica (arousal) mientras que el componente específico de la depresión, es una alta afectividad negativa y una baja afectividad positiva. Por todo lo señalado anteriormente se insiste en la necesidad de disponer de herramientas de evaluación adecuadas y fiables.

En el estudio (8) se pone de relevancia, que según el proyecto European Study of the Epidemiologyof Mental Disorders (ESEMeD) el 13% de los europeos desarrollaran una depresión en algún momento de su vida y un 4% lo hizo en los 12 meses previos al estudio, así como que a fecha de 2004 el numero total de personas que padecen esta enfermedad alcanza la cifra de 21 millones. Se resalta también que la depresión se asocia a un mayor riesgo de muerte prematura.
También se hace hincapié en el elevado coste económico, tanto en los costes directos como en los indirectos. Refiriéndose a los costes directos como los costes médicos (ambulatorio gasto farmacéutico y hospitalario), y los indirectos como los no médicos (servicios sociales y transporte), a lo que hay que sumar la pérdida de productividad laboral. En España la depresión es el trastorno mental más frecuente siendo la segunda causa de incapacidad laboral. Se prevé que sus cifras sigan en aumento.

En el estudio (9) se relacionan situaciones de acoso laboral y depresión en diferentes sectores económicos. Nazan Bilge recoge una frecuencia de situaciones de acoso del 75% para el sector de la sanidad diferenciándolo con la subcategoría de los médicos con un 56%. Dicho estudio fue realizado sobre una muestra de 1200

personas. El estudio (10) se realiza sobre los trabajadores de la UCI y muestra como conclusión, que existen indicios de una prevalencia mayor de síntomas de ansiedad y depresión en el grupo de profesionales de UCI.

El estudio (11) concluye que entre un 10% y 12% de trabajadores del ámbito de la sanidad han pasado a lo largo de su carrera por algún problema de salud, especialmente ansiedad y depresión. Estas cifras son superiores en el caso de enfermeras que tienen a cargo pacientes crónicos.

El estudio (12) nos habla de la prevención de la depresión, diferenciando tres tipos de prevención. La prevención primaria, que sería la efectuada antes de que se presente los primeros síntomas de la enfermedad, en los que se podría implementar una prevención universal. La prevención secundaria sería la empleada con pacientes que presentas síntomas subclínicos, pero que no cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno, en los que se aplicaría una prevención por indicación. Y por último, la prevención terciaria, que es la asociada al trastorno ya instaurado y encaminada a prevenir la recaída.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis exhaustivo de distintos artículos, podemos concluir que la depresión es uno de los grandes riesgos psicosociales de la sociedad actual tanto por el número de personas al que afecta como por el grave perjuicio que supone para la salud. También podemos valorar que supone un importantísimo coste para el sistema, tanto de manera directa como indirecta, además de ser la segunda causa de absentismo. Un dato importante es que las previsiones apuntan a que este problema no sólo no disminuirá si no que irá en aumento, por lo que se hace necesario aumentar las medidas de prevención.

En el ámbito de la sanidad, constatamos que no encontramos datos concluyentes para afirmar que este riesgo se presente en mayor medida en el ámbito sanitario que en el resto de los ámbitos, con la excepción de los trabajadores que están en contacto de forma continua con pacientes crónicos y los que desempeñan su trabajo en la UCI en los que sí se encuentran estudios que sugieren un ligero aumento de la prevalencia de la depresión.

6 Bibliografía

1. https://prevencionar.com/2016/01/14/historia-de-la-seguridad-industrial/amp/

2. La materia laboral en las Leyes de Indias CR Castillo - Alegatos, 2018 - alegatos.azc.uam.mx
3. Normativa española y comunitaria básica sobre prevención de riesgos laborales M Grau - Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el …, 2004 - geocities.ws
4. Prevención de riesgos laborales FL Rosauro - 2012 - books.google.com
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4 a ed. Washington, DC: American PsychiatricAssociation; 1995.
6. Factores de riesgo psicosocial y satisfacción laboral en trabajadoras estacionales de ChileG Palomo-Vélez, J Carrasco, Á Bastías… - Rev Panam Salud …, 2015 - SciELO Public Health
7 Una historia regional de la OITL Caruso, A Stagnaro - Series: Estudios/Investigaciones, 62, 2017 - sedici.unlp.edu.ar
8 Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomasD Agudelo, G Buela-Casal, CD Spielberger - Salud mental, 2007 - medigraphic.com
9 La depresión: una hipoteca social.Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad Departamento de Investigación Clínica Lilly, S.A.Madrid
10 Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión VA Harasemiuc, JR Díaz Bernal - Medicina y seguridad del trabajo, 2013 – Cielo España
11 Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados IntensivosS Gómez-Martínez, R Ballester-Arnal 2015 - SciELO España
(12) Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado Prevalence of anxiety and depression in nurse on charge of the …LEVL Lerma-Martínez… - Atención y asesoría …, 2009 - conamed.gob.mx
(13) Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresiónFL Vázquez, Á Torres Iglesias - Clínica y Salud, 2007 - SciELO Espana

Capítulo 705

SATISFACCIÓN LABORAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

ESTHER ALVAREZ-SALA PRIETO

AIDA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

AIDA BERTRAND GONZÁLEZ

1 Introducción

En el ámbito de la salud, las personas que trabajan en él son parte fundamental de su buen funcionamiento. En este sentido, la calidad de los servicios y de satisfacción del usuario con la atención recibida partirá, directamente, de la asistencia proporcionada por estos trabajadores. Para que dicha asistencia sea adecuada, el trabajador debe gozar de un nivel base de calidad laboral, donde irá incluido el sentirse a gusto con su puesto de trabajo y con el desempeño de sus funciones. Todo esto, influirá directamente en su calidad de vida profesional y en su futuro desarrollo laboral (Rubio, Fernández, Páez, Muñoz, Cobo y Balo, 2003).

En un contexto como el sanitario, la carga de trabajo será constante, así como la presión a la que el trabajador se ve sometido. Por ello, debe ver estos obstáculos recompensados a través de otros aspectos. Un adecuado equilibrio entre los factores negativos y positivos, promoverá la satisfacción del trabajador con su puesto laboral (Vázquez, Rodríguez-Labajo, Fuertes, Rubio y Ruiz, 2005).

De entre todos los profesionales que trabajan en un centro de salud, el auxiliar administrativo es una de las figuras que más atención ha cosechado, por parte de los investigadores, en la última década. Una de las razones es la incorporación masiva de recientes metodologías a nivel tecnológico en su campo de actuación, debiendo estos haber actualizado sus competencias en tiempo record para adecuarse a los nuevos requisitos y criterios implantados (Vázquez et al., 2005; Fernández et al., 2012).

En este sentido, la literatura científica avala que la calidad de los servicios sanitarios públicos parte de la labor realizada por el personal auxiliar administrativo. Unas funciones desempeñadas adecuadamente por parte de estos profesionales, permitirá una correcta organización asistencial entre e intranivel.

2 Objetivos

- Detectar los aspectos más importantes que influyen en la satisfacción laboral del auxiliar administrativo de atención primaria.
- Identificar el nivel de satisfacción de este profesional con su puesto laboral.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, atención primaria, satisfacción, calidad de vida profesional, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 40 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 21 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 19 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 8 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otros 2 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 9.

4 Resultados

Se detecta que la satisfacción laboral del personal auxiliar administrativo de atención primaria se encuentra ligada, directamente, a la calidad del trabajo desempeñado. En este sentido, si el trabajador percibe que sus tareas pueden ejecutarse de manera adecuada, disponiendo de todos los recursos que precisa, se sentirá más satisfecho con su puesto laboral.

En la satisfacción laboral también se encontrarán mediando otros factores, tales como:
• Estructura flexible de las tareas a desempeñar.
• Tiempo de dedicación.
• Satisfacción percibida en el paciente/usuario.
• Masificación de la tarea administrativa.
• Posibilidad de promoción interna.
• Satisfacción con el sueldo percibido.
• Carga de trabajo.
• Retroalimentación por parte de la dirección.

De las anteriores, la satisfacción con el sueldo se encuentra entre uno de los principales factores que influye en la satisfacción del trabajador con su puesto laboral. Por otro lado, que el auxiliar administrativo perciba un contacto directo con la dirección, así como un feedback constante y positivo, promoverá su bienestar.

Finalmente, y como variable a destacar, la carga de trabajo percibida por parte de este profesional está ligada de forma estadísticamente significativa a la insatisfacción laboral, pudiendo llegar a generar estrés cronificado, así como trastornos de ansiedad y depresivos, que a largo plazo podrán degenerar en un Síndrome de Burnout.

El personal no sanitario ha debido, en los últimos años, de incrementar su labor en materia de gestión a causa de la incorporación de nuevas herramientas informatizadas (agendas, calendarios, citas…) que deben de ser organizadas y coordinadas al mismo tiempo y de forma simultánea. El agregado de estas nuevas metodologías, sin una correspondencia en el aumento del personal o en la capacitación en su uso, incide de forma determinante en la calidad de vida percibida por este profesional.

Acerca de la protección de la salud del trabajador, se detectan que determinados factores influyen directamente en que este vea aumentada su satisfacción

laboral. Entre otros, cabe destacar un buen clima de trabajo, de cooperación y coordinación con los compañeros y entre distintos niveles o profesionales de diferentes áreas. Asimismo, el sentirse recompensado por los supervisores y el entorno, también son aspectos destacados. Finalmente, que el profesional perciba que se le permite tener una cierta autonomía e independencia en el desarrollo de sus funciones, ayudará a restar monotonía a sus labores y a sentirse valorado y útil.

En general, se halla que es el personal administrativo, junto con los TCAE, quienes más insatisfacción laboral manifiestan, en comparación con otras categorías profesionales como enfermería o medicina. Es la variable "carga de trabajo" la que más directamente está influyendo en este resultado.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que una adecuada acción preventiva permitirá la incorporación de medidas de protección, frente a la insatisfacción laboral, en el personal auxiliar administrativo de atención primaria. Asimismo, analizar este aspecto en esta misma categoría, en otras áreas sanitarias (urgencias, cirugía…), será fundamental. Asimismo, detectar los principales factores de riesgo y analizarlos de profundamente, ayudará a reducir la incidencia de consecuencias negativas a largo plazo, tales como bajas laborales permanentes.

Como limitaciones de este estudio, se halla que la mayoría de los trabajos encontrados analizar la satisfacción laboral mediante entrevistas semiestructuradas, y no con instrumentos objetivos y estandarizados. Asimismo, el auxiliar administrativo suele formar parte de una muestra más amplia compuesta por múltiples profesionales sanitarios. Una mirada más exhaustiva al profesional no sanitario, podrá desgranar más detalladamente el origen de la insatisfacción laboral en estos trabajadores.

6 Bibliografía

- Álvarez, P., Herrero, L., Macías, M., Collado, P., Pérez, F., & Leal, F. (2002). ¿Estamos quemados en atención primaria?. Medicina de Familia (And), 4, 245-250.
- Elustondo, S. G., Esquina, E. G., Jiménez, I. V., Gómez, C. L., Cebrián, E. M., & Bardají, M. B. (2010). Estudio de la Calidad de Vida Profesional en trabajadores de Atención Primaria del Área 7 de la Comunidad de Madrid. Revista de calidad

asistencial, 25(6), 327-333.
- Falgueras, M. V., Munoz, C. C., Pernas, F. O., Sureda, J. C., López, M. P. G., & Miralles, J. D. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. Atención Primaria, 47(1), 25-31.
- Fernández San Martín, M. I., Moinelo Camporro, A., Villanueva Guerra, A., Andrade Rosa, C., Rivera Teijido, M., Gómez Ocaña, J. M., & Parrilla Ulloa, O. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. Revista Española de Salud Pública, 74(2), 00-00.
- Fernández, J. M. D., Clavero, F. H., Gutiérrez, M. D. C. V., Segura, I. P., Bagur, M. L. M., & Fernández, J. D. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. Atención primaria, 44(1), 30-35.
- Rubio, J. C., Fernández, J. M., Páez, M. M., Muñoz, M. C., Cobo, J. G., & Balo, A. R. (2003). Clima laboral en atención primaria:¿ qué hay que mejorar?. Atención primaria, 32(5), 288-295.
- Vázquez, M. J., Rodríguez-Labajo, M. L., Fuertes, R. R., Rubio, J. C., & Ruiz, C. M. (2005). Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del área 1 de Madrid. Atención Primaria, 36(2), 112-114.

Capítulo 706

EL CELADOR: CUIDARSE PARA CUIDAR

ANA VAL IRIARTE

1 Introducción

Debido a las características específicas del puesto de trabajo de celador y la presencia de este en la practica totalidad de los espacios de trabajo de los diferentes centros de salud, hospitales y demás centros sanitarios, se hace necesario ser conscientes de los riesgos colectivos y específicos a los que se ve sometido el celador en su día a día. Desde la protección y autoprotección se asegura tanto la salud de los propios trabajadores como la de los demás usuarios de los centros de trabajo en sus diferentes ámbitos. Los principales riesgos a los que se ve sometido el celador son los siguientes:

- Accidentes con contaminantes biológicos (Vía aérea, subcutánea, etc.).
- Caídas al mismo o distinto nivel.
- Sobreesfuerzos por movilización de equipos, enfermos, material, etc.
- Exposición a sustancias químicas diversas.
- Exposición a radiaciones ionizantes procedentes de equipos de radiología.

2 Objetivos

- Clasificar los diferentes tipos de riesgo en función de su procedencia.
- Exponer las principales medidas preventivas destinadas a eliminar dichos riesgos o reducir y controlar estos cuando no sea posible su total erradicación.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una revisión sistemática de artículos académicos y normas aplicables de la actual legislación vigente sobre riesgos laborales, así como el estudio de varios protocolos de prevención publicados por diferentes administraciones en sus respectivos centros de trabajo.

4 Resultados

1. Riesgos biológicos:
Los agentes biológicos que pueden estar presentes con mayor frecuencia en nuestro medio de trabajo hospitalario son:
– Virus de la gripe.
– Herpesvirus varicella-zoster.
– Virus de la hepatitis A.
– Virus de las paperas.
– Neisseria meningitidis.
– Bordetella pertusis.
– Virus de la hepatitis B.
– Virus de la hepatitis C y D (otras hepatitis víricas según clasificación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria).
– Virus de la inmunodeficiencia humana.
– Agentes biológicos inespecíficos grupo 2 vía oral de contagio (según la clasificación del RD 664/1997).
– Virus del grupo IV (según clasificación del RD 664/1997).
– Streptoccocus grupo A.

2. Medidas correctivas para evitar riesgos biológicos:
- Prestar especial atención al calendario de vacunas y su cumplimiento.
- En caso de acceso al área de aislamiento o ayuda con pacientes con posible riesgo biológico solicitar ser personal sanitario la información necesaria sobre las precauciones a adoptar y medios de protección necesaria (Mascarillas, guantes, etc.).
- Eliminar objetos cortantes y punzantes como agujas, bisturí, etc. solamente en contenedores de bioseguridad.
- En caso de accidente o sospecha de posible contaminación acudir al responsable o supervisor del servicio y en caso necesario informar al servicio de prevención de riesgos laborales

3. Riesgo caídas al mismo o distinto nivel. Este riesgo se presenta a lo largo de la jornada laboral debido a la falta de limpieza, orden, estado del suelo, uso de escaleras, obstáculos, etc. Medidas preventivas para evitar riesgo de caídas:
- Evitar correr en los desplazamientos, usando un calzado sujeto al pie, con suela antideslizante y marcado homologado CE.
- Mantener los pasillos y áreas de trabajo libres de obstáculos y en perfecto orden y limpieza.
- Señalizar zonas húmedas o cualquier otro tipo de peligro.
- El suelo debe ser un conjunto homogéneo, fijo y estable; de pavimento no resbaladizo, y correctamente iluminado.
- Prestar especial atención a la colocación de cables, instrumentos y demás dispositivos utilizados en las diferentes áreas de modo que se eviten riesgo de enganchones, tropiezos, etc.
- Utilizar únicamente elementos estables, diseñados para tal fin y adecuados a la altura a la que se quiere acceder, evitando el uso de cajas, sillas o mesas para estas (banquetas, escaleras, etc.).
4. Sobreesfuerzos. Dichos sobreesfuerzos pueden ser debidos tanto a la manipulación de enfermos como al manejo y transporte de cajas, equipos o instrumentos pesados. Siempre que haya que movilizar un enfermo y especialmente en caso de enfermos que por su estado no puedan colabora se adoptaran las medidas oportunas para evitar sobreesfuerzos, siendo las principales:
- Higiene postural correcta.
- Ayuda de grúas cuando sea posible y en caso contrario colaboración de los trabajadores necesarios para evitar sobresfuerzos, de manera coordinada y bajo la supervisión del personal sanitario en caso de ser necesario.
- Utilizar carros o transpaletas para la movilización de cajas y material pesado, así como mantener una correcta postura en la movilización manual de pequeñas cargas.

5. Exposición a sustancias químicas. En el ámbito sanitario, se manipulan productos o sustancias químicas propias del entorno asistencial (laboratorios, quirófanos, etc.), como son el formaldehido o citostáticos; así como productos de los servicios de mantenimiento, limpieza, etc. como los desinfectantes o cloruros entre otros muchos. Medidas preventivas para evitar riesgo de exposición a sustancias químicas:
- Adoptar las normas mínimas de seguridad ante la manipulación de químicos.
- Uso de EPIS básicos. Según el producto químico que se maneje se requieren unos equipos específicos que completarán los anteriores, siendo función del departamento de riesgos laborales mantener a los trabajadores formados e informados.

- Actuar inmediatamente en caso de accidente.

6. Exposición a radiaciones ionizantes. Se hace necesario asegurar un nivel apropiado de protección a las personas y al medio ambiente sin limitar de forma indebida las prácticas beneficiosas de la exposición a las radiaciones, tanto en tratamiento como en la realización de pruebas diagnósticas. Medidas preventivas para evitar riesgo de exposición a radiaciones ionizantes:
- Los métodos mas efectivos para protegerse contra la radiación son los siguientes:
- Maximizar el blindaje, entendiendo este como el uso de materiales capaces de absorber la radiación.
- Minimizar el tiempo de permanencia en aquellas áreas donde existe radiación.
- Aumentar la distancia en la medida de lo posible de las fuentes de radiación.
- Observar pictogramas e indicaciones de equipos de radiación, así como cumplir los protocolos de trabajo específicos del centro de trabajo en relación a este tipo de peligros.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, los riesgos a los que se ve sometido tanto el celador como cualquier otro trabajador son tanto riesgos colectivos como específicos, tratando este trabajo de hacer hincapié en estos últimos. Existen así mismo múltiples riesgos adicionales a tener en cuenta como, riesgos psicosociales, riesgo de incendio, etc., que deberán ser objeto junto con los aquí tratados de análisis, estudio e implantación de las medidas y planes de prevención a los que hubiere lugar por parte de la administración correspondiente, al objeto de cumplir con la legislación vigente y lo que es más importante, garantizar la seguridad y salud de todos los profesionales y usuarios de los distintos centros sanitarios.

6 Bibliografía

- Medicina y Seguridad del Trabajo, versión On-line ISSN 1989-7790versión impresa ISSN 0465-546X
- Portal Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral de la Junta de Castilla y León Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas Manual de actuación ante Accidentes de Trabajo. Osakidetza - Servicio Vasco de Salud.
- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales

Capítulo 707

ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

ROSA ANA FERNÁNDEZ GARCÍA

SILVIA FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

El acoso laboral o mobbing se define como un grupo de actuaciones continuadas en el tiempo de violencia y hostigamiento hacia una persona, como pueden ser por ejemplo los insultos, divulgación de rumores, aislamiento, conductas humillantes, amenazas y otras que además pueden ser físicas o sexuales.

Estas acciones se llevan a cabo por superiores o los mismos compañeros en el ámbito laboral. Estos acosadores suelen actuar de manera consciente y abusiva, teniendo como objetivo desgastar emocionalmente a una persona, hasta degradar su resistencia psicológica a través del miedo, para hacer que la persona abusada quiera abandonar su puesto de trabajo.

El acosador suele actuar de manera que no existan testigos, o testigos "mudos", sometiendo a la víctima a insultos, trato vejatorio, menosprecios, injurias hacia su persona o sometiéndola a una carga de trabajo que no le corresponde, o con tareas que no corresponden a su capacidad profesional. Este desgaste emocional puede provocar en la víctima otra serie de síntomas como puede ser el miedo a ir a trabajar, trastornos de ansiedad o depresión, aislamiento, sentimiento de culpa, etc. y efectos graves sobre la salud como pueden ser los trastornos del sueño, irritación, migrañas, o dolencias digestivas.

Se considera acoso laboral cuando estos comportamientos se realizan de forma continuada (una vez o más a la semana) y se prolongan durante más de seis meses. El estrés que provocan estas situaciones puede acarrear consecuencias psicológicas y fisiológicas.

2 Objetivos

- Conocer las funciones en cada puesto de trabajo, para que cada uno conozca sus propias limitaciones.
- Conocer las limitaciones que tenemos, así evitaremos posibles conflictos.
- Evitar la competitividad en nuestras funciones.
- Tener una buena comunicación con nuestros compañeros, para transmitir toda la información necesaria para que nuestro trabajo sea más eficaz.
- Capacitar a nuestros superiores para que sepan identificar algún tipo de conflicto y mediar para una reconciliación.
- Establecer normas para que no haya diferencias entre unos trabajadores y otros (a nivel de tareas, horarios, etc.).
- Conocer nuestros derechos recogidos en la Constitución Española y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 331/1995 del 8 de noviembre, que describe las diferentes acciones preventivas en cuanto a las condiciones laborales y los daños en la salud derivados del trabajo.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de páginas web utilizando como descriptores las palabras clave: riesgo laboral, acoso laboral, mobbing, derechos de los trabajadores, prevención de riesgos y código penal.

4 Resultados

No se debe confundir el acoso laboral con otro tipo de situaciones como el exceso de trabajo, la mala relación con los compañeros o la presión que ejercen nuestros superiores en las tareas encomendadas. Esta situación tan compleja debería ser conocida desde el primer momento por un médico de atención primaria, que debe estar capacitado para diagnosticar esta situación desde el principio, y saber diferenciarlo de otras patologías como el estrés y síndrome de burnout. Este problema debe ser abordado de manera interdisciplinar a través de médicos de

familia, trabajadores sociales, enfermería o especialistas en psiquiatría si fuese necesario.

El psiquiatra alemán Heinz Leymann elaboró un cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo llamado LIPT 60 (Leymann Inventory of Psichological Terrorization) donde se analizan las respuestas de los trabajadores para averiguar la gravedad de los daños que repercuten en la víctima. Leymann definía este tipo de maltrato psicológico en el ámbito laboral de "terror psicológico" o "psicoterrorización". Leymann divide estas actuaciones de acoso psicológico en 5 apartados y 60 ítems.

Los casos de acoso laboral se han ido incrementando en los últimos años. Según algunas estadísticas existen más de dos millones de personas que son víctimas de acoso laboral en España, que representa un 15% de los trabajadores en activo. Cuando una víctima de acoso se enfrenta a este problema su mayor obstáculo es poder demostrar los hechos y las actuaciones vividas. Por eso es de suma importancia recoger pruebas determinantes que puedan demostrar que ha existido acoso laboral.

En el Código penal español se reconoce el mobbing como un delito contra la integridad moral y delito de torturas, en el que existe un hostigamiento psicológico presente en una relación laboral. Este acoso, el cual debe acreditarse, se regula como una coacción, y es castigado con pena de prisión, recogido en el artículo 173 del Código penal con pena de seis meses a dos años de cárcel. Desde el ministerio de política territorial y administración pública (2011), se aprobó un reglamento donde se recogen distintas conductas valoradas como acoso laboral, algunas de ellas son: menospreciar o insultar a un trabajador, reprenderlo o humillarlo delante de otras personas, difundir rumores falsos relacionados con su vida privada o su trabajo, dar órdenes al trabajador que no puede cumplir por sus propios medios, ordenar tarea inútiles o tomar represalias contra un trabajador cuando se ha quejado o denunciado alguna situación. Dicho protocolo se utilizará por todos los departamentos y organismos públicos de la Administración General del Estado para determinar la prevención y actuación en situaciones de acoso laboral.

5 Discusión-Conclusión

La legislación española protege a los trabajadores del acoso laboral, aunque aún queda mucho por mejorar para igualarnos a los demás países de la Unión Europea. Ante una situación de acoso laboral y antes de embarcarse en una acción judicial

hay que asesorarse perfectamente y aportar el mayor número de pruebas posible que demuestren que el acoso psicológico es la causa de la situación que está viviendo una víctima (informes psicológicos, partes de baja).

En alguna sentencia del Alto Tribunal se ha autorizado a aportar grabaciones magnetofónicas incluso conversaciones de whatsapp, únicamente si son aportadas por un trabajador que seas víctima de acoso y se utilice para su defensa en el proceso judicial. En un proceso judicial es de vital importancia que la víctima pueda aportar una prueba pericial, que puede ser a través de evaluaciones psicológicas que demuestren el acoso laboral, como son el informe LIPT 60 (Leymann Inventory of Psichological Terrorization) y la escala Cisneros (Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales) desarrollado por Iñaki Piñuel, que valoran periódicamente la violencia en el ámbito laboral. Esta escala ha obtenido datos de una elevadísima fiabilidad tras ser utilizado en numerosos sectores y demuestra una gran utilidad para verificar el grado de acoso y gravedad infligido a la víctima.

6 Bibliografía

- Acoso laboral. Aproximación al mobbing, Dr. Víctor Manuel González, coordinador del Grupo de Neurología de Semergen.
- http://www.Universidad internacional de Valencia, VIU
- http://www.Prevenciondocente.com/mobbing
- http://www.Elsevier.es/ámbitos-ciencia-salud
- Fontelles Advocats, legislación del mobbing en España.

Capítulo 708

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO

ROSA ANA FERNÁNDEZ GARCÍA

SILVIA FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

En la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) se recogen los derechos y obligaciones de los trabajadores, necesarios para tener un conveniente nivel en la protección de la salud, y de los riesgos que se derivan de sus condiciones de trabajo. En el artículo 40.2 de la Constitución Española se ordena a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene de los trabajadores.

Por esto hablaremos de los riesgos que existen en el entorno sanitario y cómo protegernos para evitar accidentes, enfermedades o lesiones. En el ámbito sanitario se distinguen cuatro grupos de riesgo que se pueden sufrir: físicos, químicos, biológicos y psicosociales. En los hospitales y centros sanitarios se pueden dar numerosos riesgos que afectan tanto a sus trabajadores sanitarios como al personal administrativo, mantenimiento, celadores, lavandería o limpieza, a los que se debe tener en cuenta para la aplicación de diversas medidas de prevención.

Según estudios recientes, España es uno de los países de la Unión Europea con mayores cifras de siniestralidad. Por eso la PRL es el instrumento fundamental para que se haga cumplir la normativa española sobre salud y seguridad en el ámbito laboral.

2 Objetivos

Para minimizar los riesgos en el ámbito sanitario se debe cumplir la normativa, es decir, la legislación.
-Conocer aparatos e instrumentos que vamos a emplear en nuestro trabajo y saber utilizarlos de forma correcta.
-Valorar la existencia de unos principios de mecánica corporal que eviten posibles lesiones causadas por sobre esfuerzos o posturas inadecuadas.
-Llevar a cabo una buena higiene personal haciendo hincapié en el lavado de manos.
-Utilizar barreras protectoras cuando sea necesario como los guantes, mascarillas, gorro, bata, etc.
-Tener una buena organización en el trabajo evitará en gran medida los riesgos psicosociales que puede llegar a sufrir un trabajador.
-Estudiar que todos los trabajadores y trabajadoras tienen derecho a una protección adecuada en temática de seguridad y salud en su puesto de trabajo.

3 Metodología

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

Se llevó a cabo una revisión sistemática de páginas web utilizando como descriptores las palabras clave: “riesgos”,” prevención”, “mecánica corporal”, “información”, “plan prevención”, “LPRL”, ”protocolo”.

4 Resultados

Podemos representar la ley de prevención de riesgos laborales en cuatro puntos:
• Situaciones de emergencia, en este punto se recogen los derechos y obligaciones a una protección en caso de riesgo inminente o grave ante una situación de emergencia, y las garantías de la vigilancia de su salud, incidiendo ante todo en el respeto de su intimidad y confidencialidad.

• Implantación de un plan de prevención, en el que se recogen las actividades de prevención en cuanto a la complejidad o magnitud de los riesgos ante la situación de riesgo recogidas en la ley.
• Información detallada para cada lugar de trabajo, donde se recoge la información o formación que los trabajadores deben conocer para evitar y prevenir los riesgos derivados de cada actividad.
• Participación en la práctica de prevención; en la ley se recogen los derechos de participación o consulta que los trabajadores tienen en la materia que repercute en su seguridad y salud. Para esto existen los llamados delegados de prevención, escogidos por el personal, representantes sindicales, delegados de personal que la ley reconoce como órganos de representación de los trabajadores, cuya finalidad es la defensa de sus intereses en materia de prevención.

La mecánica corporal se define como la correcta posición del cuerpo no sólo cuando se está sentado sino también caminando, o levantando cargas pesadas. Para un trabajador conocer estas normas evitará en gran medida lesiones neuromusculares y esqueléticas. Estas medidas engloban saber caminar, sentarse levantarse, agacharse o levantar cargas de manera adecuada.

Las administraciones públicas deben garantizar la salud y seguridad de sus trabajadores así como utilizar las medidas preventivas que sean necesarias, evaluar los riesgos, proporcionar información y formación de protocolos a seguir en casos de emergencia o riesgo inminente.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de riesgos laborales siempre tenemos que ceñirnos a nuestra legislación. La mejor protección frente a los riesgos en nuestro trabajo radica en la responsabilidad de adoptar las medidas de seguridad adecuadas.

Con la publicación de la ley en España de prevención de riesgos laborales en 1995, se establecen los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRL) en los hospitales públicos, donde no se dirige la prevención únicamente al paciente, sino que también se vigila la seguridad y salud de todos los trabajadores. En los últimos años, se han podido implantar todas estas medidas que han permitido reconocer los riesgos que afectan a los trabajadores y adaptar las medidas que fueran necesarias.

En los centros sanitarios, si hablamos de riesgos biológicos cabe destacar que el

más común es el contagio de enfermedades por exposición a agentes biológicos. Para esto las medidas de prevención vienen recogidas en el Real decreto 664/1997, donde se incluye la vacunación del personal o las condiciones de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos. Por ello se debe tener un correcto conocimiento de los equipos de protección individual (EPIs).

En cuanto a los riesgos químicos en los centros sanitarios existen protocolos específicos para el personal que trabaja expuesto a diferentes sustancias debido a su importancia y peligrosidad. Actualmente en los centros hospitalarios se ha creado una guía de medicamentos peligrosos para revisarlos y que se conozca su adecuada manipulación.

6 Bibliografía

- Fundació VAB, Universitat Autónoma de Barcelona
- http://www.Dialnet.unirioja.es
- http://www.Slideshare.net/enfermera
Lina Corredor
- http://www.istas.net/Instituto
sindical de Trabajo Ambiente y Salud
- Organización Internacional de Trabajo (OIT) www.ilo.org
Organismo especializado de la ONU
- Agencia Estatal Boletín Oficial de estado

Capítulo 709

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE PRIMEROS AUXILIOS

ROSA ANA FERNÁNDEZ GARCÍA

SILVIA FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

Los primeros auxilios son un conjunto de medidas que se proporcionan a una persona que ha sido víctima de un accidente, lesión o enfermedad repentina, como un infarto, ictus o accidente cardiovascular, a las que hay que ofrecer una atención inmediata con el fin de evitar que las lesione sufridas se agraven. Se debe atender a la persona herida hasta que lleguen los profesionales médicos.

Las técnicas de primeros auxilios son la primera ayuda que recibe una persona accidentada por lo tanto los protocolos de actuación dependen en gran medida de la situación en la que se encuentre la víctima. Nos podemos encontrar con contusiones, heridas, hemorragias, quemaduras, traumatismos, asfixia o personas en parada cardiorrespiratoria (PCR).

Por eso debemos conocer las medidas de actuación necesarias para minimizar posibles daños en las víctimas en el menor tiempo posible y de la forma más eficaz. Lo primero es actuar conservando la calma, tranquilizar a la víctima, si no se sabe qué hacer mejor no actuar, mantenerlo caliente, nunca darle de comer o beber, no moverle excepto que sea imprescindible, y ante todo avisar a los servicios de urgencias, 112. Llevando a cabo estos simples consejos se puede salvar la vida a una persona o evitar en gran medida que sus lesiones se agraven.

2 Objetivos

- Atender a la víctima de un accidente.
- Conocer ciertos procedimientos para saber cómo actuar ante esta situación y sobre todo cómo no actuar para no poner en peligro a la persona accidentada.
- Preservar la vida de la víctima, atenuar su sufrimiento, prevenir otro posible daño, y fomentar su recuperación.
- Estar formados en la atención y técnicas que se van a llevar en primeros auxilios.
- Actuar urgentemente avisando a los servicios de emergencias.
- Conocer el protocolo PAS (proteger, avisar y socorrer).
- Tener nociones básicas sobre cómo realizar una RCP (reanimación cardiopulmonar).
- Conocer el uso de un desfibrilador.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de páginas web utilizando como descriptores las palabras clave: primeros auxilios, desfibrilador, reanimación cardiopulmonar, parada cardiorrespiratoria, víctima y botiquín.

4 Resultados

La persona que proporciona los primeros auxilios ante un accidentado debe estar formada en esta materia. La norma que ha de seguir esta persona se denomina PAS (proteger, avisar y socorrer). Primero proteger a la víctima y a sí mismo de cualquier peligro cercano. En segundo lugar avisar al servicio de emergencias 112 dando detalladamente la información. Por último socorrer, empleando los protocolos de primeros auxilios.

Tras la primera evaluación lo más importante es colocar a la víctima, si respira pero no responde en posición lateral de seguridad. Si no responde y no respira realizaremos una RCP, descartando otras lesiones. Dependiendo de las lesiones que nos encontremos emplearemos ciertas normas básicas que debemos conocer:
. Ante una contusión, se aconseja aplicar frío local y elevar la zona de la contusión (el hielo nunca se aplica directamente sobre la piel).
- Ante una herida, si no es grave se puede lavar con agua a chorro y se cubren con un vendaje limpio para proteger.

- Ante una hemorragia, se debe presionar sobre la herida con gasas limpias, si la hemorragia es interna se debe aflojar la ropa, abrigarle, colocarle en posición trendelemburg y trasladar inmediatamente.
- Ante una quemadura, alejar a la víctima de la fuente de calor, vigilar sus constantes, enfriar con agua las zonas quemadas, no retirar la ropa pegada a su cuerpo, no dar líquidos, no aplicar ninguna crema, y cubrir con vendas estériles limpias.
- Ante una fractura, comprobar las constantes, no movilizar a la víctima ni el miembro afectado, proteger la zona afectada, tapar y esperar ayuda.
- Ante una asfixia, si es por inhalación de humos y está inconsciente practicar respiración artificial y trasladar rápidamente. Si es por obstrucción realizar la maniobra de Heimlich.
- Ante una víctima que no tiene pulso y no respira, comenzar con la RCP (30 compresiones/2 ventilaciones).

En España según algunos estudios se producen 30.000 muertes al año por paradas cardiorrespiratorias. Tras un paro cardiaco el índice de supervivencia en nuestro país es de un 4% frente a otros países como Estados Unidos que sitúa el índice a un 50 % de supervivencia, gracias a la gran presencia de desfibriladores u DESA.

De igual manera España se sitúa a la cola en instalación de número de desfibriladores, unas 8.000 unidades, 90.000 en Francia, 60.000 en Alemania y 50.000 en Reino unido. Alguno de los motivos de este número de instalaciones de desfibriladores tan bajo, es la poca concienciación, poco conocimiento y baja realización de campañas para fomentar su uso, al igual que las diferentes normativas en las comunidades autónomas que no se ponen de acuerdo para disponer de estos desfibriladores.

Teniendo en cuenta que gran parte de los paros cardiacos suceden fuera del ámbito hospitalario y que una ambulancia tardaría en llegar más de diez minutos, el tiempo de respuesta en atender a alguien que sufre un paro cardiaco es primordial, y a menudo está en manos de otras personas. Según un estudio de "American Heart Association" se revela que cada minuto que se demora el uso del desfibrilador, la posibilidad de supervivencia ante un paro cardiaco disminuye un 7 o 10%. Un DEA (desfibrilador externo automático) es un equipo electrónico que diagnostica y puede reiniciar el corazón tras una parada cardiorrespiratoria, pudiendo ser utilizado por cualquier persona, que previamente haya recibido cursos de formación impartidos por un organismo acreditado por la Conserjería de Sanidad.

También podría ser de gran utilidad tener un botiquín de primeros auxilios bien provisto. Se pueden tener en casa, en el coche o en el puesto de trabajo, ya que una situación de emergencia se pude dar en cualquier lugar. Si decidimos tenerlo, debemos revisarlo con regularidad ya que algunos de sus elementos pueden caducar o deteriorarse.

5 Discusión-Conclusión

Según algunas estadísticas en España se produce una parada cardiorrespiratoria cada 20 minutos, lo que produce cuatro veces más muertes que las originadas por accidentes de tráfico. Por eso es tan importante que la población esté formada en RCP y SVB ya que pueden ser testigos de cualquier emergencia, lo que supondría un incremento en la tasa de supervivencia de las víctimas de PCR. Como ya hemos visto cada segundo cuenta, y una adecuada formación en primeros auxilios es concluyente e importante. Se han realizado estudios observacionales sobre la efectividad de cursos impartidos de primeros auxilios y la importancia que tiene actuar de manera inmediata y adecuada antes de la llegada del equipo médico.

En definitiva, la intervención en los primeros minutos en una situación de emergencia es vital y el aprendizaje de procedimientos sencillos de primeros auxilios, capacidad que todos tenemos, permiten en algunos casos salvar vidas, y en otros minimizar posibles secuelas de lesiones que se pudieran producir. El objetivo principal es conseguir que la víctima tenga la máxima probabilidad de supervivencia. En el momento más inesperado nos podemos encontrar con una emergencia vital, por eso estar capacitados ante estas situaciones es de suma importancia. Los desfibriladores son instrumentos que pueden salvar vidas, por eso en España cada vez se instalan en más espacios públicos, y conocer su funcionamiento no debería de ser únicamente para el personal sanitario sino que se debería ampliar su conocimiento en todas las escuelas, empresa, complejos deportivos y demás espacios públicos. En resumen, tener conocimientos básicos de técnicas de primeros auxilios no sólo evita una complicación ante un accidente o enfermedad repentina, sino que también salva vidas.

6 Bibliografía

- http://www.MedlinePlus, Biblioteca nacional de medicina de EEUU (NLM)
- http://www.Discapnet.es

- Damsu, Departamento de Asistencia médico social universitario www.damsu.uncuyo.edu.ar
- http://www.cuidatePlus.marca.com
- Universitat do Valencia/Unidad de salud laboral
- http://wwwamirSalud.com
- http://www.Healthychildren.org

Capítulo 710

PERSONAL NO SANITARIO: IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES

MÓNICA SÁNCHEZ ANTUÑA

1 Introducción

La Constitución Española recoge el derecho a la igualdad de trato y a la no discriminación, así como el principio de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

La Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, establece el deber de garantizar la igualdad de trato y de oportunidades en el acceso al empleo, en la formación y en la promoción profesional, también en las condiciones de trabajo, tanto en el ámbito del empleo privado como en el empleo público. Constituye el documento marco del principio de igualdad real y efectiva. La aparición de esta Ley, es una oportunidad para identificar las desigualdades de género y reducirlas. También es una nueva oportunidad para que se empiecen a tomar decisiones dirigidas a su cumplimiento, concretamente en la adecuación de los diseños de estudios y estadísticas.

La igualdad efectiva de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres es un elemento imprescindible de desarrollo económico y de cohesión social. Se necesita todo el talento que tanto hombres como mujeres puedan aportar para avanzar en un modelo social más justo y un desarrollo económico basado en un reconocimiento inteligente, sostenible e integrador. El principio de igualdad de

trato y oportunidades entre mujeres y hombres informará, con carácter transversal, la actuación de todos los Poderes Públicos. Los servicios de salud lo integrarán, de forma activa, en la adopción y ejecución de sus disposiciones normativas, en la definición y presupuestación de políticas públicas en todos los ámbitos y en el desarrollo del conjunto de todas sus actividades.

La incorporación de políticas de igualdad entre mujeres y hombres en los servicios de salud, permite orientar su actividad hacia fórmulas de gestión más participativas, más integradoras, respetuosas con la diversidad, contribuyendo a erradicar situaciones de discriminación y violencia, en suma, a promover la igualdad real entre hombres y mujeres, con remoción de obstáculos y estereotipos sociales que impiden alcanzarla.

El acceso a dicha igualdad no requiere necesariamente de la habilitación de nuevos procedimientos, sino del compromiso para impulsar, desde los máximos órganos directivos, las políticas y prácticas que aseguren la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en todo el Sistema de Salud. Es una realidad que las políticas de igualdad en los servicios de salud han demostrado sus efectos positivos en su seno, dando lugar a una mejora del clima laboral, la productividad, el absentismo y optimizando el talento de las personas. Es fundamental comprender que la propuesta de igualdad efectiva, no sirve para beneficiar solo a las mujeres, sino que forma parte de una apuesta más amplia a favor de la sostenibilidad social y la calidad de vida.

2 Objetivos

-Promover la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres en el Sistema de Salud.
-Promover y mejorar el acceso de mujeres a puestos de responsabilidad contribuyendo a reducir desigualdades y desequilibrios que pudieran darse en el seno de los servicios de salud.
-Llevar a cabo una campaña de sensibilización y formación sobre igualdad de trato y oportunidades y sobre las necesidades específicas de las mujeres y los hombres.
-Integrar y fortalecer la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres como principio rector del servicio de salud, con el fin de erradicar cualquier discriminación por razón de sexo y de que sea identificado como una organización igualitaria.

-Promover la igualdad entre mujeres y hombres en la protección de su integridad en el entorno de trabajo, aplicando la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales y estableciendo acciones frente al acoso sexual, acoso por razón de sexo, de orientación e identidad sexual, prevención y protección de grupos de especial vulnerabilidad y ante la violencia de género.
-Implantar el uso del lenguaje no sexista en todas las áreas de funcionamiento del Sistema de Salud.
-Tomar las medidas necesarias que puedan corregir las desigualdades de género, y eliminar las barreras que obstaculizan el avance en la consecución de la igualdad de oportunidades, real y efectiva de las mujeres y de los hombres.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la igualdad de género y oportunidades de hombres y mujeres. Se ha consultado en la base de datos Scielo artículos procedentes de publicaciones revisadas y también se han seleccionado artículos usando el buscador Google.

4 Resultados

Las mujeres siguen sufriendo situaciones de discriminación en el acceso al empleo y en la toma de decisiones. El éxito sostenible del Sistema de Salud debe tener como requisito fundamental la eliminación de las desigualdades y discriminaciones por razón de sexo de manera simultánea a la promoción de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

Esta situación requiere de numerosos compromisos y estrategias institucionales que se traduzcan en normativas legales, programas y planes que incidan en aumentar las condiciones de acceso de la mujer al empleo, mejorar las condiciones laborales y protección social e incrementar la participación de las mujeres en todos los ámbitos de la vida laboral. La recopilación sistemática de estadísticas sobre la discriminación es decisiva para que ésta se torne visible y para que se elaboren medidas eficaces en función del resultado. Para ello, se requieren políticas que garanticen la aplicación de la norma, medidas positivas, formación y servicios de empleo y datos que permitan efectuar un seguimiento de los avances. Para seguir combatiendo eficazmente la discriminación en el trabajo lo esencial

es crear servicios de salud más equitativos, que elaboren paradigmas y políticas diferentes y que promuevan en su seno la igualdad de oportunidades.

El Sistema de Salud debe admitir entre sus valores que la atención que presta a sus usuarios, debe contribuir a consolidar la igualdad entre mujeres y hombres, y que su relación con los servicios debe caracterizarse con los atributos de un sistema socialmente responsable. Sin duda, su actuación puede contribuir a consolidar un servicio de salud más igualitario, y lograr este mismo efecto en el personal no sanitario. Por ejemplo, hace años, los celadores eran hombres y en la Orden Ministerial de 5 de julio de 1971 se puede apreciar que las funciones de los celadores están pensadas, redactadas y dirigidas exclusivamente al personal masculino. Hoy día, ya hay tantos hombres como mujeres en dicha categoría profesional. También se puede apreciar que actualmente, el personal de gestión administrativa es fundamentalmente femenino. A pesar de haber mejorado sustancialmente las diferencias laborales entre hombres y mujeres, todavía queda mucho por hacer.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario elaborar un diagnóstico con el fin de conocer la situación previa que permita identificar la desigualdad real y así confeccionar un plan de igualdad para poder fijar objetivos y medidas concretos.

Los planes de igualdad son un conjunto ordenado de medidas adoptadas después de realizar un diagnóstico de situación, tendentes a alcanzar en el servicio de salud, la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres y a eliminar la discriminación por razón de sexo. Para que el plan de igualdad contra la discriminación sea eficaz, se requiere una aplicación efectiva de éste y mecanismos de control.

El concepto de equidad de género es un principio jurídico universal reconocido en la totalidad de los documentos internacionales sobre derechos humanos, necesario para construir una sociedad justa y desarrollada. Se refiere a la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre mujeres y hombres. Es por tanto la ausencia de discriminación en base al sexo de una persona, en trato, oportunidades, responsabilidades y distribución de recursos o de beneficios, o en el acceso a determinados servicios.

Numerosos progresos vienen produciéndose en las últimas décadas: al mismo

tiempo que las mujeres han avanzado en la conquista de los diferentes ámbitos de la vida pública, se han ido eliminando discriminaciones. No obstante, todavía persisten importantes desigualdades entre mujeres y hombres, cuya manifestación más extrema es la violencia ejercida contra ellas.

6 Bibliografía

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. http://www.scielo.org.mx
http://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/salud
http://www.san.gva.es/documents
https://transparencia.carm.es/
http://www.trabajo.gob.ar

Capítulo 711

EL SÍNDROME DEL QUEMADO

ANA MEDIO PÉREZ

BEATRIZ RODRÍGUEZ GARCÍA

CARMEN MARIA TORO CASTRO

CARMEN BUGUEIRO NEIRA

SARA BERNARDO ÁLVAREZ

1 Introducción

El síndrome del quemado se produce cuando una persona sufre una sobrecarga por encima de sus posibilidades durante mucho tiempo. Cuando nuestro cuerpo y nuestra mente se niegan a continuar. Es la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y que tiene repercusiones de índole individual, pero que también afectaría a aspectos organizacionales y sociales. Las personas que sufren el síndrome del quemado o tienen el riesgo de sufrirlo cumplen varias de las siguientes características en forma de señales o síntomas:

- Se identifica tan fuertemente con el trabajo de tal forma que le falta un equilibrio razonable entre su vida laboral y su vida personal.
- Intenta ser todo para todos, asumir tareas y funciones que no corresponden a su cargo.
- Siente que tiene poco o ningún control sobre su trabajo.
- Su trabajo es especialmente monótono y no tiene sobresaltos.

- Una persona con síndrome del quemado padece agotamiento emocional, que es un desgaste profesional que lleva a la persona a un agotamiento psíquico y fisiológico. Aparece una pérdida de energía, fatiga a nivel físico y psíquico.
- Despersonalización: se manifiesta en actitudes negativas, se da un incremento de la irritabilidad y pérdida de motivación.
Falta de realización personal: disminución de la autoestima personal frustración de expectativas y manifestaciones de estrés a nivel fisiológico, cognitivo y de comportamiento.

2 Objetivos

- Poder identificar las diferentes etapas así como los síntomas de desarrollo del síndrome para poder minimizar las consecuencias.
- Buscar estrategias de afrontamiento que estén relacionadas positivamente con el síndrome, como son la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de apoyo profesional.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como son: PubMed, Dialnet, Medline y Cochrane. Las palabras clave han sido: Síndrome del quemado, sobrecarga laboral, desmotivación laboral, estrés laboral, falta de interés en el trabajo, desgaste profesional.

4 Resultados

En el síndrome del quemado podemos encontrar distintas etapas del desarrollo. Estas son:
- 1ª fase: entusiasmo
- 2ª fase: estancamiento
- 3ª fase: frustración
- 4ª fase: apatía

De todos los estudios revisados se encontraron los siguientes síntomas y consecuencias derivados del síndrome del quemado: frustración e impotencia, agotamiento físico, mental y emocional, cansancio físico y psíquico, distanciamiento de los demás, aislamiento, bajo rendimiento laboral, desmotivación, insatisfacción, falta de interés por el trabajo y sensación de inutilidad.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el síndrome del quemado es el resultado de una discrepancia entre las expectativas e ideales individuales y la dura realidad de la vida cotidiana. Esta situación repercute en el ámbito no solo laboral si también personal, de tal forma que causa una serie de síntomas nocivos para nuestra salud y nuestras relaciones personales. A pesar de la amplitud de estudios que existen sobre este tema se deberían realizar más cursos, charlas a los trabajadores y campañas informativas para evitar que el personal lo padezca y sepa qué medidas adoptar en caso de encontrarse ante el síndrome.

Algunas situaciones dependerán del entorno de trabajo y otras incluso serán insalvables, pero lo que hay que tener claro es que este síndrome tiene que ver con la respuesta personal ante la vida y el trabajo. Los frecuentes cambios en el entorno laboral actual nos exigen una gran capacidad de adaptación y la reacción que tengamos ante ellos puede ser decisiva para superarlos o no.

Por lo tanto, la actitud que tenga el individuo también será fundamental para la solución.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo http://es.osha.eu.int
- Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias.
- Revista de comunicación Vivaz Academia. Universidad Complutense de Madrid. http://revistamedica.com
› sindrome-de-burnout

Capítulo 712

PROTECCIÓN DE DATOS DE LA SALUD.

SEILA MALDONADO GONZALEZ

IRENE CAMBLOR NOVAL

1 Introducción

Oímos en muchos ámbitos de nuestro día a día expresiones relacionadas con la protección de datos personales, ahora bien, en el ámbito sanitario ¿sabemos cuáles son nuestros derechos y nuestras obligaciones como pacientes o usuarios? Y como auxiliar administrativo sanitario ¿sabemos tratar bien ese tipo de datos?.

2 Objetivos

- Informar de derechos y deberes en cuanto a la protección de datos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La protección de datos es un derecho fundamental recogido en el art. 18.4 de la Constitución española, se regula por el reglamento europeo de protección de datos, por la ley 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y en especial por la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El RGPD define los datos relativos a la salud como:
"Datos personales relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud". Estos datos sobre la salud están contemplados de una manera un tanto especial por su peculiaridad, ya que pueden contener información muy sensible.

Veamos a continuación algunos de los derechos de los pacientes o usuarios recogidos en las normas anteriormente mencionadas:
- Todas las personas tienen derecho al respeto de su dignidad e intimidad personal y familiar en relación con su participación en actuaciones de salud pública.
- Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y los centros sanitarios adoptaran las medidas necesarias para garantizar este derecho.
- Los interesados deben tener derecho a acceder a los datos personales recogidos que le conciernen y a ejercer dicho derecho con facilidad, y a intervalos razonables, con el fin de conocer y verificar la licitud del tratamiento. Esto incluye el derecho de los interesados, a acceder a su historia clínica que contenga información como, por ejemplo, diagnósticos, tratamientos, intervenciones…etc.

Aquí describimos algunos de sus deberes:
- Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera.
- También tienen el deber de colaborar en la obtención de información sobre su salud, en especial, cuando sean necesarias por razones de interés público o con motivo de asistencia sanitaria.

El paciente o usuario debe dar su consentimiento para que traten sus datos, este consentimiento debe ser explícito y por escrito. En este apartado existe alguna excepción cuando por razones de interés público en el ámbito de la salud pueda ser necesario.

Se considera lícito el uso de datos personales seudonimizados con fines de investigación en salud, en particular en biomédica, siempre que haya una separación técnica y funcional entre los investigadores y quien realiza la seudonimización o que los datos seudonimizados solo sean accesibles para los investigadores cuando exista un compromiso expreso de confidencialidad y no se valla a realizar ninguna actividad de re identificación y se adopten, medidas de seguridad apropiadas.

Las Administraciones sanitarias no necesitan obtener el consentimiento de las personas afectados para el tratamiento de datos personales relacionados con la salud, así como la cesión a otras administraciones públicas sanitarias, cuando ello sea estrictamente necesario para la tutela de la salud de la población.

En el apartado anterior describimos a grandes rasgos deberes, derechos y excepciones que tenemos como paciente o usuario, a partir de ahora veremos cómo tratar estos datos como profesionales en el ámbito sanitario.

Pautas para el tratamiento de datos personales según el reglamento europeo:
- Consentimiento del paciente o usuario.
- Informar de sus derechos y ayudarles en su aplicación.
- Nombrar un delegado de protección de datos.
- Realizar una evaluación del impacto en la protección de datos.
- Llevar un registro de las actividades del tratamiento y mantenerlo actualizado.
- Mantenimiento de los datos el tiempo permitido.
- Cumplir las medidas de seguridad conforme al riesgo (al menos 5 años contados desde el alta).
- Confidencialidad de los empleados hacia los datos.

Los trabajadores de los centros y servicios públicos y privados y quienes por razones de su actividad tengan acceso a los datos del sistema de información están obligados a mantener secreto.

El personal de administración y gestión de los centros sanitarios solo pueden acceder a los datos de las historias clínicas relacionadas con sus funciones.

El caso del tratamiento de datos de salud tiene un riesgo muy grande por lo tanto las medidas organizativas y de seguridad serán conformes a dicho riesgo.

5 Discusión-Conclusión

El sector de la salud debe actuar con mucha cautela en el tratamiento de datos personales de los pacientes o usuarios dada la sensibilidad de estos.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública.
- Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.
- Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016 (reglamento general de protección de datos).

Capítulo 713

EL TRABAJO ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LOS CENTROS SANITARIOS

SEILA MALDONADO GONZALEZ

IRENE CAMBLOR NOVAL

1 Introducción

Son unidades administrativas y de gestión de los servicios sanitarios formadas por personal no sanitario. Su principal función es gestionar las cuestiones administrativas que surgen entre profesionales sanitarios y pacientes y/o usuarios.

2 Objetivos

- Saber mas sobre estas unidades, en
- Conocer en qué nos puede ayudar el personal administrativo de centros sanitarios.
- Determinar qué papel desempeñan los auxiliares administrativos de esta unidad.

3 Metodología

Para lograr conseguir datos sobre el trabajo realizado, se investigó por diferentes páginas web oficiales de diferentes servicios de salud de las comunidades autóno-

mas del territorio español, y en normas vigentes para la regulación de esta materia.

4 Resultados

Las unidades de atención al usuario en el ámbito de la salud son las encomendadas a la labor de recepción, gestión y análisis de quejas, sugerencias y reclamaciones, así como a orientar y gestionar cuestiones asistenciales, además de facilitar las relaciones entre las personas y los servicios de salud respectivos, ya sean en hospitales o en centros de atención primaria, dentro del cumplimiento y la tutela de los derechos y deberes de paciente y usuarios.

La atención debe basarse en la responsabilidad compartida, la transparencia, la participación y la búsqueda activa de la calidad de la atención sanitaria. También es parte de su labor integrar la opinión de los mismos en la organización del centro, siendo así el nexo de unión entre los pacientes y los profesionales sanitarios. Esta comunicación junto con la de informar periódicamente a los responsables del centro, es vital para identificar las posibles áreas de mejora.

Las unidades de atención al usuario tienen como principio rector el respeto por las personas adaptando el mensaje a las necesidades y características de los usuarios, para que esto pueda ser efectivo los profesionales que desarrollan su trabajo en estas unidades deberán orientarlo a dar un trato personalizado, gestionando las necesidades de los ciudadanos con respeto, empatía, objetividad y siempre desde la absoluta confidencialidad en la utilización de los datos a los que tienes acceso.

A continuación expondremos algunos de los trámites a los que un auxiliar administrativo se puede enfrentar si su empleo forma parte de estas unidades:
- Recogida, registro y gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias.
- Apoyo y asesoramiento para que las personas puedan ejercer sus derechos y deberes.
- Solicitudes para el traslado de documentación por cambio de residencia.
- Acceso a la documentación de sus expedientes.
- Solicitudes de 2ª opinión médica.
- Gestiones de la tarjeta sanitaria.
- Recogida de las necesidades expresadas por los usuarios en materia de confort de los centros.

5 Discusión-Conclusión

Como auxiliares administrativos de la salud pública, si desarrollamos nuestro trabajo en estas unidades debemos tener en cuenta que nuestra labor principal es proporcionar una ayuda lo mas rápida y efectiva posible al paciente y/o usuario.

6 Bibliografía

- www.sspa.juntadeandalucia.es
- http://www.seg-social.es/
- http://areasaludbadajoz.com/
- Real decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano.

Capítulo 714

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SEILA MALDONADO GONZALEZ

IRENE CAMBLOR NOVAL

1 Introducción

El síndrome de burnout o también llamado el síndrome del trabajador quemado, se basa en un trastorno emocional relacionado principalmente con el entorno profesional.

Tiene múltiples efectos físicos, psíquicos, emocionales o mentales que tienen consecuencias en la autoestima, se caracteriza por tratarse de un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus tareas, el sentido de responsabilidad e incluso puede llegar a padecer profundas depresiones.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son los síntomas que producen este síndrome.
- Llevar a cabo la aplicación de una serie de medidas preventivas.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la información del tema elegido. También se ha utilizado el buscador

Google Académico. Uso de palabras claves para la búsqueda, agotamiento profesional, estrés, trastorno.

4 Resultados

Síntomas principales:
- Trastorno del sueño.
- Dolor de cabeza, migrañas.
- Problemas digestivos.
- Inconformidad con el trabajo.
- Absentismo.
- Actitud negativa.
- Tensión en el trabajo.
- Falta de apoyo.
- Adicciones.
- Dificultad para concentrase.
- Dolor de espalda.
- Baja autoestima.
- Estado permanente de nervios.
- Bajo rendimiento en el trabajo.
- Desequilibrio entre la vida personal, laboral y familiar.

Medidas preventivas:
- Acortar o limitar las horas de trabajo.
- Aprender técnicas de relajación.
- Descansos más a menudo y de más tiempo.
- Distribuir de mejor manera el trabajo.
- Adquirir una actitud positiva en el trabajo.
- Buscar apoyo en los compañeros.
- Mejorar la comunicación con los demás.
- Identificar los factores que contribuyen al agotamiento del trabajo e intentar resolverlos.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout, es un proceso que va creciendo de una manera progresiva si no se toman medidas para impedirlo. La prevención debe comenzar en la

empresa, hay que evaluar la situación que genera el estrés y ansiedad en el trabajador, debiendo mejorar la organización para que este pueda realizar sus tareas de forma adecuada y no tenga sobrecarga laboral.

6 Bibliografía

- Álvarez, R. F. (s.f.). Cegesti,síndrome burnout.
- OCRONOS.Revista médica y de enfermería. (01 de 01 de 2020). Obtenido de https://revistamedica.com/sindrome-burnout-personal-administrativo/
- Quirón prevención. (01 de 09 de 2015). Obtenido de https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/motivacion-trabajar-10-claves-estres

Capítulo 715

LA MEDITACIÓN

ANIA MARTIN BEITIA

1 Introducción

La meditación es una práctica por la cual el individuo entrena la mente, consigue entrar en un estado de contemplación o recogimiento interior. Incluye técnicas diseñadas para promover la relajación, lo cual cada vez se nos hace más necesario dadas las situaciones de estrés que sufrimos debido al ritmo de la sociedad actual.

1. Concepto de meditación.
Práctica por la cual el individuo entrena la mente o induce un modo de conciencia, ya sea para conseguir un beneficio o para reconocer mentalmente algún contenido.

La meditación tiene un origen históricamente muy remoto.
Existen diferentes sistemas de meditación: yoga, zen, meditación trascendental, etc la finalidad de tales sistemas suele ser religiosa o metafísica. El yoga puede ser hatha yoga, raja yoga, kundalini yoga, etc según los aspectos específicos en que se centra, o la teoría de la base. El soto zen tiene una orientación religiosa y el rinzai zen más filosófica.
Podríamos decir que la meditación busca una ”homeostasis mental”, un estado de equilibrio en el que se tiene acceso a una dimensión interna de la persona conectada con la mente. Parece ser como la reducción de la atención periférica y la relajación subjetiva.

2. Características:
La meditación se caracteriza por: un estado de concentración sobre la realidad. Un estado experimentado en el que la mente es libre de sus propios pensamien-

tos una concentración en la cual la atención es liberada de su actividad común y se enfoca en dios (cuando se trata de meditación religiosa). Concentración de la mente en un único objeto de percepción, como la respiración o la recitación constante de un vocablo o de una sucesión de ellos (ejemplo de recitación constante y ritmada de vocablos es la recitación de mantras, el más célebre es el que se pronuncia «oṃ»).

3. Técnicas:
Parece ser que las diferentes técnicas de meditación pueden ser clasificadas de acuerdo a su enfoque. Algunas se enfocan en el campo de la percepción y la experiencia, también llamada de conciencia plena (mindfulness en inglés). Otras se enfocan en un objeto determinado, y son llamadas de «concentración». Hay también técnicas que intercambian el campo y el objeto de la meditación."

"Las técnicas de aproximación a la meditación varían desde las que se basan en observar la respiración, en visualizar algún pensamiento positivo o imagen inspiradora, enfocar algún objeto o imagen (como un mándala), las invocaciones, hasta las que se basan en tipos de compleja «alquimia espiritual». También existen las meditaciones sin objeto, desenfocando la tensión mental. Además de lo descrito antes sobre el pensamiento en la meditación, durante ésta se puede dejar fluir libremente las imágenes mentales, sean claras o confusas, como cuando se está a punto de conciliar el sueño. También se puede dejar fluir las sensaciones, emociones, impulsos y energías corporales, normalmente sin intervenir en ellas, pero tampoco dejándose llevar o enredar, de manera que muestran finalmente una tendencia a ordenarse por sí solas; aunque existen métodos de reflexión y técnicas de concentración en que la conciencia las puede manejar."

4. Efectividad en reducción de estrés
Normalmente las técnicas de meditación parecen ayudar a mantener la concentración y reducir las consecuencias del estrés.

Al menos dos tipos de meditación producen cambios en el hipocampo o la ínsula, estos mecanismos podrían ayudar a mejorar la memoria.

Usando un electroencefalograma se puede apreciar la actividad cerebral durante la meditación. Y se muestra como las ondas cerebrales pasan de beta a alfa e incluso en la meditación más profunda se pueden registrar ondas theta y en la meditación avanzada ondas delta.

"Se puede apreciar que se pasa de las ondas beta (actividad normal, consciente

y alerta, de 15-30 hz) a ondas alfa (relajación, calma, creatividad, 9-14 hz). En la meditación más profunda se pueden registrar ondas theta (relajación profunda, solución de problemas, 4-8 hz) y en meditaciones avanzadas se puede detectar la presencia de ondas delta (sueño profundo sin dormir, 1-3 hz)."

Efectos adversos:
Cuando la meditación la practican personas con enfermedades mentales, las personas con depresión, trastornos de ansiedad o trastorno por déficit de atención son en las que se producen mayor cantidad de efectos negativos. Los más habituales son manía, ansiedad, pánico, y la regresión de eventos traumáticos.

Los efectos adversos son menos frecuentes en las mujeres y en personas que meditan por motivos religiosos.

2 Objetivos

- Conocer ciertos aspectos que nos pueden parecer confusos sobre la meditación: concepto, características, técnicas Y efectividad en reducción de estrés.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 716

INFLUENCIA DE LAS TIC EN EL ÁMBITO SANITARIO Y PARA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

JESSICA VEGA SUÁREZ

1 Introducción

El entorno sanitario ha sufrido muchas modificaciones durante los últimos años, la relación médico paciente ha experimentado importantes cambios al utilizar los ciudadanos las TIC para la gestión de su salud, estos ya no disponen sólo de la información facilitada por su médico. Por ello, es importante resaltar la importancia de la incorporación de las nuevas tecnologías en el sistema sanitario, implicando un proceso de adaptación y un cambio estructural y social en los profesionales y en los usuarios.

Esto supone un gran reto, pero también un gran avance, ofrece muchas oportunidades y mejoras para los profesionales, los pacientes y para la propia institución. El principal reto es conseguir que las posibilidades que ofrecen las tecnologías de la información y de la comunicación contribuyan a una mejorar calidad de vida y un mayor bienestar de las personas, y ayuden a disminuir los desequilibrios y las desigualdades del acceso a los servicios de salud, optimizando la relación coste/beneficio.

Antes de continuar con el desarrollo del capítulo, debemos tener clara una definición de las TIC, de sus objetivos y de las principales características de un sistema de información. Podemos definir las TIC como las teorías, las herramientas y las técnicas utilizadas en el tratamiento y la transmisión de la información. Tienen

por objeto el estudio, el desarrollo, implementación, almacenamiento y distribución de la información a través del empleo de ordenadores y aplicaciones informáticas para trasformar, almacenar, gestionar, proteger, difundir y localizar los datos necesarios para cualquier actividad humana. Son de naturaleza dual, es decir, el impacto de las mismas dependerá del uso bueno o malo que les dé el usuario.

Las principales características de los sistemas de información actuales son:
- Sistemas sencillos de utilizar que realizan múltiples y diversas funciones.
- Proporcionan un acceso inmediato y a tiempo real a grandes cantidades de información.
- Emplean una tecnología avanzada y segura, que proporciona confiabilidad al sistema.
- Están suficientemente capacitados para combinar distintos tipos de información y devolverla en distintos formatos.

2 Objetivos

Con el estudio del impacto de las TIC en el ámbito sanitario pretendo:
- Analizar la incorporación de las TIC en los sistemas sanitarios y las implicaciones que ello supone para el personal sanitario y no sanitario.
- Descubrir lo principales beneficios que se obtienen en el ámbito sanitario con el uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación.
- Hacer hincapié en la importancia de la formación de los profesionales en el acceso, uso y entendimiento de los beneficios de las TIC.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, he llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. He realizado una búsqueda en libros, revistas científicas, en buscadores como google y en bases de datos como Scielo (los criterios de inclusión empleados son documentos en español publicados durante los últimos diez años). He seleccionado artículos científicos de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras clave empleadas son: influencia, tecnologías de la información y de la comunicación y ámbito sanitario.

4 Resultados

Durante este apartado voy a describir los principales beneficios y ventajas que se obtienen con la implantación de las TIC en el ámbito sanitario. Serían los siguientes:
- Permiten una reducción del número de errores médicos y del resto del personal del ámbito sanitario, y una disminución de datos incompletos o deficiencias.
- Aumento del tiempo disponible para los pacientes, derivado de la reducción en los tiempos de espera que se consiguen con las TIC. Esto se traduce en una mejor calidad de vida y de asistencia por parte del personal sanitario y no sanitario. Permiten el acceso del paciente a su historial clínico como propietario de sus datos.
- Disponibilidad y obtención de información en pocos segundos, en cualquier lugar y en cualquier momento, tanto de pacientes como de datos administrativos. El acceso a los registros de salud digitalizados es instantáneo, y se puede hacer a través de dispositivos portátiles, permitiendo un aumento de la eficiencia y de la productividad.
- La gran capacidad de almacenamiento de datos e información conlleva una facilidad en la toma de decisiones.
- Ahorro de tiempo derivado de la eliminación de la recogida manual de los datos. Se incrementa la captura de datos de una forma fácil y exacta.
- Mejora la movilidad de los médicos sin comprometer la accesibilidad a los datos. Permite la libre movilidad del paciente a lo largo del sistema.
- Reducción de los costes operativos de los servicios médicos. Las tecnologías de la información y de la comunicación ayudan a reducir el tiempo requerido para procesar datos o manejar documentación, se reduce el tiempo de análisis y de obtención de resultados.
- Disminución de los costes administrativos. La sustitución de las transacciones en papel por operaciones electrónicas permite un gran ahorro.
- Alcanzar sólidos y fiables métodos de privacidad y seguridad. El tratamiento de la información médica requiere una estricta confidencialidad

Por otro lado, aún es necesario superar una serie de barreras y resistencias a los cambios que supone la incorporación de las TIC en el ámbito sanitario. Entre estas barreras podemos destacar: la resistencia por parte de los profesionales, la rigidez organizativa del sistema de salud, la ausencia de equipos disciplinarios que dirijan el cambio y las limitaciones en infraestructuras, presupuesto o recursos.

Algunos ejemplos de lo que se ha logrado implantar durante los últimos años son: la historia clínica (es el avanza quizás más destacado), la cita médica por Internet y la receta electrónica.En relación con la salud móvil podemos encontrar aplicaciones como los servicios de teleasistencia, telemedicina y telerehabilitación. Todos ellos permiten evitar desplazamientos innecesarios y optimizar tiempos y costes, es decir, se reducen las barreras geográficas y temporales.

5 Discusión-Conclusión

Podemos determinar que las tecnologías de la información y de la comunicación en el ámbito sanitario persiguen dos objetivos: ofrecer mejoras en la calidad asistencial y proporcionar a profesionales y pacientes información en cualquier momento y lugar.

Las TIC juegan un papel cada vez más relevante, ya que además de mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios, aportan un gran valor en la seguridad del paciente. La privacidad y la seguridad suponen una cuestión prioritaria, y uno de los factores más críticos para la adopción e integración efectiva de las TIC en el ámbito sanitario.

Es fundamental apostar por la interoperabilidad de las tecnologías de la información y de la comunicación. Mediante la integración e interoperabilidad de las TIC se puede lograr una gestión clínica integrada y activa, se consiguen tener disponibles todos los datos en todos los niveles, es decir, los profesionales dispondrían de toda la información del paciente en cualquier momento y lugar. En definitiva, lo que se precisa es un sistema de sanidad más integrado y no sólo más interconectado.

Como conclusión quiero resaltar una vez más como las TIC juegan un papel cada vez más relevante, y por eso, es muy importante formar a los profesionales en el acceso, uso y entendimiento de los beneficios que estas implican. Con esto se conseguiría eliminar una de las barreras existentes para su implantación, que es la resistencia de los profesionales ante estos cambios.

6 Bibliografía

- https://scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n5-6/384-391/
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100012&lang=es

- http://sanidadprivada.publicacionmedica.com/noticia/las-tic-al-servicio-de-la-medicina-y-la-salud
https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/20522/FORMACI%C3%93N%20Y%20TICS%20EN%20EL%20%C3%81MBITO%20SANITARIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
https://confilegal.com/20160110-las-tics-tienen-una-gran-importancia-en-el-area-de-la-salud/

Capítulo 717

CALIDAD DE VIDA PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SEILA MARTÍNEZ

1 Introducción

Todo el mundo quiere y necesita mejorar su calidad de vida y para ello es necesario que adoptemos medidas oportunas que contribuyan a esta mejora en todas las áreas de nuestra vida.

Una de las áreas de nuestra vida donde pasamos más tiempo es en el trabajo , por lo que es fundamental que conozcamos y desarrollemos una serie de hábitos y conductas que nos ayuden a que esa mejora en nuestra calidad de vida sea posible.

En este caso me centraré en el colectivo de la administración, en el cual es muy importante la prevención de enfermedades derivadas de malos hábitos para manejar las herramientas y funciones propias del puesto de trabajo. Estos pequeños errores y descuidos ocasionan múltiples enfermedades y patologías que pueden convertirse en crónicas y que causan el principal motivo de baja laborar en Europa, como por ejemplo (cervicalgías, lumbalgías, síndrome del túnel carpiano, etc).

Con este artículo pretendo concienciar a los trabajadores de oficinas, recepción… en definitiva a aquéllos que tienen un trabajo sedentario frente a un ordenador a que se lo tomen enserio e intenten corregir esas pequeñas costumbres y manís que suelen adoptarse en este tipo de trabajo y que aunque no conllevan riesgos de

accidentes, si provocan a la larga enfermedades y patologías severas empeorando notablemente nuestra calidad de vida.

Para conseguir los objetivos citados en el apartado anterior es imprescindible que se lleven a cabo las siguientes medidas.

Organización del trabajo y los elementos del espacio:
- Ordena tu mesa de trabajo teniendo al alcance de tus manos todos aquellos elementos que uses con más frecuencia. Es fundamental que los abarques con tus brazos sin hacer giros ni movimientos bruscos.
- El ordenador debe estar situado frente a ti, tanto el teclado como el monitor deben estar a unos 50-55 cm de distancia de los ojos.
- La silla debe ser totalmente regulable, su altura debe permitirnos apoyar los pies en el suelo sin hacer una presión excesiva en la parte inferior de los muslos.

Colocación de nuestro cuerpo
Para mantener una postura correcta y saludable es fundamental que la parte superior e inferior de nuestro cuerpo formen un ángulo recto (de 90º) con la espalda totalmente apoyada en el respaldo de la silla y manteniendo los pies completamente apoyados en el suelo o en un reposapiés moviéndolos de vez en cuando. El reposapiés ayuda a descargar el peso de las caderas cuando estamos sentados, pero sólo se recomienda su uso cuando las piernas no pueden apoyarse plenamente en el suelo.

Una parte del cuerpo que se resiente mucho en la oficina son las muñecas ya que están en continuo movimiento por lo que es imprescindible que les prestemos atención y las mantengamos rectas y apoyadas en la mesa . El reposamuñecas sólo es aconsejable para personas con manos pequeñas, ya que si se tiene una mano mayor la musculatura de la propia mano sirve para apoyarla en la mesa y mantener la muñeca recta .

No cruzar las piernas, ya que este inocente movimiento puede provocarnos graves lesiones alterando el funcionamiento de las articulaciones y nuestro sistema circulatorio.

Cruzar las piernas durante periodos prolongados produce una sobrecarga sobre la pelvis provocando un leve desplazamiento en el muslo. Por otro lado, este hábito provoca una obstrucción de los vasos sanguíneos alterando su flujo normal por lo que la sangre se acumula en las venas y dificulta su retorno al corazón, lo que nos puede llevar a sufrir enfermedades coronarias.
Evitar sedentarismo prolongado

Levantarse y caminar un poco cada 40 o 50 minutos evitando posturas estáticas prolongadas activando la circulación sanguínea .

Alteraciones en la vista
Otra de las dolencias comunes de los trabajadores que pasan horas frente al ordenador es la fatiga ocular. Estar mucho tiempo mirando la pantalla del ordenador produce muchos tipos de lesiones como por ejemplo: (visión borrosa; lagrimeo; ojos secos; visión doble, escozor; dolor de cabeza, etc.).

Para proteger nuestra vista es recomendable que cada 50 minutos apartemos nuestra vista de la pantalla haciendo pausas de unos 10 minutos.

Por otro lado es necesario que ajustemos el brillo de la pantalla para que sea aproximadamente el mismo que el de nuestro entorno e trabajo . Para comprobar si tenemos un brillo adecuado basta con mirar nuestro monitor con un fondo blanco, si se aprecia una fuente de luz es que lo tenemos demasiado brillante, si por el contrario parece opaca y gris puede que esté demasiado oscura .

También es muy importante que ajustemos el tamaño del texto a nuestra conveniencia , sobre todo cuando tenemos que leer o escribir largos textos.

Por último y no menos importante quiero destacar la importancia del parpadeo ocular, que se ve notablemente reducido cuando pasamos mucho tiempo frente al ordenador. Este simple gesto es imprescindible para humedecer nuestros ojos y evitar su sequedad lo que produce irritación y picor.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Prevenir enfermedades y patologías derivadas del puesto de trabajo.

Objetivos específicos:
- Adoptar hábitos saludables en el trabajo.
- Informar a los profesionales administrativos de los riesgos que conlleva su puesto de trabajo.
- Mejorar la calidad de vida.
- Reducir el absentismo laboral
- Fomentar una buena salud laboral.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ucm.es/data/cont/media/.
- www/pag-30022/recomendaciones%20ergonomicas.pdf https://www.fauca.org/wp-content/uploads/2017/10/manual_prl-oficinas-y-despachos-MC-Mutual.pdf
.
- https://www.admiravision.es/es/articulos/divulgacion/articulo/fatiga-ocular-ocasionada#.XjrVu2hKjIV.

Capítulo 718

RIESGOS LABORALES EN LA ADMINISTRACIÓN Y SUS PROGRESOS

PILAR MÉNDEZ ALONSO

1 Introducción

Como se puede comprobar, en la actualidad el uso de la tecnología se ha llegado a convertir en algo cotidiano, no solo en los hogares sino también en el ámbito laboral. Por ello, el uso de los ordenadores ha pasado a ser algo imprescindible. Centrándonos en el sector de la administración, se puede afirmar que las personas que se dedican a ello están expuestas a padecer diversas dolencias. Tenemos por ejemplo: la fatiga visual, el síndrome del túnel carpiano y alteraciones musculo-esqueléticas.

La fatiga visual viene producido por el uso de pantallas de visualización de datos (PVD). Esta dolencia se manifiesta a través de molestias oculares como dolor, picor, escozor, enrojecimiento, lagrimeo y sensación de arenilla. También pueden surgir dolores de cabeza y mareos.

El síndrome del túnel carpiano es una presión excesiva del nervio mediano de las muñecas llegando a producir entumecimiento, dolor, debilidad y hormigueo, se debe principalmente a mujeres y va ligado al trabajo que se desempeña, en este caso, en la administración.

Las alteraciones musculo-esqueléticas afectan al aparato locomotor, músculos, huesos y articulaciones. El trabajo de las personas que trabajan en la administración donde conlleva permanecer muchas horas sentado, unido a una mala

higiene postural da lugar a problemas de este tipo. Es aquí donde aparecen diversas dolencias como lumbalgias, lesiones cervicales, contracturas en los músculos, tensión y dolor de cuello, hombros y espalda.

2 Objetivos

Conocer qué patologías pueden llegar a padecer las personas que trabajan en la administración y qué medidas existen para mitigarlas.

3 Metodología

Para este estudio se ha utilizado como base de datos dialnet. En particular, se han empleado diversos descriptores: fatiga ocular, síndrome túnel carpiano, músculoesqueléticas y administración.

4 Resultados

Mediante este análisis bibliográfico se confirma que las personas que trabajan en la administración están expuestas a sufrir diferentes patologías por el uso continuado de los ordenadores y/o no tener una adecuada higiene postural. En definitiva, no reunir unas condiciones óptimas de trabajo repercutiendo directamente hacia el trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, se llega a la conclusión que lo recomendable para minimizar las dolencias que pueden llegar a padecer las personas que trabajan en la administración, pasaría por llevar a cabo diferentes medidas tan básicas, pero a la vez tan útiles como tener una iluminación apropiada libre de reflejos y deslumbramientos, un espacio de trabajo amplio, reposamuñecas, una adecuada higiene postural, descansar cada cierto tiempo, una silla regulable, transpirable y con reposabrazos, una temperatura tanto en verano como en invierno agradable y a su vez una manera sencilla de liberar carga en las muñecas, sería aprender a utilizar el ratón con las dos manos.

Destacar también lo importante que es formar a los usuarios, no sólo sobre el buen uso de los equipos sino también a nivel ergonómico. Todas estas medidas

contribuyen a tener un entorno laboral más seguro y confortable donde las diferentes dolencias que puedan surgir se ven significativamente mermadas gracias a estas comodidades prevaleciendo siempre el bienestar del trabajador.

6 Bibliografía

1. Arenas-Ortiz, L., & Cantú-Gómez, Ó. (2013). Factores de riesgo de trastornos músculo-esqueléticos crónicos laborales. Medicina Interna de México, 29(4), 370-379.
2. Parra, F. E., Parra, L. H., Tisiotti, P. V., & Bille, J. M. W. (2007). Síndrome del túnel carpiano. Revista de Posgrado, (173), 10-13.
3. Prado Montes, A., Morales Caballero, Á., Cassia, M., & Navor, J. (2017). Síndrome de Fatiga ocular y su relación con el medio laboral. Medicina y Seguridad del Trabajo, 63(249), 345-361.

Capítulo 719

IGUALDAD EFECTIVA ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA SANIDAD PÚBLICA

MARIA CARMEN PRIETO SÁNCHEZ DEL PULGAR

SILVIA VALVERDE ÁLVAREZ

REBECA FERNÁNDEZ ALONSO

1 Introducción

La igualdad efectiva entre hombres y mujeres está reconocida como uno de los valores superiores del ordenamiento jurídico reconocido en el artículo 14 de la Constitución Española de 1978, que proclama la igualdad de los españoles ante la ley. Esta igualdad se aplica a todos los ámbitos de la vida, en este caso concreto, en el de la sanidad pública, que es el que nos ocupa, igualdad efectiva entre hombres y mujeres dentro del personal sanitario y no sanitario. Los poderes públicos asumen la obligación de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de los ciudadanos sean reales y efectivas, tal y como dispone el artículo 9.2 de la Constitución Española que proclama ”corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”.

Asimismo, se trata de un principio jurídico universal reconocido en diversos textos internacionales sobre derechos humanos, entre los que destaca la Conven-

ción sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 1978 y ratificada por España en 1983. En este mismo ámbito, reconocemos los avances introducidos por conferencias mundiales monográficas, como la de Nairobi de 1985 y Beijing de 1995. Tomaremos como precedente a la actual ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, lo siguiente:

- La Organización Internacional del Trabajo, una de las principales organizaciones internacionales de la que España forma parte, en el ámbito laboral, ofrece un tratamiento de protección a la mujer, con una búsqueda de igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito de los derechos civiles y políticos, así como en el de los derechos económicos, sociales y culturales.
- El derecho comunitario, concretamente, en las denominada Directivas de ”igualdad de trato”. Directiva 2002/73/C, incorpora el principio de transversalidad de la perspectiva de género incorporando una serie de definiciones tales como ”igualdad de trato”, ”discriminación directa”, ”discriminación indirecta”, ”acoso sexual”. Directiva 2004/113/CE, basándose en los mismos principios, consagra la prohibición de la discriminación basada en el sexo.
- La jurisprudencia de los tribunales de justicia europeos.
- La Constitución Española de 1978 en sus mencionados artículos 14 y 9.2.
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de conciliación de la vida familiar y laboral.
- Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el gobierno.
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.
- Concretamente, en el Principado de Asturias, la ley 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género.

Se aplicará la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
Sus modificaciones posteriores:
- Ley 9/2009, de 6 de octubre.
- Ley 11/2013, de 26 de julio.

A través de políticas públicas en materia de igualdad, citaremos, entre otras:
1. El compromiso con la efectividad del derecho constitucional de igualdad entre mujeres y hombres.
2. La integración del principio de igualdad de trato y de oportunidades en el conjunto de las políticas económica, laboral, social, cultural y artística, con el fin de evitar la segregación laboral y eliminar las diferencias retributivas, así como

potenciar el crecimiento del empresariado femenino en todos los ámbitos que abarque el conjunto de políticas y el valor del trabajo de las mujeres, incluido el doméstico.
3. La colaboración y cooperación entre las distintas administraciones públicas en la aplicación del principio de igualdad de trato y de oportunidades.
4. La participación equilibrada de mujeres y hombres en las candidaturas electorales y en la toma de decisiones.
5. La adopción de las medidas necesarias para la erradicación de la violencia de género, la violencia familiar y todas las formas de acoso sexual y acoso por razón de sexo.
6. La consideración de las singulares dificultades en que se encuentran las mujeres de colectivos de especial vulnerabilidad como son las que pertenecen a minorías, las mujeres migrantes, las niñas, las mujeres con discapacidad, las mujeres mayores, las mujeres viudas y las mujeres víctimas de violencia de género, para las cuales los poderes públicos podrán adoptar, igualmente, medidas de acción positiva.
7. La protección de la maternidad, con especial atención a la asunción por la sociedad de los efectos derivados del embarazo, parto y lactancia.
8. El establecimiento de medidas que aseguren la conciliación del trabajo y de la vida personal y familiar de las mujeres y los hombres, así como el fomento de la corresponsabilidad en las labores domésticas y en la atención a la familia.
9. El fomento de instrumentos de colaboración entre las distintas administraciones públicas y los agentes sociales, las asociaciones de mujeres y otras entidades privadas.
10. El fomento de la efectividad del principio de igualdad entre mujeres y hombres en las relaciones entre particulares.
11. La implantación de un lenguaje no sexista en el ámbito administrativo y su fomento en la totalidad de las relaciones sociales, culturales y artísticas.
12. Transversalidad del principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres. El principio de igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres informará, con carácter transversal, la actuación de todos los Poderes Públicos. Las administraciones públicas lo integrarán, de forma activa, en la adopción y ejecución de sus disposiciones normativas, en la definición y presupuestación de políticas públicas en todos los ámbitos y en el desarrollo del conjunto de todas sus actividades.
13. Nombramientos realizados por los Poderes Públicos. Los Poderes Públicos procurarán atender al principio de presencia equilibrada de mujeres y hombres en los nombramientos y designaciones de los cargos de responsabilidad que les

correspondan.
14. Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades. El Gobierno, en las materias que sean de la competencia del Estado, aprobará periódicamente un Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades, que incluirá medidas para alcanzar el objetivo de igualdad entre mujeres y hombres y eliminar la discriminación por razón de sexo.

2 Objetivos

Objetivo principal
- Conseguir una igualdad real y efectiva entre hombres y mujeres mediante la eliminación de toda discriminación por razón de sexo, en particular la que afecta a las mujeres de la sanidad pública, tanto personal sanitario como no sanitario. Las mujeres y los hombres son iguales en dignidad humana e iguales en derechos y deberes.

Objetivo secundario
- Hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, en particular mediante la eliminación de la discriminación de la mujer, sea cual fuere su circunstancia o condición, en cualesquiera de los ámbitos de la vida y, particularmente, en la esfera laboral, concretamente en sanidad para, en el desarrollo de los artículos 9.2 y 14 de la Constitución, alcanzar una sociedad más democrática, más justa y más solidaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

La Ley establece principios de actuación de los Poderes Públicos, regula derechos y deberes de las personas físicas y jurídicas, tanto públicas como privadas, y prevé medidas destinadas a eliminar y corregir en los sectores público y privado, toda

forma de discriminación por razón de sexo. Asimismo, todas las personas gozarán de los derechos derivados del principio de igualdad de trato y de la prohibición de discriminación por razón de sexo.

Las obligaciones establecidas en la Ley serán de aplicación a toda persona, física o jurídica, que se encuentre o actúe en territorio español, cualquiera que fuese su nacionalidad, domicilio o residencia.

El principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres supone la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por razón de sexo, y, especialmente, las derivadas de la maternidad, la asunción de obligaciones familiares y el estado civil.

El principio de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, aplicable en el ámbito del empleo privado y en el del empleo público, se garantizará, en los términos previstos en la normativa aplicable, en el acceso al empleo, incluso al trabajo por cuenta propia, en la formación profesional, en la promoción profesional, en las condiciones de trabajo, incluidas las retributivas y las de despido, y en la afiliación y participación en las organizaciones sindicales y empresariales, o en cualquier organización cuyos miembros ejerzan una profesión concreta, incluidas las prestaciones concedidas por las mismas.

No constituirá discriminación en el acceso al empleo, incluida la formación necesaria, una diferencia de trato basada en una característica relacionada con el sexo cuando, debido a la naturaleza de las actividades profesionales concretas o al contexto en el que se lleven a cabo, dicha característica constituya un requisito profesional esencial y determinante, siempre y cuando el objetivo sea legítimo y el requisito proporcionado.

- Se define la discriminación directa e indirecta:
1. Se considera discriminación directa por razón de sexo la situación en que se encuentra una persona que sea, haya sido o pudiera ser tratada, en atención a su sexo, de manera menos favorable que otra en situación comparable.
2. Se considera discriminación indirecta por razón de sexo la situación en que una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros pone a personas de un sexo en desventaja particular con respecto a personas del otro, salvo que dicha disposición, criterio o práctica puedan justificarse objetivamente en atención a una finalidad legítima y que los medios para alcanzar dicha finalidad sean necesarios y adecuados.
3. En cualquier caso, se considera discriminatoria toda orden de discriminar, di-

recta o indirectamente, por razón de sexo.

- Se define el acoso sexual y acoso por razón de sexo:
1. Sin perjuicio de lo establecido en el Código Penal, a los efectos de la Ley constituye acoso sexual cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.
2. Constituye acoso por razón de sexo cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.
3. Se considerarán en todo caso discriminatorio el acoso sexual y el acoso por razón de sexo.
4. El condicionamiento de un derecho o de una expectativa de derecho a la aceptación de una situación constitutiva de acoso sexual o de acoso por razón de sexo se considerará también acto de discriminación por razón de sexo.

- Discriminación por embarazo o maternidad. Constituye discriminación directa por razón de sexo todo trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo o la maternidad.

- Indemnidad frente a represalias. También se considerará discriminación por razón de sexo cualquier trato adverso o efecto negativo que se produzca en una persona como consecuencia de la presentación por su parte de queja, reclamación, denuncia, demanda o recurso, de cualquier tipo, destinados a impedir su discriminación y a exigir el cumplimiento efectivo del principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres.

- Consecuencias jurídicas de las conductas discriminatorias. Los actos y las cláusulas de los negocios jurídicos que constituyan o causen discriminación por razón de sexo se considerarán nulos y sin efecto, y darán lugar a responsabilidad a través de un sistema de reparaciones o indemnizaciones que sean reales, efectivas y proporcionadas al perjuicio sufrido, así como, en su caso, a través de un sistema eficaz y disuasorio de sanciones que prevenga la realización de conductas discriminatorias.

5 Discusión-Conclusión

Se aplicará la ley desarrollada en este capítulo con la finalidad de conseguir la efectiva igualdad entre hombres y mujeres, tanto para personal sanitario como no sanitario en el ámbito de la sanidad española.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/20207, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres.
2. https://www.temariosenpdf.com
3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
4. https://www.scielo.org/es/.
5. https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 720

PROTECCIÓN MEDIOAMBIENTAL

ANIA MARTIN BEITIA

1 Introducción

Nociones básicas sobre contaminación ambiental
Los problemas medioambientales están hoy en día en el centro del debate mundial sobre el futuro de la humanidad. Éstos problemas surgen del uso que hace la sociedad de los recursos naturales, ya que la contaminación procede de formas de producción poco eficientes y de unos estilos de vida insostenibles.

Hay países con gran riqueza en biodiversidad y cuyos ciudadanos viven en situaciones no deseables. Erradicar la pobreza es un requisito indispensable del desarrollo sostenible; mediante el intercambio de conocimientos y tecnologías se puede restaurar la degradación ambiental del planeta. A nivel interno, los Estados deberán diseñar políticas medioambientales como bien establece el artículo 6 del Tratado de Amsterdam.

2 Objetivos

- Conocer la terminología básica.
- Conocer las principales amenazas.
- Conocer las energías renovables.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

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

4 Bibliografía

- EDUCACIÓN, MEDIO AMBIENTE Y DIDÁCTICA DEL ENTORNO: TEORÍA Y PRÁCTICA-Antonio Ruiz Heredia.
- Imágenes libros Google.

Capítulo 721

COMPORTAMIENTO Y TRABAJO EN EQUIPO EN EL CENTRO SANITARIO: ASERTIVIDAD

AROA MUÑOZ MENENDEZ

SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ

SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Las funciones del auxiliar administrativo en un centro sanitario abarcan diversas actividades: gestión de citas, atención al público, recepción de llamadas, entre otras muchas más. En todas ellas prima el trabajo personal con pacientes, familiares, profesionales sanitarios y no sanitarios; trato que exige un comportamiento correcto y sobre todo la empatía.

2 Objetivos

Evaluar las pautas para el buen comportamiento y trabajo en equipo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, como: Dialnet, Pubmed y google académico. Se han empleado como descriptores: aten-

ción, comportamiento, centros sanitarios, trabajo en equipo, asertividad. Se han empleado como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Uno de los aspectos principales para el desarrollo personal y profesional y, por tanto, para el éxito en el mantenimiento del trabajo en el centro sanitario es el desarrollo de la asertividad. Ser asertivo significa ser honesto consigo mismo y con los demás, expresar las necesidades, opiniones, sentimientos… de forma directa, honesta y apropiada, respetando nuestros derechos y los de los demás.

Ser asertivo significa tener seguridad en uno mismo, siendo positivo y comprensivo con los puntos de vista de los demás, y significa saber comportarnos de una forma madura y racional. También proporciona capacidad para negociar y poder llegar a acuerdos viables.

Estilos de comportamiento:
1. Asertivo: defiende sus derechos y obligaciones sin molestar ni atacar a los demás de una manera franca, directa y adecuada. Tiene como propósito satisfacer las necesidades y deseos de todas las personas que intervienen o, que se ven afectadas por la situación.
2. Agresivo: defiende sus derechos y obligaciones sin respetar el derecho de los demás. Solo le importan sus derechos, sus deseos y necesidades personales ignorando casi siempre los de los demás. Cuando expresan sus deseos, lo hacen de una forma inadecuada. El propósito que tiene este tipo de personas es ganar, si es necesario, a costa de los demás.
3. Pasivo: no defiende sus derechos y obligaciones o, si lo hace, lo hace de manera que suele pasar desapercibido para los demás. Es un estilo de comportamiento que, con tal de no discutir con los demás, pierde sus derechos. La forma que tiene de expresar sus opiniones es tímidamente y con disculpas. El propósito de este tipo de comportamiento es evitar conflictos y agradar a los demás.

Por otro lado, para el buen trabajo en equipo y las relaciones con nuestros superiores sanitarios, es fundamental que cada trabajador sea capaz de potenciar al máximo todos los aspectos de su personalidad y de su capacidad como buen profesional. Los superiores son los que pueden crear una atmósfera que sea agradable, eficaz o confusa.

Las actitudes adecuadas en el trato con el superior son:

• No poner resistencia a los cambios propuestos por los superiores y hacer sugerencias
• Mantener informado al superior de todo lo que concierne al trabajo.
• Cumplir las órdenes lo más rápido posible.
• Es importante ser comunicativo y participativo también con todas las personas que trabajan en el centro de salud, incluidos otros supervisores y superiores.

5 Discusión-Conclusión

En las relaciones profesionales el auxiliar administrativo sanitario debe acatar las directrices de sus superiores y realizarlas con eficacia, mientras que en las relaciones con pacientes y familiares debe existir un trato cordial, cercano y personal.

Algunas de las ventajas de la asertividad en el buen comportamiento y trabajo en equipo en los centros sanitarios son:
• Se obtienen plantillas más seguras, reduciéndose así la rotación.
• Plantillas más competentes.
• Se aprende a trabajar en equipo y se hacen las personas más flexibles y comprensivas.
• Se tiene un trato más directo con los superiores y subordinados.

6 Bibliografía

-http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001033cnt-modulo_8_trabajo-equipos-salud.pdf
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 722

ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

AROA MUÑOZ MENENDEZ

SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ

SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.

2 Objetivos

Establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para los trabajadores del Sistema Nacional de Salud ante las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, como: Dialnet, Pubmed y google académico. Se han empleado como descriptores: vio-

lencia, género, actuación, sanidad. Se han empleado como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Los profesionales sanitarios y no sanitarios han de ser capaces de ahondar en aquellos aspectos que tienen que ver con el tipo de vida, con sus problemas y la situación familiar de toda aquella persona que solicite sus servicios. Para ello se debe:
• Preguntar con frecuencia cuando sea posible sobre la existencia de violencia de género.
• Prestar suma atención a posibles signos y síntomas de maltrato.
• Comenzar a realizar seguimiento ante un posible caso de violencia doméstica.
• Dar una adecuada atención sanitaria.
• Mantener el anonimato, así como la confidencialidad de la información obtenida, ha de ser primordial.
• Dar apoyo a la víctima desde el inicio hasta el final de todo el proceso.
• Evitar actitudes que lleven al aislamiento.
• Llevar a cabo una buena coordinación con todo el equipo de profesionales que intervengan en el caso.

Además, el personal del centro ha de:
• Recibir formación correcta y continuada.
• Asistir a sesiones multidisciplinares sobre casos reales, así como realizarlas con otros profesionales.
• Informar a través de carteles u otros medios, en lugares que sean visibles y accesibles para todos los usuarios que la violencia, así como cualquier otra dolencia, son susceptibles de ser tratados en los centros sanitarios.
• Colaborar con distintas asociaciones a través de talleres, puertas abiertas, conferencias, etc. en las que se exponga el papel del personal sanitario ante la violencia de género.
• Proponer y participar en diferentes acciones sociales destinadas a erradicar la violencia de género.

5 Discusión-Conclusión

Las características de este tipo de violencia requieren de la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios (médicos, celadores, auxiliares admin-

istrativos, enfermeros, etc.) que deberán ser consciente de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia deben comenzar con la detección del problema, pero que las víctimas no suelen manifestar ni hablar de su situación espontáneamente.

En muchas ocasiones se requiere de intervenciones interdisciplinares con profesionales que no siempre se encuentran en cada centro de atención primaria, por lo que se hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/
- https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 723

ATENCIÓN A LOS FAMILIARES

SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ

AROA MUÑOZ MENENDEZ

SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La atención a los familiares del enfermo por parte del personal no sanitario (celador, auxiliar administrativo…) se concreta básicamente en facilitarles información sobre horarios, ubicaciones, normas del centro, habitación o servicio donde se encuentra el enfermo, la posible localización de alguna persona utilizando el servicio de megafonía, la canalización de reclamaciones y sugerencias, así como intentar tranquilizar o disminuir la preocupación de los familiares.

2 Objetivos

Identificar el modo de lograr que los familiares queden satisfechos ante el trato recibido por parte del personal del centro.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, como: Dialnet, Pubmed y google académico. Se han empleado como descriptores: atención, familiares, actuación, sanidad. Se han empleado como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Para una atención de calidad, la imagen que perciben los familiares del auxiliar administrativo ha de ser buena desde la primera toma de contacto. Algunos de los factores que determinan una buena calidad en la atención a los familiares son: el trato personal, ser agradable, utilizar un lenguaje adecuado y educado, la comodidad de las instalaciones, entre otros.

La información que un auxiliar administrativo dé ha de ser lo más completa posible; toda aquella que no sea relativa a la enfermedad del paciente ya que están obligados a guardar secreto profesional.

Si los familiares preguntan por el estado de un paciente amablemente se les remitirá al médico correspondiente.
Factores básicos para una buena atención:
• Personalizar la atención: dirigirse siempre hacia la persona por su nombre, lo que indica cercanía e interés hacia ella.
• Mostrar siempre una actitud positiva. La primera impresión es muy importante, por lo que se debe mirar a la cara, atender educadamente y sonriendo si es posible.
• Escuchar activamente dando importancia a la comunicación no verbal y mostrar interés por el problema/situación planteada.
• Dar una solución al problema que el familiar acepte.

El factor clave para una buena comunicación es la empatía. La empatía es la capacidad de comprender y ponerse en el lugar de otra persona. Esto no supone necesariamente compartir las mismas opiniones, ni estar de acuerdo con ellas.

La empatía se refiere a la escucha activa, la comprensión y el apoyo emocional. Los componentes son los siguientes:
• Saber escuchar.
• Interpretar las señales no verbales
• Mostrar comprensión
• Prestar ayuda emocional si es necesario

Algunas de las barreras que se encuentran en la comunicación y que provocan su fracaso son:
• Mal uso del lenguaje.
• Mal uso del canal elegido para la comunicación.
• Construcción gramatical incorrecta.
• Falta de atención por parte del auxiliar administrativo.

• Prejuicios, actitud negativa.

5 Discusión-Conclusión

Si se consigue que el usuario o familiar quede satisfecho con el trato recibido, éste recordará favorablemente la actitud mostrada y con ello se contribuirá a la mejora y a una proyección positiva de la imagen del servicio. Además, el paciente tendrá la percepción de haber recibido una gran calidad asistencial.

6 Bibliografía

-http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc18
-https://psicologiaymente.com/psicologia/empatia

Capítulo 724

IMPLICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA EN EL PLAN DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

M.TERESA HERRERO COTERO

COVADONGA VEGA AGUIRRE

GEMMA GARCIA PEREZ

MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ

1 Introducción

El Plan de Asturias de Salud y Medio Ambiente (PASYMA), aprobado en marzo de 2019, constituye la respuesta global de la Administración del Principado de Asturias a los retos que los múltiples condicionantes ambientales pueden suponer para la salud de la población. Tiene como objetivo proteger la salud de las personas de esta Comunidad, de los factores de riesgo o condicionantes ambientales que pueden afectar negativamente a la salud, de forma que ésta y la calidad de vida no se vean comprometidas. El Plan proporciona a los departamentos de la Administración las líneas estratégicas y los objetivos que permitan minimizar el impacto del entorno a corto plazo y alcanzar un alto grado de desarrollo sostenible a medio y largo plazo, con el fin de alcanzar el equilibrio necesario entre desarrollo humano, protección de la salud y respeto al medio ambiente.

El citado Plan, en plena vigencia (2019-2023), contempla trece áreas temáticas, algunas de las cuales son típicamente ambientales -calidad del aire, calidad del agua, ruido, residuos, riesgos biológicos, riesgos químicos, radiaciones electromagnéticas, ordenación del territorio-, y otras están más relacionadas con el sector sanitario y la difusión del conocimiento, riesgos ambientales en etapas vulnerables, rol del sector sanitario, evaluación sanitaria de riesgos ambientales e integración y difusión del conocimiento sobre salud y medio ambiente.
La administración sanitaria, siendo consciente de que por sí sola no puede resolver los problemas de salud relacionados con el entorno, elabora un plan transversal en el cual participan diferentes departamentos de la administración autonómica, expertos de diferentes temas y además recoge la participación de la población.
Este estudio se focaliza en el rol de la administración sanitaria en la gestión de riesgos ambientales.

2 Objetivos

- Analizar la implicación y el compromiso de las Administraciones públicas en relación a la salud de los habitantes en cuanto se ve afectada por los condicionantes ambientales.
- Valorar el desarrollo del proceso, de la aplicación de las medidas acordadas.

3 Metodología

Se ha realizado una lectura exhaustiva del Plan de Salud y Medio Ambiente del Principado de Asturias, aprobado por el Consejo de Gobierno del Principado de Asturias el 20 de marzo de 2019. Revisión bibliográfica de la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 para la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

4 Resultados

Según la OMS, "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La cita data de 1948, sin haber sido modificada desde entonces. La preocupación por el impacto sobre la salud de los riesgos ambientales es creciente entre las administraciones de los países desarrollados, pero sobre todo entre la población, cada vez más informada

y demandando mayor regulación, transparencia y participación en las decisiones sobre temas ambientales. El equilibrio necesario para preservar la salud humana y el medio ambiente depende de los contextos: económico, político, científico y social.

La Unión Europea en su conjunto y los países que la conforman, han creado agencias especializadas para monitorizar la evolución de los riesgos ambientales y de sus consecuencias, así como para analizar la evidencia científica más reciente, con el objetivo de asesorar a los gobiernos nacionales y locales. A pesar del mayor compromiso de las administraciones y de la regulación cada vez más estricta para impedir efectos nocivos sobre la salud y el medio ambiente, los datos indican que aún queda mucho por hacer.

El informe de la Agencia Europea del Medio Ambiente (AEMA) titulado "El medio ambiente en Europa: estado y perspectivas 2015", conocido como SOER 2015, pone de manifiesto que a pesar de los progresos registrados en las últimas décadas en materia medioambiental, Europa se enfrenta a retos de gran envergadura. Un análisis de conjunto denota que ni las políticas medioambientales ni la mejora en la eficiencia a través de la tecnología bastan, por sí solas, para lograr la visión europea de 2050.

La Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011, de 4 de octubre), establece las obligaciones de la administración y las actuaciones que se deben emprender y mantener en el tiempo como la vigilancia de los factores ambientales que puedan afectar al ser un impacto significativo en la salud, y la implantación de programas de sanidad ambiental por parte de las administraciones públicas, coordinadas por las administraciones sanitarias, para elevar el nivel de protección de la salud ante los riesgos derivados de los condicionantes ambientales.

Esta necesidad de las administraciones públicas de adoptar un papel activo y eficaz frente a las presiones ambientales que amenazan la salud, fue abordada en España en 2007 por los Ministerios de Sanidad y de Medio Ambiente, que encomendaron al Centro Nacional de Sanidad Ambiental la elaboración de un documento que fijara las bases del futuro Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente para España. La realidad es que hasta el presente no se ha redactado dicho Plan y que pocas Comunidades Autónomas han abordado un plan o estrategia global sobre salud y medio ambiente.

Las tareas y recomendaciones que el PASYMA propone a la Administración sanitaria y a los profesionales sanitarios en la gestión de riesgos ambientales son los

siguientes:
1. Modificar los planes de estudio y crear estudios de postgrado relacionados con la salud y el medio ambiente.
2. Utilizar las herramientas disponibles en el Servicio de Salud para crear funcionalidades relacionadas con la salud medioambiental (identificación de riesgos ambientales, ayuda para la toma de decisiones, información para pacientes,...).
3- Incluir en el contrato de gestión del SESPA objetivos, metas e indicadores en relación con el PASYMA y que incluya una estrategia de formación continuada
4. Priorizar políticas y actuaciones orientadas hacia la prevención de los riesgos ambientales: aprobar, financiar, difundir y hacer un seguimiento de evaluación del PASYMA.
5. Crear un órgano colegiado en salud y medio ambiente que incluya la administración local.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo general que se plantea al sector sanitario es Incrementar la participación del sector sanitario en temas ambientales y aumentar las competencias en salud ambiental de los profesionales sanitarios.

Y como objetivos específicos:
Implicación del Servicio Público de Salud en la implantación de estrategias para la mejora de la salud ambiental.
• Utilizar las herramientas informáticas disponibles en el Servicio Público de Salud para crear funcionalidades relacionadas con la salud medioambiental: identificación de riesgos ambientales, ayuda para la toma de decisiones, información para pacientes, etc. (Acción iniciada)
• Definir una agenda mínima para el desarrollo de actividades comunitarias sobre salud ambiental realizadas por los profesionales sanitarios de Atención Primaria. (Acción sin iniciar)
• Incluir en el contrato de gestión del SESPA objetivos, metas e indicadores en relación con el Plan de Asturias de Salud y Medio Ambiente. (Acción sin iniciar)

Fomentar la investigación en el sector sanitario sobre salud ambiental.
• Impulsar la participación de los profesionales sanitarios en proyectos de investigación en salud ambiental. (Acción sin iniciar)
• Fomentar la identificación de riesgos ambientales en las zonas básicas de salud para posibilitar el desarrollo de intervenciones (Acción sin iniciar)

Fomentar la coordinación entre los distintos sectores implicados en salud y medio ambiente.
• Crear un grupo de trabajo estable con representación de la administración autonómica y local, con el objetivo de revisar y debatir la evidencia científica sobre sobre salud y medio ambiente para facilitar su traslado a las políticas públicas (Acción sin iniciar)
• Establecer un canal de comunicación permanente entre administraciones para mantener actualizados los conocimientos y resultados científicos sobre salud ambiental.(acción sin iniciar)
• Garantizar que todas las ponencias técnicas creadas en el seno del Observatorio de la Sostenibilidad en el Principado de Asturias, sea cual sea el objeto de las mismas, tengan representación de Salud Pública. (Acción sin iniciar)

El Plan de Asturias de Salud y Medio Ambiente tendrá una duración de 5 años, al cabo de los cuales se realizará la evaluación final, seguida de su actualización. A mitad del periodo de vigencia se efectuará una evaluación intermedia. Con independencia de estas dos evaluaciones, el cumplimiento de los objetivos y la realización de las acciones serán monitorizados de forma continua por la Dirección General competente en Salud Pública mediante indicadores.
El rol del sector sanitario que establece este Plan es éste:
• Impulsar la participación de los profesionales sanitarios en proyectos de investigación en salud ambiental.
• Fomentar la identificación de riesgos ambientales en las zonas básicas de salud para posibilitar el desarrollo de intervenciones.
• Utilizar las herramientas informáticas disponibles en el Servicio Público de Salud para crear funcionalidades relacionadas con la salud medioambiental: identificación de riesgos ambientales, ayuda para la toma de decisiones, información para pacientes, etc
• Definir una agenda mínima para el desarrollo de actividades comunitarias sobre salud ambiental realizadas por los profesionales sanitarios de Atención Primaria.
• Incluir en el contrato de gestión del SESPA objetivos, metas e indicadores en relación con el Plan de Asturias de Salud y Medio Ambiente.
De todas los acciones establecidas, está ya iniciada en el momento actual la siguiente: Utilizar las herramientas informáticas disponibles en el Servicio Público de Salud para crear funcionalidades relacionadas con la salud medioambiental: identificación de riesgos ambientales, ayuda para la toma de decisiones, información para pacientes, etc.

6 Bibliografía

- Plan de Salud y Medio Ambiente del Principado de Asturias.
- El informe de la Agencia Europea del Medio Ambiente (AEMA) , El medio ambiente en Europa: estado y perspectivas 2015" (SOER 2015)
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, Ley General de Salud Pública .

Capítulo 725

ASPECTOS A TENER EN CUENTA POR EL PERSONAL NO-SANITARIO PARA FACILITAR EL ACCESO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO.

SANDRA ARCE RODRÍGUEZ

MARIA ANGELES FERNÁNDEZ SEIZ

MARIA DEL MAR MARINA LÓPEZ

MARÍA LUZ GONZÁLEZ ÁLVAREZ

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

1 Introducción

Las personas con discapacidad, son un colectivo más vulnerable, que les hace destinatarios de una mayor atención sanitaria y que presentan unas necesidades especiales que tenemos que conocer para poder hacerles frente, ofreciendo las respuestas más adecuadas a cada caso concreto.

La salud y la atención sanitaria, constituyen derechos que están reflejados y reconocidos en diversas normativas y legislaciones, tanto a nivel español como

comunitario. Las personas con discapacidad, Algunos ejemplos de los artículos que respaldan el reconocimiento de este derecho, son:

- Artículo 43 de la Constitución Española:

Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece en el capítulo único del título preliminar el derecho a la protección de la salud.

1. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio español.

2. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan

- Artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. En él se reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación.

- La Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, nos encontramos en su capítulo II el derecho a la protección de la salud:

1. Las personas con discapacidad tienen derecho a la protección de la salud, incluyendo la prevención de la enfermedad y la protección, promoción y recuperación de la salud, sin discriminación por motivo o por razón de discapacidad, prestando especial atención a la salud mental y a la salud sexual y reproductiva.

2. Las actuaciones de las administraciones públicas y de los sujetos privados prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad, conforme a la legislación sanitaria general y sectorial vigente.

3. Las administraciones públicas desarrollarán las actuaciones necesarias para la coordinación de la atención de carácter social y de carácter sanitario, de forma efectiva y eficiente, dirigida a las personas que por problemas de salud asociados a su discapacidad tienen necesidad simultánea o sucesiva de ambos sistemas de atención, y promoverán las medidas necesarias para favorecer el acceso de las personas con discapacidad a los servicios y prestaciones relacionadas con su salud en condiciones de igualdad con el resto de ciudadanos.

2 Objetivos

- Identificar las necesidades especiales que tienen las personas con discapacidad para conseguir darles una respuesta y que se pueda, de este modo, garantizar su acceso al ámbito socio-sanitario de una manera completa, integrada y en condiciones de igualdad efectiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente y la legislación vigente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La discapacidad es un término que ha ido evolucionando y cambiando a lo largo de la historia.
Podemos decir que se refiere a los trastornos, disminución o ausencias que produce en las personas límites para desarrollar su vida con normalidad.

Pueden darse antes del nacimiento o ser discapacidades sobrevenidas y se puede dividir en los siguientes tipos.
Tipologías:
• Discapacidad física: se refiere a la disminución o ausencia de funciones motoras o físicas en una o varias partes del cuerpo. Suele darse en las extremidades y tiene que tener un carácter permanente.
En la mayoría de los casos, este tipo de discapacidad, suele presentarse de forma sobrevenida a lo largo de la vida de la persona, si bien en algunas ocasiones puede desarrollarse en el embarazo o en el parto.
Algunos de los tipos de discapacidad física son: monoplejia, tetraplejia, hemiplejia, espina bífida, distrofia muscular, parálisis cerebral….
• La discapacidad orgánica se refiere a los fallos de los órganos internos o en los procesos fisiológicos. Puede ser adquirida o congénita
Son discapacidades orgánica las enfermedades relativas al corazón, enfermedades hepáticas, renales, enfermedad de Crohn, enfermedades metabóli-

cas, fibrosis quística, lupus, hemofilia, enfermedades metabólicas, linfedema, alzheimer, parkinson, fibromialgia, trastorno de sueño,síndrome de fatiga crónica, migrañas, cefalea….

Estás enfermedades, conllevan muchos prejuicios y a menudo el paciente se siente incomprendido, a nivel familiar, laboral y también por la administración y el ámbito sanitario, ya que en muchas ocasiones, no son tenidos en cuenta, no se les cree o se piensa que exageran los síntomas, lo que provoca en el paciente un menoscabo de su autoestima.

• Discapacidad psíquica. Son aquellas alteraciones de comportamiento, que tienen un carácter permanente y que pueden derivarse por diversos trastornos mentales.

• Discapacidad sensorial: es aquella que afecta a los órganos de los sentidos. En la mayoría de los casos se producen en el oído, en la vista o en el lenguaje. Influye en la comunicación y en la relación con el entorno.

• Discapacidad intelectual: es aquella que se pone de manifiesto en la relación de la persona con su entorno. Supone un límite para desarrollar su vida con normalidad e implica que la persona no aprende y comprende dentro de los límites esperables. Es permanente, y si bien puede aparecer antes de nacer, en el parto o en la infancia, siempre se manifiesta antes de la mayoría de edad.

La discapacidad está muy presente en nuestra sociedad, según la OMS, más del 15% de la población mundial presenta alguna discapacidad. El aumento de la esperanza de vida y las enfermedades crónicas, harán que en los próximos años, esta cifra sea mucho más elevada. Las personas con discapacidad forman un grupo heterogéneo que presentan un abanico de necesidades muy amplio y que varían en función del tipo y del grado de discapacidad que cada persona presenta. Desde el sistema sanitario, debemos trabajar para garantizar una asistencia sanitaria de calidad que dé respuesta a sus necesidades.

5 Discusión-Conclusión

Como personal No-sanitario, algunos de los aspectos que debemos tener en cuenta para poder ofrecer una adecuada respuesta a sus necesidades son los siguientes:

• Coordinación interdisciplinar e interadministrativa que permita un atención integrada y completa.

• Una actitud empática, de escucha activa, teniendo en cuenta sus deseos y opiniones.

• Formación en discapacidad.
• Conocimiento de la especial vulnerabilidad de la mujer con discapacidad.
• Respetar los derechos que les pertenecen como usuarios/as o destinatarios/as de atención sanitaria.
• Ser pacientes, saber escuchar, estar abiertos a diferentes formas de comunicación y al uso de ayudas técnicas.
• Adaptación de los tiempos a las necesidades de la persona.
• Interactuar con las personas con discapacidad de forma directa y no dirigirse a sus acompañantes.
• No estigmatizar ni estereotipar.
• Acompañamiento en caso de ser necesario.
• Cuándo nos dirijamos a personas con discapacidad intelectual debemos adoptar el denominado "lenguaje fácil", es decir, transmitir el mensaje de manera sencilla y clara, comprobando que nos comprende y adecuar el trato a la edad, evitando tratar a la persona con discapacidad adulta como si fuera un niño/a.
• Debemos controlar nuestra comunicación no verbal, intentando evitar actitudes que puedan hacer sentir a los demás intimidados o inferiores. Por ejemplo, al hablar con una persona que se encuentra en silla de ruedas, debemos intentar ponernos a su altura para hablar estando en la misma altura y no hablar "desde arriba".
• En el caso de personas con problemas de audición debemos hablar despacio y de forma clara, de manera que la persona a la que nos estamos dirigiendo sea capaz de leer nuestros labios. En caso de que no nos esté mirando, podemos tocarle sutilmente el hombro. Comenzaremos a hablar cuando estemos seguros de que nos está mirando. En todo caso, podemos reforzar las palabras con lenguaje no verbal, como por ejemplo pueden ser los gestos o sencillamente escribiendo en un papel aquello que queramos transmitir.
• Cuando hablemos con una persona con problemas de visión, siempre debemos identificarnos.

6 Bibliografía

- Guía de Buenas prácticas en el acceso y atención de las personas con discapacidad en el sector sanitario privado español.
- Fundación Sanitas en colaboración con el Comité Español de Representantes de personas con discapacidad (CERMI)
- Discapacidad y asistencia sanitarias, Nº 28, colección Cermi.
- Art. 43 de la Constitución Española.

- Art. 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).
- Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social
- https://www.who.int/topics/disabilities/es/
- https://www.observatoridiscapacitat.org/es
- https://www.cocemfe.es
- https://www.plenainclusion.org

Capítulo 726

ENVEJECIMINETO ACTIVO: MEJOR CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD

JOSE LUIS SALMERON SUAREZ

ESTEFANIA SALMERON SUAREZ

MÒNICA DÍAZ SUÁREZ

DIANA DÍAZ SUÁREZ

1 Introducción

Podemos entender el envejecimiento como un progresivo y dinámico proceso. Este proceso se caracteriza por diversos cambios tanto en nuestra funcionalidad en nuestra química en nuestra morfología y en nuestra psicología. Este empeoramiento supone una menor capacidad de adaptación en todos los ámbitos, provocando más vulnerabilidad y más problemas de salud y problemas patológicos que pueden llevar al fallecimiento (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, y Moreira, 2012).Esta circunstancia nos conduce al deber de optimizar tanto la capacidad funcional de los mayores como a utilizar su salud, buscando una mayor participación en la sociedad y una mejor integración para mejorar su calidad de vida (Sulbrandt, Pino, y Oyarzún, 2012).

El envejecimiento es un proceso heterogéneo e individual (Falque, 2014; Limón y Ortega, 2011), las personas envejecen de forma muy distinta dependiendo tanto

de las acciones como de las omisiones de cada uno durante el transcurso de su vida lleva acabo (Falque, 2014; Fernández-Ballesteros, Robine, Walker, y Kalache, 2013; Caprara et al., 2013). Entre los factores de los que depende el envejecimiento podemos encontrar varios: los factores genéticos por ejemplo son uno de ellos, aunque en menor medida que los factores ambientales o el estilo de vida. Vemos de tal manera que la modificación del estilo de vida y de las conductas harán que la persona mayor tenga un envejecimiento mucho más saludable, activo y óptimo (Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros, Robine, Walker, y Kalache, 2013; Balboa, Pérez, y Sarasola, 2012).

La tendencia de la población mundial desde principios del siglo XX se dirige claramente hacia un envejecimiento global y un aumento de la esperanza de vida. Esto se debe tanto al progreso socio económico, la democracia, el desarrollo de la educación, y los avances biomédicos democrática (Caprara et al., 2013; Fernández-Ballesteros, Robine, Walker, y Kalache, 2013). En el caso concreto de la población española observamos a través de la información obtenida en el INE que aproximadamente un 18,1 % de la población es mayor de 65 años y la previsión para el 2029 es que dicha población se incrementará hasta el 24,9 %. Este envejecimiento de la población nos muestra el claro éxito del desarrollo socioeconómico y de la puesta en marcha de importantes políticas de salud pública (Falque, 2014), enfrentándonos al mismo tiempo a un importante desafío como sociedad (Sulbrandt, Pino, y Oyarzún, 2012; Rowe y Kahn, 2000).

Ante esta problemática las políticas internacionales buscan cada día más estrategias y formas que permitan a este colectivo alcanzar la máxima y mejor calidad de vida durante la mayor cantidad de años posible. En la segunda asamblea mundial que pensaba sobre el envejecimiento y se denominaba "envejecimiento activo: un marco político de acción" se ha buscado La promoción de la participación de la vida saludable y de la independencia de los mayores buscando fundamentar tres pilares básicos para este colectivo: salud, participación y seguridad para las personas mayores (OMS, 2002).

La Organización Mundial de la Salud nos describe el envejecimiento activo como aquel en el que se optimiza la participación la seguridad y la salud buscando mejorar en todo lo posible y a medida que envejecen la vida de las personas. Busca dar importancia a la imagen pública de este colectivo Permitiendo el mayor bienestar físico y social posible (OMS, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud, necesitaremos un fácil acceso a la atención primaria, un buen enfoque de los cuidados de larga duración, una buena

prevención de las enfermedades y todo ello a través de una promoción de la salud de los sistemas sanitarios, adoptando una perspectiva del ciclo vital real que surge ante el envejecimiento cada vez mayor de la sociedad y al mismo tiempo buscando el ansiado envejecimiento activo (Menéndez y Kist, 2011).

Buscamos o nuestro estudio determinar a través de los programas de envejecimiento activo la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, conocer por qué y las causas del envejecimiento activo y todo ello a través de los programas desarrollados para mejorar y aumentar la calidad de vida en las personas mayores de 65 años.

2 Objetivos

- Centrar el desarrollo de estilos de vida saludable buscando el mejor envejecimiento posible.
- Incorporar una mejora de la salud y de la autonomía de las personas mayores buscando reducir su dependencia y contribuir a la disminución del gasto sanitario y social .
- Adoptar por parte de los sistemas sanitarios de un proceso de promoción de la salud durante el ciclo vital completo fomentando la consecución de un envejecimiento activo.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio teórico y una revisión de diversos trabajos científicos artículos y bibliografías encontradas en diversas bases de datos como: el buscador Google Académico, Medline, Dialnet, Lilacs y Scielo, con una antigüedad de 10 años y utilizando los descriptores: envejecimiento activo, promoción de la salud, calidad de vida, anciano.

4 Resultados

No encontramos ninguna definición totalmente aceptada respecto al envejecimiento activo, aunque sí que está claro que en este tipo de envejecimiento se encontramos una serie de requisitos comunes como por ejemplo: una buena actitud física, un estado de ánimo positivo, una buena actitud respecto a la vida y al estrés y una escasa probabilidad de enfermedad (Fernández-Ballesteros, Robine, Walker, y Kalache, 2013).

La organización mundial de la salud nos habla de seis determinantes básicos en el envejecimiento activos: los factores sociales y económicos, la salud y los servicios sociales, las condiciones biológicas y psicológicas de cada una de las personas, el entorno físico y los comportamientos. También observamos determinantes a un plazo más largo, como pueden ser el estilo de vida los factores de nuestra personalidad el tipo de trabajo que realizamos o el estatus económico (Fernández-Ballesteros, Robine, Walker, y Kalache, 2013).

En 2010, Fernández-Ballesteros et al, observa a través de diversos estudios 10 aspectos principales utilizados como criterio para lo que denominamos envejecimiento activo con éxito: autoevaluación de un envejecimiento con éxito, habilidad funcional y funcionamiento físico, satisfacción con la vida y bienestar, autovaloración de la salud, funcionamiento cognitivo, presencia/ausencia de enfermedad, participación social/productividad, aspectos de personalidad, medio ambiente y longevidad.

Menéndez y Kist (2011), Asevera que para conseguir un envejecimiento activo se debe, entre otros factores, cuidar mucho los hábitos como por ejemplo la dieta el peso, beber poco, no fumar y realizar de forma regular algún tipo de actividad física. El ocio activo en las personas mayores contribuye a aumentar la vitalidad el bienestar y la satisfacción, de forma que repercute tanto en aspectos biológicos, como sociales y psicológicos.

Limón y Ortega (2011) llega a la conclusión de que para vivir mejor y más es básico el cambio de estilo de vida tanto físico como mental. En cuanto al físico debemos de llevar una alimentación equilibrada evitando el alcohol y el tabaco, dormir bien y hacer ejercicio con moderación. Mentalmente debemos de tener aficiones, intereses nuevos, realizar actividades mentales, descansar y buscar una temprana detección tanto de la ansiedad como de la depresión el insomnio buscando potenciar todas las cosas positivas y controlar las negativas.

Teniendo en cuenta el estudio de Balboa (2012), el campo que juega un papel más importante para envejecer de forma saludable es el campo afectivo. Se debe de dejar y explicar muy claramente a las personas mayores como formar hábitos de vida saludables de forma que prevengamos las enfermedades típicas de la edad. Debemos de tratar también el afrontamiento de las adversidades de la vida y del estrés, ya de como las afronten y se enfrenten a ellas resultará una vejez más o menos buena. Sería conveniente desarrollar programas tipo donde intentemos permitir una mayor socialización y Una mejora del estado de ánimo de las personas mayores debido a que la actividad física y social siempre mejora el

funcionamiento social y afectivo de la persona mayor.

En el año 2013, nos encontramos dos estudios relevantes:
- Vicente, y Azebedo dos Santos, desarrolla una forma de identificar factores básicos del envejecimiento activo como son: realizar actividad física adecuada para la edad, no consumir alcohol ni tabaco, un buen acceso a la información y a los servicios de salud una alimentación saludable y el correcto uso de los medicamentos.
- Caprara et al., afirma que para envejecer de forma correcta se deben incluir factores como el estado de ánimo, estilos de afrontamiento activo, el compromiso la participación social el correcto funcionamiento mental y la sensación de control. Se observa que se debe de educar a toda la población en estos aspectos relativos al estilo de vida de vida saludable y también en otros aspectos como pueden ser el manejo del estrés, la formación en el comportamiento social, la formación de la memoria y el entrenamiento de auto-eficacia.
- Tal y como indica Falque (2014) Todos los estudios científicos nos ponen en relieve la importancia de un estilo de vida saludable para un envejecimiento activo.

Por tanto, el desarrollo de unos hábitos de vida saludable tanto físicos como mentales son la base para el viaje del envejecimiento activo, incidiendo especialmente en el papel dentro de la familia y de la comunidad (OMS, 2002; Caprara et al., 2013; Falque, 2014).

En cuanto al cuando deberemos de empezar con la formación y fomento del envejecimiento activo tenemos distintos puntos de vista:
- Menéndez y Kist (2011) opina que este fomento debe ser a lo largo de todo el ciclo vital.
- Malagón que plantean que "hay que enseñar a envejecer desde el jardín de la infancia y a lo largo de toda la vida. Así seremos más positivos hacia los mayores y sabremos aceptarlos y valorarlos" (Balboa, 2012).
- Regato (2013), asevera que las actividades preventivas y de promoción deben iniciarse desde la infancia.

Si tenemos en cuenta la eficacia del envejecimiento activo existen múltiplos estudios experimentales que indican un claro aumento de calidad de vida al aplicar estos programas.

- Según Cotman y Berchtold (2002), el ejercicio físico moderado y de forma continua mejora la plasticidad cerebral y la salud sobre todo en la vejez (Limón y Ortega, 2011). Y también cabe destacar que aparte de los beneficios directos en

la salud física, entra en juego la socialización de los individuos, reduciendo el aislamiento y la soledad (Menéndez y Kist, 2011).

- Correa, Gámez, Ibáñez, y Rodríguez (2011), muestran que atreves de una práctica regular de actividad física y a un programa de envejecimiento activo, se ven claras mejoras en los efectos propios de la edad y mejora en las actitudes físicas.

Fries (2012), concluye que el ejercicio aplaza la muerte hasta en 7 años y nos aleja de malos habitos, además de disminuir la utilización de de recursos médicos a lo largo de la vida.

- Vicente y Azebedo dos Santos (2013) que en un grupo de mayores estudiados independientes y satisfechos, existía un rasgo común que era la actividad física regular y los comportamientos saludables.
- Fernández-Ballesteros, Robine, Walker, y Kalache, (2013), desarrollaron "Vital Aging Program", un programa presencial y multimedia para promocionar el envejecimiento optimo, mejorando de forma notable su dieta, su memoria, equilibrio emocional y ampliando sus relaciones sociales.
- Caprara et al. (2013), aplicaron el "Vital Aging Program" con amplitud en la población, repercutiendo en unos resultados de clara mejora física, mental, de equilibrio emocional y disfrutando más de diversas actividades.
- Hau et al. (2016), implementaron el "Programa de Hábitos Saludables" (HHP) observó una clara mejora de la movilidad, de la funcionalidad y de la cognición en tan solo 6 meses.

Definitivamente, la puesta en marcha de un una fomentación del envejecimiento activo nos lleva a la adopción por parte de los sistemas sanitarios de un proceso de promoción de la salud durante todo el ciclo vital y un enfoque equilibrado de los cuidados de larga duración (Menéndez y Kist, 2011), de forma cambiaremos la esperanza de vida saludable con un incremento en la calidad de vida (Falque, 2014).

5 Discusión-Conclusión

Fijándonos en todas las revisiones bibliográficas, podemos observar que el envejecimiento activo depende de muchas dimensiones debido a que abarca condiciones psicológicas físicas y sociales del individuo, también abarca factores relacionados con el entorno.

En cuanto a los aspectos físicos encontramos diversas condiciones como pueden ser las condiciones de longevidad, de estilo de vida, de estado de salud, condiciones biológicas, personales, la probabilidad de enfermedad, la actitud física,

la habilidad funcional y la discapacidad. Si nos centramos en algunos de los protectores psicosociales podemos nombrar el estado de ánimo los estilos de afrontamiento activo, la sensación de control, la participación social, el compromiso con la vida y la satisfacción con la misma. Por nombrar algún productor relacionado con nuestro entorno podemos nombrar la profesión la educación y el estatus económico físico (Fernández-Ballesteros, Robine, Walker, y Kalache, 2013; Fernández-Ballesteros et al., 2010; Sulbrandt, Pino, y Oyarzún, 2012).

El envejecimiento activo debe centrarse en desarrollar estilos de vida saludable tanto aspectos físicos como sociales como mentales (OMS, 2002; Caprara et al., 2013; Falque, 2014). Poniendo especial incidencia en cosas como el control del peso, la actividad física regular, una dieta equilibrada, evitar el tabaco y el alcohol, no auto medicarse ni abusar de los medicamentos, controlar las emociones y la depresión, entrenar la memoria, participar en actividades de ocio y tener aficiones, aceptar el nuevo rol familiar, no aislarse, mantener los contactos, y sentirte útil hacia los demás (Balboa, 2012; Falque, 2014; Limón y Ortega, 2011; Menéndez y Kist, 2011; Caprara et al., 2013; Vicente y Azebedo dos Santos, 2013).

En definitiva, el envejecimiento activo engloba todo tipo de actividades centradas en la prevención de enfermedades y discapacidades, la promoción de la salud, el mantenimiento en la mejor forma posible de la física y en un una mayor integración en la comunidad (Falque, 2014; Menéndez y Kist, 2011; Regato, 2003; Rowe y Kahn, 2000; Ferreira, Maciel, Costa, Silva, y Moreira, 2012).

Incorporando también una mejora de la salud y de la autonomía de las personas mayores de forma que reducimos su dependencia y contribuimos a la disminución del gasto sanitario y social (Regato, 2003; Fries, 2012; Falque, 2014).

6 Bibliografía

- Rowe, J.W., y Kahn, R.L. (2000). Successful aging and disease prevention. Adv. Ren. Replace Ther.
- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriatría y Gerontología.
- Regato, P. (2003). El envejecimiento activo desde la perspectiva de atención primaria.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., López, M.D., Molina, M.A., Díez, N.,…, Schettini, R. (2010).
- Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. Psicothema.

- Limón, M.R., y Ortega, M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores.
Revista de Psicología y Educación.
- Menéndez, M.C., y Kist, R.B.B. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. Textos y Contextos.
- Correa, J.E., Gámez, E.R., Ibáñez, M., y Rodríguez, C.D. (2012). Aptitud física en mujeres adultas mayores vinculadas a un programa de envejecimiento activo. Revista Salud UIS.
- Ferreira, O.G.L., Maciel, S.C., Costa, S.M.G., Silva, A.O., y Moreira, M.A.S.P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto & Contexto – Enfermagem.

Capítulo 727

LAS SUJECIONES RESTRICTIVAS DEL MOVIMIENTO, BIEN FARMACOLÓGICAS, MECÁNICAS O SOLAPADAS, EN INSTITUCIONES SANITARIAS.

FLORENTINA SUÁREZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

En los últimos años, está adquiriendo progresivamente mayor protagonismo la utilización de contenciones físicas y farmacológicas, entendiendo como tales las medidas destinadas a privar a una persona de su libertad de movimiento. El debate sobre su uso tanto en el ámbito social como el sanitario, la idoneidad de sus indicaciones y las condiciones de la práctica del procedimiento es efectivamente trascendente, tanto por la frecuencia de su uso en determinadas circunstancias como por afectar directamente a derechos fundamentales como la libertad del individuo y al respeto a la dignidad de la persona y su autonomía personal.

Los miembros del Comité de Bioética de España, como órgano colegiado independiente y de carácter consultivo sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud, creen relevante emitir un informe con unas recomendaciones al respecto, a fin de orientar hacia el uso adecuado de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario, pues una de las manifestaciones de la protección de la dignidad

de la persona es precisamente la humanidad en el trato y en la asistencia cotidiana, que adquieren especial relevancia cuando existen actuaciones como la contención, que, aun siendo legítimas por estar justificadas,pueden ser o no adecuadas según la forma en que se apliquen.Se refieren estos términos a medidas terapéuticas utilizadas con el objetivo de restringir la movilidad del paciente. Se recurre a ellas fundamentalmente en casos de agitación para evitar autolesiones o lesiones a otras personas, o bien para poder llevar a cabo un tratamiento.

Entre los fármacos que se utilizan para lograr esta restricción podemos mencionar los neurolépticos o las benzodiacepinas, y entre las medidas físicas la utilización de dispositivos como manoplas,muñequeras, cinturones, arneses, tobilleras y barras laterales.Es importante tener en cuenta que en el ámbito sanitario las contenciones se utilizan en entornos hospitalarios en situaciones de intervención aguda y con un límite temporal de permanencia en el tiempo.Por otra parte, también en el medio hospitalario se utiliza la contención, si bien como una intervención extrema y excepcional, mediante la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de movimientos de un paciente y el acceso a su propio cuerpo a fin de conseguir su mayor seguridad o la de otros, incluyendo tanto a otros pacientes como a los acompañantes o al personal sanitario que lo atiende.

Su uso en los centros sanitarios se estima incluso en un tercio de los pacientes en los hospitales terciarios, alcanzando mayor proporción en los pacientes mayores de 65 años,siendo significativo su uso en determinadas circunstancias en unidades relacionadas con los cuidados intensivos, neonatología y salud mental.Nos referimos a la contención o sujeción de una persona cuando mediante un dispositivo físico del que no puede liberarse con facilidad, o bien mediante la administración de fármacos, limitamos de manera intencionada su expresión espontánea o su comportamiento, su libertad de movimientos, su actividad física o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo. Se trata de una medida terapéutica excepcional cuyo objetivo básico es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física de una persona,generalmente incapacitada, o la de otras personas de su entorno.

Entre las situaciones en las que se recurre a su aplicación están los cuidados postquirúrgicos, por ejemplo en Unidades de Cuidados Intensivos, donde por las peculiares circunstancias hay riesgo de arrancarse vías venosas, sondas o tubos de ventilación respiratoria vitales para el mantenimiento de los cuidados y tratamientos esenciales. También son utilizadas estas técnicas en Unidades

de Hospitalización de Neurología, Medicina Interna u otras especialidades, ante comportamientos agitados con movimientos irreflexivos, incontrolados o desordenados, producto de enfermedades agudas,crónicas, o por cuadros de agitación o estados confusionales. Asimismo, se recurre con frecuencia a las contenciones ante el riesgo de caídas de los pacientes que permanecen en una cama o un asiento; en estos casos hablaríamos propiamente de medidas de contención si se instauran contra la voluntad del paciente y no puede retirarlas con facilidad.

Las medidas de contención pueden ser indicadas en diferentes situaciones, con características diferenciables. En las Unidades de Cuidados Intensivos los pacientes suelen tener unas medidas farmacológicas asociadas que contribuyen a la inmovilización por sedación, al menos en una fase de su cuidado, y van a gozar de una vigilancia estrecha y continua, con personal que está pendiente del paciente en todo momento, por la propia naturaleza de la unidad asistencial. En las Áreas de Urgencias también suelen tratarse pacientes en situaciones muy variadas, que en una fase inicial pueden necesitar estas medidas como prevención o para posibilitar tratamientos, como intoxicaciones o estados confusionales agudos.

En el caso de la Pediatría también es frecuente el uso de medidas de sujeción, con la finalidad de restringir el movimiento del niño, ya sea en una zona del cuerpo o varias extremidades bien para facilitar algunas técnicas o maniobras minimizando los riesgos, bien para conservar su seguridad y protegerlo de lesiones, o bien para facilitar el examen y reducir al mínimo las molestias al niño durante pruebas especiales, procedimientos y obtención de muestras, siendo frecuentemente manual y en ocasiones mecánica, utilizando dispositivos de restricción. En las Unidades de Salud Mental su uso suele estar asociado a un internamiento no voluntario, con características legales propias,siendo la contención una medida impuesta, y habitualmente con una combinación entre mecánica y farmacológica.

2 Objetivos

- Determinar la necesidad de contener a los pacientes en caso de brotes psiquiátricos o de agitación excesiva y buscar otros medios de abordaje antes de llegar a la sujección mecánica.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática en las bases de datos pubmed y scielo con los operadores boléanos AND y NOT y descriptores:sujección mecánica y farmacológica,broncoaspiración por agitación del cinturón de contención y abrasiones por restricción del movimiento a encamados y criterios de inclusión:textos gratuitos en español y datos desde 1993 y criterios de exclusión:textos en inglés.

4 Resultados

Respecto a la prevalencia del uso de contenciones tanto en el ámbito social como en el sanitario no existen cifras globales exactas. Los datos disponibles sugieren que el uso de sujeciones físicas en el conjunto de instituciones españolas es alto. Existen estudios que aprecian una importante variabilidad de la prevalencia según el país del que hablemos, lo que apunta a una cierta complejidad de los factores condicionantes, estudios que han reflejado que España tiene comparativamente un porcentaje de uso de sujeciones muy superior al resto de los países observados, llegando casi al 40%, frente a cifras que suponen alrededor del 15% en países como Francia, Italia, Noruega o EEUU, y otros países cuya prevalencia no llega al 10% como Suiza, Dinamarca, Islandia o Japón. El uso de sujeciones en instituciones estadounidenses disminuyó desde un 21% en 1991 a un 5% en 2007 en lo que parece que han tenido mucho que ver las denuncias consecuentes por los accidentes secundarios y la sensibilización ciudadana.

La realidad es que tenemos escasos datos globales, actualizados y debidamente estandarizados de uso de contenciones en España. En el transcurso de tareas de inspección, se detectan un gran número de personas físicamente sujetadas de manera permanente, alcanzando cifras cercanas al 40% de los residentes, apreciando que la mayoría de ellos padece algún tipo de demencia.

Por otro lado, debemos advertir que su uso no está exento de problemas, no sólo desde el punto de vista ético o legal sino también por las complicaciones para la salud del paciente que pueden ocurrir.

Entre las complicaciones relacionadas con las contenciones debemos mencionar por su frecuencia o por su trascendencia que están descritos casos de lesiones de distinto grado de gravedad por caídas o golpes, laceraciones, úlceras por presión, lesiones neurológicas, isquemia en miembros, neumonías o asfixia por broncoaspiración, y casos de muerte súbita o por asfixia mecánica. Además, su uso

puede aumentar también la ocurrencia de eventos adversos, aunque no sean consecuencia directa de las contenciones,apreciándose por ejemplo una mayor incidencia de infecciones nosocomiales en estos pacientes.En la Constitución Española de 1978, se proclama que la libertad es uno de los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico.

La Ley 14/1986, de 25 de Abril, la Ley General de Sanidad, tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo dicho derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución. En su artículo 9 se establece que los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes, y en su artículo 10 son de destacar entre los derechos que tenemos todos, con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, el respeto a la personalidad la dignidad humana y la intimidad, sin que pueda haber discriminación por razón de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

El 4 de abril de 1997 fue firmado en Oviedo el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina y posteriormente fue aprobado y ratificado, entrando en vigor en España el 1 de enero de 2000. En él los Estados se comprometen a proteger al ser humano en su dignidad y su identidad, y a garantizar a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la medicina.

En el año 2005, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO proclama en su artículo 8 el principio de respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, que es de especial aplicación en el campo de las medidas de contención, en los términos siguientes: "Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos."

Un caso especial es el Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, que regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra, desarrollando el artículo 8 de la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales. Esta Ley establece como uno de los derechos de las personas usuarias de servicios residenciales el de no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión,

salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros,debiéndose justificar documentalmente en el expediente del usuario las actuaciones efectuadas, en la forma que se establezca reglamentariamente, y asimismo comunicarse al Ministerio Fiscal.

Nos referimos a la contención o sujeción de una persona cuando mediante un dispositivo físico del que no puede liberarse con facilidad, o bien mediante la administración de fármacos, limitamos de manera intencionada su expresión espontánea o su comportamiento, su libertad de movimientos, su actividad física o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo. Se trata de una medida terapéutica excepcional cuyo objetivo básico es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física de una persona,generalmente incapacitada, o la de otras personas de su entorno.

Entre las situaciones en las que se recurre a su aplicación están los cuidados postquirúrgicos, por ejemplo en Unidades de Cuidados Intensivos, donde por las peculiares circunstancias hay riesgo de arrancarse vías venosas, sondas o tubos de ventilación respiratoria vitales para el mantenimiento de los cuidados y tratamientos esenciales. También son utilizadas estas técnicas en Unidades de Hospitalización de Neurología, Medicina Interna u otras especialidades, ante comportamientos agitados con movimientos irreflexivos, incontrolados o desordenados, producto de enfermedades agudas o crónicas, o por cuadros de agitación o estados confusionales. Asimismo, se recurre con frecuencia a las contenciones ante el riesgo de caídas de los pacientes que permanecen en una cama o un asiento; en estos casos hablaríamos propiamente de medidas de contención si se instauran contra la voluntad del paciente y no puede retirarlas con facilidad.

Las medidas de contención pueden ser indicadas en diferentes situaciones, con características diferenciables. En las Unidades de Cuidados Intensivos los pacientes suelen tener unas medidas farmacológicas asociadas que contribuyen a la inmovilización por sedación, al menos en una fase de su cuidado, y van a gozar de una vigilancia estrecha y continua, con personal que está pendiente del paciente en todo momento, por la propia naturaleza de la unidad asistencial. En las Áreas de Urgencias también suelen tratarse pacientes en situaciones muy variadas, que en una fase inicial pueden necesitar estas medidas como prevención o para posibilitar tratamientos, como intoxicaciones o estados confusionales agudos.

Desde el punto de vista del médico, además de los riesgos meramente mecánicos por el uso de dispositivos, de la aplicación correcta o no en la persona adecuada,sería de especial consideración el beneficio esperado de una contención

frente a los riesgos tromboembólicos venoso y pulmonar en pacientes que se inmovilicen,en función de los factores de riesgo que acumulen y también el posible riesgo de muerte súbita, teniendo en cuenta su patología cardiovascular, la expectativa de respuesta y resistencia del sujeto con subsiguiente sufrimiento y alteración o empeoramiento de situación psicológica basal.

5 Discusión-Conclusión

Para respetar el principio de proporcionalidad en la adopción de medidas de sujeción mecánica o uso de fármacos para controlar a enfermos psiquiátricos,personas incapaces o pacientes peligrosos, es necesario constatar que cumplen los siguientes requisitos: si tales medidas son susceptibles de conseguir el efecto propuesto de evitar lesiones propias o ajenas - juicio de idoneidad- si, además, son necesarias, en el sentido de no existir otras menos gravosas para la consecución del mismo objetivo con igual eficacia - juicio de necesidad- , y,finalmente, si las mismas son proporcionadas en sentido estricto, es decir,ponderadas o equilibradas por derivarse de ellas más beneficios que perjuicios sobre otros bienes o valores en conflicto - juicio de proporcionalidad en sentido estricto.

No existe ninguna prueba de que las contenciones físicas tengan algún beneficio curativo o preventivo, diagnóstico ni terapéutico para las personas mayores ni su entorno. Efectivamente existen controversias en su uso que no se pueden negar. Unas de tipo personal, pues son medidas que en principio atentan contra la dignidad y los derechos fundamentales del ser humano, y puede interferir con las posibilidades de ser cuidado conforme a sus propias expectativas en momentos de alta vulnerabilidad.

La percepción negativa y sensación de maltrato y abuso que puede sentir el individuo puede comprometer seriamente su sintonía con las personas encargadas de su cuidado y generar situaciones conflictivas en la asistencia diaria, del mismo modo que ocurre en los hospitales, con enfrentamientos personales de difícil resolución, en las que el elemento más indefenso siempre es el anciano, fundamentalmente por su incapacidad de dar fe de la situación vivida o por ser minusvalorado su testimonio, y por ser fácilmente influenciado por su situación de dependencia.

También existen controversias sanitarias, pues puede ocasionar importantes problemas de salud y seguridad, con riesgo adicional de hospitalización y muerte, o simplemente por interferir con el plan de mantenimiento saludable del indi-

viduo. Pero también desde un punto de vista de la gestión sanitaria, el uso de sujeciones físicas y químicas están muy vinculados, siendo causas mutuas de su instauración, lo que repercute en los sobrecostes sanitarios públicos por los riesgos que se les asocian a ambos.

Otras cuestiones que se plantean son de índole social cuando se presenta como un hecho normal y normalizado, en cuyo caso la aplicación de contenciones puede suponer, en el fondo y en la forma, una ofensa moral.

6 Bibliografía

- https://www.comité/bioético/de españa.org.es
- Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eigth countries. Age Ageing.1997
- Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychoticmedications in nursing homes: a cross-national study. Int J Geriatr Psychiatry. 2009
- Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez-González E, Montilla-Fernández M, Santana-Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores.Gerontol. 2008.
- Castillo EM, Coyne CJ, Chan TC, Hall CA, Vilke GM. Review of the medical and legal literature on restraint chairs. Journal of Forensic and Legal Medicine. 2015
- Quintero-Uribe JC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados Rev Esp Med Legal. 2012
- Rubin BS, Dube AH, Mitchell EK. Asphyxial deaths due to physical restraint: a case series. Arch Fam Med. 1993.

Capítulo 728

LA COMUNICACIÓN HUMANA

ANIA MARTIN BEITIA

1 Introducción

La comunicación se define como el intercambio de información entre dos o más personas. El ser humano es un ser social por naturaleza. La comunicación es un proceso innato en el hombre, es un acto de relación humana en el que dos o más participantes intercambian un mensaje mediante un lenguaje. Este proceso es interactivo y social.

El lenguaje es el medio que utilizamos para comunicarnos con otras personas. Además de lo códigos orales o escritos, existen los gestos, los movimientos de la cara y el cuerpo, etc, los códigos no verbales varían dependiendo de las diferentes culturas.
El funcionamiento de las sociedades humanas es posible gracias a la comunicación.

2 Objetivos

- Conocer los elementos de la comunicación.
- Destacar las características de la comunicación humana.
- Diferenciar entre información y comunicación.
- Reconocer los diferentes tipos de comunicación.
- Desarrollar las habilidades de comunicación.

3 Metodología

1. Elementos de la comunicación
- Emisor: quien elabora y trasmite el mensaje. Realiza el proceso de codificar el mensaje, transforma a signos combinados mediante reglas el contenido mental que quiere transmitir.
- Receptor: quien recibe e intercepta el mensaje, lo descodifica. Individual o colectivo conviene distinguir entre el receptor-destinatario a quien se dirige el mensaje, y receptor-descodificador el que lo recibe pero puede no ser su destinatario.
- Mensaje: la información que transite un emisor a un receptor.
- Canal: el medio por el que se transmite el mensaje y que pone en contacto al emisor y al receptor. Los canales pueden ser naturales (aire) y artificiales (teléfono, correo, libros…)
- Código: el conjunto de signos y reglas que combinados hacen posible que la comunicación se produzca. Cada circunstancia puede matizar las diferentes maneras de lo que decimos y cómo lo decimos.
- Contexto: la situación en la que se realiza el acto de la comunicación.
- Contexto lingüístico: es el texto en el que se incluye el mensaje, las palabras enmarcan el mensaje y determinan su significado concreto.
- Situación comunicativa: características de emisor y receptor, el tipo de relación que existe entre ellos, etc. Todo ello determinará la adecuación del mensaje.
La intención del emisor: informar, explicar, persuadir….
El canal que utiliza.
El espacio y el tiempo en el que se produce la comunicación.
El marco textual en el que se realiza el mensaje.
- Retroalimentación: es la información que genera el receptor al recibir el mensaje, puede ser verbal o no verbal.
- Respuesta: la emisión de un mensaje por parte del receptor.

2. Características de la comunicación humana
- Es un proceso circular.
- La comunicación es irreversible.
- La comunicación es continua, se da siempre que hay mas de una persona aunque estén en silencio.
- La comunicación es personal, cada uno es único.

3. Información y comunicación
La comunicación: requiere respuesta

Es un fenómeno que se da cuando los seres vivos se encuentran en grupo. Para que la comunicación se realice con éxito, el receptor debe conocer el código. Requiere de un canal y un sistema de signos y normas semánticas compartidas entre emisor y receptor.

La información: sólo transmite
Es un conjunto de datos que pueden ser de distinto tipo y se pueden utilizar para distintos fines. La intención fundamental es que se transmita un mensaje, ya sea de forma oral, escrita o audiovisual. Con la información somos capaces de conocer y saber algo. Un conjunto de datos organizados que constituyen un mensaje que enriquecerá el conocimiento de su receptor. la información aumenta el conocimiento y complementa la comunicación.

La diferencia fundamental entre información y comunicación reside en la respuesta del interlocutor, mientras que la información no precisa respuesta, la comunicación sí para seguir estableciéndose.

4. Tipos de comunicación
- Comunicación verbal
Es aquella que emplea palabras, habladas o escritas. Se refiere a las palabras que utilizamos y a las inflexiones de nuestras voz, tono de voz. La comunicación verbal pude darse de dos formas: oral, a través de signos orales y palabras habladas y escritas, por medio de la representación de signos.
- Comunicación no verbal
Hace referencia a un gran número de canales, contacto visual, los gestos faciales, los movimientos de brazos y manos o la postura y la distancia corporal. También llamada lenguaje corporal definida por movimientos corporales, gestos, apariencia física, silencios, etc. Se considera que en una comunicación cara a cara, el componente verbal es el 35% frente al 65% que se corresponde con la comunicación no verbal. Tres son las partes que podemos distinguir:
Los gestos, las anos, posturas, miradas, etc.
El tono de voz, velocidad al hablar, etc.
Distancia personal, que dependerá de los interlocutores y las circunstancias en las que nos veamos.

La codificación de los actos no verbales puede ser:
Arbitraria: cuando el acto no verbal no se paree en nada a lo que ese acto significa
Icónica: cuando el acto no verbal se relaciona con su significado.

Tipos de actos no verbales

Emblemas: una palabra o frase corta admitida por todos.
Ilustradores: gestos unidos a la comunicación verbal y su función consiste en reforzar el significado de lo que se expresa verbalmente.
Reguladores: actos no verbales que tienen la función de organizar o dirigir la conversación, aquellos gestos con los que indicamos al interlocutor que es su turno. Los más habituales son los gestos de asentimiento o desistimiento con la cabeza.
Adaptadores: los gestos que utilizamos de forma inconsciente para conducir los sentimientos o controlar nuestras respuestas.
Adaptadores sociales: dar la mano.
Adaptadores instrumentales: remangarse como significado de que estamos preparados.
Adaptadores de subsistencia: gestos relacionados con la necesidades básicas como alimentarse, descansar, tensión, duda….

Factores asociados al lenguaje no verbal, tres disciplinas:
Paralingüística: estudia los aspectos no semánticos del lenguaje, el ritmo con el que se habla, el volumen de la voz, los silencios y los timbres.
Kinesia: se dedica a estudiar el significado de los movimientos humanos.
Proxémica: expresión para hacer referencia al análisis del espacio personal.
Distancia íntima hasta 45cm.
Distancia personal de 45 a 120cm.
Distancia social de 120 a 360cm.
Distancia pública más de 360cm.

5. Habilidades para la comunicación
- Habilidades para obtener información
Escuchar activamente.
Mostrar interés.
Crear un clima grato y de confianza.
No realizar juicios.
No dar soluciones antes de tiempo.
Permitir que la persona exprese su rechazo o cualquier otra cosa que quiera transmitir.
Observar atentamente al interlocutor.

- Habilidades para transmitir información
Transmitir confianza.
Transmitir credibilidad.

Transmitir sinceridad.
Semejanza.
Ser positivo y recompensante.
Transmitir mensajes que susciten interés.
Utilizar palabras y frases cortas y claras.
Decir en primer lugar los mensajes que se desea que sean recordados.
Preguntar si se desea más información.
Permitir que las personas obtengan sus propias conclusiones.

- Estilos de comunicación
Se distinguen tres estilos en la comunicación:
Estilo no asertivo.
Estilo agresivo.
Estilo asertivo.

4 Bibliografía

- Lindsay, Norman, (1976): Procesamiento de información humana. Ed Tecnos
- Watzlawick P (1979): ¿Es real la realidad? Confusión, desinformación Comunicación EdHerder
- Watzlawick P(1994): El lenguaje del cambio. Ed. HerderImágenes libres google.

Capítulo 729

HUMANIZACIÓN DEL TRATO PERSONAL.

ANIA MARTIN BEITIA

1 Introducción

Tradicionalmente la medicina se ha ocupado de la curación de la enfermedad, dejando de lado el sufrimiento del ser humano, que afronta una intervención médica, un diagnóstico, unas pruebas, una enfermedad, en ocasiones mortal. Pero dolor y sufrimiento no son términos sinónimos.

Los profesionales sanitarios contemplan cómo objetivo de su intervención el dolor, la curación del dolor dejando pues fuera de su campo de actuación la situación que ese dolor genera en el enfermo y que va a repercutir en la forma de adaptación de él y su familia a la enfermedad, sea del tipo que sea.Sabemos que personas con cáncer, que viven situaciones de alto riesgo, son capaces de afrontar su nueva situación de un modo digno,activo y sereno. Sabemos que personas con una indicación de hacer una analítica se derrumban y se preocupan en exceso. El mismo acontecimiento, un mismo diagnóstico con la misma intensidad de dolor, no produce el mismo tipo de valoración en todas las personas, ni todas poseen los recursos para hacerle frente.

Para lograr este objetivo es necesario la comprensión del funcionamiento de la mente humana, de los distintos tipos de personalidades. El conocimiento de las habilidades técnicas necesarias; de la importancia de la congruencia entre el mensaje verbal y el no verbal; El tener unos mecanismos de autocontrol personal.

1. Dolor y sufrimiento

Aunque con demasiada frecuencia dolor y sufrimiento se utilizan como términos sinónimos, no lo son. En el ambiente sanitario y pensando en conocer y mejorar la comunicación con el paciente, es preciso establecer un marco conceptual sobre el objetivo de nuestra intervención. dolor y sufrimiento no son términos que puedan utilizarse indistintamente y menos aún pensando en el objetivo de mejorar el bienestar de los pacientes. No todas las personas que sufren padecen dolor, ni todas las que tienen dolor sufren.Las personas que tienen dolor declaran con frecuencia que sufren únicamente cuando su origen es desconocido, cuando creen que no pueden ser aliviadas, cuando el dolor lo perciben como una amenaza. Sufren cuando temen que ese dolor se prolongue en el futuro sin posibilidad de control.

Concepto de sufrimiento
El sufrimiento es un estado afectivo,cognitivo y negativo caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, por su sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla. Una persona sufre cuando:

Experimenta un daño físico o psicosocial que valora como importante, o teme que acontezca algo que percibe como una amenaza para su existencia o integridad psicosocial y/o orgánica.
Al mismo tiempo cree que carece de recursos para afrontarla.
La sensación de amenaza y/o el sentimiento de impotencia son subjetivos,pertenecen al mundo de las valoraciones personales, cada persona se siente amenazada o impotente según su propia forma de ver las cosas. Hemos citado que personas que sufren una enfermedad de dudosa evolución pueden afrontarla con menos sufrimiento que otra con una enfermedad con buen pronóstico.

Ante el sufrimiento del enfermo
Recordamos que desde un punto de vista de apoyo emocional la sintomatología que presenta un paciente en relación con su dolor físico, no tiene necesariamente que coincidir con los síntomas que el propio paciente valora como más amenazantes, aún cuando para el profesional,en su valoración para el diagnostico o el tratamiento sean los prioritarios.

Evaluación del sufrimiento
Si el fin último de un apoyo emocional a las personas con enfermedad es lograr que se enfrenten a los procesos de enfermedad de la manera menos dañina posible para ellos, buscando el objetivo de lograr el mayor bienestar, compensando,

atenuando las emociones negativas que son la causa del sufrimiento, deberíamos disponer de algún tipo de instrumento para evaluarlo.
La evaluación del sufrimiento debería poder realizarse en todo acto sanitario, de forma rápida, sencilla y no dejarlo en manos del buen hacer de los profesionales, de sus propias experiencias o de su estilo personal. Utilizamos el termómetro como indicador de la temperatura y una alta temperatura nos indica que algo está mal, aunque no nos da detalles de que es lo que está mal. Delmismo modo un instrumento de aplicación rápida y sencilla para valorar si existe sufrimiento debería utilizarse por los profesionales y en base a esa primera información valorar si será necesaria una exploración más profunda.

2. La entrevista de apoyo emocional.
Un tipo de entrevista de este estilo se ha llamado counselling, que se define como una técnica que trata de hacer algo con alguien, en lugar del modo tradicional de entender las relaciones sanitarias de hacer algo para alguien. Trata pues de sustituir el que hemos denominado modelo paternalista, por un modelo de relación mutua. Barreto y Arranz definen el counselling como el arte de hacer reflexionar a una persona, por medio de preguntas, de modo que pueda llegar a tomar decisiones que considere adecuadas para él y para su salud.
La técnica del counselling parte de la premisa de que toda persona tiene los recursos necesarios para hacer frente a sus conflictos y que solo necesita un contexto facilitador para que estos se pongan en marcha. No trata de aconsejar sobre lo que tiene que hacer, sino de facilitarle la información suficiente para ayudar al paciente a tomar decisiones adecuadas para el propio proceso que puede estar pasando.

El proceso de la entrevista
Cada encuentro con el paciente es una oportunidad para hablar con él, facilitarle la expresión emocional, escuchar lo que dice, identificar sus preocupaciones y ayudarle a manejarlas, evaluar el impacto psicológico de sus preocupaciones, evaluar sus recursos y facilitar información con el objetivo de reducir su ansiedad.

Fases de la entrevista
Fase de exploración
El profesional desarrolla el clima adecuado para que el paciente pueda explorar el problema desde su propia forma de pensar;desde su marco de referencia.Las herramientas para esta fase son la pregunta y la escucha activa.

Objetivo de la entrevista

Se trata en este momento de la entrevista de ayudar al paciente a centrarse y definir de un modo específico su situación, ayudándonos de las técnicas y estrategias de preguntar y escuchar.

Fase de acción
Consiste en ayudar al paciente a analizar los posibles modos de actuar, valorando ventajas e inconvenientes, las consecuencias de cada posibilidad, planear la acción y aplicación. En esta fase básicamente nos apoyamos en la técnica de solución de problemas, que exponemos más abajo y en el concepto de ”balanza”, propio de la técnica del counselling:”la relación coste/beneficio”. Este concepto se refiere a que no existe lo adecuado y lo inadecuado, sino lo que puede ser más adecuado y lo que puede ser menos inadecuado, para el enfermo en ese momento y en esas circunstancias específicas.

2 Objetivos

- Conocer cómo buscar soluciones a problemas contemplando las distintas posibilidades de actuación.
- Conocer cómo dar informaciones en situaciones críticas o afrontar situaciones difíciles.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Rodriguez Marín, Jesus(1995) psicología social de la salud. Ed. Síntesis
- Greenberg Leslie, (2000): Emociones.una guía interna. Ed. DDB
- Martorell C(1997): Entrevista y consejo psicológico. Ed. Síntesis
- Astudillo, Mendinueta, Gabilondo (1998): Principios básicos para el control del dolor total. Rev.Soc. Esp. Dolor 1999,6.

Capítulo 730

LAS RELACIONES EN LA PRÁCTICA SANITARIA

ANIA MARTIN BEITIA

1 Introducción

Una vez que una persona ha decidido utilizar el sistema de cuidados de la salud, se establece una interacción, una relación con los profesionales sanitarios. El comportamiento de Salud de una persona está inevitablemente condicionado por la interacción del enfermo con los profesionales sanitarios y la experiencia derivada de esa interacción, desde que comienza la primera consulta hasta que todo el proceso finaliza.

Esa interacción crea una serie de emociones, impresiones que pueden derivar en el cumplimiento o incumplimiento de las expectativas por parte del paciente que variarán dependiendo de su experiencia durante el proceso de la salud. Ofrecer al paciente un trato empático y de alta calidad no sólo es un compromiso ético de la profesión sanitaria, sino que, además, resulta de gran utilidad para poder diseñar mejor los procesos terapéuticos y asistenciales en la dirección de las necesidades reales de cada persona, así como para recoger mejor información de utilidad diagnóstica y para lograr una mayor comprensión y adhesión al tratamiento por parte del paciente.

Las relaciones que se establecen en el ambiente sanitario, como en cualquier relación interpersonal establecida en otro tipo de marco, están medidas a menudo por reacciones de enfado, de hostilidad o irritación. El enfermo o familiar que nos aborda con una actitud claramente hostil por algún contratiempo que surge, por ausencia de información adecuada o mala interpretación, suele ser por desgracia,

demasiado frecuente. En algunos casos tienen razones objetivas que están detrás de sus quejas y otras veces son interpretaciones subjetivas. Pero en cualquiera de los casos la propia actitud hostil de cólera, ira, irritación, interfiere muy negativamente en el proceso de solución de los propios problemas que plantean. Esa interacción caracterizada por la hostilidad es a la vez un problema en sí mismo en cuanto que es un generador de estrés en tanto que es un elemento amenazante para el buen clima en la realización del trabajo profesional.

2 Objetivos

- Conocer la relación entre el profesional sanitario y el enfermo, sus tipos, cómo se controla, los diferentes estilos y la influencia social.
- Conocer cómo afrontan de la hostilidad, los costes de la misma y sus fundamentos.

3 Metodología

1. La relación entre el personal profesional sanitario y el enfermo
Entre los participantes en la relación lo mismo que ocurre en la vida cotidiana se establece alguna forma de control del otro para ejercer sobre él una influencia, estos tipos de control pueden ser de tipo paternalista, donde el profesional toma las decisiones, clientelista dónde es el enfermo el que tiene más poder de control, de mutuo acuerdo, dónde ambos participantes aportan y asumen responsabilidades o puede establecerse un tipo de control deficitario y/o ausente.

Tipos de Relaciones
- Relación actividad-pasividad
- Relación de guía-cooperación
- Relación de participación mutua

Tipos de control en la Relación Profesional-Paciente
Según Roter y Hall(1992), citados por R. Marín las formas de control que suelen darse en la relación personal sanitario enfermo son : Paternalista, clientelista, de mutualidad, y ausente.
- Paternalista
Es la relación más tradicional y todavía se considera la más común. La autoridad del médico es la que permite al paciente reintegrarse a su vida social normal, y

pone fin a su episodio de enfermedad. El profesional ejerce un alto control sobre el paciente.

- Clientelista

Es el extremo opuesto al anterior. Aquí, se invierte la relación de poder. El enfermo pide al profesional sanitario que le proporcione información y servicios técnicos. El poder en este tipo de relación reside principalmente en el paciente (Cliente, comprador) que es el que decide comprar (solicitar el cuidado) o no. El profesional tiene un bajo control sobre el enfermo.

- De mutualidad

En este caso el control es participativo, bidireccional, correspondería a un estilo democrático, donde ambos miembros tienen autocontrol sobre sí mismos y las decisiones son fruto de una acción participativa.

- Ausente

El profesional sabe que el enfermo no sigue sus indicaciones, o lo hace de manera distinta de cómo se le indica, pero no ejerce control sobre él y a la inversa también es cierto. La relación se mantiene pero un poco a la deriva, sin dirección ni control. Es el caso dónde el paciente acude sistemáticamente a las citas, pero no sigue los tratamientos. La insatisfacción es mutua.

Estilos Profesionales

Cuando el paciente desea y espera una medida mayor de información y participación de la que el profesional quiere dar, se producirá un conflicto interpersonal que probablemente llevará a la disolución de la relación. Cuando es a la inversa, la situación también es incómoda y puede conducir aunque en menor proporción a esa disolución. Proporcionar la cantidad y tipo de participación que el paciente desea mejora su ajuste y su satisfacción con el tratamiento.Para poder hacerlo el profesional necesita valorar y considerar que desea y espera el paciente. Cada profesional tiene su propia manera, su propio estilo de hacerlo.

La influencia social

La influencia social se define como un cambio en las creencias, actitudes o conductas de una persona resultante de la acción o presencia de otra persona. La influencia social la ejercemos en la vida diaria con nuestros amigos cuando tratamos de influirles para hacer una actividad y no otra, con nuestros vecinos, entre otros.

2. Afrontamiento de la hostilidad

Estrategias a adoptar para afrontar correctamente las reacciones hostiles por parte de los enfermos o familiares, pero igualmente útiles en la relación con los

compañeros de trabajo.De ellas es interesante recordar que las reacciones emocionales intensas tienen una duración breve; que no debemos tratar de resolver el problema que nos plantean antes de reducir la intensidad de la irritación; mentalizarse que sabemos cómo se genera el sentimiento hostil y ello nos da control sobre el interlocutor; los comentarios para reducir la ira frecuentemente tienen el efecto de volver activarla;lo más adecuado es escuchar, sin realizar valoraciones sobre el paciente y pensar que nadie se enfada enfurece gratuitamente, tratando de introducir cambios que sean incompatibles con la hostilidad. Y si creemos que la situación nos desborda, pedir ayuda puede ser una buena solución.

Los costes de la hostilidad

- La hostilidad destruye las relaciones personales. Las reacciones de ira se dirigen con frecuencia hacia las personas que mejor conocemos. Entre los blancos de la ira se encuentran la familia, los compañeros de trabajo o los amigos.
- La ira afecta negativamente a las relaciones laborales. El trabajo es con frecuencia frustrante.

Pero enfurecernos a causa de las frustraciones puede frustrarnos más aún : Nos perjudica en las relaciones laborales y entorpece nuestro éxito profesional y puede bloquearnos a la hora de abordar cuestiones importantes y limitar nuestra capacidad para realizar un trabajo de calidad.

- Empeora la situación. Cuando uno "pierde los estribos", es difícil pensar y conducirse cabalmente. En una entrevista tensa, cuando alguien pierde la calma, no aporta nada a la solución del problema que se aborda, no tiene ninguna eficacia.
- La ira fomenta las agresiones. El enfado desmedido, la hostilidad cargada de ira, no conduce necesariamente a la agresión, pero es un elemento muy facilitador. El sentimiento de ira, siempre está detrás de un comportamiento violento.
- La ira empeora nuestra salud. Cuando nos enfadamos de forma desmedida ocurren ciertos cambios físicos como los incrementos de tensión muscular, el ritmo cardíaco y respiratorio."Los aumentos repentinos de presión sanguínea que acompañan a nuestra ira incrementan la fuerza con la que fluye la sangre por nuestras arterias.Estos aumentos de flujo sanguineo suelen debilitar y dañar el fino revestimiento de las arterias y producir cicatrices o agujeros.Una vez que se ha dañado esta capa de tejidos, los ácidos grasos, la glucosa y otros elementos de la sangre empiezan a pegarse a las paredes dañadas de estos vasos. Con el tiempo, la acumulación de estos materiales puede originar la obstrucción de las arterias, etc."Ellis, 1999.
- La ira y los problemas personales. Como hemos dicho es facil que las reacciones de hostilidad exageradas se centren en los compañeros de trabajo, en los pacientes, que a su vez han reaccionado de forma colérica ante nosotros. Todo ello

fácilmente puede llevar a una situación de aislamiento, y de continuas pérdidas, tanto de relaciones personales como de oportunidades profesionales y por tanto a ver la vida de color negro o lo que es lo mismo a una situación de depresión.

Los fundamentos de la ira
Afirmamos que lo que nos perturba generando emociones desagradables, no son los acontecimientos sino lo que pensamos sobre ellos. Si estos pensamientos son irracionales, pero creemos que son racionales y lógicos nuestros sentimientos serán igualmente irracionales.Los pensamientos que están detrás de las reacciones de ira y por tanto de comportamientos hostiles.

Afrontando la hostilidad
Afrontar la hostilidad implica tener una actitud honesta ante nuestro propio trabajo y los pacientes a los que atendemos, un estilo asertivo, dónde se admiten las objeciones o se rechazan si estas no tienen justificación; sin sentir miedo, ni dejarnos llevar por la agresividad. Un estilo asertivo de afrontamiento de situaciones críticas, de situaciones hostiles.

4 Bibliografía

1. Ellis, A (1981): Manual de Terapia racional Emotiva. Ed. DDB
2. Ellis, A(1999):Controle su ira antes de que ella le controle a usted. Ed Paidós
3. Ellis, A(2000): Vivir en una sociedad irracional. Ed Paidós.
4. McKay,Davis,Fanning(1985) Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. ed. Martínez Roca.
5. Watzlawick P(2000): El arte de amargarse la vida Ed. Herder.

Capítulo 731

CORRELACIÓN ENTRE RESPETO AL PACIENTE, LA PROTECCIÓN DE SUS DATOS PERSONALES Y LA CONFIDENCIALIDAD

MARÍA LUZ GONZÁLEZ ÁLVAREZ

MARIA ANGELES FERNÁNDEZ SEIZ

MARIA DEL MAR MARINA LÓPEZ

SANDRA ARCE RODRÍGUEZ

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

1 Introducción

Los Servicios de Salud reciben un elevado número de quejas y reclamaciones, relativas al tratamiento de los datos personales de sus pacientes.

Estas quejas en su mayoría no tienen mayor trascendencia, pero generan malestar a las personas que participan en la incidencia. Normalmente se deben al desconocimiento que tienen los usuarios respecto a las normas y a la legislación que regula esta materia. Los usuarios habitualmente suelen mostrar disconformidad, al pretender obtener una información a la que por ley no tienen derecho de acceso, bien por no ser una persona autorizada a tal acceso, o por no ser la forma adecuada , la que pretenden en ese momento.

Por el contrario, también se reciben reclamaciones por parte de pacientes, sus familiares o personas autorizadas, cuyas causas se deben a negligencia por parte de los centros sanitarios, al no cumplir la normativa. Las consecuencias en estos términos son graves y es común que deriven en sanciones y multas copiosas, e indemnizaciones a las personas perjudicadas; ya que los datos relacionados con la salud de los pacientes son considerados de alta protección y su incorrecta utilización, conlleva la vulnerabilidad de derechos fundamentales amparados en nuestra Constitución Española, especialmente en su artículo 18.1 que garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Resulta imprescindible, como justificación a lo anteriormente mencionado, el conocimiento de la normativa, tanto por los empleados públicos que trabajan en los centros sanitarios, como por los ciudadanos que utilizan los servicios.

A su vez, las Tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) se desarrollan en la esfera digital y provocan múltiples cambios tecnológicos, de forma efímera y constante. Paralelamente a esta situación, se hace necesaria la adaptación de la legislación, sobre la protección de los datos personales a estos cambios.

Debido a esta situación y especialmente en las últimas décadas, se ha puesto un creciente interés en proteger los datos de las personas de una forma más eficaz, dando lugar a que las leyes relativas a este tema, se modifiquen, avancen y aumenten, en proporción a los grandes cambios tecnológicos.

En el ámbito europeo, surge el nuevo Reglamento de la Unión Europea (UE) 2016/679 de 27 de abril, Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de los datos personales y a libre circulación de estos datos. Este reglamento entró en vigor el día 24 de mayo de 2016 y se facilitó el plazo de dos años, para que los países miembros de la Unión Europea, adaptaran (no derogaran) su normativa al RGPD. Siendo de aplicación directa y obligatoria a todos los estados miembros desde el 25 de mayo de 2018.

Con la entrada en vigor del RGPD, las leyes nacionales dejan de ser aplicables en la medida en que se opongan al reglamento. El fin de este reglamento es el de unificar la ley de todos los estados miembros, consolidar la privacidad y proteger eficazmente los datos personales de todos los ciudadanos europeos.

España, con el fin de adaptar su normativa al RGPD aprobó la Ley Orgánica

3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, con la que ha derogado casi en su totalidad a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

Actualmente las leyes de las que disponemos en nuestro país, que guardan relación con la protección de los datos dejan lagunas en su normativa. Respecto al nuevo reglamento europeo RGPD, especialmente podemos citar a las siguientes:
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud (SNS).
- Ley 14/2007 de 3 de julio, de Investigación biomédica.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Decreto 1090/2015 de 4 de diciembre, Reglamento de Ensayos Clínicos con Medicamentos.

Igualmente sucede con diversas leyes autonómicas, por lo que cada vez se hace más necesario un régimen normativo ”específico y actualizado” que haga referencia a la protección de datos de las personas; y a la confidencialidad y secreto profesional el el ámbito sanitario. Y por tanto se pueden prever próximos cambios en este sentido.

Tras este planteamiento, surge la hipótesis donde nos preguntamos: ¿Cómo debemos adaptarnos los empleados de los Servicios Sanitarios a estos cambios, para ofrecer un buen servicio a los ciudadanos?
Interrogante al que debemos dar una solución, ya que los problemas que derivan de este, afectan a los Servicios de Salud, a los empleados y a los ciudadanos que utilizan estos servicios.

El método de aplicación para la protección de datos sanitarios (MA-PRODATs), se crea como un instrumento con el fin de obtener los resultados deseados, en base a los objetivos anteriormente planteados.

El área de aplicación es el Servicios de Salud, y el constructo a evaluar son procesos de mejora de los servicios sanitarios a los ciudadanos. En cuanto a la población, se aplica a empleados que tienen acceso a datos personales de pacientes.

Se propone un estudio piloto previo, para la futura aplicación del programa MA-PRODATs. Para llevar a cabo este estudio, se aplica el programa a una pequeña

escala, donde se toman como muestra, datos pertenecientes a varios centros sanitarios de dos áreas territoriales, con similar número de habitantes.

A partir de los datos recogidos en estos grupos experimentales, se recogen datos sobre: costes necesarios a mayor escala de aplicación, inconvenientes que puedan surgir y mejoras a aplicar al programa.

En cuanto al contenido de aplicación:
- Guías prácticas: en los puestos de trabajo, se pone a disposición de los empleados, un manual revisado y actualizado de buenas prácticas en la materia a tratar, al cual tienen fácil acceso durante la jornada de trabajo, en caso de necesidad de consulta. Así mismo estará accesible en los puntos oportunos del centro sanitario, la Guía para Pacientes y Usuarios de la Sanidad de la Asociación Española de Protección de Datos (AEPD).
- Talleres periódicos: realización de talleres trimestrales, a los que asisten los empleados de los centros sanitarios, en los que los asistentes exponen temas, debaten sucesos, realizan consultas, aclaran dudas y reciben formación y técnicas de comunicación, para ofrecer información adecuada sobre los datos protegidos de los pacientes.

Con el fin de ampliar los conocimientos, se tratan los temas más relevantes y que afectan al mayor número de incidencias que presentan los centros sanitarios relativos a la protección de los datos personales de sus pacientes, los cuales suelen tener su origen en:
- Acceso a historias clínicas.
- Manejo adecuado de datos personales.
- Discreción y cumplimiento del deber de secreto profesional.
- Usos adecuados e inadecuados de los datos de los pacientes.
- Consentimientos de los pacientes.

En cuanto al seguimiento del método de aplicación, cabe destacar:
- Seguimiento mensual de incidencias, relativas a la protección de datos personales de pacientes producidas en los centros sanitarios, desde que se aplica el programa, a los grupos experimentales y a los grupos de control.
- Seguimiento trimestral mediante test con ítem para revisar los conocimientos adquiridos de los empleados desde que se aplica el programa, al grupo experimental y al grupo de control.
- Se cubren informes estandarizados, con la extracción de datos recogidos durante los seguimientos.

Se realiza un análisis mediante una rigurosa observación objetiva, que se desprende de la medición de los siguientes indicadores:
- Eficacia y eficiencia.
- Recursos.
- Indicadores de personal.
- Validez del contenido de los test.
- Validez de constructo.

Para interpretar el resultado, nos basamos en si existen diferencias significativas, en la reducción de quejas y reclamaciones entre los centros sanitarios a los que se ha aplicado el programa y los que no tienen implantado el programa (grupo experimental Vs grupo control) y en las causas de los resultados.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Mejorar la calidad de los servicios sanitarios, para reducir al mínimo posible, el elevado número actual de incidencias y reclamaciones existentes en los Servicios Sanitarios, relativas a la protección de los datos personales de los pacientes.

Objetivos secundarios:
- Mejorar y actualizar de forma constante la formación del personal que tiene acceso a los datos de los pacientes.
- Promover el acceso de los ciudadanos a la información relativa a la protección de los datos personales.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978.

- (UE) 216/679 de 27 de abril, RGPD (Reglamento General de Protección de Datos).
- Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 14/2007 de 3 de julio, de Investigación biomédica.
- Ley 33/2011 de 4 de octubre, Ley General de Salud Pública.
- Decreto 1090/2015 de 4 de diciembre, Reglamento de ensayos clínicos con medicamentos.
- Informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) de noviembre de 2017, "Propuesta normativa de adaptación al Reglamento Europeo RGPD".
- Guía para Pacientes y Usuarios de la Sanidad, AEAP (Asociación Española de Protección de Datos). www.poderjudicial.es,
sentencias dictadas por el Poder Judicial, relativas a la protección de datos personales en entornos sanitarios.
- Autores varios: "Guía Práctica sobre Protección de Datos: ámbito sanitario", EDITORIAL ARAZANDI, 25-07-2019.

Capítulo 732

ALIMENTACION EN LA TERCERA EDAD Y SUS EFECTOS CAUSADOS POR LA CRISIS ECONOMICA

JOSE LUIS SALMERON SUAREZ

MÒNICA DÍAZ SUÁREZ

DIANA DÍAZ SUÁREZ

ESTEFANIA SALMERON SUAREZ

1 Introducción

Buscamos con el presente trabajo analizar el impacto en la alimentación de las personas mayores en España acontecido por la crisis económica y por los recortes en el gasto social llevadas a cabo en este contexto de crisis.

La vejez ha sido definida por numerosos autores, sin que se llegue a una definición totalmente consensuada. Nos encontramos con definiciones que difieren tanto en la edad de inicio como en la serie de componentes biológicos que caracterizan a la vejez. En nuestro trabajo utilizaremos la edad más consensuada por todos los investigadores que considera la población anciana como aquella que se compone por los individuos de 65 años de edad o más (Barrón, 2006).

El contexto actual económico de nuestro país nos hace enfrentarnos a una nueva recesión económica. No se encontramos ante la imposición de recortes sociales

muy fuertes que empiezan a producir que millones de personas sufren procesos de pobreza y exclusión social. Ante estos graves problemas No se encontramos con la necesidad de defender a la democracia y a sus valores inherentes: la equidad, la cooperación altruista y la igualdad, Buscando la mejor salida posible a esta difícil situación actual (Fernández, 2012).

Nos encontramos en la actualidad con la casuística de que la tercera edad es el sector de mayor crecimiento en los países desarrollados. Fijándonos en los datos del Instituto nacional de estadística (2104) España sigue un claro proceso de envejecimiento, el 18,1 % sobre el total de la población son personas mayores de 65 años. También sigue creciendo en mayor proporción el número de octogenarios en la actualidad representan el 5,7 % del total de la población.

Debido a la durísima recesión económica que atraviesa la economía mundial y en especial la economía española los ingresos de nuestros mayores se han visto congelados, con la correspondiente pérdida de poder adquisitivo que representa dicha paralización de sus ingresos(Prieto, 2011).

Arbonés (2003) afirma que: "la dieta a partir de los 70 años y donde las necesidades nutricionales no son las mismas, debido a que a medida que envejecemos hay que reducir las calorías y potenciar las proteínas, la fibra, el agua, las vitaminas y el calcio en nuestra dieta y comer más a menudo 5 ingestas diarias. Se pierden piezas dentales y se reduce la salivación, lo que dificulta algo básico como masticar bien los alimentos; se debilitan los sentidos y al tener menos gusto y olfato se reduce el interés por la comida; el estómago se vacía más despacio y eso adelanta la sensación de saciedad; se pierde masa muscular y celular y el organismo demanda menos energía; a menudo se vive solo y no se tienen tantos recursos o ánimo para ir a la compra o cocinar; se toman analgésicos o antiinflamatorios que merman el apetito o dificultan la absorción de nutrientes" (p. 111-113).

El cuerpo humano en su proceso de envejecimiento sufre cambios que pueden llegar a influir de forma negativa en la asimilación de nutrientes, en la ingesta, en la absorción de nutrientes, llegando a modificar las necesidades del cuerpo en edades avanzadas (Serra, 2001).

Tapia et al. (2014) Nos muestra en sus estudios los perfiles que más han sido afectados por la crisis económica mostrándonos también las consecuencias para la salud de estos, tomando como base la revisión de estudios empíricos y los datos de informes oficiales.

Observamos que claramente las situaciones de recesión económica afectan a la alimentación modificando el comportamiento alimentario de todos los afectados.

La búsqueda de la horro nos hace muchas veces escatimar en cuestiones de alimentación.

Los grupos más afectados sufren la inseguridad alimentaria y son mucho más proclives a sumirse en ella, son aquellos que dedican una mayor cantidad de sus ingresos a la comida.

Muchos de ellos se ven abocados a ahorrar en la alimentación, cosa que va habitualmente dirigida a aquellos con hábitos de alimentación menos favorables y favorecen la aparición de problemas como la obesidad. Ante estas consecuencias vemos una clara vulneración de un derecho básico reconocido por el pacto internacional para los derechos económicos sociales y culturales de las Naciones Unidas como es la vulneración del derecho a una alimentación saludable y sana.

Martín (2000), afirma que ante el proceso de envejecimiento se multiplica por tres la probabilidad de no alimentarse correctamente, bien porque no se ingieren los nutrientes necesarios, como consecuencia de que las personas o familiares más cercanos necesiten ayuda para cubrir sus necesidades alimenticias por parte de la persona mayor (en este caso por defecto), O porque las personas siguen alimentándose en mayor cantidad de lo que necesitan al no realizar apenas actividad física (en este caso por exceso).

Acudiendo a los datos del panel de consumo alimentario y sirviéndose de este dato como una muestra observamos que en el primer semestre de 2008 ha aumentado el consumo de bollería industrial en las familias mientras se ha contraído de forma notable el consumo de productos frescos como la fruta y el pescado.

Observamos también a través de datos de ONG que en estos años se ha incrementado las peticiones para recibir ayuda en cuanto a la obtención de alimentos y medicamentos de forma gratuita. También hay que tener en cuenta que el hecho de necesitar sus pensiones para alimentar Y ayudar a sus familiares ha obligado a muchos mayores a descuidar su higiene bucal y ocular. Los estudios también no nos muestran que ante una mala situación económica se ve resentida la ingesta de productos frescos como pueden ser las frutas el pescado las verduras y aumenta un consumo de comida rápida y comida no saludable. Constatamos la unión existente entre las dificultades económicas que provocan la crisis en los individuos con la malnutrición y la obesidad generada por la inseguridad alimenticia. (Del

Pozo, 2012).

Cuando las familias rebasan el umbral crítico debido al empobrecimiento provocada por la crisis, la salud de la población global empieza a verse afectada. Como consecuencia más directa y más inmediata observamos el efecto en la calidad de vida de nuestros mayores. El cambio obligatorio de las pautas de alimentación debido a los bajos recursos, Una dieta en la que sean bajos la ingesta de los nutrientes aconsejables puede llevar de forma paradójica a una obesidad generalizada debido a la "mala" alimentación relacionadas íntimamente con la falta de ingresos. Observamos que son los hogares con menores impresos los que tienen un menor consumo de frutas pescado y verduras y al mismo tiempo un mayor consumo de alimentos ultra procesados y de baja calidad (Grimm, 2014). Existe una clara relación directa entre la calidad de la dieta y el nivel socio económico.

2 Objetivos

- Comprobar como la recesión económica mundial y generalizada ha afectado a la calidad de vida de nuestras personas mayores.
- Comprobar cómo afecta a la calidad de vida en general una situación de recortes y un claro incremento de las cargas familiares a consecuencia de la recesión económic

3 Metodología

Buscando evaluar el trabajo realizado hemos llevado a cabo una extensa revisión de toda la literatura publicada hasta la actualidad.

Hemos utilizado los siguientes descriptores: Feeding, Quality of Life, Health Care Economics and Organizations, Aging. En español: Alimentación; Calidad de Vida; Crisis económica; Vejez..

Se han incluido solamente artículos publicados desde el año 2000 hasta la actualidad.

Tras la búsqueda, los artículos más relevante fueron leídos, seleccionados y evaluados, seleccionando los conceptos más relevantes sobre el tema que nos ocupa. Se aporta alguna referencia a trabajos más antiguos por su gran relevancia en los temas de estudio.

4 Resultados

Observamos que como resultado final la recesiones económicas y las crisis lo que consiguen es empobrecer a muchísimas familias dando como resultado un problema de salud global en la población.

En cuanto a lo que nos atañe que son las personas mayores observamos que en muchos casos debido a sus escasos recursos y en otros casos debido a que sus recursos deben compartirlos con sus seres más allegados para poder ayudar a estos a sobrevivir su alimentación se ve seriamente afectada tanto en su calidad como en su cantidad.

Las personas mayores en muchos casos se enfrentan incluso a la decisión de o bien comer bien o bien no pasar frío al tener que poner la calefacción debido a que no disponen de los suficientes recursos para destinarlo al mismo tiempo a ambas cosas.

5 Discusión-Conclusión

El sector de mayor crecimiento en los países desarrollados en cuanto población es el sector de las personas mayores.
La crisis provoca que las personas mayores se encuentren una difícil situación teniendo que pasar apuros para llevar a cabo una dieta adecuada incluso teniendo que decidir entre esta dicha buena alimentación o el cuidado bucodental.

La búsqueda de la horro en cuanto a la alimentación tanto para las familias en general como para las personas mayores lleva a unos hábitos alimenticios poco saludables que favorecen la obesidad al dejar de consumir productos frescos y pasar a un mayor consumo de productos procesados en la mayor parte de los casos debido a su precio y a la escasez de recursos.

La crisis provoca un claro incremento en las peticiones de ayudas económicas para la adquisición tanto de alimentos como de medicamentos.

6 Bibliografía

- Valero, A. (1995). El sistema familiar español. Recorrido a través del último cuarto de siglo

- Martín, M.L., Moreiras, O., y Carbajal, A. (2000). Ingesta de energía y nutrientes, funcionalidad y actividad física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol,
- Serra, J., Salvà, A., Lloveras, G., Padró, L., y Crespo, L. (2001). Consejo sobre alimentación en las personas mayores. Med Clin,
- Arbonés, G., Carbajal, A., Gonzalvo, B., González-Gross, M., Joyanes, M., Marques-Lopes, I., Vaquero, M.ª P. (2003). Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores: Grupo de trabajo "Salud pública" de la Sociedad Española de Nutrición. Nutrición Hospitalaria
- Barrón, V., Mardones, A., Vera, S., Ojeda, G., y Rodríguez, F. (2006). Comparación de estilos de vida de la población económicamente activa mayor de 65 años entre las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile. Theoria.
- Prieto-Flores, M., Fernández-Mayoralas, G. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid, 2005. Revista Española de Salud Pública,
- Del Pozo de la Calle, S. V., García, C., Cuadrado. (2012).Valoración nutricional de la dieta española de acuerdo al Panel de Consumo Alimentario Fundación Española de la Nutrición (FEN), Madrid
- Fernandez Garcia, T. (2012). El estado del bienestar frente a la crisis política, económica y social.
- Grimm Kirsten, A. et al., (2014). Informe de Consumo alimentario en Hogares en España. Panel de Consumo alimentario.
- Valoración de la Dieta. 10 de Mayo 2016, de INE. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics
- Tapia Granados, J. A., (2014). La crisis y la salud en España y en Europa. ¿Está aumentando la mortalidad? de Salud colect

Antentas, J.M., y Vivas, E. (2014). Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable.
- Informe SESPAS. Gaceta Sanitaria, Volume 28, Issue null

Capítulo 733

ACOSO LABORAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO

MARÍA ROSALÍA SUÁREZ TRAPIELLO

MARÍA BEGOÑA GONZÁLEZ ROLDÁN

1 Introducción

El acoso laboral o mobbing se puede definir como el acto de un acosador o varios acosadores encaminado a ocasionar terror, miedo, desánimo o desprecio en el empleado. Este acoso puede suceder entre compañeros y entre un superior y su empleado. Los derechos que vulnera el acoso escolar se encuentran registrados en las leyes españolas:

- Constitución Española: artículos 10, 14, 15, 16 y 18.
- Código Penal: artículos 173.1, 177 y 184.
- Estatuto de los Trabajadores: artículos 4.2, 17 y 19.
- Ley de Prevención de Riesgos labores: artículos 14, 15 y 16.
- Ley sobre infracciones y Sanciones en el Orden social: artículo 8.

2 Objetivos

- Informar al personal no sanitario, de forma general, qué se considera acoso laboral, tipos de mobbing, consecuencias y efectos en el trabajador derivados de este, así como los pasos a seguir si se quiere denunciar.

3 Metodología

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

Asímismo, se han consultado libros relacionados con acoso laboral, también se ha realizado una búsqueda activa en internet a través de varios navegadores con palabras como: acoso laboral, mobbing, normativa sobre acoso laboral, etc. Se ha revisado la legislación existente sobre mobbing, así como manuales de diferentes sindicatos sobre acoso laboral.

4 Resultados

Podemos clasificar el acoso laboral según la posición jerárquica o según el objetivo.
- Según la posición jerárquica:
1. Acoso laboral vertical: En este caso el acosador, bien pertenece a un nivel jerárquico superior al acosado o a un nivel inferior.
Dentro de este tipo nos encontramos con:
• Acoso laboral descendente: El empleado de un nivel jerárquico inferior es acosado por uno de un nivel superior.
• Acoso laboral ascendente: Existe este tipo cuando el empleado de mayor rango jerárquico es acosado por los empleados subordinados.
2. Acoso laboral horizontal: Se da entre compañeros de trabajo del mismo nivel o similar. El origen de este acoso es muy diverso, desde problemas personales, envidias, considerar al acosado como alguien inferior o más débil, celos…
3. Acoso laboral mixto: Comienza por un acoso laboral horizontal (entre compañeros del mismo nivel jerárquico), y al tener conocimiento del problema el superior, en vez de intervenir a favor del hostigado, no toma las decisiones necesarias para remediar el problema. En este caso existe una omisión negligente por parte del superior jerárquico, que puede transformarse también en un hostigamiento directo por él hacia el acosado, produciéndose una complicidad entre todos los acosadores. El acoso laboral mixto también podría comenzar por un tipo de acoso vertical descendente y luego ser seguido por los compañeros del

mismo nivel jerárquico.

- Según el objetivo a conseguir con el acoso tenemos:
• Mobbing perverso: Este tipo de acoso puede ser vertical o horizontal descendente, no tiene un propósito laboral, sino que la persona que lo realiza suele ser una persona manipuladora, suele realizarse cuando no hay testigos.
• Mobbing sancionador: El trabajador debe de ajustarse a lo que la empresa desee, si éste pretende salirse de la política de la empresa puede dar lugar a sanciones disciplinarias.
• Mobbing estratégico: La empresa ejecuta un plan para conseguir un fin. Como puede ser el caso de la estrategia que se realiza para conseguir que el trabajador se vaya de la empresa y no tener que pagar ningún tipo de indemnización.
• Mobbing de gestión o dirección: Es realizado desde la misma dirección de la empresa y busca unos objetivos determinados (apartar, remplazar prescindir del trabajador etc.).

Hay que diferenciar entre acoso laboral y conflicto laboral. El conflicto laboral se da cuando las personas no están de acuerdo en ciertos temas pudiendo llegar a una discusión tensa, mientras que en el acoso no existe discusión, no se quiere resolver ningún problema, lo que se busca es parar la comunicación e ignorar el punto de vista de la otra persona. Para considerarse acoso laboral se debe repetir de forma metódica y por una duración mínima de seis meses como indica el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene, no obstante, el plazo puede ser modificado si los hechos son violentos.

- Algunas de las claves para detectar que se está realizando mobbing:
• El empleado puede recibir gran volumen de trabajo, también puede darse el caso contrario.
• Al hostigado se le exige cumplir objetivos imposibles de alcanzar.
• Se le ponen constantes obstáculos para que no pueda llegar al máximo de su capacidad.
• Críticas al trabajo realizado por el empleado, sin causa justificada, provocando en él inseguridades.
• Que el trabajador sea obligado a realizar tareas que no cuentan con las medidas de seguridad necesarias.
• Recibir amenazas de cualquier tipo.
• Que los compañeros o superior jerárquico ignoren al trabajador, así como recibir malas contestaciones por parte de estos.
• No dejar que exprese sus opiniones o puntos de vista, así como ignorar su pres-

encia.
• Difunden e inventan calumnias y rumores.
• Se minusvalora, humilla o desprecia al trabajador en público ante los compañeros o ante terceros.
• Se vierten proposiciones o insinuaciones sexuales indirectas o directas.

- Los efectos del acoso laboral en el trabajador pueden ser:
• Físicas: Trastornos gastrointestinales, musculares, respiratorios y cardiovasculares.
• Psíquicas: Depresión, ansiedad, insomnio, pérdida de interés por las cosas, falta de concentración etc.
• Sociales: Aparecen conductas de aislamiento, no quiere estar con otras personas para no dar explicaciones, pérdida de contactos sociales y desarrollo de la susceptibilidad (se vuelven más sensibles a las críticas y más desconfiadas).
• Laborales: Los trabajadores acosados se transforman en personas desmotivadas y para ellos ir al trabajo es adentrarse en un entorno adverso y nocivo.

El acosado no ha de reaccionar a provocaciones o insultos, ya que podría volverse en contra de él. La persona que desea emprender medidas legales contra una situación de acoso debe buscar ayuda especializada que la asesore en todo el proceso. Ha de encontrar a un abogado que esté especializado en temas de acoso laboral y que tenga experiencia en dichos procesos, él le indicará todos los pasos necesarios para denunciar el acoso laboral en el que se ve sometido.

Es recomendable poner los hechos en conocimiento de los representantes legales de los trabajadores, si es que existen, y/o del Comité de Seguridad y Salud de la empresa. Así mismo, podemos acudir al sindicato, que nos puede asesorar y defender. También podemos ir a Inspección de trabajo acompañado de nuestro abogado, si es posible, y acreditar alguna prueba o informe. No hay que olvidar que Inspección de trabajo puede entrar en cualquier centro de trabajo y tomar las medidas que considere necesarias. Si fuera necesario, se ha de acudir a los centros sanitarios para que confeccionen informes médicos que necesitaremos en el proceso.

El acoso laboral en España puede ser enjuiciado por cuatro jurisdicciones ordinarias: Orden contencioso-administrativa, Orden jurisdiccional social, Orden civil y Orden penal. Como norma general el sujeto que denuncia un hecho debe de demostrarlo, pero cuando se vulneran los derechos fundamentales, la llamada "carga de la prueba", se cambia, de forma que el empleado solo tendrá que presentar indicios de la existencia del mobbing y será la empresa la que tenga que

demostrar que no se trata de acoso laboral. Tipos de pruebas que podemos aportar:
• Prueba documental: Grabaciones, fotografías etc. que prueben los acontecimientos que se denuncian (condiciones de trabajo, agresiones, insultos, etc.)
• Prueba testifical: Se puede llevar compañeros o personas que hayan visto los hechos.
• Prueba pericial: Si el denunciante a consecuencia del acoso laboral su salud se viera resentida deberá aportar informe médico del especialista.

5 Discusión-Conclusión

• Las conductas del mobbing son repetitivas y en un tiempo prolongado.
• El acoso laboral tiene efectos importantes en el trabajador tanto a nivel físico, psíquico, sociales y laborales.
• El acoso en el trabajo genera angustia y estrés.
• El trabajador tiene que saber identificar el mobbing para tomar las medidas necesarias para atajarlo.
• Es importante que el empleado sepa diferenciar lo que es acoso laboral y lo que son conflictos dentro del entorno de trabajo.
• El mobbing ha aumentado en España en el año 2019 provocando mayor número de bajas por enfermedad y un mayor ausentismo, así como una disminución de la productividad.
• Las empresas deberían tener protocolos contra el acoso laboral.

6 Bibliografía

- Piñuel, I. (2003). Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Ed. Punto de Lectura. Madrid.
- Cuadernillo Informativo de Prevención de Riesgos Laborales protocolo: acoso Laboral protocolo: Acoso laboral, realizado por Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de UGT-Madrid. www.sanidad.ccoo.es
https://elderecho.com
https://psicologiay mente.com
- Código penal, Constitución.

Capítulo 734

LAS TIC EN EL TRABAJO ADMINISTRATIVO

ANA MARIA VEGA MACIAS

1 Introducción

Las TIC son valiosas herramientas de trabajo cada vez más utilizadas y necesarias por el acceso rápido a la información que proporcionan.

2 Objetivos

- Definir que son las TIC y ver como afectan al trabajador administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

TIC es la abreviatura de Tecnologías de la Información y de la Comunicación y han transformado la forma de acceder al conocimiento y las relaciones humanas. Son productos innovadores en los que ciencia e ingeniería se unen para

desarrollar aparatos y sistemas que ayuden a resolver los problemas del día a día. Sintetizan elementos de las llamadas tecnologías de la comunicación o TC (radio, prensa y TV) con las tecnologías de la información.

La información es en este caso la transferencia de datos de un modo innovador, abarcando imágenes, textos y audio. La comunicación se refiere a las herramientas que permiten que el mensaje enviado por el emisor sea correctamente interpretado por el receptor. Por ejemplo, las plataformas de información al usuario. Las TIC abarcan todos los campos del conocimiento así como todos los aspectos de la vida diaria como son la educación, el entretenimiento, el trabajo y el hogar.

Transforman la forma de adquirir conocimientos, son inmateriales, pues la información se construye a partir de redes virtuales; son inmediatas porque el acceso a la información y la comunicación se da en tiempo real independientemente de la distancia geográfica.
La información debe ser digitalizada, sea texto, imagen o audio; ésta puede reestructurarse en función de los cambios que se produzcan, permite crear nuevas posibilidades de comunicación a partir de la conexión de dos o más tecnologías y son interactivas.

Puede tratarse de redes, refiriéndonos tanto a las redes de radio y televisión, como a las redes de telefonía fija y móvil y al ancho de banda. Son todo tipo de aparatos a través de los que operan las redes de información y comunicación. Por ejemplo: ordenadores, tablets, móviles, dispositivos de audio y vídeo, televisores, consolas de juego, etc. Ofrecen servicios, como son: servicios de correo electrónico, almacenamiento en la nube, formación a distancia on-line, banca electrónica, juegos en línea, servicios de entretenimiento, blogs, etc.. Las TIC son parte fundamental del mundo laboral actualmente. Facilitan el almacenamiento de información en bases de datos, en servidores locales o servicios en la nube.

Asimismo, las TIC son esenciales para el desarrollo del comercio on-line, la banca electrónica, la búsqueda de información, el control del inventario y la contabilidad, la elaboración de material informativo como texto, audio y vídeo, y, fundamentalmente, la comunicación inmediata y eficaz. Todo ello puede influir positivamente en la productividad y la competitividad empresarial y al mismo tiempo transforma la forma de hacer negocios. También las redes sociales como WhatsApp o Facebook, herramientas como los blogs y servicios de nube, resultan herramientas educativas para desarrollar conocimiento sobre principios interactivos y colaborativos.

Las TIC tienen una serie de ventajas, facilitan el acceso a información y en el campo de la enseñanza permite la alfabetización digital de los usuarios, ayudan a solventar la brecha generacional entre alumnos y profesores; es una herramienta para la gestión educativa y administrativa, pues permite acceder de manera inmediata a bases de datos y estadísticas para conocer datos de los estudiantes.
Y como no podía ser de otra manera también tienen desventajas como es que la información es abundante, pero desorganizada y obliga necesariamente a realizar una actualización continua de datos.

5 Discusión-Conclusión

Se puede constatar que para el Auxiliar Administrativo las TICS son herramientas muy útiles de trabajo que permiten procesar información y datos, su almacenamiento y recuperación, mostrando la posibilidad de adoptar nuevas formas de realizar el trabajo. Pueden ser utilizadas como medio de comunicación o como búsqueda e introducción de información.

Es indudable el beneficio que ofrecen las TIC en el trabajo administrativo. El registro de datos a través de un sistema informático se realiza de manera más rápida y económica que a través del sistema tradicional. Permite contrastar datos y reduce el riesgo de errores y además el proceso de digitalización puede realizarse a través de dispositivos portátiles que tienen mayor facilidad de acceso en determinados momentos y situaciones.

Si bien las TIC ofrecen grandes beneficios, no se deben dejar de tener en cuenta las consecuencias negativas que pueden producir al trabajador como son el estrés, la fatiga visual, cansancio, falta de concentración. Éstas pueden variar según las habilidades de adaptación a las nuevas tecnologías que tenga la persona. A los riesgos asociados al trabajo del auxiliar administrativo como consecuencia de estar sentado durante horas ante un ordenador o dispositivos móviles, como son la fatiga visual, ojos rojos y malas posturas hay que añadir nuevos riesgos:
- El tecnoestrés, es el estrés laboral relacionado con el uso de las tecnologías que se pone de manifiesto bien por el rechazo que genera o por la dependencia total que produce.
- La tecnoansiedad o tecnofobia, es el miedo o aversión hacia las nuevas tecnologías, especialmente ordenadores, le hace sentirse incapaz de hacer frente a las características de las TIC en el trabajo, generando rechazo, malestar y pensamientos negativos sobre las capacidades personales.

- La tecnofatiga, es la aparición del cansancio mental e incapacidad para estructurar y asimilar la nueva información de internet por la carga excesiva de contenidos.
- La tecnoadicción es una necesidad obsesiva, compulsiva que se vuelve en la necesidad de utilizar las TIC en todo momento y que afecta negativamente en la persona con comportamientos incontrolables.

El síndrome FOMO, es la sensación de perderse algo, se trata de un trastorno y se manifiesta por la necesidad de estar enlazado siempre, pendiente de todo aquello que sucede en la red. Se pueden tomar algunas medidas preventivas para intentar minimizar los riesgos que las TIC producen sobre el trabajador administrativo como pueden ser: utilizar una mesa de trabajo amplia, donde se podrá tener todos lo necesario para la realización del trabajo, de forma que pueda ser alcanzarlo sin realizar posturas forzadas.
- La silla de trabajo debe ser ergonómica y debe permitir adoptar una postura correcta, el asiento permitirá sentarse cómodamente, será ajustable en altura e inclinación de forma que ayude al usuario a la adaptación a la mesa de trabajo , con los codos en un ángulo de 90º y las muñecas rectas en línea con los antebrazos. El respaldo será reclinable, regulable y deberá adaptarse a las curvas naturales de la espalda, principalmente a la lumbar, e incorporará un reposapiés antideslizante.
- La inclinación de la pantalla de visualización de datos estará a nivel de los ojos del trabajador ligeramente inclinada, la imagen no debe parpadear.
- El teclado estará frente a nosotros y el ratón alineado con nuestro antebrazo, dejando como mínimo un espacio libre de 10 cm desde el borde de la mesa.
- La iluminación artificial a ser posible se combinará con la natural garantizando el nivel suficiente y su distribución uniforme, evitando reflejos y deslumbramiento.
- Para el color se deben utilizar tonos pastel y mates que disminuyen la fatiga visual.
- El ruido debe ser lo más bajo posible en aquellas tareas que requieran concentración y comunicación, para ello se utilizarán aislamientos acústicos, los ruidos no excederán de 55 dB(A).

Según la Ley de prevención de Riesgos Laborales 31/1995, el artículo 16, “cuando cambien las condiciones de trabajo, por ejemplo, debido a la introducción de nuevas tecnologías” se realizará una Evaluación de Riesgos. Ley que se viene a cumplimentar con el Real Decreto 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, especificando que la evaluación de riesgos de-

berá repetirse cuando las condiciones de trabajo “puedan verse afectadas por la introducción de nuevas tecnologías”.

6 Bibliografía

- Cobo, J. El concepto de tecnologías de la información Benchmarking sobre las variables de las TIC en la sociedad del conocimiento. Revista de estudios de la Comunicación. https://osha.europa.eu/es/emerging-risks .
- Euosha. Estudio prospectivo sobre los riesgos nuevos y emergentes para la seguridad y la salud en el trabajo asociado a las tecnologías de la información y la comunicación y la ubicación del trabajo para 2025.
- ObservaPRL.pdf [Consultado el 15 de octubre de 2019]. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/ saludAmbLaboral /docs/datos.pdf

Capítulo 735

ATENCIÓN A USUARIOS CON NECESIDADES ESPECIALES. PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

SERGIO BRAOJOS MENÉNDEZ

1 Introducción

Se tiene que atender a la persona, no a la discapacidad, conocer en todo momento las necesidades y la dificultad que para ellos supone el trámite administrativo que van a realizar. Siempre se debe de preguntar si necesitan ayuda no imponerla. Dar contestaciones claras y concretas ayuda mucho y evitar términos anticuados como discapacitado o minusválido.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de discapacidad y las pautas a seguir en cada caso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre l literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbet, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para realizar cualquier trámite administrativo las personas con discapacidad presentan grandes dificultades, hay que tener en cuenta la diversidad, no todos son iguales, la dignidad de la persona, su autonomía y la integración en la sociedad. Tipos de discapacidad y pautas a tener en cuenta desde el papel del auxiliar administrativo:

1. Discapacidad física:
Personas que tienen una disminución importante en su capacidad de movimiento. Hay que tener en cuenta:
- Conocer las infraestructuras de accesibilidad al edificio.
- Zona de mostrador adaptada.
- Mantener las zonas de paso despejadas.

2. Discapacidad intelectual y mental
Las personas con una capacidad intelectual inferior a la media suelen tener dificultades para reconocer personas, recordar información o acontecimientos y problemas para asimilar y retener mensajes. En este caso debemos:
- Señalizar el establecimiento con señales sencillas.
- Tener paciencia y respetar su tiempo, no meterles prisa.
- Hablar con oraciones claras y concisas.

Por otra parte los usuarios con enfermedades mentales sufren alteraciones de los procesos cognitivos que dan lugar a trastornos del razonamiento y comportamiento. Las pautas a seguir serán:
- Adoptar actitud comprensiva.
- Evitar presiones o situaciones de estrés.
- Ante una crisis, no ponerse nervioso e intentar ayudar de la mejor manera posible.

3. Discapacidad auditiva y visual:
Las personas con un déficit total o parcial de su capacidad auditiva se ven expuestos a muchas complicaciones porque la mayoría de la información es oral. En este caso actuaríamos así:
- Colocarnos frente a la persona de tal manera que consigamos un contacto visual para poder dar la máxima información no verbal y pueda leernos los labios.
- Si viene acompañado de intérprete debemos dirigirnos a él.
Los pacientes con deficiencias visuales o ceguera tienen problemas con la identificación de personas, detectar obstáculos y leer textos. Las pautas a tener en

cuenta son:
- Presentarnos con nuestro nombre y con mensajes sencillos y directos.
- En el caso de tener que acompañarlo a otro sitio del establecimiento, colocarnos un paso por delante de la persona para que se pueda coger a nuestro brazo.
- Tener indicaciones por escrito en Braille.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia conocer la descripción de la tarea burocrática para poder transmitirlo con precisión y claridad. Una formación adecuada del personal ante este tipo de casos facilitaría mucho la integración social, mejorando su dignidad y autonomía.

Para poder ofrecer una atención de calidad a las personas con discapacidad, es muy importante la empatía y la naturalidad en el trato, preguntando siempre a la persona por sus necesidades.

6 Bibliografía

- Unión de Mutuas: ”Guía para el trato personas con discapacidad”
- Mª José Flujas Leal: ”Protocolo accesible para personas con discapacidad”, Fundación ONCE, 2006.
- UAM: ”Protocolo de atención a personas con discapacidad”, 2004.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 736

RIESGOS PARA LA REPRODUCCIÓN Y LA MATERNIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

SARA BERNARDO ÁLVAREZ

ANA MEDIO PÉREZ

BEATRIZ RODRÍGUEZ GARCÍA

CARMEN MARIA TORO CASTRO

CARMEN BUGUEIRO NEIRA

1 Introducción

En los últimos años, la incorporación de la mujer al mundo laboral ha llegado a todos los sectores productivos, aunque sigue existiendo en la actualidad una tasa de población laboral femenina ocupada inferior a la media europea.

Los años reproductivamente fértiles de las mujeres coinciden en su mayor parte con su vida laboral, lo que determina la importancia de la prevención del riesgo potencial para el embarazo, parto reciente y la lactancia en los lugares de trabajo.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 en sus artículos 25 y 26: "Protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos" y "Protección de la maternidad", señalan que se han de identificar aquellos riesgos que

puedan ser peligrosos para la trabajadora y el feto, así como adoptar las medidas necesarias para evitar la exposición a dichos riesgos. Todos sabemos que las trabajadoras embarazadas y lactantes son consideradas trabajadoras especialmente sensibles, como se contempla en el Reglamento de los Servicios de Prevención, y que una evaluación de riesgos tiene que contemplar especialmente cómo se puede ver afectada la trabajadora embarazada y lactante en cada puesto de trabajo; en cualquier caso, el objetivo final debería ser que la prevención se extendiera, además de a la protección de la maternidad y el embarazo, a la salud reproductiva en su conjunto, tanto de hombres como de mujeres.

2 Objetivos

- Evaluar los riesgos en el ámbito sanitario, consistiendo dicha evaluación, en un examen sistemático de todos los aspectos de la actividad profesional, con objeto de determinar las causas probables de lesiones o daños y establecer la manera de controlarlas a fin de eliminar o reducir los riesgos.

De conformidad con lo dispuesto a la Ley 31/1995, la evaluación debe comprender por lo menos tres fases:
1. Identificar de los peligros (agentes físicos, químicos y biológicos; procedimientos industriales; movimientos y posturas; fatiga mental y física; otras cargas físicas y mentales).
2. Enumerar de las categorías de trabajadoras (trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o en periodo de lactancia).
3. Señalar los riesgos, tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía con la finalidad de dar respuesta al tema de interés. Se realiza una revisión para el estudio del trabajo, de las principales leyes, reales decretos y reglamentos en materia de prevención de riesgos laborales.

Del mismo modo se han revisado diversas bases de datos, empleando para la búsqueda los siguientes descriptores: “riesgo laboral”, “riesgo reproducción”, “riesgo embarazadas”.

4 Resultados

Durante el embarazo y la lactancia se producen importantes cambios fisiológicos y psicológicos en las mujeres para garantizar que el feto en desarrollo y los recién nacidos disponen de todo lo necesario para desarrollarse adecuadamente. Estos cambios son los que hacen que las trabajadoras embarazadas o que han dado a luz recientemente sean especialmente vulnerables a algunos riesgos laborales. Algunos de los riesgos presentes en el sector de sanidad y que pueden afectar negativamente en la reproducción y la maternidad son los siguientes:

- Agentes físicos
• Radiaciones ionizantes.
• Fuentes encapsuladas con riesgo de irradiación (presentes en los Servicios de Radiología y Radiodiagnóstico)
• Fuentes no encapsuladas con riesgo de contaminación e irradiación (presentes en los Servicios de Medicina Nuclear)
• Temperaturas extremas.
- Agentes químicos
• Esterilizantes: óxido de etileno (presente en los Servicios de Esterilización)
• Desinfectantes: formaldehído, glutaraldehído, etc., solos o en combinación con otros productos (presentes en los Servicios de Endoscopias, Anatomía Patológica, Quirófanos, Autopsias, etc.)
• Anestésicos: óxido nitroso, gases halogenados, etc. Son tóxicos durante la lactancia y pueden producir abortos y malformaciones (presentes en Quirófanos)
• Citostáticos: pueden provocar abortos y malformaciones (presentes en Servicios de Farmacia, Oncología, Hospital de Día, Centros de Salud…)
• Metales: el mercurio causa alteraciones de la fertilidad del hombre, abortos, partos prematuros, malformaciones y es tóxico en la lactancia. El plomo causa abortos espontáneos, disminución de la fertilidad del hombre, puede entrar en el feto a través de la placenta de la madre causando serios daños al sistema nervioso y al cerebro de los niños por nacer.
• Disolventes orgánicos: benceno, tolueno, etc. (presentes en Servicios como el de Anatomía Patológica y Laboratorios)
Agentes biológicos
• Rubeola, toxoplasmosis, varicela, citomegalovirus, hepatitis B, hepatitis C, VIH…
- Ergonomía
• Manipulación de cargas, posturas forzadas…
• Riesgos psicosociales

- Derivados de la organización del trabajo
• sobrecarga de trabajo
• Turnicidad
• Nocturnidad
• Largas jornadas laborales

Además, en el Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Reglamento de los Servicios de Prevención en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia, se recoge una lista no exhaustiva de riesgos que se deben evaluar o prohibir durante el embarazo o la lactancia: (Anexos VII y VIII).

Anexo VII: Lista no exhaustiva de agentes, procedimientos y condiciones de trabajo que pueden influir negativamente en la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural, del feto o del niño durante el período de lactancia natural.

A. Agentes.
1. Agentes físicos, cuando se considere que puedan implicar lesiones fetales provoca un desprendimiento de la placenta, en particular: a) Choques, vibraciones o movimientos. b) Manipulación manual de cargas pesadas que supongan riesgos, en particular dorsolumbares. c) Ruido. d) Radiaciones no ionizantes. e) Frío y calor extremos. f) Movimientos y posturas, desplazamientos, tanto en el interior como en el exterior del centro de trabajo, fatiga mental y física y otras cargas físicas vinculadas a la actividad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.
2. Agentes biológicos: Agentes biológicos de los grupos de riesgo 2, 3 y 4, según la clasificación de los agentes biológicos establecida en el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, en la medida en que se sepa que dichos agentes o las medidas terapéuticas que necesariamente traen consigo ponen en peligro la salud de las trabajadoras embarazadas o del feto y siempre que no figuren en el anexo VIII.
3. Agentes químicos: Los siguientes agentes químicos, en la medida en que se sepa que ponen en peligro la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia, del feto o del niño durante el período de lactancia natural y siempre que no figuren en el anexo VIII: a) Las sustancias etiquetadas R 40, R 45, R 46, R 49, R 68, R 62 y R63 por el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado

de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, o etiquetadas como H351, H350, H340, H350i, H341, H361f, H361d y H361fd por el Reglamento (CE) n.º1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, en la medida en que no figuren todavía en el anexo VIII. b) Los agentes químicos que figuran en los anexos I y III del Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo. c) Mercurio y derivados. d) Medicamentos antimitóticos. e) Monóxido de carbono. f) Agentes químicos peligrosos de reconocida penetración cutánea

B. Procedimientos.
Procedimientos industriales que figuran en el anexo I del Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.

Anexo VIII: Lista no exhaustiva de agentes y condiciones de trabajo a los cuales no podrá haber riesgo de exposición por parte de trabajadoras embarazadas o en período de lactancia natural.

A. Trabajadoras embarazadas.
1. Agentes. a. Agentes físicos:
- Radiaciones ionizantes.
- Trabajos en atmósferas de sobrepresión elevada, por ejemplo, en locales a presión, submarinismo. b. Agentes biológicos:
- Toxoplasma.
- Virus de la rubeola.
Salvo si existen pruebas de que la trabajadora embarazada está suficientemente protegida contra estos agentes por su estado de inmunización. c) Agentes químicos:
- Las sustancias etiquetadas R60 y R61, por el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, o etiquetadas como H360F, H360D, H360FD, H360Fd y H360Df por el Reglamento (CE) nº 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.
- Las sustancias cancerígenas y mutágenas incluidas en la tabla 2 relacionadas en el "Documento sobre límites de exposición profesional para agentes químicos en España" publicado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

para las que no haya valor límite de exposición asignado, conforme a la tabla III del citado documento.
- Plomo y derivados, en la medida en que estos agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el organismo humano.

B. Trabajadoras en período de lactancia.
1. Agentes químicos:
- Las sustancias etiquetadas R 64, por el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas, aprobado por el Real Decreto 363/1995, de 10 de marzo, o H362 por el Reglamento (CE) n.º 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.
- Las sustancias cancerígenas y mutágenas incluidas en la tabla 2 relacionadas en el "Documento sobre límites de exposición profesional para agentes químicos en España" publicado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo para las que no haya valor límite de exposición asignado, conforme a la tabla III del citado documento.
- Plomo y derivados, en la medida en que estos agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el organismo humano.

- Medidas preventivas:
Tal y como se recoge en el artículo 25 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en la evaluación de riesgos deben tenerse en cuenta todos aquellos factores que puedan afectar a la reproducción, en particular por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos que puedan tener efectos mutagénicos o de toxicidad para la procreación.

Del mismo modo, el artículo 26 de dicha Ley señala que la evaluación también debe incluir la naturaleza, el grado y la duración de la exposición a los riesgos de las trabajadoras embarazadas o que hayan dado a luz recientemente, así como aquellos procedimientos o condiciones de trabajo que puedan repercutir negativamente en su salud. A partir de esta evaluación se adoptarán las medidas preventivas que sean necesarias. Si se detectasen riesgos para el embarazo o la lactancia, se procederá a adaptar el puesto de trabajo, modificando las condiciones o el tiempo de trabajo.

Cuando esta adaptación no sea posible, debe cambiarse a la trabajadora a otro puesto compatible con su estado. El listado de puestos exentos de riesgos en caso de embarazo o lactancia deberá ser determinado por la empresa (Gerencia) previa consulta con los representantes de los trabajadores y trabajadoras (delegados y

delegadas de prevención). Como último recurso cuando estas medidas no sean viables al no haber ningún puesto en el que pueda recolocarse a la trabajadora sin riesgos para su estado, se iniciará la suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo o la lactancia durante el tiempo necesario, tal y como establece el artículo 45.1.d) del Estatuto de los Trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

El embarazo no es una enfermedad, sino un aspecto de la vida cotidiana. Muchas mujeres trabajan durante el embarazo, y muchas reanudan su actividad profesional durante el periodo de lactancia. El embarazo conlleva grandes cambios fisiológicos y psicológicos. Unas condiciones que pueden considerarse aceptables en situaciones normales pueden dejar de serlo durante el embarazo.

Podemos concluir que los peligros que existen en el lugar de trabajo pueden afectar a la salud y la seguridad de las mujeres embarazadas o que han dado a luz recientemente y la de sus hijos y una correcta aplicación de las normas y procedimientos que ya existen en los ámbitos pertinentes permiten con frecuencia garantizar la protección de la salud y la seguridad de las embarazadas.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. Modificada por el RD Legislativo 5/2000. Modificada por la Ley 54 de 2003, de 12 de diciembre. Modificada por la Ley 50/1998, de 30 de noviembre. Modificada por la Ley 39/1999 de 5 de noviembre.
2. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. Modificado por el RD 780/1998. Modificado por el RD298/2009.
3. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
4. Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.
5. Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. J.J. Gestal Otero. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. 2003

6. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) (http://www.insst.es)
7. Ministerio de Sanidad y Política Social (http://www.msc.es)
8. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (http://osha.europa.eu/es).
9. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (http://istas.net)

Capítulo 737

MOBBING O ACOSO LABORAL: COMO PREVENIRLO, DETECTARLO Y ERRADICARLO

ANA MARIA VEGA MACIAS

1 Introducción

El art. 18.1 de la Constitución Española garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Se trata de uno de los artículos fundamentales recogidos en el Título I de la Constitución.

La persona que es víctima del mobbing siente dañado su honor y su imagen en cuanto a la conceptuación que los demás pueden tener sobre ella en su entorno laboral, además de sentirse moralmente menoscabada.

2 Objetivos

Se trata de definir e identificar el acoso laboral en sus diferentes modalidades, analizar que medidas ayudan a evitarlo y ver como actuar en caso de que se produzca.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El mobbing o acoso laboral es una conducta abusiva realizada por una persona o personas de forma premeditada, consciente y repetitiva y que atenta contra la integridad física o psíquica y la dignidad del acosado durante un largo periodo de tiempo. Son comportamientos que minan la moral de la persona acosada haciéndola perder su autoestima y aislándola.

Muchas víctimas en un principio no se percatan de que están sufriendo acoso laboral y piensan que se trata de algo transitorio. Cualquier persona es susceptible de sufrirlo, no hay un perfil psicológico exacto del acosado aunque el grupo de riesgo así considerado por ser el que habitualmente lo sufre son mujeres, discapacitados y personas aparentemente débiles o especialmente eficientes. La víctima se pregunta continuamente el motivo de sus problemas con la persona que le acosa.

Las estrategias utilizadas para acosar a la víctima son muy variadas y muchas veces concurren varias simultáneamente. Puede tratarse desde quitarle a un trabajador tareas de responsabilidad y asignarle tareas rutinarias y sin interés e incluso no darle trabajo e intentar que de esa forma se aburra o se marche. Si se trata de un superior separándole de sus compañeros o cambiándole de emplazamiento, consignándole proyectos con plazos que se sabe que es imposible que se cumplan. También puede humillar a la víctima o descalificarla, etc.

El mobbing laboral fue identificado y definido por primera vez a principios de los años 80 y según estudios de la UE afecta a 12 millones de trabajadores europeos, un 8% de la población activa.

Los psicólogos del trabajo consideran que se produce mobbing cuando se dan conjuntamente tres condiciones:
Una o más personas ejercen una violencia psicológica sobre otra en el puesto de trabajo.

Lo hacen de forma sistemática: al menos, una vez por semana, no siendo el acoso consecuencia de la conducta de la víctima.
La situación se prolonga en el tiempo: en general, durante más de seis meses.

Se han llegado a identificar hasta 45 conductas de mobbing diferenciadas. Puede haber diversos motivos, desde conflictos personales o profesionales hasta la voluntad de diversión por parte de los acosadores.

Las consecuencias psicológicas del mobbing para la persona que lo padece pueden ser muy graves: depresiones, ansiedad, pérdida de autoestima, retraimiento social. Todo ello va acompañado de una fuerte desmotivación hacia el trabajo y un descenso del rendimiento laboral. Cuando el acoso es muy prolongado, la víctima puede llegar a dejar su puesto de trabajo.

El Código Penal en el Artículo 173 establece que el que infligiera a otra persona un tato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing o acoso laboral se puede clasificar como:

1. Mobbing horizontal.

Tanto el acosador como el acosado se encuentran en la misma categoría profesional, se produce entre compañeros. Los motivos pueden ser muchos y variados y la intención normalmente es marginarlo para que abandone la empresa o para que no interfiera en los intereses profesionales del acosador.

2. Mobbing vertical.

Es el producido de arriba abajo o de abajo a arriba entre el superior y el inferior y viceversa, siendo entonces:
- Mobbing vertical ascendente cuando el acosador es un empleado y el acosado es el jefe.
- Mobbing descendente o bossing, ocurre en caso contratrio, el acosador es el jefe y acosado es el subordinado.

Se producen consecuencias sobre la víctima tanto a nivel psíquico como físico, siendo los más comunes ansiedad, cansancio, trastornos del sueño, trastornos de memoria, apatía, irritabilidad, cansancio. En ocasiones puede haber síntomas psicosomáticos como diarrea, gastritis, alopecia, etc.. El trabajador se ve afectado también a nivel social, está más susceptible e irritable en las relaciones tendiendo a aislarse y a tener incluso conductas agresivas. A nivel laboral tiene desmoti-

vación e insatisfacción y como consecuencia se resiente su rendimiento laboral.

Se pueden adoptar una serie de medidas que pueden ayudan a prevenir que se produzcan este tipo de situaciones, algunas de ellas pueden ser: definir claramente el puesto de trabajo, las tareas y los objetivos de los trabajadores. También se debe evitar la competitividad entre compañeros, fomentar planes de igualdad y formar a los trabajadores para que sean capaces de detectar un posible mobbing de forma inicial y ponerle fin.

Es fundamental si se da la situación de acoso reaccionar de manera inmediata y ponerle fin sin permitir que la solución al problema se retrase. Debe actuarse con decisión y de forma directa porque el acosador nunca va de frente, hay que evitar ser previsible y sorprenderle de manera que pierda seguridad. Nunca se debe discutir con él ni amenazarle; se deben reunir pruebas, documentar y registrar las agresiones del acosador. Siempre que se puede se intentará que haya testigos ya que es otra forma de reunir pruebas contra él. Se debe informar del acoso ya que el acosador ejerce su poder sobre la víctima porque ésta siente vergüenza y tiende a ocultar la situación. También es necesario buscar apoyo entre el resto de compañeros aunque en ocasiones es difícil, sobre todo si es el jefe el acosador.

Es fundamental pedir asesoramiento tanto legal como psicológico para aprender a sobrellevar la situación y debe cursarse la correspondiente denuncia por vía administrativa ante la Inspección de Trabajo.

6 Bibliografía

- https://es.slideshare.net/mariofzr/presentacin-mobbing
- www.fontelles.com
- www.psicologia-online.com
- www.gerencie.com
- Piñuel, I. (2003). Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Ed. Punto de Lectura. Madrid. Laboris-
- El blog de es público www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicoligia/acoso-laboral-que-es.html

Capítulo 738

PLAN DE ACTUACIÓN ANTE CATÁSTROFES NATURALES Y PROVOCADAS PARA EL PERSONAL NO SANITARIO

MARÍA BEGOÑA GONZÁLEZ ROLDÁN

MARÍA ROSALÍA SUÁREZ TRAPIELLO

1 Introducción

Una catástrofe es un suceso fatídico, repentino y de gran importancia que altera el orden regular de las cosas. Cuando hablamos de catástrofe, hablamos inevitablemente de desastre, ya que son hechos que afectan de forma negativa a la vida, producen amenazas para la salud pública y provocan cambios en la sociedad o en el medio ambiente. Por cada muerte hay que contar con los heridos que necesitan atención hospitalaria más las personas que tienen que ser realojadas

2 Objetivos

- Elaborar distintos planes o protocolos de actuación en diferentes situaciones cotidianas o en caso de una catástrofe natural o humana.
- Reflejar un conjunto de medidas que se han de tomar, por el personal sanitario o no sanitario involucrado en las distintas situaciones y trasladarlo así de la manera más sencilla posible a todo tipo de público.
- Poner en marcha los conocimientos adquiridos de los distintos planes de actuación según las diferentes situaciones a las que nos podemos enfrentar.

3 Metodología

Esta comunicación se ha orientado a la necesaria ayuda de las personas ante catástrofes de diferentes magnitudes. A pesar de que la ciencia y la medicina hayan avanzado mucho, indudablemente el hombre sigue teniendo un papel muy importante sobre la tierra.

Se ha realizado una revisión científica en diferentes artículos científicos, así como en distintas páginas científicas. Se han incluido diferentes protocolos de actuación según la catástrofe surgida y las condiciones en las que se hayan.

4 Resultados

Los desastres se pueden clasificar según su origen de la siguiente manera:
De origen natural:
1. Meteorológicos (tormentas, huracanes, etc).
2. Topológicos (aludes, tsunamis, deslizamientos de tierras, etc.).
3. Telúricos y tectónicos (terremotos, erupciones volcánicas).

Provocadas por el hombre:
1. Tipo social, político o económico (motines, terrorismo, sabotaje, incendios, etc.).
2. Errores técnicos (mal uso de materiales de construcción, riesgos químicos, radiológicos y nucleares).
3. Imprevisiones de actividades diarias (choques, naufragios, accidentes aéreos, etc.)

El aumento de la población que tiende a vivir en las ciudades, unido a los desastres ecológicos y el cambio climático, incrementan la vulnerabilidad y favorecen la magnitud de la catástrofe.

Debido a que una catástrofe no es posible evitarla, lo que tenemos que hacer es paliar los efectos y prevenir las consecuencias en la medida de lo posible. La asistencia sanitaria ante una catástrofe tiene dos características fundamentales:
- La realización de un triaje sobre las personas afectadas, promoviendo un beneficio para cada una de ellas.
- Crear la corriente de afectados, haciendo así más eficaz y la rápida la asistencia.

Ante estas situaciones imposibles de prever, la población entera se moviliza ocurriendo así los primeros momentos de pánico provenientes del miedo, la angustia

y la desorientación que provocan la huida de manera desorganizada, lo que ocasiona un mayor problema al desarrollarse una cadena de sucesos acumulativos:
1. En primer lugar, aparece una sensación de estar atrapado.
2. En segundo lugar, hay un malestar general provocado por la imposibilidad de no poder huir de esa situación
3. El tercer paso que desencadena este pánico es el de no poder comunicarse para pedir ayuda.
4. En cuarto lugar, estaría la percepción de riesgo para la vida.
5. En quinto lugar, se produce el pánico al no poder movilizarse para la huida.
6. En sexto y último paso tiene lugar el pánico que aparece al no existir una coordinación.

Información y actuaciones eficaces:
- Estas conductas son llamadas Collective Behaviour planteadas por Smelser.
- La prevención del pánico consiste en la detección y la interrupción de los rumores, junto a la planificación de formas de comunicación haciendo que la gente participe en la acción planificada del Plan de actuación.
- Conocer las fases por las que pasa la población ante una situación de emergencia y predecir las necesidades que éstas puedan necesitar, es un objetivo de gran importancia en el momento en el que ocurren los hechos.
- Hay dos maneras de actuar ante la prevención de riesgos causados por una catástrofe o reducir los riesgos: actuar sobre la amenaza y actuar sobre la vulnerabilidad. Así, se intenta recuperar el orden, y para ellos es muy importante elaborar un plan de actuación adecuado y basado en la prevención y la educación, estableciendo nuevas directrices y formas de actuación eficaces para cada situación.
- Entorno a la amenaza no siempre se puede actuar de manera previsible puesto que no se dispone de la tecnología necesaria para ello. En los tsunamis de litoral, terremotos y erupciones volcánicas no es posible predecirlo, en cambio en los tsunamis sí se puede prever gracias al sistema de alerta mundial que nos avisa con un margen de tiempo razonable para poder evacuar la zona antes de que la mega ola se aproxime a la costa.

Plan de actuación ante desastres de origen natural:
- Fenómenos meteorológicos: serán consideradas situaciones de meteorología adversa todos aquellos fenómenos que estén relacionados con la superación de los limites registrados y previstos en cuanto a las lluvias, nevadas, vientos, temperaturas (frio y calor extremo), riesgos costeros e inundaciones.
Se establecen cuatro niveles básicos de adversidad: nivel verde, no existe ningún tipo de riesgo meteorológico; nivel amarillo, no existe riesgo meteorológico al-

guno para la población en general aunque sí lo hay para determinadas actividades, se trata de un nivel de aviso y no de alerta; nivel naranja, existe un riesgo meteorológico severo y se dan con muy poca frecuencia a lo largo del año, los daños que produce esta situación comienzan a ser importantes y peligra la integridad física de las personas; nivel rojo, el riesgo meteorológico es extremo y estas situaciones se producen con una frecuencia de una vez cada ciertos años e implican un alto riesgo para la población causando así una situación de alarma.

Las medidas a tener en cuenta respecto a las temperaturas elevadas son limitar la exposición al sol, tener cuidado al entrar o salir de lugares climatizados debido al cambio brusco de temperatura, tomar bebidas y alimentos ricos en agua y sales minerales que nos ayuden a la reposición de éstas que fueron perdidas por la sudoración; evitar realizar ejercicios físicos prolongados al aire libre y nunca dejar a ninguna persona en el interior de un vehículo cerrado.

- Fenómenos topológicos: en los casos de tsunamis y deslizamientos de tierra es de vital importancia actuar de manera preventiva para así minimizar los riesgos. Para esto es necesario informarse de las zonas con mayor riesgo de padecer estos fenómenos e identificar las posibles vías de evacuación, puntos de encuentro y zonas sin riesgo.

En el caso de los maremotos, si es alertado de la proximidad de él, debe situarse en una zona elevada del nivel del mar; si está en una embarcación en el momento del suceso deberá adentrarse lo más posible en el mar, ya que un maremoto solo es destructivo cerca de la costa, aproximadamente a unos 5 km de ella; también hay que alejarse de las zonas como ríos o marismas puesto que puede penetrar en ellas fácilmente.
En el caso de los aludes es importante que las víctimas mantengan la tranquilidad para poder pensar qué hacer, deshacerse de cualquier peso e intentar escapar lateralmente para evitar que el alud las sepulte. Si el alud las atrapa deben taparse la nariz y boca para evitar tragar nieve y generar una cámara de aire para respirar. Se miccionará una mínima cantidad para saber dónde se encuentra el centro de gravedad, una vez que lo tengan localizado tratarán salir a la superficie para así ser visualizados por el equipo de rescate.

Cada miembro del grupo de rescate debe llevar un equipo completo que constará de tres herramientas imprescindibles como son: el ARVA (aparato de rescate de víctimas de avalanchas) se trata de un dispositivo que localiza a las víctimas de aludes atrapadas bajo la nieve; la sonda, utilizada una vez que el ARVA tiene localizada a la víctima, ya que su precisión es mucho mayor y nos da un punto

más exacto de dónde se encuentra la víctima; la pala, permite cavar en la nieve donde el ARVA y la sonda lo indique.

Plan de actuación ante desastres provocados por el hombre:
Dentro de los desastres de tipo social, económico o político podemos encontrar los incendios o la amenaza de terrorismo, por ejemplo.

En cuanto a los incendios, al ocurrir este desastre lo primero que debemos hacer es controlar la situación ante el fuego e inmediatamente avisar de lo sucedido activando así el pulsador de alarma o en su defecto llamando a emergencias. Localizaremos el extintor más próximo siempre y cuando la magnitud del incendio nos lo permita. Para evacuar la zona buscaremos las posibles vías de evacuación poniendo así a las personas lo más seguras posibles hasta la llegada de los servicios de emergencia. Los trabajos de extinción y control serán realizados por el equipo de intervención y dirigidos por el jefe de intervención. El jefe de intervención estará en contacto con el jefe de emergencias, pero si es necesaria la presencia de bomberos, éstos llevarán el mando y control de la situación.

Al recibir una amenaza de terrorismo lo primero que se debe hacer es evaluarla, ya que no es fácil distinguir si es verdadera o falsa. Una vez que consideramos que la llamada puede ser veraz, se valorarán una de estas tres posibles alternativas: no tomar acción alguna; registrar sin evacuar o evacuar y registrar. La decisión debe ser tomada por el director de emergencias con el comité de emergencias y con el asesoramiento de la policía nacional, que será avisada nada más recibir la amenaza de terrorismo.

Errores técnicos provocados por el hombre como pueden ser el mal uso de los materiales de construcción o el riesgo químico, nuclear y radiológico.

El riesgo nuclear y radiológico existe en las centrales nucleares donde se obtiene energía eléctrica o en distintas áreas como la medicina, industria, agricultura, etc en los lugares en los que se usan fuentes radiactivas. En caso de accidente nuclear o de emergencia radiológica, es necesario tomar unas medidas de protección y prevención para así evitar o conseguir reducir la exposición de las personas a la radiación. Dependiendo de la vía de exposición, puede ser directa por exposición a una fuente externa, interna cuando se produce por inhalación o ingestión o externa al estar en contacto directo con la sustancia radiactiva, las medidas de protección varían. Para evitar la contaminación por alguno de estos medios la primera medida a tomar es la delimitación de 3 zonas: zonas de medidas urgentes donde se tomarán medidas para que el personal de intervención no reciba

dosis superiores a las establecidas (5 mSv/h); zona de alerta donde se adoptarán medidas para que la población no reciba una dosis por encima de 100μSv/h; zona libre donde ya no será necesario tomar ninguna medida de protección por estar fuera del área de exposición.
El último de los desastres provocados por el hombre, son los que no podemos prever, los accidentes aéreos, los choques, naufragios, etc…

Las catástrofes producen una serie de efectos psicológicos postraumáticos que han sido motivo de estudio como son una sintomatología ansiosa y psicosomática relacionada con el estrés, alteración del sueño, trastornos depresivos (entorno a un 18-21% de los casos estudiados) … Otras consecuencias menos investigadas pese a su relevancia son el aumento del abuso de alcohol y sustancias estupefacientes, conductas violentas, suicidio e intento de ello e incremento de las relaciones sociales y familiares. Se pueden determinar una serie de fases en la reacción después de una catástrofe:
Fase 1: las personas se sienten muy afectadas y empiezan a tener una sensación de abandono.
Fase 2: esta fase es llamada como fase del pánico colectivo, donde las víctimas reaccionan a la catástrofe, se escapa del presenta e intenta analizar el pasado buscando respuestas sobre lo que sucedió. Aquí también comienzan las primeras reacciones para protegerse del peligro.
Fase 3: incremento de los rumores entre las víctimas, primeros momentos de afrontar lo sucedido, aumenta la autoestima y surge un impulso por ayudar a los demás.
Fase 4: es la última fase, periodo post- critico donde las personas pueden reaccionar de dos maneras, o bien pensando en el suceso y lo que ha pasado, o intentando evitar el recuerdo y rechazar hablar de ello con angustia.

En cuanto a la psicología de las víctimas, hay que tener en cuenta los sesgos reconstructivos del recuerdo de los sucesos ocurridos. Una parte de las catástrofes pueden ser evitadas. Muchas veces, la actuación del ser humano influye de forma negativa en el transcurso de la vida, provocando que ésta se revele en forma de estos desastres.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que el profesional de la sanidad en este caso el personal no sanitario conozca en profundidad este plan de actuación para poder poner en práctica el protocolo de actuación según el tipo de catástrofe.

6 Bibliografía

-https://blog.urquiabas.com/protocolo-actuacion-caso-emergencia/
- http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/profesionales/guia/adaptac_discapac/ficheros/lavand/lavand_lectura_03.pdf https://definicion.de/catastrofe/
- http://www.montanasegura.com/guias/moncayo/los_aludes.html
https://www.achs.cl/portal/Empresas/fichas/Documents/Tsunami.pdf
https://www.usal.es/files/PPRL-602%20Proced.%20%20actuaci%C3%B3n%20en%20caso%20de%20emergencia%20y%20evacuaci%C3%B3n.pdf https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/riesgo_radiologico/es_def/adjuntos/PE_riesgo_radiologico_es.pdf http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/3942/6/TFM_%C3%81ngel_Bernardo_Guti%C3%A9rrez.pdf http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_plan_catast_hospital.pdf http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/30
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082010000200006&script=sci_arttext&tlng=e
https://www.redalyc.org/pdf/258/25804703.pdf
- https://www2.uned.es/dpto-psicologia-social-y- organizaciones/paginas/profesores/Itziar/ArticuloMapfre.pdf https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/proto_meteo/es_proto/adjuntos/PE-005-%20Avisos%20de%20Meteorolog%C3%ADa%20Adversa_V10_es.pdf http://www.montanapegaso.es/carteles/2013/II_Gestion_Emergencia.htm#_Toc366436832
- http://www.proteccioncivil.es/riesgos/aludes/proteccion

Capítulo 739

OFIMÁTICA EN EL HOSPITAL

MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ

ANA BELEN RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El gran desarrollo de Internet y de las tecnologías de la información y de la comunicación de los últimos años ha condicionado un profundo cambio en la manera en que la sociedad se comunica, busca información, genera conocimiento y lo comparte.

Los avances tecnológicos han democratizado el acceso y uso de Internet; entre ellos, destacan los dispositivos móviles inteligentes, los cuales han generado un entorno hiperconectado, generador de datos y cada vez más digital. Por ello, casi todos los sectores productivos (incluyendo el sanitario) están inmersos actualmente en un proceso de transformación cuyo principal propósito es el de adaptarse a esta nueva era digital.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la ofimática en el hospital.

3 Metodología

Los avances tecnológicos han democratizado el acceso y uso de Internet; entre ellos, destacan los dispositivos móviles inteligentes, los cuales han generado un

entorno hiperconectado, generador de datos y cada vez más digital. Por ello, casi todos los sectores productivos (incluyendo el sanitario) están inmersos actualmente en un proceso de transformación cuyo principal propósito es el de adaptarse a esta nueva era digital.

4 Resultados

El hospital es una organización que consume y genera información, para ello utiliza los recursos de un sistema informático. Las aplicaciones ofimáticas son un conjunto de programas que proporcionan funcionalidades muy diversas y de uso muy extendido, tanto en el área profesional como en el académico o incluso personal.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra vida diaria los seres humanos siempre andamos buscando herramientas que nos faciliten realizar el trabajo que hacemos diariamente ya sea en la casa, en una oficina o empresa; pues bien la ofimática es la ayuda extra que necesitamos para el trabajo cotidiano y de oficina. Es importante tanto para estudiantes, empleados del sector público y privado ya que les hace más fácil el trabajo permitiéndole poner en práctica o en plataforma las ideas que tengan.

6 Bibliografía

- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181319300956
- Organización Mundial de la Salud. 58a Asamblea Mundial de la Salud: Ginebra, 16-25 de mayo de 2005: resoluciones y decisiones, anexo [Internet]. 2005 [consultado 27 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/handle/10665/23058.
E. Barrera Linares
- Web 2.0 para la gestión eficiente del conocimiento del profesional sanitario: aplicación práctica y estrategia docente
Gest Eval Cost Sanit, 17 (2016), pp. 287-301

Capítulo 740

GESTIÓN INTRACENTRO DE RESIDUOS SANITARIOS

JENNIFER FERNANDEZ ZAPICO

1 Introducción

En las actividades sanitarias llevadas a cabo en los centros sanitarios se utiliza una gran cantidad de material sanitario. En el momento que este se desecha porque su utilidad o manejo clínico se dan definitivamente concluidos (incluimos los envases y los residuos de envases, que los contengan o hayan contenido), se considera residuo pasaremos a denominar residuos sanitarios.
Dentro de centros sanitarios incluimos:
- Clínicas, sanatorios y centros hospitalarios.
- Centros de salud.
- Consultas de profesionales sanitarios.
- Promoción de la salud y atención sociosanitaria.
- Centros de planificación familiar.
- Laboratorios de análisis clínicos, de salud pública o investigación médica.
- Docencia.
- Obtención o manipulación de productos biológicos.
- Medicina preventiva.
- Centros y servicios veterinarios asistenciales.
- Centros de experimentación anima

Este tipo de residuo presenta una potencial peligrosidad, por lo cual es importante una adecuada gestión del mismo, cada Comunidad Autónoma tiene su propia legislación, pero en todo caso los centros sanitarios están obligados a:

- Realizar el tratamiento de residuos por sí mismo.
- Encargar el tratamiento de sus residuos a un negociante, o a una entidad o empresa, debidamente registrados.
- Entregar los residuos a una entidad pública o privada de recogida de residuos, para su tratamiento.

La gestión de residuos consiste en la identificación y aplicación de las medidas más adecuadas, desde el punto de vista de salud laboral, técnico, económico y ambiental, para minimizar, segregar, envasar, almacenar, transportar, tratar o disponer, todos los residuos que se generan en un centro sanitario.

Esta gestión debe comenzar en el centro productor con una minimización de residuos y con una separación eficaz por clases o grupos, siguiendo con un conveniente envasado, transporte seguro por el centro productor y habilitación de almacenes para los diferentes residuos. Por último, un gestor externo se encargará de la adecuada recogida, transporte, tratamiento y eliminación de estos residuos sanitarios. Hay que tener en cuenta que la gestión de los residuos sanitarios afecta principalmente a tres ámbitos:
- A la salud pública: una mala gestión interna del centro puede afectar a pacientes y al público, y una inadecuada gestión externa puede afectar a la población general.
- Al medio ambiente: si se realiza un tratamiento y eliminación ineficaz de los residuos puede dar lugar a emisiones contaminantes.
- A los trabajadores: tanto los que realizan su actividad laboral en el centro productor como aquellos que trabajan en la gestión externa de los residuos.

Por otro lado, una correcta gestión de residuos en el centro de trabajo puede mejorar considerablemente la calidad e imagen del centro sanitario, con respecto a la clase de los servicios ofertados a los usuarios, así como la calidad del ambiente laboral por tener en cuenta la protección de los trabajadores, según se indica en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

2 Objetivos

- Facilitar y homogeneizar la gestión intracentro de todos los residuos sanitarios generados, con el fin de cumplir la normativa, proteger la salud y preservar el medio ambiente.
- Prevenir y reducir la generación de residuos o reducir su peligrosidad o cantidad.

- Aprovechar total o parcialmente el residuo, ya sea mediante el reciclaje, recuperación o la valoración energética en aquellos residuos que sean susceptibles de tal fin: papel, envases de plásticos no contaminados, bolsas de plástico, palets, latas, vidrio, etc.
- Definir y clasificar los residuos y la normativa que los regula.
- Implantar un sistema de recogida selectiva y almacenamiento en función de los grupos de residuos producidos, con provisión de contenedores adecuados a las características de los residuos e identificación y etiquetado de los envases y contenedores.
- Promover medidas de prevención de riesgos para el personal que esté en contacto con los residuos.
- Informar y formar al personal sobre la existencia y características del plan de gestión de residuos.

3 Metodología

Se han consultado diferente guías de las Comunidades Autónomas para realizar una correcta gestión de los residuos sanitarios que se realiza en el interior del centro productor. Básicamente, esta gestión incluye todo lo referente al tipo de residuos, a los tipos de recipientes utilizados para contenerlos, a las características del transporte intracentro, así como el tipo de almacenamiento de los residuos, tanto intermedio como final en el centro productor. Debe organizarse en un espacio práctico y operativo, además de preservar la salud del personal sanitario y de limpieza, de los pacientes y de los visitantes, en general.

4 Resultados

Una vez generado el residuo, y para poder realizar un correcto plan de gestión de residuos, lo primero es conocer su clasificación (Clase I, Clase II, etc.) y posteriormente pasar a su recogida. Para ello se recomienda adoptar los siguientes criterios:
- La recogida de residuos sanitarios deberá atender a criterios de segregación, asepsia e inocuidad, al objeto de no trasladar la posible contaminación a otro medio receptor.
- Se recomienda no mezclar en un mismo recipiente residuos sanitarios de tipos diferentes, con la finalidad de que no supongan un aumento de su peligrosidad o su posible reciclado, ni trasvasarlos de unos recipientes a otros.

- La recolección de residuos sanitarios debe llevarse a cabo lo antes posible, especialmente con los residuos punzantes y cortantes, cuya acumulación debe ser inmediata. Por eso es aconsejable colocar los envases de los distintos tipos de residuos en las zonas de su generación. Una vez los envases han sido cerrados se almacenarán en los lugares previstos para ello, que suelen ser los depósitos intermedios de las plantas de los hospitales o el depósito final.
- Es recomendable que los residuos sanitarios específicos o de riesgo generados en las diferentes zonas y unidades del centro sean transportados al almacén destinado a tal fin con una periodicidad máxima de 12 horas.
- No se deben dejar bolsas ni recipientes de residuos en lugares no previstos, si no es la zona donde se han producido, o bien en el almacén.
- Todos los residuos sanitarios se deben almacenar en envases de un solo uso.
- Los envases de los residuos sanitarios no deberán compactarse hasta el momento de su eliminación.
- Los envases deben trasladarse herméticamente cerrados, no pudiéndose volver a abrir. Los envases que estén rotos deberán ser reenvasados.
- En general el transporte se podrá realizar mediante carros en los que se cargan los envases de distintas procedencias y se trasladan a través de los circuitos prefijados.
- Los carros destinados al transporte de residuos no serán usados para otro fin. Las paredes de los carros serán lisas, de fácil limpieza y desinfección. Deberán circular cerrados por lo que deben estar dotados de un dispositivo de cierre.
- Los residuos del grupo I y II, se prepararán y retirarán adecuadamente para su entrega a los servicios municipales.

Desde el punto de vista preventivo, se recomienda unas normas de seguridad a la hora de manipular los residuos:
- Trabajar con guantes resistentes a pinchazos.
- No vaciar el contenido de una bolsa en el interior de otra.
- No comprimir las bolsas de residuos con el pie o con la mano.
- Sacar las bolsas de su soporte antes de cerrarlas.
- No acercar las bolsas al cuerpo o a las piernas.
- No arrastrar las bolsas por el suelo.
- No tirar las bolsas o recipientes.
- No dejar en ningún caso las bolsas y los recipientes en lugares de paso.
- No apilar las bolsas, sino depositarlas una junto a otra, y a ser posible en contenedores para su fácil traslado.

Los residuos se han de contenerizar lo antes posible, para evitar accidentes inesperados o contaminación imperceptible a los ojos del manipulador. Los envases

se retirarán tan pronto se llenen, evitando su acumulación en las zonas de generación. Los residuos sanitarios se recogerán en bolsas y recipientes con las siguientes características técnicas comunes:
- Impermeables.
- Opacos.
- Resistentes a la humedad.
- No generarán emisiones tóxicas por combustión y reducirán la contaminación en su eliminación.
- Asepsia total en su exterior.
- Sin elementos sólidos, punzantes y cortantes en el exterior.
- Resistentes a la rotura.
- De un solo uso.
- Identificados de acuerdo con el tipo de residuo que contiene.
- Fabricados con materiales homologados.

Por norma general, la recogida de los residuos sanitarios asimilables a urbanos debe realizarse en bolsas y los residuos específicos en bolsas especiales (más resistentes que las anteriores) o en contenedores rígidos. Debe evitarse toda manipulación que pueda implicar la rotura de los envases, que han de estar homologados y autorizados, especialmente los destinados a residuos específicos de riesgo y a citotóxicos.

En función de la normativa autonómica, los envases utilizados para la recogida de los residuos de los diferentes grupos, deben estar adecuadamente señalizados. En algunos casos, con el pictograma de riesgo biológico o de citotóxico y en otros, además, se incluye la indicación del tipo de residuo que contiene. Aunque el pictograma es el mismo, el color del símbolo y el color del fondo cambian en las diferentes legislaciones.

Los recipientes o envases que contengan residuos peligrosos deberán estar etiquetados de forma clara, indeleble y legible, al menos en la lengua española oficial del Estado. El etiquetado de un producto implica la asignación de unas categorías de peligro definidas. El transporte interno se debe realizarse siguiendo criterios de responsabilidad, agilidad, rapidez, asepsia, inocuidad y seguridad, evitando riesgos de infección a pacientes, personal y visitantes del centro sanitario.

Los residuos sanitarios se recomienda que sean recogidos en las diferentes zonas del centro sean transportados al almacén final con una periodicidad máxima de 12 horas. Se evitará, en la medida de lo posible el traslado de los residuos por los mismos circuitos que los pacientes y en horarios de máxima afluencia. En cualquier

caso, convendría establecer un horario de recogida de contenedores y envases, que no dificulte la actividad del centro. No se deben trasladar los residuos en los ascensores destinados al personal, pacientes o público. No se debe arrastrar ningún envase por el suelo, ni deben utilizarse trampillas, ni bajantes así como otros sistemas que puedan afectar la integridad de estos. Tampoco podrán hacerse trasvases de residuos de un envase a otro. Los envases han de trasladarse perfectamente cerrados. Para su transporte se deben utilizar los carros o contenedores con las características definidas anteriormente para residuos sanitarios asimilables a urbanos. Los envases de residuos biosanitarios especiales y residuos citotóxicos se trasladaran por separado de los envases de las demás clases de los residuos. A su vez los envases de los residuos citotóxicos se trasladarán separados de los envases con residuos biosanitarios especiales, salvo que su destino de eliminación sea el mismo. Los envases de residuos biosanitarios asimilables urbanos, pueden trasladarse conjuntamente con los de residuos generales, pero separados de las demás clases.

Desde el punto de vista preventivo, durante todo el proceso de recogida y traslado de las bolsas y contenedores, es necesario que se asegure el mínimo contacto del personal con el contenido de estos recipientes, por lo que se deberá contar con los medios de protección adecuados.

En centros sanitarios grandes, como puede ser un hospital, o en centros que por su actividad así lo requieran se pueden habilitar almacenes intermedios. Éstos sirven para depositar temporalmente los residuos sanitarios debidamente segregados hasta su transporte y depósito en el almacén final. Las características exigibles a un almacén intermedio de residuos sanitarios difieren en gran medida entre las diferentes CCAA. En general, se contemplan los siguientes condicionantes:

- La segregación y acumulación de residuos biosanitarios y citotóxicos debe realizarse fuera de las zonas de hospitalización y atención al paciente y en lugares dispuestos para ello, y debe realizarse de forma tal que se minimice el riesgo de exposición y contacto del personal, los pacientes y el público en general con los residuos.
- Está prohibido el almacenamiento intermedio en pasillos, zonas de paso, ascensores, etc. Deben ser zonas delimitadas, definidas y señalizadas. Estarán situados cerca de las zonas de producción.
- Los almacenes intermedios deben ser zonas exclusivas para almacenaje de residuos, excepto para residuos cortantes y punzantes, vacunas, residuos urbanos, restos de medicamentos y en los centros sanitarios sin bloque quirúrgico y que no generen más de 100 kg/mes del resto de los residuos especiales.

- En estos últimos casos se pueden utilizar también los almacenes intermedios para almacenar productos y medios de limpieza.
- Los envases de residuos se deben almacenar, en estas zonas intermedias, en soportes o carros para su posterior traslado al almacén final.
- Las bolsas con residuos biosanitarios especiales o asimilables a urbanos deben depositarse en sus propios soportes o en contenedores, nunca directamente en el suelo.
- Prohibido el almacenamiento sobre el suelo.
- La evacuación del depósito intermedio debe ser al menos cada 12 horas o diaria.
- Los depósitos intermedios deben ser locales ventilados, de fácil limpieza, con medios para realizar la limpieza y desinfección, cerrados, y con suelos sin ángulos.
- Se limpiarán y desinfectarán periódicamente.
- No deberán disponer de conexión directa con la red de saneamiento, pero pueden tener un sumidero que recoja los restos líquidos de forma sectorizada.
- Deben estar señalizados con: "Área de depósitos de residuos. Prohibida la entrada a toda persona no autorizada".

En todo caso existirá un almacenamiento final, que será un local separado de la actividad sanitaria y de uso exclusivo, deberá cumplir con la legislación y normas técnicas que le sean aplicables:
- Deberá estar ventilado, será espacioso, bien iluminado, señalizado y protegido de la intemperie (cubierto), de elevadas temperaturas y de animales (insectos, roedores y animales domésticos).
- Estará acondicionado para poder realizar la limpieza y desinfección. Se realizará la limpieza diaria y se desinsectará y desratizará periódicamente.
- El suelo y las paredes deberán ser de materiales que permitan una fácil limpieza. Dispondrán de puntos de agua y tomas de desagüe, sistemas de limpieza y desinfección de soportes y lavamanos con accionamiento no manual.
- Estará situado de manera que no pueda afectar a espacios vecinos y alejados de entradas de aire (ventanas y rejillas del sistema de ventilación).
- Se evitará la entrada de suministros por el depósito final.
- Contará con fácil acceso desde el exterior, con vías de acceso sin escalones, con pendiente inferior al 5% y de fácil utilización por los medios de transporte.
- La entrada estará permitida sólo a personal autorizado, por lo que deberá estar bien señalizado y deberá mantenerse cerrado.
- Los envases se almacenarán en los soportes y nunca en el suelo.
- Estará dotado de sistemas de detección y medios de extinción de incendios y dispondrá de alumbrado de señalización y emergencia.

5 Discusión-Conclusión

La necesidad de conseguir una ordenación sanitaria que integre armónicamente los objetivos de garantizar la salud pública y la protección y defensa del medio ambiente es una aspiración presente en nuestra sociedad, para ello, debe tenerse en cuenta que una gestión inadecuada de los residuos generados en las actividades sanitarias puede constituir un riesgo para la salud y el medio ambiente, que debe ser controlado y minimizado con especial sensibilidad.

Por otro lado, existen responsabilidad e infracciones en el caso de incumplimiento, la responsabilidad de hacer cumplir la normativa referente a la clasificación, la recogida, el almacenamiento y la entrega a un gestor autorizado y si procede, la referente al tratamiento y eliminación de los mismos, corresponde al director o al gerente del centro sanitario productor.
Una vez que han sido transferidos los residuos del productor al gestor, es éste último el máximo responsable del transporte, tratamiento y eliminación de los mismos.

Los productores y los gestores de residuos sanitarios específicos y citotóxicos llevarán al día el Libro Oficial de Control indicando: el origen, la cantidad, el destino, el transporte, el tratamiento, etc., de los residuos. Tanto el gestor como el productor deben presentar un informe anual a la autoridad competente en la materia de cada Comunidad Autónoma.

6 Bibliografía

- 91/689/CEE. Directiva del Consejo de 12.12.1991, relativa a los residuos peligrosos. DOCE L 377, 31.12.1991. Derogada a partir del 12.12.2010 por art. 41 de la Directiva 2008/98/CE.
- Real Decreto 833/1988 de 20.7. (M. Obr. Púb., BOE 30.7.1988). Reglamento para la ejecución de la Ley 20/1986 de 14.5 sobre el régimen jurídico básico de los residuos tóxicos y peligrosos. Anexo I. Tabla 3.- Tipos genéricos de residuos. nº 1.- Residuos de hospitales o de otras actividades sanitarias. Tabla 6.- Actividades que pueden generar residuos tóxicos y peligrosos. Servicios colectivos. A 860.- Sanidad y servicios veterinarios. Modificado por: Real Decreto 1771/1994 de 5.8. (M. Obr. Púb. Transp. y Urb., BOE, 19.8.1994). Art. 12 en Anexo III.
. Acuerdo de 14.6.2001 (Consejería Medio Ambiente, BOPA 7.7.2001). Plan Básico de Gestión de Residuos en Asturias. Residuos sanitarios: Punto 4.1.
- Ley 22/2011, de 28 de Julio, de residuos y suelos contaminados.

- Guía para la gestión de residuos sanitarios del Principado de Asturias.

Capítulo 741

LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL HOSPITAL

ANA BELEN RODRIGUEZ FERNANDEZ

MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ

1 Introducción

Hoy en día es muy importante la protección de datos, ya que los trabajadores del hospital juegan un papel importantísimo en el ámbito hospitalario con respecto a este tema. Tanto es así que se debe tener cuidado a la hora de encontrar información referente a las historias clínicas, sobres, papeles, etc.

2 Objetivos

El trabajador no sanitario, además de estar en contacto continuo con el paciente, tiene asignada otra misión tan importante como esta, que es guardar la confidencialidad al igual que el resto de personal sanitario y no sanitario. Todos los paciente y sus familiares así como los compañeros merecen que se les respete.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente que hace referencia a la protección de datos y a la propia ley. También se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado

artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El trabajador del hospital, a causa de la actividad que desempeña en el centro hospitalario, puede estar al corriente de mucha información como puede ser: diagnóstico, resultados de pruebas, etc. Por este motivo tiene la obligación de guardar y proteger la intimidad del paciente ante familiares, acompañantes y resto de personal.

5 Discusión-Conclusión

El personal no sanitario, como buen profesional, debe de anteponer el respeto por la intimidad y por la confidencialidad de datos de los pacientes, así como tener una buena actitud profesional y buena formación, dando un buen ejemplo en el ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

- ROGGI TRÍAS,M.A.;MEJÓN BERGÉS,R."Las «anotaciones subjetivas» en la historia clínica". Revista de Medicina Clínica. Vol. 122, núm. 7, febrero 2004, p. 279. Disponible en Internet: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-las-anotaciones-subjetivas-historia-clinica-13058386>
[Consulta: 22 octubre 2016].
- CANTERO RIVAS,R."Cuestiones relativas a la historia clínica". La Ley: revista jurídica española de doctrina, jurisprudencia y bibliografía. Núm. 5, 1996,pp. 1421-1428.

Capítulo 742

ATENCION TELEFONICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD

MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ

MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ

VANESA GARCÍA VALERO

NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ

CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO

1 Introducción

En este capítulo pretendemos abordar la calidad en el servicio y la excelencia en la atención telefónica en la sanidad.

Por calidad de servicio entendemos la planificación y cumplimentación de procesos y servicios en atención al cliente, cuyas características satisfagan las expectativas y necesidades del cliente tanto actuales como futuras, de modo que éste perciba una ventaja diferencial que refuerce su fidelidad y vinculación a la Empresa y permita a ésta la consecución de una posición ventajosa en el mercado. Por cliente se entiende cualquier persona que utiliza nuestros servicios por diferentes motivaciones , y de cuya satisfacción depende el éxito de nuestra organización.

La excelencia de servicio es la valoración resultante tras las distintas percepciones y juicios que el Cliente realiza a partir de su experiencia con los Servicios Sanitarios . En esencia, los elementos que el Cliente utiliza para valorar el nivel de calidad, se concretan en las actitudes y conductas manifestadas por los profesionales de la organización, puestas en juego al entrar en contacto con el cliente.

Por tanto, el nivel de calidad y excelencia percibido, depende en una proporción muy elevada de los comportamientos exhibidos por los profesionales, especialmente en los momentos de interacción con los clientes. El comportamiento de cada uno de los profesionales va a determinar, de hecho el que el cliente se sienta o no satisfecho.

La atención telefónica también tiene carácter inmediato. Sin embargo, la comunicación se realiza únicamente a través de la palabra, por lo que es primordial, no sólo el mensaje comunicado, sino la forma de comunicarlo y, sobre todo, nuestro tono de voz. Este deberá adecuarse a las circunstancias de la conversación, vocalizando y a una velocidad menor que si se tratara de una atención presencial. Al teléfono nuestra sonrisa "se escucha", se percibe al otro lado de la línea.

2 Objetivos

- Aportar al usuario una herramienta de trabajo que facilite el manejo de situaciones en materia de relaciones personales a través del teléfono y que proponga opciones diversas que puedan evitar conflictos.
- Obtener una mayor comprensión de la importancia del usuario.
- Tomar conciencia de que la imagen que los usuarios tienen de la institución depende en gran manera del trato personal dispensado por los responsables de la atención telefónica.
- Responder oportunamente a las necesidades de nuestros usuarios.
- Conocer y aplicar las reglas del servicio.
- Reconocer un modelo útil en el trato al público que se aplique de manera natural y uniforme.
- Lograr la participación y la implicación de todo el personal en la filosofía de excelencia en el servicio al usuario.
- Satisfacer las expectativas del usuario. Estas expectativas, son cada vez mayores, no se conforman con cualquier cosa, no son fáciles de contentar, porque están bien formados e informados.

3 Metodología

Se han empleado los buscadores de google y google académico con las palabras atención telefónica en la sanidad bibliografía, atención telefónica en la sanidad libros , así como el curso de Excelencia en la atención telefónica realizado por el Instituto Asturiano de la Administración Pública "Adolfo Posada"

4 Resultados

Como resultado de una buena atención telefónica obtendremos la satisfacción del cliente. La satisfacción del cliente es hoy día una forma habitual de evaluar el resultado de la asistencia sanitaria.
Las encuestas de satisfacción al cliente constituyen la herramienta empleada para que se juzgue la bondad del proceso sanitario, cuidados, atenciones y tratamientos, la accesibilidad, confort, trato. etc

Esta encuesta de satisfacción permite en la práctica que la voz del cliente se escuche y se considere a la hora de diseñar los programas de atención sanitaria.

Entre las expectativas del usuario actual pueden citarse:
• Eficacia: obtención real de resultados y respuestas.
• Rapidez: el tiempo es factor fundamental, siempre escaso y valioso.
• Facilidad: simplicidad, comodidad, ahorro de esfuerzo
• Autonomía: tendencia a preferir en lo posible sistemas autoservicio.
• Concentración: encontrar la respuesta completa en un sitio, por una sola vía.
• Fiabilidad: garantías sobre el valor y calidad de la información recibida.
• Trato individualizado: atención a las peculiaridades personales

Los objetivos específicos son seguir una seria de reglas que mantengan al cliente satisfecho.
• Anticípese
- Esté siempre dispuesto a crear un clima positivo.
- Salude primero.
- Llame por su nombre a su interlocutor o dé su propio nombre si no se conocen.
- Sonría y cuide su tono de voz.
- Ofrezca su ayuda.
- Piense en lo que va a decir antes de descolgar el teléfono, prepare el encuentro si espera una visita.
• Sintonice

- Escuche sin interrumpir.
- Póngase en el lugar de la otra persona.
- Facilite la información que usted posea.
• Aclare
- Haga preguntas para conocer los hechos.
- Esclarezca confusiones.
- Facilite la información que usted posea.
- Solucione
- Explique al usuario claramente la solución a su problema.
- Si lo anterior no es posible de inmediato,comuníquele lo que hará para solucionar su problema.
- Tome nota si hay posibilidad de mejorar el servicio.
- Tranquilice
- Ofrezca disculpas si la solución no satisface al usuario.
- Calme sus preocupaciones e intente minimizar el problema.
- De nuevo, póngase en su lugar.
- Propóngale soluciones creativas.
- Nunca trate al usuario como si fuera el problema
- Nunca culpe a otros del problema.

El concepto de satisfacción del cliente ha sido explicado en función de diferentes teorías
- Teoría de la acción razonada: afirma que los clientes poseen expectativas sobre la atención recibida y evalúan cada uno de los aspectos en función de la relevancia que para ellos tienen.
Teoría de la disonancia: la satisfacción del cliente dependerá de cómo quede resuelto durante la prestación sanitaria de la que es objeto el conflicto originado por la discrepancia entre lo que él desea y lo que realmente obtiene.
- Teoría del intercambio: Un cliente se mostrará satisfecho si las recompensas recibidas son mayores de las que esperaba.
- Teoría expectativas la satisfacción: es el resultado de comparar la percepción que posee el cliente de cómo se ha producido el proceso asistencia con los estándares personales de lo que él considera una atención mínimamente aceptable.

En definitiva, la satisfacción se entiende como el resultado de la diferencia entre lo que el cliente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido (su percepción de la experiencia.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios sanitarios necesitan una correcta Atención Telefónica dado que el teléfono es uno de los medios más comunes utilizados en la interacción con el Cliente o usuario. En consecuencia deberemos utilizar un procedimiento de actuación en la emisión de llamadas para lograr una mayor satisfacción del cliente y evitar conflictos innecesarios.

Procedimiento de actuación en la emisión de llamadas:
1. Definir a quien voy a llamar
2. Saber con claridad para qué voy a llamar motivo principal motivo secundario
3. Qué información debo utilizar
4. Qué le interesa al interlocutor, tener preparadas las respuestas a: las posibles objeciones.
Las posibles aclaraciones.
5. Ficha de contacto: Aparece en el sistema, los datos que escribimos tienen que ser completos y claros.
6. Sonreír antes de descolgar el teléfono. Esto marca el ambiente de la conversación.
7. Es necesario estar instalado cómodamente, la relajación es incompatible con la tensión por lo tanto hay que sentirse cómodo, seguro, entusiasta y convencido del objetivo.
8. Asegurarnos de que el interlocutor recordará en mensaje que quiero transmitirle
9. Tener paciencia.
10. Marcar el número.

6 Bibliografía

- Curso del Instituto Asturiano de la Administración Pública "Adolfo Posada" 2004. EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN TELÉFONICA. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X10001399
https://biblioteca.unex.es/files/intranet/Procedimientos/Comunicaci%C3%B3n/SBAD-MC-003-BUENAS_PR%C3%81CTICAS.pdf
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 743

LA ESCUCHA ACTIVA EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

SEILA MARTÍNEZ

1 Introducción

Las funciones principales que puede desarrollar un auxiliar administrativo en el ámbito de la sanidad son la atención al paciente , recepción de llamadas y gestión de citas entre otras , por todo ello , es fundamental y necesario que los trabajadores de este sector cuenten con una serie de cualidades y habilidades comunicativas que les permitan afrontar las situaciones que se presentan en su día a día, en la relación con los pacientes , familiares y con sus propios compañeros entre las que destaca la escucha activa .

Muchas veces solo oímos lo que se nos dice sin escuchar , la escucha activa significa escuchar activamente, es decir, atender no solamente a lo que la persona dice, sino también a sus sentimientos .

La escucha activa consiste en una forma de comunicarse que demuestra al oyente que se le ha entendido , que ha sido escuchado y que aparte de comprender el contenido de su mensaje también ha comprendido sus circunstancias con todo lo que ello implica, (sentimientos , ideas, emociones…)

Para escuchar activamente y mostrar a a la otra persona que se le está comprendiendo debemos estar totalmente concentrados en el mensaje que se nos quiere transmitir. Debemos prestar atención constante y observar al otro, saber identificar el contenido de su mensaje y sus sentimientos y emociones . Además, existen una serie de señales verbales y no verbales que nos ayudan a conseguirlo.

Señales verbales
Parafrasear. Es importante que expresemos con nuestras propias palabras lo que el hablante nos acaba de decir, de esta manera comprobaremos que estamos entendiendo bien el mensaje que se nos quiere transmitir.
Expresar palabras de refuerzo y de confirmación . Esto refuerza el mensaje del hablante al sentir que valoramos lo que nos cuenta. Como por ejemplo: (“ te entiendo perfectamente “ , “muy bien “ “ ya veo “ …)
Hacer un resumen . Hacer un resumen de toda la información que se nos ha dado es fundamental para mostrar al otro que le hemos prestado atención en todo momento y que hemos comprendido su punto de vista .
Preguntar . Con ello conseguimos aclarar la información y darle a entender al hablante que estamos interesados en lo que nos quiere transmitir .

Señales no verbales
Adoptar una postura corporal activa . La postura del personal administrativo en la comunicación con los pacientes debe mostrar interés. Para ello deberá estar inclinado ligeramente hacia delante o hacia los lados si se está sentado .
Mirar a los ojos . Mirar a los ojos de la otra persona muestra que se le está prestando atención a lo que dice y siente , que se tiene interés por su situación .

Sonreír . Al sonreír estamos transmitiendo que la información que se nos está dando es bien recibida .
Gestos de confirmación . Proporcionan confianza ay seguridad al hablante como por ejemplo asentir con la cabeza.

A continuación citaré los errores que se deben evitar si se quiere tener un buen manejo de la escucha activa y que son bastante frecuentes en el día a día.

Errores a evitar en la comunicación con los pacientes por el auxiliar administrativo:
1. Evitar interrumpir a la persona que está hablando . Las interrupciones indican que no estamos prestando atención a lo que se nos quiere transmitir, si no que estamos pensando en nuestra respuesta que puede ser precipitada si no dejamos al hablante terminar su discurso .
2. No emitir juicios . No debemos juzgar al hablante .
3. No ofrecer ayuda prematuramente . Debemos dejar que la persona se exprese libremente. Una una vez llegado el momento oportuno, le daremos las explicaciones que sean necesarias.
4. No distraerse. Mirar hacia otro lado, girar nuestro cuerpo o coger algo son indicadores de que estamos distraídos y de que no estamos escuchando activamente

al hablante, por lo que nos resultará muy difícil comprender su mensaje .

Por lo tanto, todos los profesionales de la administración sanitaria deben aprender y desarrollar las habilidades de la escucha activa, ya que así podrán usar un código más adecuado a la hora de comunicarse con los pacientes y compañeros ofreciéndoles una respuesta eficaz.

2 Objetivos

Objetivo general :
- Ofrecer una respuesta más eficaz

Objetivos específicos :
- Facilitar la comunicación.
- Evitar tensiones y conflictos.
- Crear un clima de confianza.
- Reducir el tiempo de espera para los pacientes.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Curso de " Comunicación en el entorno sanitario ". UNIVERSIDAD DE NEBRIJA. ENERO 2020
- https://psicologiaymente.com/social/escucha-activa-oir

Capítulo 744

CONDICIONES AMBIENTALES EN LOS CENTROS DE TRABAJO PARA EL PERSONAL NO SANITARIO.

MARÍA ROSALÍA SUÁREZ TRAPIELLO

MARÍA BEGOÑA GONZÁLEZ ROLDÁN

1 Introducción

Las condiciones ambientales necesarias en los lugares de trabajo, están reguladas en el Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, en el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. Esta normativa hace referencia a los niveles mínimos exigidos y a su distribución.

Las condiciones ambientales que los trabajadores tienen que tener en los centros de trabajo no deben ser incómodas ni molestas. Encontramos una serie de riesgos que hemos de tener en cuenta y que están relacionados con las condiciones ambientales. Los principales son: La iluminación, el ruido, el ambiente térmico y las radiaciones.

2 Objetivos

- Comunicar al personal no sanitario una información general de las condiciones ambientales mínimas necesarias para realizar su trabajo, así como las consecuencias que pueden llegar a tener para su salud y las medidas preventivas que se pueden adoptar, si estas condiciones no se dan.

3 Metodología

Se ha revisado la legislación existente relacionada con las condiciones ambientales sobre la seguridad en los lugares de trabajo. También se ha realizado una búsqueda activa en internet relacionada con las condiciones ambientales en los centros de trabajo y se han consultado diferentes manuales relacionados con dicho tema.

4 Resultados

1. La iluminación
La iluminación es uno de los factores importantes cuando se intenta mejorar las condiciones de seguridad en un centro de trabajo, para ello hemos de tener en cuenta dos cuestiones principales: los riesgos para la seguridad y las exigencias visuales necesarias para el tipo de trabajo y la tarea que se va a realizar, porque se ha de disponer de un sistema o equipos de iluminación que sean los adecuados.

El nivel de iluminación es el flujo de luz recibido por unidad de superficie y se mide en lux con un luxómetro. Para obtener una iluminación adecuada debemos evitar los deslumbramientos y sombras excesivas. El equipo de iluminación debe de tener un mantenimiento sencillo y limpiarse periódicamente para evitar una disminución del nivel de iluminación.

Hay principalmente dos fuentes de iluminación: la iluminación natural y la iluminación artificial.
- La iluminación natural es la suministrada por la luz diurna, es mejor que la luz artificial porque permite definir mejor los colores, es más económica, produce menos fatiga visual y al estar formada por rayos ultravioleta favorece la formación de vitamina D y actúa contra las bacterias. Esta iluminación nunca ha de ser frontal y debemos evitar que nos incida de manera directa sobre el campo visual para evitar los deslumbramientos y sufrir alteraciones visuales. Puesto que esta iluminación va a variar a lo largo de la jornada hemos de complementarla con luz artificial.
- La iluminación artificial es la que se obtiene gracias a fuentes luminosas no naturales y esta a su vez puede ser:
A. General: si la luz es repartida de manera uniforme por toda la superficie de trabajo.
B. Localizada: si la luz incide sobre una zona concreta que no está iluminada de manera suficiente por la iluminación general.

Debemos usar la iluminación artificial cuando no podamos emplear la luz natural, o como ocurre en la mayoría de los casos, para complementar la luz natural. La calidad de la luz artificial será mejor cuanto más se acerque su espectro al que produce la luz del sol.

También se puede hacer una clasificación de la luz artificial en función de la distribución y colocación de las luminarias: Directa, semidirecta, uniforme, indirecta y semi-indirecta (dependiendo del porcentaje de luz reflejada).
En todo caso debe de existir un sistema de luces de emergencia que nos proporcione luz cuando se produzca un corte en el suministro.

Los niveles de iluminación que se han de emplear en los lugares de trabajo dependen de la actividad que se va a realizar, ya que cada tarea va a requerir distintos niveles de iluminación en función de la distancia a la que están, del tamaño y la movilidad de los objetos, del contraste y de la reflexión.

Los niveles mínimos que se han de exigir en los lugares de trabajo están recogidos en el Real Decreto 486/1997, de 14 de abril.

2 . El ruido
El ruido lo definimos como todo sonido no deseado y molesto. Podemos decir que la diferencia entre ruido y sonido es subjetiva. El ruido lo podemos clasificar según su periodicidad y pueden ser:
- Estacionarios: El ruido tiene un nivel sonoro constante y a lo largo del tiempo.
- No estacionarios o discontinuos: Se produce de forma intermitente y el nivel sonoro varia con el tiempo.
- Ruido de impulso o de impacto: Ruido instantáneo que dura menos de un segundo.
Un ruido tiene las siguientes características:
- Nivel de presión acústica: Es el nivel de la variación de presión del ruido o sonido, la unidad que se utiliza para medirlo es el decibelio (dB). Cuando hay un nivel de ruido que está por encima de 80 decibelios se pueden originar graves patologías.
- Frecuencia: Es el número de veces por segundo que se produce la variación de presión acústica. Su unidad de medida es el Hertzio (Hz).
Percibimos los sonidos gracias al aparato auditivo que está compuesto por:
- El oído externo, que recibe el sonido del exterior.
- El oído medio e interno se encarga de trasmitir el sonido.
- El nervio acústico y los centros nerviosos del cerebro que actúan de receptores.

Uno de los efectos de una exposición prolongada (durante años) a unos niveles de

ruido elevados, es la hipoacusia o disminución auditiva permanente. También se pueden producir efectos de tipo fisiológico como un aumento del ritmo cardiaco, vasoconstricción, aceleración del ritmo respiratorio, una disminución de la actividad digestiva y una reducción de la actividad cerebral. Puede llegar a aparecer en algunas ocasiones trastornos de tipo psicológico, que pueden llegar a ocasionar modificaciones del comportamiento. El exceso de ruido influye en la atención del trabajador, disminuyéndola, con el consiguiente aumento del tiempo de reacción que puede llevar a un mayor número de errores cometidos y dar lugar a accidentes.

Para controlar el ruido primero se ha de actuar sobre la fuente para ello sustituiremos la maquinaria ruidosa por otra que sea más silenciosa. También podemos actuar intentando limitar la propagación del ruido, aislando las máquinas que lo producen y colocando materiales que lo absorban en las paredes, techos y suelos. Se puede proteger al propio trabajador que está expuesto a los ruidos mediante EPIs o reducir el tiempo que dicho trabajador está expuesto al ruido.

Un buen ambiente sonoro tiene que permitir que las distintas tareas que se han de realizar sean hechas de un modo normal, sin ninguna dificultad.

3. Ambiente térmico

El ambiente térmico en un puesto de trabajo es un elemento que desempeña un papel importante sobre la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores. Podemos definirlo como el conjunto de variables termo higrométricas (temperatura, humedad relativa, etc.), pero es el valor de cada una de ellas, combinado con el tipo de actividad física que se realiza en el puesto de trabajo y en sus inmediaciones, el tipo de indumentaria que el trabajador lleva puesta, sus características individuales y las condiciones climáticas, lo que nos permite conocer el modo en que los ambientes térmicos afectan a la salud y a la seguridad de los trabajadores.

Las sensaciones que provoca el ambiente térmico se producen de manera repentina y suelen ser unas sensaciones de calor, de ahogo, de frío, etc., siendo sus consecuencias la sudoración abundante, los escalofríos, etc.

Las características físicas de un ambiente térmico las definimos con las siguientes variables: Temperatura seca del aire, velocidad del aire, humedad relativa del aire, temperatura radiante media. También necesitamos tener presentes las variables que dependen del individuo, es decir, la actividad física que realiza y el tipo de ropa que lleva el trabajador.

Los efectos que un mal ambiente térmico puede tener para la salud de los trabajadores son diferentes dependiendo del tipo de ambiente que tengamos, es decir, no es lo mismo tener un ambiente caluroso que uno frio.

Los efectos debidos a ambientes calurosos: Síncope por calor, deshidratación y golpe de calor. Los efectos debidos a ambientes fríos: Hipotermia, respiratorios y cardiovasculares.

Para intentar conseguir un ambiente térmico idóneo para realizar un trabajo debemos adoptar alguna de las siguientes medidas:
- Actuando sobre la fuente de calor: realizando apantallamientos y una buena ventilación general o una extracción localizada según sea necesario.
- Actuando sobre el trabajador: aislándolo de la fuente de calor con prendas de protección personal.

4. Las radiaciones
Las radiaciones son una de las formas con las que los objetos devuelven la energía que les damos o que tienen acumulada de forma natural. Entre las radiaciones más conocidas tenemos la luz, las ondas emitidas por las antenas, los rayos X…

Las radiaciones se caracterizan por su frecuencia, que es la medida de energía asociada a la radiación y se mide en Hertzios, y su longitud de onda que está inversamente relacionada con la frecuencia, es decir, cuanto mayor es la longitud de onda, menor es la frecuencia y viceversa.

Según la capacidad que tienen las radiaciones podemos clasificarlas en: Radiaciones ionizantes y radiaciones no ionizantes.

Las radiaciones ionizantes:
Son radiaciones de alta frecuencia, con una alta energía que es capaz de arrancar electrones de la corteza de los átomos ionizándolos y que, al entrar en contacto con el organismo humano, son capaces de producir en las células un daño irreversible.

Estas radiaciones pueden provocar diferentes alteraciones en el organismo, entre los más importantes están las que se producen sobre las moléculas de ADN. La radiación puede producir la fragmentación de estas moléculas dando origen a alteraciones en la estructura de la molécula que afectan a la transmisión del mensaje genético e incluso a la muerte de la célula.

Los efectos que producen pueden ser somáticos, es decir, los que se producen en

el propio individuo que recibe la radiación, y heredables, o lo que es lo mismo, aquellos que se transmiten a la descendencia. Así mismo, se pueden dar efectos agudos, cuando aparecen inmediatamente después de la radiación (quemaduras) o crónicos cuando aparecen después de un período de tiempo (cáncer).

En función de los distintos niveles de ionización y de penetración, pueden dar lugar a:
- Irradiación externa, cuando la persona está expuesta a una fuente de radiación y no hay un contacto directo con dicha fuente. Puede ser total, cuando afecta a todo el organismo o parcial, si solo afecta a una parte del mismo.
- Contaminación radiactiva, cuando el organismo entra en contacto directo con la fuente de radiación. Puede ser interna, si la fuente entra dentro del organismo y externa, si solo afecta a la superficie.

Para medir las consecuencias de las radiaciones sobre los objetos o los seres vivos se utilizan las magnitudes "dosis absorbida" y "dosis equivalente".

La dosis absorbida (D) es la cantidad de energía cedida por la radiación a la unidad de masa de materia irradiada. La unidad de medida en el SI es el Gray (Gy), que equivale a 1 J/kg.

La dosis equivalente considera el daño producido. Es el producto de la dosis absorbida por un factor de ponderación que depende del tipo de radiación. La unidad de medida en el SI es el Sievert (Sv) aunque, como esta es una unidad relativamente grande, es más habitual utilizar el mili sievert (mSv) o el micro sievert (μSv).

Para medir estas magnitudes de dosis se utilizan detectores de radiación o dosímetros:
- Los detectores de radiación son instrumentos de lectura directa, generalmente portátiles, que indican en una pantalla la tasa de radicación, es decir, la dosis en un período de tiempo corto, habitualmente minutos. Se utilizan para medir exposiciones puntuales a radiaciones ionizantes.
- Los dosímetros están diseñados para medir la dosis de radiación durante periodos de tiempo largos, semanas o meses.

Las medidas de protección radiológica, que incluyen tanto las fuentes de radiaciones manipuladas deliberadamente como las fuentes naturales de radiación, tienen como objetivo que el nivel de exposición y el número de personas expuestas sea el mínimo posible. Entre las medidas más importantes encontramos: Lim-

itación del tiempo de exposición, aumento de la distancia a la fuente radiactiva, apantallamiento y utilización de blindajes, protección de las estructuras, instalaciones y zonas de trabajo, protección del personal y procedimientos de trabajo seguros, gestión de los residuos, plan de emergencia.

En el ámbito laboral, las medidas preventivas que se aplican para proteger a los trabajadores consisten en: definición de los trabajadores profesionalmente expuestos, delimitación de zonas y señalización, puesta en práctica de controles dosimétricos (personales y ambientales), formación e información del personal, vigilancia sanitaria.

Radiaciones no ionizantes:
Son aquellas que no son capaces de ionizar las células de nuestro cuerpo, por lo que son menos peligrosas. En esta categoría podemos incluir las microondas y radiofrecuencias, radiaciones infrarrojas y luz visible, radiaciones ultravioletas, radiación laser y campos electromagnéticos.

Los efectos que producen sobre el organismo son distintos porque varían en función de la energía y la longitud de onda. Las radiaciones ultravioleta visibles producen daño en la piel y ojos, los infrarrojos en la piel y en el conjunto del organismo, los microondas, radiofrecuencias y radiaciones de alta frecuencia causan aumento de la temperatura del cuerpo y daños en diferentes partes del organismo. La radiación laser tiene los mismos efectos que las ultravioleta, visible e infrarrojo, pero estas se producen de manera más intensa. Respecto a los campos magnéticos y eléctricos los efectos que pueden causar sobre el organismo son poco conocidos.

Algunas de las medidas de protección que podemos utilizar ante las radiaciones no ionizantes son: la maquinaria debemos encenderla solamente durante el tiempo en que la vayamos a usar, se debe elegir la potencia más baja posible, limitar el tiempo de exposición de los trabajadores, calculando rotaciones, realizar un control de la distancia de seguridad frente a la maquinaria que emite las radiaciones, usar equipos de protección individual como gafas de seguridad, apantallamientos.

5 Discusión-Conclusión

Las condiciones ambientales que hemos de tener en los lugares de trabajo han de ser cómodas y no ser molestas, para que se puedan realizar las distintas tareas de

una manera rápida y eficaz, porque todas ellas desempeñan un papel importante sobre la propia salud, el bienestar y la seguridad de los trabajadores.

Para que esto se pueda conseguir se deberá evitar tener temperaturas y humedades extremas, que se creen cambios bruscos de temperatura y corrientes de aire molestas mediante un sistema de ventilación y climatización adecuado. Se ha de procurar siempre que sea posible tener luz natural y cuando esto no ocurra emplearemos la luz artificial. Cuando no se disponga de suficiente luz natural la complementaremos con la artificial. Con respecto al ruido hemos de intentar eliminarlo o reducirlo en el origen, utilizando las medidas de control necesarias para que esto ocurra. También hay que procurar que las radiaciones que se reciban sean lo menos posibles.

6 Bibliografía

- https://www.iberley.es/temas/condiciones-ambientales-lugares-trabajo-9861.
- https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/salud-laboral/enfermedades-laborales/seguridad-y-salud-en-las-oficinas.
- https://istas.net/salud-laboral/peligros-y-riesgos-laborales/iluminacion.
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril.
- Manual de iluminación en el puesto de trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
- Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de los Riesgos Relacionados con la Exposición de los Trabajadores al Ruido del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- http://uprl.unizar.es/higiene/ruido.html.
- Real Decreto 286/2006, de 10 de marzo, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido.
- Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición al ruido.
- https://www.insst.es/ambiente-termico.
- Real Decreto 53/92 BOE 12/02/1992 ”Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes”.

Capítulo 745

MOVIMIENTO DEL PACIENTE A LA ORILLA DE LA CAMA

PATRICIA FERNÁNDEZ ANTUÑA

CARLOS JULIO FERNÁNDEZ DÍAZ

MARIA JESÚS FERNÁNDEZ ANTUÑA

1 Introducción

En una Institución Sanitaria nos vamos a encontrar con pacientes, que por motivo de una enfermedad o por su edad, tienen disminuidas sus capacidades físicas o psíquicas, lo que provoca que estos enfermos necesiten ayuda para realizar determinados movimientos, nosotros como celadores ayudaremos en estos casos.

2 Objetivos

Conocer como realizar el movimiento del paciente a la orilla de la cama de forma correcta, evitando riesgos para el paciente y tambien evitando lesiones en nosotros como profesionales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Frenaremos la cama, poniendola a nuestra altura y la colocaremos en posición horizontal (sin ninguna inclinación), retiraremos las almohadas y destaparemos al paciente, poniendo biombos si fuera necesario para preservar su intimidad.

Nos colocaremos en el lado de la cama hacia el que queremos mover al paciente, y colocaremos el brazo más próximo del enfermo sobre su tórax.

Pasaremos nuestro brazo bajo la cabeza y cuello hasta coger el brazo mas lejano y con el otro brazo agarraremos bajo su cuerpo la zona lumbar.

Una vez trabado con ambos brazos tiraremos simultaneamente y suavemente del paciente hacia la orilla de la cama.
Una vez desplazada esta parte del cuerpo, situaremos nuestros brazos debajo de los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos y procederemos a desplazar al paciente hacia la orilla de la cama.

En todo este proceso es muy importante que la altura de la cama este a nuestra altura y aproximarse lo máximo posible al paciente, para poder asumir mejor la carga y evitar lesiones.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como debemos de llevar al paciente hasta la orilla de la cama, evitando los posibles riesgos tanto para el paciente como para nosotros mismos.

6 Bibliografía

1- Movilización del paciente parte I- Sonsoles L.C - 4 Enero 2018- disponible en http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-10-movilizacion-del-paciente.html?m=1
2- Movilización del paciente encamado- Magdalena Rodríguez- Disponible en https://m.monografias.com/trabajos97/movilizacion-del-paciente-encamado/movilizacion-del-paciente-encamado.shtml

Capítulo 746

CARACTERÍSTICAS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL NO SANITARIO

MONTSERRAT LÓPEZ PÉREZ

1 Introducción

Los riesgos psicosociales son los factores de riesgo para la salud que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico, emocional, conductual y cognitivo. Pueden ser percusores de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, duración y frecuencia.

El personal no sanitario se encuentra sometido a una fuerte tensión laboral que le convierte en un sector notablemente sensible a los riesgos psicosociales.

Los riesgos psicosociales se componen de factores como las características de trabajo y la organización laboral, que afecta a la salud de los trabajadores. Entre estos factores están las características de la tarea, características de empleo y del centro sanitario, estructura de la organización, la organización del tiempo de trabajo, así como la calidad de las relaciones laborales.

Estos factores no solo se componen de variables del entorno laboral, sino que también influyen las percepciones y las experiencias del trabajador. Los principales resultados muestran que el personal no sanitario está expuesto a situaciones desfavorables para la salud como el exceso de exigencias psicológicas al tener que trabajar muy rápido, de forma irregular y junto a situaciones vividas que hacen que sus emociones tarden en aflorar. Por otro lado también está la inseguridad a la hora de cambios de turnos, horas de trabajo y sueldos.

Los riesgos psicosociales no son un tema secundario en la salud laboral, en al actual situación organizativa del personal no sanitario son uno de los grandes problemas. La gran verdad que tiene su lucha contra ellos es que nadie discute su importancia y las formas de intervención pueden ser mas precisas, aunque no hay que olvidar que su naturaleza es dinámica y puede ser cambiante.

2 Objetivos

- Identificar los factores psicosociales que se presentan en el personal no sanitario y sus características.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica para conocer el estado de investigación sobre el tema. Se utilizan diferentes bases de datos: Dialnet, Scielo; empleando descriptores: riesgo psicosocial, prevención y profesionales sanitarios. Los filtros aplicados: intervalo de tiempo 2003-2018, idioma español, disponibilidad texto completo.

4 Bibliografía

- Método ISTAS21. Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), 2002.
- Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2001, Tercera edición.
- C Nogareda. El grupo de discusión. NTP 296. Centro nacional de condiciones de trabajo. Barcelona. INSHT. 1993.

Capítulo 747

LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO EN HOSPITALES

ÁNGELES RODILES LANA

ELISA LUCIA BUSTO BASCÓN

1 Introducción

El servicio de información y atención al usuario es una iniciativa diseñada por el Ministerio de Salud que proporciona a los usuarios un canal para hacer sus demandas, quejas, reclamaciones, sugerencias, etc. Los usuarios de la sanidad tienen derecho a no ser discriminados por ninguna razón. Así como a recibir un trato amable, comprensivo y respetuoso por parte de los profesionales de la sanidad.

2 Objetivos

- Tramitar y gestionar las quejas y reclamaciones de los usuarios de la sanidad.
- Asesorar a los usuarios en todo lo concerniente al funcionamiento del hospital.
- Proponer soluciones.
-Intentar dar una respuesta efectiva a sus demandas, es una forma de humanizar los hospitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El usuario de la sanidad está cada vez más formado e informado y quiere participar en el proceso de su enfermedad y conocer los medios a su alcance. La atención al usuario trata de dar una respuesta efectiva a sus demandas tanto asistenciales como administrativas.

La atención al usuario implica dar un trato personalizado por lo que se tratará a los usuarios con respeto, empatía y objetividad. El profesional tiene que transmitir confianza, que ha comprendido su problema y proporcionar una información eficaz y fiable.

Los profesionales que desempeñen su tarea en un servicio de atención al usuario deben mantener la confidencialidad de los datos a los que tienen acceso. La actitud de estos profesionales requiere habilidades de comunicación que permita mantener una postura de sensatez y comprensión del problema.

5 Discusión-Conclusión

Los usuarios de la sanidad tienen derecho a no ser discriminados por ninguna razón. Así como a recibir un trato amable, comprensivo y respetuoso por parte del profesional del servicio de atención al usuario. El profesional tiene que transmitir confianza, que ha comprendido su problema y proporcionar la información de que dispone. También tienen derecho a recibir una atención médica adecuada y una información que sea suficiente y clara sobre su enfermedad. Así como a otorgar o no, su consentimiento válidamente informado y ser tratado con confidencialidad.

6 Bibliografía

- Plan de Atención al Usuario de los Sistemas de Salud y Servicios Sociales. Dirección de Calidad y Atención al Usuario.
Temario oposición 2018 del Centro de Estudios Procesales.

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 748

ARCHIVO Y CUSTODIA DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

ARTURO MUÑIZ BAIZAN

1 Introducción

Un documento electrónico es una información de cualquier naturaleza en forma electrónica, archivada en un soporte electrónico según un formato determinado, y susceptible de identificación y tratamiento diferenciado.

2 Objetivos

Conocer como auxiliar administrativo en un centro hospitalario como debemos realizar el archivo y custodia de documentos electrónicos, evitando errores.

3 Metodología

Basada en la evidencia científica, en la búsqueda de bases de datos mas importantes, asi como revisión en libros, artículos especializados y material formativo.

4 Resultados

- Los documentos electrónicos que se reciban o remitan por registro telemático serán archivados y custodiados en soportes y sistemas informáticos.

- Para su archivo podrá utilizarse el mismo formato del documento electrónico originario o cualquier otro que asegure la integridad y disponibilidad de la información que contenga el documento.
- Los soportes en los que se almacenen los documentos electrónicos serán objeto de medidas de seguridad que garanticen la integridad, protección y conservación de los documentos almacenados así como la identificación de los usuarios y el control de acceso a los mismos.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido que los documentos deben de estar en un soporte seguro en todo momento que se ciña a la ley de protección de datos y que permita que el documento conserve su integridad sin dañarse.

6 Bibliografía

- ¿Qué es un documento electrónico? - Eduardo Díaz-Meco Illescas- 15/06/2016- disponible en https://tc-abogados.es/que-es-un-documento-electronico/
- Aspectos jurídicos de la custodia de documentos electrónicos- Jose Felix Muñoz Soro- disponible en https://www.google.com.

Capítulo 749

EL SISTEMA OPERATIVO Y SUS COMPONENTES.

ARTURO MUÑIZ BAIZAN

1 Introducción

Un sistema operativo es el software o programa más importante que se ejecuta en un computador, nos permite usarlo y darle órdenes para que haga lo que necesitamos.

2 Objetivos

Conocer cuáles son los componentes de un sistema operativo, para diferenciarlos como auxiliar administrativo en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los componentes de un sistema operativo son los siguientes:
1- Los procesos: asigna los recursos que un proceso necesita para su ejecución.
2- La memoria principal: asigna y controla el espacio de memoria que está siendo utilizado.
3- El almacenamiento secundario: asigna y gestiona el almacenamiento.
4- El sistema de entrada y salida: sirve las interrupciones de los dispositivos de entrada y salida.
5- Sistema de archivos: crea y gestiona una jerarquía de directorios y archivos.
6- Sistemas de protección: controla el acceso de los programas y los usuarios a los recursos del sistema.
7- Sistema de comunicaciones: mantener las comunicaciones con otros sistemas a través de las interfaces de red.
8- Programas de sistema: aplicaciones que se suministran con el sistema operativo pero que no forman parte de él.
9- Gestor de recursos: El sistema operativo administra todos los recursos del sistema.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido cuáles son los 9 componentes dentro de un sistema operativo y lo que es un sistema operativo. Así como para que sirve cada uno de estos componentes.

6 Bibliografía

1- Definición de sistema operativo- Julian Pérez Porto- 2008- disponible en https: //definicion.de/sistema-operativo/.
2- Sistema operativo y componentes- Grecia Calderón- sin fecha de publicación- disponible en: https://www.euston96.com/sistema-operativo/.

Capítulo 750

MANIPULACIÓN DE CARGAS EN EL PUESTO DE TRABAJO DE EL CELADOR

JUAN CARLOS FERNANDEZ FERNANDEZ

CRISTINA RODRIGUEZ GONZALEZ

ENCARNACIÓN FERNANDEZ FERNANDEZ

ANA ISABEL ALVAREZ PULGAR

1 Introducción

Los celadores son de los profesionales mas afectados por trastornos musculoesqueléticos pues su trabajo esta directamente vinculado a la manipulación manual tanto de pacientes como de cargas. Se realizan levantamientos incorrectos adoptando posturas inadecuadas a la hora de movilizar pacientes, como levantarlos, trasladarlos, cambiar de posición.

Al realizar ciertas tareas, se producen pequeñas agresiones mecánicas: estiramientos, roces, compresiones, que cuando se repiten durante largos periodos de tiempo (meses o años), acumulan sus efectos hasta causar una lesión manifiesta.

Estas lesiones se manifiestan con dolor y limitación funcional de la zona afectada, que dificultan o impiden realizar el trabajo. Por lo general, afectan a la espalda,

cuello, hombros y extremidades superiores, aunque también afectan a las inferiores pero con menor frecuencia. Los problemas de salud abarcan desde incomodidad, molestias y dolores hasta cuadros médicos más graves que obligan a solicitar la baja laboral e incluso a recibir tratamiento médico. En los casos más crónicos, el tratamiento y la recuperación suelen ser insatisfactorios y el resultado puede ser una discapacidad permanente.

2 Objetivos

- Entender las funciones del celador.

3 Metodología

Se lleva a cabo una investigación exhaustiva de bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron sobre prevención de riesgos laborales y movilización del paciente. Se revisaron diferentes artículos en relación a la movilización de el paciente.

4 Resultados

Se deben estudiar y evaluar los accesos a la unidad en la que se va a realizar el trabajo, las condiciones ambientales, las condiciones e incidencias de iluminación y el ambiente acústico, pueden tener consecuencias negativas para el trabajador.

Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomienden cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.

Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.
Ayudarán, asimismo, a las Enfermeras y Ayudantes de Planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón de sus dolencias, para hacerles las camas.

Habilidades básicas de comunicación tanto para el paciente como para los acompañantes. Movilización de pacientes, con especial hincapié en enfermos con patologías especiales (traumatológicas, neurológicas, quirúrgicas, quemados, etc.).

Movilización de cargas. Informática, con conocimientos básicos de los programas más utilizados en el Sistema sanitario. Curso básico de Prevención de Riesgos Laborales.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos musculo-esqueléticos son consecuencia de una mala realización en la movilización de los pacientes, para ello existen métodos que nos sirven de ayuda, minimizando los riesgos. La carga es un factor a tener en cuenta:
- Si es demasiado pesada o grande.
- Cuando tiene una forma o tamaño que hacen difícil de agarrar o sostener.
- Cuando puedan originar otros tipos de accidentes (cortes, caídas del objeto, etc)o lesiones al trabajador debido a su contenido o a sus características exteriores.
- Si es inestable.

Para la movilización correcta del paciente, sin que nos acarree daños, seguiremos las siguientes medidas:
- Uso de ayudas mecánicas o dispositivos específicos para otras tareas que impliquen la elevación de cargas superiores a 40kg.
- Levantamiento de la carga entre dos personas. Cuando el uso de ayudas mecánicas no sea posible, las tareas de manejo de cargas deben realizarse entre dos personas.
- Reducción de los pesos de las cargas manipuladas en posible combinación con la reducción de la frecuencia, etc.

Recursos necesarios.
- Recursos materiales:
Grúa para movilización de pacientes.
Arnés.
Guantes.

- Recursos humanos:
Enfermera.
Auxiliar de Enfermería.
Celador.

6 Bibliografía

- https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/12015/TFM-P-199.pdf?sequence=1
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- http://www.scielo.org.co

Capítulo 751

LA LEGIONELLA EN AMBIENTES HOSPITALARIOS

DIEGO HUERTA GONZALEZ

1 Introducción

Resulta clase conocer la epistemología de la Legionella antes de comenzar con el desarrollo del capítulo. De este modo, la Legionella es una bacteria ambiental. Su hábitat es las aguas dulces de lagos y ríos. Se encuentra en bajas concentraciones en el plancton al interior de protozoos como Hart-mannella y Acanthamoeba o formando parte de la biopelícula.

A través de las redes de agua potable, accede a equipos tales como torres de refrigeración, sistemas centralizados de agua caliente, equipos de aerosol-terapia y sistemas de agua climatizada entre otros. A partir de estas instalaciones, Legionella puede infectar al ser humano por inhalación de micro-aerosoles contaminados con la bacteria.

2 Objetivos

- La legionella puede encontrar condiciones óptimas para su reproducción y diseminación si llega a los sistemas de abastecimiento y distribución de agua de las grandes ciudades. A través de ellos, puede alcanzar instalaciones como los sistemas de agua caliente sanitaria, sistemas de agua climatizada, torres de refrigeración, centrales humidificadoras industriales, fuentes ornamentales y jacuzzis, cisternas de agua fría o caliente, sistemas de instalación interior de agua fría para

el consumo humano como tuberías (especialmente en aquellas con flujo de agua escaso o inexistente), sistemas de riego o de agua contra incendios, etc.
- Algunas de las anteriores instalaciones pueden, además, facilitar el estancamiento de agua y la acumulación de lodos y otras sustancias (como incrustaciones y corrosión presentes en las tuberías), que forman una biocapa, la cual, junto a la temperatura, constituye otro de los factores que contribuyen a que se reproduzca y prolifere la Legionella.
- Por ese motivo es de vital importancia que el personal que trabaja en los centros sanitarios, especialmente el personal de mantenimiento, lleve a cabo un correcto tratamiento de las aguas, y sea conocedor de las consecuencias de padecer enfermedades como la legionella.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha utilizado una metodología activa de búsqueda de información en diversos estudios clínicos y universitarios, así como en webs sanitarias y páginas de organizaciones institucionales.

4 Resultados

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Europa, Australia y Estados Unidos, se detectan aproximadamente de 10 a 15 casos de legionelosis por cada millón de habitantes. Entre un 75% y un 80% de todos los casos notificados se trata de personas mayores de 50 años, mientras que entre el 60% y el 70%, son hombres.

En España, se notificaron 1.310 casos de legionelosis, 380 casos más que en 2014 (930 casos). La incidencia en hombres en 2015 fue 2,6 veces superior a la de la mujer, proporción que se mantiene desde 2010. Entre los síntomas más comunes, se encuentran:
• Malestar general, decaimiento, pérdida de apetito y letargo.
• Dolor de cabeza (cefalea).
• Fiebre (que con mucha frecuencia es alta), escalofríos y temblores.
• En algunos casos, dolor articular y muscular.
• Tos, que puede ser seca o con moco. En este segundo caso, en ocasiones, las flemas pueden ser expectoradas con sangre.
• Problemas para respirar.
• Dolor en el tórax.

• Diarrea, naúseas, vómitos y dolor abdominal.

La legionelosis no puede prevenirse a nivel individual, sino que solo se puede controlar aplicando distintas medidas higiénico-sanitarias en las instalaciones implicadas. Es decir, prevenir esta enfermedad, que se considera potencialmente erradicable, depende del buen mantenimiento, limpieza y desinfección periódicos de los sistemas de agua caliente, equipos de refrigeración, depósitos o circuitos de agua de los grandes edificios. Es necesario, por tanto extremar las medidas de higiene en hoteles, hospitales, cruceros, spas, etc.

En este sentido, el hecho de que la legionelosis esté vinculada con frecuencia a brotes comunitarios relacionados con este tipo de instalaciones, ha convertido esta enfermedad en centro del interés de los medios de comunicación.

5 Discusión-Conclusión

Es una enfermedad de distribución mundial y de la cual año tras año aumenta el número de casos. Es probable que la legionelosis esté significativamente infranotificada. En España se han descrito casos en prácticamente toda la geografía, aunque la distribución por comunidades es heterogénea. Se presenta en brotes epidémicos o como casos esporádicos aislados.

La legionelosis, como enfermedad, no se puede erradicar, ya que la bacteria siempre estará presente en el agua, debido a la elevada resistencia de los quistes amebianos a la acción del calor y biocidas. Lo que se puede evitar es la aparición de grandes brotes de esta enfermedad mediante técnicas de prevención y mantenimiento de las instalaciones. Los casos esporádicos no desaparecerán nunca. Por ese motivo resulta clase el adecuado cuidado y limpieza de los sistemas tanto de aguas como de calefacción periódicamente, registrando correctamente esta actividad, para que exista un óptimo cuidado, al ser los centros sanitarios un lugar donde encontramos colectivos de riesgo y vulnerables, que podrían ser más propensos a contagiarse.

6 Bibliografía

- Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. “Legionnaires’ disease in Europe, 2014 (La enfermedad del legionario en Europa, 2014). Estocolmo: ECDC”; 2016.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). “Ecología y biología de la legionella”.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prensa. “Legionelosis”. Nota descriptiva. Junio de 2016.
- Revista chilena de infectología versión impresa ISSN 0716-1018 Rev. chil. infectol. v.25 n.3 Santiago jun. 2008
- www.cinfasalud.com
- https://rodin.uca.es

Capítulo 752

PREVENCION CONTRA EL MALTRATO A LOS ANCIANOS DESDE EL AMBITO ADMINISTRATIVO Y SANITARIO.

LUISA MARIA ABREU JARDÓN

1 Introducción

La pirámide de población de España continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas mayores de 65 años en adelante. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) Enero,2019 hay 9.055.580 personas mayores en España, lo que representa el 19,3% de la población. El 56,8% de las personas mayores son mujeres, según datos del Informe de Envejecimiento en Red, publicados en marzo del 2019.

Hoy día las personas mayores han incrementado su longevidad y calidad de vida, pero algunos ancianos/as cuando llegan a una edad avanzada en su vejez son más vulnerables de sufrir malos tratos debido a su deterioro de salud, soledad y estado de indefensión.

La Organización Mundial de la Salud define el maltrato a los ancianos como "un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza". Puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También

puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencionada o no. En España, más de medio millón de mayores de 65 años sufren malos tratos. Son más frecuentes de padecer por la mujer que supera los 75 años, que es viuda o separada, padece de una gran soledad, y suele sufrir severos deterioros cognitivos o funcionales.

Los/as ancianos/as sufren los malos tratos por el familiar o el personal que les cuida o asiste en el hogar, las residencias geriátricas públicas y privadas, en el hospital, centro de día, etc. Son muy pocos los casos de malos tratos a las personas mayores que se denuncian, porque la persona que los sufre no se atreve a contarlo por miedo a represalias, siente vergüenza, no quiere perjudicar al familiar o al cuidador que le inflije el maltrato, o porque tiene deterioro cognitivo y no puede defencerse.

Los profesionales auxiliares administrativos y personal sanitario cuando vean en el ejercicio de sus funciones un claro caso de maltrato sea verbal, o físico hacia un paciente anciano o persona mayor en situación de desamparo o vulnerabilidad deben actuar poniendo en conocimiento de su superior directo los hechos acaecidos, para que este o el médico que asiste al paciente informen a los servicios sociales de la situación del anciano. Los malos tratos a las personas mayores producen un deterioro de su salud física, psicológica, emocional, pérdida de calidad de vida hasta puede provocar la muerte.

2 Objetivos

- Dar visibilidad y concienciar a la sociedad y a los distintos profesionales que atienden a los ancianos del estado de vulnerabilidad e indefensión que se encuentran.
- Dignificar y respetar a las personas mayores, hacerlas sentir que aún pueden hacer cosas, que se sientan útiles.

Informar y formar regularmente al personal que tiene contacto con los ancianos.

- Reducir la carga o volumen de trabajo de los cuidadores, para que puedan asistir mejor a las necesidades de los ancianos.
- Contratar a personal cualificado, profesional y empático.
- Evaluar independientemente el estado psíquico, emocional y físico de cada anciano a través de reuniones en periódicas en un grupo u equipo multidisciplinar.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo he revisado y contrastado datos del Instituto Nacional de Estadística, artículos de la Organización Mundial de la Salud. Así como una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Denunciar los malos tratos que sufren las personas mayores a los servicios sociales, y a las fuerzas y cuerpos de seguridad (policía local, nacional o guardia civil).
- Aprobar medidas prácticas y realizar campañas de conciencia social como la celebración el 15 de Junio del Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez por resolución de las Naciones Unidas. Así como también la celebración del 1 de Octubre, Día Internacional de las personas mayores.
- Aprobar leyes más precisas para proteger la integridad y salud de los ancianos como la Ley 6/1999, de 7 de Julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. O también la Ley 39/2006 de 14 de Diciembre, de Promoción y Atención a las personas en situación de dependencia".
- Tomar medidas como la aprobación por el Gobierno en Abril del 2019 de la figura del Fiscal de Sala Coordinador de las personas con discapacidad y mayores en situación de vulnerabilidad.
- Dedicar más fondos económicos de los presupuestos para la prevención precoz de los malos tratos en los ancianos (hacer talleres, organizar charlas, excursiones, actividades donde ellos se puedan implicar y participar para que no se sientan aislados y solos).

5 Discusión-Conclusión

El maltrato a las personas mayores es una lacra que todos tenemos que implicarnos en erradicar porque antes o después la padeceremos en nuestra propia piel. Todos debemos involucranos contra la violencia y el maltrato a los ancianos, sobre todo los profesionales auxiliares administratios y sanitarios ante la más mínima sospecha ponerlo en conocimiento de las autoridades pertinentes.

El Gobierno tiene que adaptar medidas para facilitar al cuidador el desempeño de su trabajo (respetar sus descansos, organizar las tareas para minimizar el agotamiento y el extres) y para proteger al anciano previniendo cualquier tipo de maltrato. La persona mayor en la vejez tiene el derecho legítimo a disfrutar de sus días con dignidad y calidad de vida, por ello hay que fomentar que haga actividades que le gusten y se sienta realizada y respetada.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 753

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

LUISA MARIA ABREU JARDÓN

1 Introducción

La Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de prevención de Riesgos Laborales tiene como objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su art. 4.7 define como prevención "El conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo".

La prevención de riesgos es una forma de identificar, analizar y evaluar, mediante un conjunto de técnicas, cada uno de los factores de riesgo y determinar en qué grado afecta a la salud del trabajador, consistente en favorecer ese estado ideal de bienestar físico,mental y social de todos los trabajadores.

El personal administrativo en sanidad está expuesto a algunos de los siguientes riesgos laborales:
- Caídas y golpes contra objetos.
- Hábitos posturales inadecuados al estar sentados.
- Fatiga visual provocada por las pantallas delordenador.

- Riesgos acústicos, radiaciones y campos electromagnéticos.
- Factores de tipo psicosocial

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Canalizar cableado y mantenimiento de las zonas de paso despejadas y señalizadas con advertencia del peligro.

Objetivos secundarios:
- Adaptar los factores que intervengan en el control postural y ergonómico del trabajador.
- Proporcionar un correcto nivel de iluminación.
- Minimizar ruidos dividiendo las zonas de trabajo, y mantener al trabajador alejado de las fuentes de radiación.
- Descansar 5 minutos por cada hora de trabajo, aprovechando para caminar o realizar ejercicios de estiramiento.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo he revisado la Ley 31/1995 de 8 de Noviembre Prevención de Riesgos Laborales. Así como paginas web de prevención de riesgos laborales del sector administrativo UGT Andalucía, 2019. Libro de Salud: prevención de riesgos laborales formación continuada de Logoss.

4 Resultados

Dar formación exacta sobre una adecuada ergonomía, además de la realización de ejercicios visuales para reducir la fatiga producida por el uso de pantallas; junto con una fluida comunicación sobre las tareas que competen a casa trabajador; provocará reducción de bajas laborales, mayor productividad y mejor ambiente laboral.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de los riesgos laborales del auxiliar administrativo, y su implicación en la misma; facilitará no solo su seguridad y salud laboral, sino también

su calidad de vida y satisfacción personal.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995 de 8 de Noviembre Prevención de Riesgos Laborales. paginas web de prevención de riesgos laborales del sector administrativo UGT Andalucía, 2019.
- Libro de Salud: prevención de riesgos laborales formación continuada de Logoss.

Capítulo 754

EL BURNOUT

ANA MARIA MARTINEZ GONZALO

NOELIA BLANCO MARTINEZ

1 Introducción

El síndrome de Burnout (SB) o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo fue declarado, en el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre. Pero el problema va más allá: un individuo con SB posiblemente dará un servicio deficiente a los clientes, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas.

El primer caso reportado de síndrome de desgaste profesional en la literatura fue hecho por Graham Greens en 1961, en su artículo “a burnout case”.

En la actualidad se trata de un problema frecuente que afecta a todos los campos profesionales

2 Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica para conocer más a fondo este problema que afecta a un porcentaje importante de los trabajadores de nuestro país.

3 Metodología

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

Palabras clave: burnout, síndrome de burnout, síndrome del quemado.

4 Resultados

Se identifican 3 componentes del síndrome de Burnout:
1. Cansancio o agotamiento emocional: pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga
2. Despersonalización: construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración.
3. Abandono de la realización personal: el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.
Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo.

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí como: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, cargas excesivas de trabajo, cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño…

Asimismo, la clínica del síndrome se esquematizó en cuatro niveles según la gravedad:
- Leve: quejas vagas, cansancio y dificultad para levantarse a la mañana.
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo.

- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y suicidios.

Las causas de aparición del síndrome de Burnout se podrían clasificar en las siguientes:
1. La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
2. El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.
3. El conflicto de rol, y la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
4. La ambigüedad del rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.).
5. La falta de equidad o justicia organizacional.
6. Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/clientes de la organización.
7. Los impedimentos por parte de la dirección o del superior para que pueda desarrollar su trabajo.
8. La falta de participación en la toma de decisiones.
9. La imposibilidad de poder progresar/ascender en el trabajo.
10. Las relaciones conflictivas con compañeros.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout presenta una alta incidencia en nuestro país, pudiendo llegar al 59% de los trabajadores según la profesión que ejerzan, siendo los profesionales sanitarios los más castigados en este aspecto. Es un problema real y frecuente que debemos conocer, y plantearnos y reflexionar qué cosas deberíamos cambiar para evitar su aparición.

6 Bibliografía

- Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias, 11, 4, 305-309.
- Korczak, D., Huber, B. & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome, GMS Health Technology Assessment, 6.

- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. Terapia Psicológica, 32, 1, 65-74.
- A. P. Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, USA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Gil, P. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología, 15, 261-268.
- Danhof, M. B., Van Veen, T. & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research, 70, 505–524.

Capítulo 755

EL MOBBING EN EL ÁMBITO LABORAL

ANA MARIA MARTINEZ GONZALO

NOELIA BLANCO MARTINEZ

1 Introducción

El mobbing es un problema muy importante y no infrecuente en el trabajo, y es una causa importante de absentismo laboral, además es considerado un problema de Salud Pública, y un delito en nuestro Código Penal. Pero… ¿qué es el mobbing?

El científico Heinz Leymann, de la Universidad de Estocolmo, lo define como "una situación en la que una persona, o varias, ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente, durante un tiempo prolongado, sobre otra u otras personas en el lugar de trabajo con el fin de destruir sus redes de comunicación, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y conseguir su desmotivación laboral".

Asimismo, Leymann en 1996 da una definición operativa indicando que "El psicoterror o mobbing en la vida laboral conlleva una comunicación hostil y desprovista de ética que es administrada de forma sistemática por uno o unos pocos individuos, principalmente contra un único individuo, quien, a consecuencia de ello, es arrojado a una situación de soledad e indefensión prolongada, a base de acciones de hostigamiento frecuentes y persistentes (definición estadística: al menos una vez por semana) y a lo largo de un prolongado periodo (definición estadística: al menos durante seis meses).

Por otro lado, el profesor Miguel Barón Duque lo define como "acciones recurrentes censurables o claramente negativas que van dirigidas contra empleados concretos de manera ofensiva y pueden tener como consecuencia la marginación de éstos en la comunidad laboral. El mobbing se caracteriza por el secreto en el comportamiento de quien lo práctica, la capacidad de la víctima para sentirse culpable y la permisibilidad de los testigos".

2 Objetivos

- Tener un conocimiento general de la problemática, que cada día afecta a más trabajadores.

3 Metodología

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

Palabras clave: mobbing, acoso laboral, absentismo laboral.

4 Resultados

Las fases del mobbing son las siguientes:
1. Primera fase. Fase de conflicto.
El fenómeno suele empezar de forma anodina como un cambio repentino de una relación que hasta el momento se consideraba neutra o positiva. Suele coincidir con algún momento de tensión en la empresa como modificaciones organizativas, tecnológicas o políticas. La persona objeto de mobbing comienza a ser criticada por la forma de hacer su trabajo que hasta el momento era bien visto.

2. Segunda fase. Fase de mobbing o de estigmatización.
En una segunda fase, las agresiones se tornan cotidianas, se multiplican y toman distintas formas, todas ellas pretenden desacreditar y estigmatizar públicamente a la víctima con el fin de desequilibrarla psicológicamente y lograr que abandone el puesto de trabajo.

3. Tercera fase, o fase de intervención desde la empresa.
En esta fase y dependiendo del lugar, legislación y estilo de dirección de la empresa, se tomarán una serie de medidas, desde algún escalón jerárquico superior (el departamento de personal, el servicio médico o la dirección de la empresa), encaminadas a la resolución positiva del conflicto (cambio de puesto, fomento del diálogo entre los implicados, etc.), o, más habitualmente, medidas tendentes a desvincularse del supuesto origen o centro del conflicto, contribuyendo así, a la mayor culpabilización y sufrimiento del afectado.

4. Cuarta fase, o fase de marginación o exclusión de la vida laboral.
En este periodo el trabajador compatibiliza su trabajo con largas temporadas de baja, o queda excluido definitivamente del mundo laboral con una pensión de incapacidad, contribuyendo a las cargas económicas y sociales del Estado.

Respecto a las posibles causas de aparición del mobbing, según Hoel y Salin habría tres: por las características de personalidad de la víctima y el acosador; por las características inherentes a las interacciones humanas dentro de las organizaciones; y por las variables de naturaleza contextual y ambiental relacionadas con la organización del trabajo.

Sean cuales sean las causas que lo desencadenan, las consecuencias son devastadoras. Entre ellas podemos encontrar:
- Daños físicos: como trastornos del sueño; cansancio o debilidad; síntomas de desgaste físico producidos por un estrés mantenido en el tiempo; síntomas psicosomáticos de estrés,…
- Daños psíquicos: como destrucción de la identidad y autoestima de la persona; sentimientos autolíticos; cambios de la personalidad; falta de bienestar; baja satisfacción vital y laboral; burnout.
- Daños en el ámbito profesional: por ejemplo perjuicio en las relaciones con los compañeros; reducción en la eficiencia, el rendimiento y la rentabilidad; moral baja, pérdida de lealtad y entrega por parte de los trabajadores; aumento del absentismo por causas justificadas o injustificadas, cambios en la plantilla por la rotación de puestos; mala imagen, publicidad negativa ante la opinión pública; tiempo perdido durante el proceso de acoso y durante la contratación y entrenamiento del nuevo personal; gastos relacionados con asistencia al trabajador, terapia, ayuda médica y psicológica; incumplimiento de disposiciones legislativas, demanda civil, demanda penal, etc.; costos laborales por indemnización; condiciones peligrosas de trabajo…
- Daños en el ámbito familiar y social: como tensiones con los hijos o el cónyuge;

incremento de la conflictividad en el ambiente familiar; abandono de amistades; daños en la relación de pareja; huida de las personas de su entorno, que se cansan de los síntomas de la víctima y de su obsesión con el acoso; estigmatización social en los sectores de desempeño profesional cercanos, etc.
- Daños sociales: por ejemplo jubilaciones anticipadas; diagnósticos de estrés elevados; costes económicos elevados, por las bajas laborales, las invalideces profesionales, el absentismo laboral, los tratamientos médicos y psicológicos, etc.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing es un problema real y de nuestro día a día, que afecta al 8% de los trabajadores de nuestro país, por lo que es importante que tomemos conciencia para poder prevenirlo y enfrentarnos a él en caso de que aparezca en nuestro entorno laboral.

6 Bibliografía

- Fornés Vives J. Mobbing: La violencia psicológica como fuente de estrés laboral. Enfermería Global. Noviembre 2002. www.um.es/eglobal/1/pdf/01e01.pdf.
- Rodriguez-Piñero Royo M. Acoso sexual, acoso moral, acoso discriminatorio. http://www.mobbing.un/estudios-ERPineiro-acoso.htm.
- "Acoso psicológico en el trabajo (mobbing). Los efectos de la nueva organización del trabajo sobre la salud". De. Unión Sindical de Madrid Región de CCOO. Enero de 2002. es.geocities-com/asacamt/page4.html.
- Agarrabeitia Ramírez Fr. El acoso moral, la nueva plaga laboral del siglo XXI. www.ste-clm.com/Lapiceros/
Lapicero%20113/MONTAJE% 20PAGINAS%2012-13 pdf.
- Leymann H. Contenido y desarrollo del acoso grupal/moral ("Mobbing") en el trabajo. European Journal of work and organizational psychology. 1996, 5 (2): 165-184.

Capítulo 756

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA ATENCIÓN SANITARIA

ANA MARIA MARTINEZ GONZALO

NOELIA BLANCO MARTINEZ

1 Introducción

Se puede definir un equipo multidisciplinar como un conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que operan en conjunto, durante un tiempo determinado, abocados a resolver un problema complejo, es decir tienen un objetivo común. Cada individuo es consciente de su papel y del papel de los demás, trabajan en conjunto bajo la dirección de un coordinador.

En sanidad el trabajo en equipo es imprescindible. Pero hay muchos aspectos que debemos tener en cuenta cuando hablamos de equipo en los centros sanitarios y de cómo hacer una buena integración del equipo.

2 Objetivos

- Conocer cómo es un equipo multidisciplinar y cómo integrarlo en un centro sanitario.

3 Metodología

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

Palabras clave: equipo multidisciplinar, centro sanitario, gestión sanitaria.

4 Resultados

Por equipo sanitario entendemos a todos aquellos profesionales sanitarios que tratan o asisten a los pacientes para poder tratarlos de forma integral y en la que todos los miembros del equipo trabajan para conseguir el mismo objetivo. Dependiendo del centro sanitario nos encontraremos con diferentes profesionales que pueden formar parte del equipo sanitario, pero podríamos citar a modo de ejemplo entre otros: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, etc.

En un centro sanitario nos podemos encontrar con dos tipos de equipos que muchas veces confundimos, o que creemos erróneamente que son lo mismo, pero que son diferentes y que debemos diferenciar:
• Equipo multidisciplinario – Lo forman distintos profesionales que trabajan en un mismo centro o área pero que trabajan independientemente uno de otro y que se relacionan entre ellos de manera informal.
• Equipo interdisciplinario – La diferencia con el equipo multidisciplinario radica básicamente en la relación que hay entre los miembros del equipo, que en este caso es una relación formal, con reuniones periódicas entre los profesionales del equipo en las que todos participan para establecer un plan de tratamiento y cuidados. Los miembros de los equipos interdisciplinarios comparten una misma metodología de trabajo para conseguir unos objetivos comunes.
Este último, el equipo interdisciplinario, es el que requiere más esfuerzo de integración entre sus miembros ya que deben trabajar conjuntamente para conseguir los objetivos marcados por el equipo.

Se ha demostrado que el trabajo en equipo mejora muchísimo la calidad asistencial que damos a nuestros pacientes, además de disminuir notablemente la

carga de trabajo de los profesionales. Por lo tanto, lo primero que hay que hacer es informar y convencer a los miembros del equipo de las ventajas que supone trabajar en equipo.

Una vez hecho esto, la mejor manera de conseguir una buena integración del equipo es establecer un protocolo de actuación de dicho equipo para que todos los miembros tengan conocimiento de cómo funciona y qué deben hacer y esperar en cada momento. Es decir, que todos utilicen la misma metodología de trabajo que consistirá en las siguientes etapas:
1. Valoración – Cada miembro del equipo debe hacer una valoración al ingreso del paciente estableciendo un plan de cuidados individual y especificando claramente los objetivos que se quieren conseguir.
2. Puesta en común de las valoraciones – Una vez que cada profesional ha llevado a cabo su valoración, deben reunirse todos los miembros del equipo y poner en común las valoraciones que individualmente se han hecho en la etapa anterior. También es imprescindible poner en común los objetivos que se quieren alcanzar para establecer un orden de prioridades.
3. Plan integral de tratamiento – Cada profesional debe exponer el plan de tratamiento que tiene previsto y se debe comprobar que no hay ninguna incompatibilidad de tratamientos entre los distintos profesionales.
4. Evaluación – Hay que revisar los objetivos y el cumplimiento del plan integral de tratamiento e ir actualizándolos según la información aportada por todos los miembros del equipo.

Para que la integración del equipo sea correcta se debe tener en cuenta lo siguiente:
• Las reuniones del equipo interdisciplinario se deber llevar a cabo con una periodicidad de una vez por semana.
• Todos los miembros del equipo deben de utilizar las mismas tablas de valoración y el mismo tipo de lenguaje.
• Antes de reunirse con el equipo, cada profesional que lo forma debe de hacer de forma independiente su trabajo de valoración para que después la puesta en común sea efectiva.
• Siguiendo la línea del punto anterior, cada profesional debe delimitar claramente el tratamiento, el plan a seguir con cada paciente y el pronóstico.
• Fomentar el diálogo entre los distintos miembros del equipo sobretodo en los aspectos relativos al plan de tratamiento.
• Al realizar el plan de tratamiento integral, el equipo debe especificar claramente cuáles son los cuidados o tratamientos a realizar, quién los llevará a cabo y du-

rante cuánto tiempo.
• Las altas deben ser consensuadas por todos los miembros del equipo.

Del cumplimiento de todos estos requisitos depende el buen funcionamiento de un equipo en un centro sanitario, por lo tanto, vale la pena dedicar un tiempo a planificar cómo funcionará nuestro equipo sanitario para que este trabaje con la mayor eficacia posible.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez es más habitual encontrar equipos multidisciplinares en los hospitales, centros de rehabilitación, centros de estancia diurna, etc. Los pacientes acuden a terapia para tratar de mejorar o mantener su salud y para ello un equipo formado por enfermeras, médicos, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales se encarga de realizar un plan de trabajo para llevar a cabo la recuperación de los pacientes combinando cada una de las disciplinas a las que pertenece cada miembro.

En sanidad el trabajo en equipo es imprescindible, puesto que se unen para tratar a los pacientes de forma integral y trabajan por el mismo objetivo. Se ha demostrado que el trabajo en equipo mejora mucho la calidad de cómo se asiste a las personas y sobre todo a disminuir la carga laboral del profesional.

6 Bibliografía

- Hall JA, Epstein AM, McNeil BJ. Multidimensionality of health status in an elderly population. Med Care 1989; 27 (3 Supl):168-77.
- Masdeu M, Pérez MF. Servicio de atención domiciliaria. Todo Hosp 1992; 84:43-5.
- Abraham PY, Berry ML. Needs of the family caregivers of frail elderly. Can J Public Health 1992; 83:147-9.
- Manheim LM, Guihan M, Hughes SL. Organizational characteristics, client characteristics and the delivery of home care services. Med Care Res & Rev 1995; 52:517.

Capítulo 757

GESTIÓN DE RESIDUOS EN SANIDAD

ANA MARIA MARTINEZ GONZALO

NOELIA BLANCO MARTINEZ

1 Introducción

Bajo la denominación de Residuos Sanitarios se recoge todos los generados en cualquier establecimiento o servicio en el que se desarrollen actividades de atención a la salud humana. En este sentido, el material sanitario debe considerarse residuo a partir del momento en que su utilidad o manejo clínico se dan definitivamente por concluidos.

2 Objetivos

Conocer la clasificación y definición de cada tipo de residuo sanitario

3 Metodología

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

4 Resultados

Los residuos generados en los centros sanitarios se clasifican de la siguiente forma:

1. No peligrosos:

• Grupo I: Residuos generales asimilables a domésticos: son los residuos que se generan fuera de la actividad sanitaria y no precisan medidas especiales en su gestión. Ejemplos: papel y cartón, vidrio, plásticos. Es necesaria una recogida selectiva de todos estos residuos con el objeto de facilitar su reutilización o reciclado.

• Grupo II: Residuos generales asimilables a urbanos: Se entienden como tal los residuos que se producen como consecuencia de la actividad sanitaria asistencial y/o de investigación asociada, que no están incluidos entre los considerados como residuos sanitarios peligrosos. Estos residuos, por tanto, es preciso gestionarlos de forma diferenciada al grupo I, a fin de prevenir posibles riesgos para los trabajadores y/o que se puedan destinar directamente a valoración energética, reciclado o eliminación. Ejemplos: restos de curas, bolsas de orina vacías, empapadores, yesos, equipos vacíos de goteo, objetos cortantes y punzantes que no hayan estado en contacto con pacientes infecciosos, vacunas inactivadas, medicamentos caducados o termolábiles que no hayan conservado la cadena del frio (excepto citostáticos y citotóxicos).

2. Peligrosos:

• Grupo III: Residuos peligrosos sanitarios: son los residuos que se producen como consecuencia de la actividad sanitaria de servicios médicos o veterinarios y/o de investigación asociada, que conlleven algún riesgo potencial para los trabajadores expuestos o para el medio ambiente. Estos residuos precisan medidas de gestión específicas. Dentro de este grupo se establecen tres subgrupos:
- Grupo IIIA: Residuos biológicos: son todos aquellos residuos cuya recogida, transporte y eliminación es objeto de requisitos especiales con el fin de prevenir infecciones. En general estos residuos difícilmente se pueden considerar como contaminantes del medio ambiente, ya que el número de microorganismos que pueden contener no es superior al de las basuras urbanas. Ejemplos: agujas o cualquier otro material cortante o punzante, cultivos y reservas de agentes infecciosos, vacunas vivas y atenuadas, residuos anatómicos.

- Grupo IIIB: Residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos: Este término abarca a todos los restos de medicamentos anticancerosos no aptos para su uso terapéutico y a todo aquel material sanitario de un solo uso que haya estado en contacto con el fármaco, ya sea en su preparación (viales, filtros, bolsas,..), en la protección del manipulador (mascarillas, guantes, batas,..) o en la administración a los pacientes (agujas, jeringas, gasas,..) Todos estos materiales contaminados o potencialmente contaminados deben seguir un proceso de eliminación de forma que no resulten nocivos ni para las personas ni para el medio ambiente.
- Grupo IIIC: Residuos químicos: Se consideran en este grupo aquellos residuos, sólidos, líquidos o gases procedentes de productos químicos, que por su composición sean catalogados como sustancias peligrosas. La peligrosidad de estos residuos químicos se ha de determinar a partir de la peligrosidad de las sustancias químicas presentes en el residuo y la concentración de las mismas. Para ello es imprescindible disponer de las etiquetas y especialmente de las fichas de datos de seguridad de cada una de estas sustancias.
Las fichas de datos de seguridad de estas sustancias permitirá a los usuarios de estos productos adoptar las medidas necesarias para la seguridad en el trabajo y la protección de la salud humana y para preservar el medio ambiente. Ejemplos: cloruro de metilo, cloroformo, aldehídos, cetonas, formol, fenol, glutaraldehído, mercurio.

• Grupo IV: Residuos peligrosos no sanitarios: son considerados como peligrosos por su potencial perjudicial para las personas y/o el medio ambiente. Los residuos incluidos en este grupo han de ser gestionados adecuadamente y además, están sujetos a requerimientos especiales y/o normativas especificas tanto dentro como fuera del centro generador del residuo. Como norma general cuando se este en presencia de uno de estos residuos se verificará si se encuentra incluido en la clasificación contenida en la Lista Europea de Residuos o bien se valorarán las propias características del residuo para ver si es realmente peligroso o no. Posteriormente se acudirá a revisar si dispone de normativa específica o requerimientos especiales, a fin de realizar la adecuada gestión del mismo. Ejemplo: pilas y baterias, tóner de impresora, residuos de aparatos electrónicos, aceites industriales utilizados…

• Grupo V: Residuos radiactivos, se encuentran regulados por una normativa especifica.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia que el personal sanitario y no sanitario sepa distinguir los distintos tipos de residuos que se generan en una Institución Sanitaria, debido a la diversidad de procedimientos, acciones, etc, que se realizan en ellas, ya que suponen un riesgo de producir infecciones (a pacientes y trabajadores) si su manejo es inadecuado. Aunque la mayoría de los residuos generados no son peligrosos, otros si lo son, por ello debemos tener conocimiento de los tipos de residuos que se pueden generar en un centro sanitario y su peligrosidad.

6 Bibliografía

1. Servicios de Medicina Preventiva. Manuales de Gestión de Residuos Hospitalarios de los hospitales del SESCAM. Toledo: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras; 2004. [Documento interno no publicado].
2. Servicio de Servicios Generales y Conciertos del SESCAM. Pliego de Prescripciones Técnicas para la Contratación del Servicio de Limpieza de los centros dependientes del SESCAM. Agosto 2005. [Informe técnico no publicado].
3. INSALUD. Manual de Gestión de Residuos Sanitarios. Madrid: Instituto Nacional de Salud; 1992.
4. Rutala WA, Mayhall CG.Medical waste, Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13(1): p 38-48.
5. Diputación de Cádiz. Plan Provincial de Gestión de Residuos Sanitarios. Cádiz. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía; 1997.

Capítulo 758

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

ANA MARIA MARTINEZ GONZALO

NOELIA BLANCO MARTINEZ

1 Introducción

La manipulación manual de cargas y por tanto la movilización manual de pacientes, es responsable, en muchos casos, de la aparición de fatiga física e incluso lesiones que se pueden producir de una forma inmediata o por la acumulación de pequeños traumatismos aparentemente sin importancia.

En los profesionales del sector sanitario tiene una especial incidencia el dolor de espalda, debido a la movilización de pacientes y constituye un factor de riesgo para las lesiones de espalda.

El conocimiento de las técnicas adecuadas de movilización de pacientes, supone un elemento preventivo a la hora de evitar las lesiones de espalda.

2 Objetivos

- Describir factores a considerar en la prevención de las lesiones de espalda.

3 Metodología

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

Palabras clave: movilización de pacientes, prevención riesgos laborales.

4 Resultados

Tras realizar una revisión bibliográfica podemos dividir los factores a considerar en la prevención de las lesiones de espalda en cuatro grandes grupos:
1. Factores relacionados con el entorno: los espacios de trabajo, los equipos, el mobiliario, el ruido, la iluminación y la temperatura.
2. Factores relacionados con el profesional: la capacidad física y psíquica, la formación en técnicas de movilización, el entrenamiento, el vestuario y calzado, y los hábitos higiénicos (posturales, alimenticios, tóxicos, horas de descanso y ejercicio físico).
3. Factores relacionados con el paciente: antropometría, patología, incapacidades, finalidad terapéutica, factores psicológicos, grado de dependencia, higiene y profilaxis, evitar producir cualquier daño al enfermo, entorno familiar y respeto como persona.
4. Factores relacionados con la institución o complejo asistencial: cultura de seguridad, comunicación, estilo de mando, ritmo de trabajo, trabajo a turnos, formación e información y mantenimiento y utilización de los equipos.

5 Discusión-Conclusión

Conocer estos factores a considerar, unido a una serie de recomendaciones relacionadas con aspectos generales de los hábitos de vida, contribuye a que la actividad laboral no suponga una merma en la salud y calidad de vida del trabajador.

Cada uno de nosotros, en cada situación, debe reflexionar y adaptarse a las circunstancias del paciente, del entorno sanitario y a las características antropométricas propias y del resto de los compañeros que colaboren en la movilización.

6 Bibliografía

- Alvarez-Casado, E.; Hernandez, A.; Rayo, V. El riesgo asociado a la movilización de pacientes. "Gestión Práctica de Riesgos Laborales", Gener 2010, núm. 67, p. 26-29.
- Llorca , 2007, Manual práctico para la valoración del riesgo ergonómico, INVASST ERGO, Generalitat Valenciana, Invassst .
- Prieto, Munera, Rojas. 2015. Riesgo ergonómico asociado a sintomatología musculoesquelética en personal de enfermería.
- Castañeda, Garza, Gonzales, Pineda, Acevedo, Aguilera. 2013. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería.

Capítulo 759

LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO LABORAL ACTUAL.

MARIA SOLEDAD ALVAREZ MARTINEZ

1 Introducción

Se pretende identificar y poner nombre a algunas situaciones cotidianas en el día a día del trabajador , que resultan ser factores de exposición y el origen de riesgos psicosociales.

2 Objetivos

- Instaurar una verdadera cultura preventiva en el ámbito laboral.

3 Metodología

Se han revisado diferentes encuestas, estudios y publicaciones de organismos como la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, el Servicio Andaluz de Salud y el Vasco. Además de Guías del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

4 Resultados

Identificaríamos en el origen de los riesgos psicosociales entre otros:
- Condiciones de trabajo relacionadas con el contenido.
- Organización y realización de la tarea.

- Horarios; (largos, trabajo a turnos, trabajo nocturno).
- Falta de participación y control en el desarrollo del trabajo.
- Lo relativo a las relaciones personales.
- Conflicto de rol.
- Inseguridad contractual.
- Conflicto de exigencias casa-trabajo.

Capaces de afectar a la salud del trabajador en diversas manifestaciones.
- Físicas; trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, sexuales, etc.

- Psíquicas; trastornos de sueño, fobias, adicciones, ansiedad, etc.

- Sociales; menor rendimiento en el trabajo, dificultades en las relaciones humanas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Las intervenciones llevadas a cabo en los últimos años como medidas preventivas, en diferentes empresas centradas a veces en el individuo; como técnicas de relajación, participación en la organización del trabajo, interrelación de los trabajadores o formación.

La creación un nuevo puesto de trabajo, (un comodín por departamento) para liberar puntualmente a otros trabajadores, se han revelado como solución, así como poder disponer de los días de libre disposición, como una bolsa de horas que cada trabajador podría utilizar de forma global o fraccionada, muy importante esta última, si abordamos la situación de la doble presencia.

Estas experiencias que se han comprobado como útiles, podrán en el futuro mejorarse y ampliar como actuación en cualquier ámbito laboral.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Factores Psicosociales).
- Karasek, R. A.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo.
- Teig S. Kristensen.
- Servicio Andaluz de Salud.

- Agencia Europea (EU- OSHA).
- OIT.
- INSL.
- (Benavides et al. 2002), (Peiró, 1993).

Capítulo 760

LA NECESIDAD DE UN PLAN DE IGUALDAD EN TODAS LAS EMPRESAS

JENNIFER FERNANDEZ ZAPICO

1 Introducción

La política comunitaria en materia de empleo se concreta, entre otros objetivos, en unas tasas de empleo del 70% para el conjunto de la población y del 60% para las mujeres, lo que requiere elevar de manera sustancial las tasa de actividad femenina y garantizar el acceso, la permanencia, promoción y consolidación de las mujeres en el empleo.

No obstante, los datos de participación de mujeres y hombres en el mercado laboral son muy desiguales en lo que a acceso, condiciones laborales, salarios o presencia en sectores y actividades profesionales, así como en puestos de responsabilidad, se refiere, contexto que dificulta alcanzar estos objetivos.

La necesidad de romper con la situación de desigualdad que se produce en el mundo laboral y garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso y permanencia en el empleo, como instrumento básico para el ejercicio por igual de los derechos de mujeres y hombres, pero también para rentabilizar adecuadamente el potencial humano que unas y otros significan para el ámbito empresarial, es el reto de las políticas de empleo, pero también de los agentes sociales, dentro del ámbito de las relaciones laborales.

Romper con esta situación pasa por integrar el principio de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en la negociación colectiva, así como en la política y gestión de los recursos humanos de las empresas.

Para ello, han de identificarse las desigualdades de género y los factores de desigualdad existentes en el mundo laboral que perpetúan la situación diferencial de mujeres y hombres en la sociedad.

La dificultad, por otro lado, de compaginar la vida laboral con la familiar conlleva "tener que elegir" entre la vida personal o familiar plena y satisfactoria o el desarrollo de la carrera profesional, lo que se traduce en un mayor nivel de estrés y repercute en un mayor nivel de frustración ante la doble carga de responsabilidad.

Las organizaciones laborales asocian de manera sistemática distintas habilidades y capacidades de las personas en función de su sexo, y, en consecuencia, se condicionan los perfiles profesionales de hombres y mujeres, lo cual dificulta un aprovechamiento óptimo de los recursos humanos en las organizaciones.

Basándonos en lo expresado en la ley orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, la cual cita textualmente que:
"Las empresas están obligadas a respetar la igualdad de trato y de oportunidades en el ámbito laboral y, con esta finalidad, deberán adoptar medidas dirigidas a evitar cualquier tipo de discriminación laboral entre mujeres y hombres, medidas que deberán negociar, y en su caso acordar, con los representantes legales de los trabajadores en la forma que se determine en la legislación laboral".

Vemos que es fundamental (no todas están obligadas por ley) elaborar un plan de igualdad, independientemente del número de trabajadores.

Los objetivos principales de estos planes son:
• Concretar en medidas detalladas en el compromiso de la dirección y en los valores de la compañía a favor de la igualdad, la no discriminación y la integración.
• Velar por la salud y el bienestar del personal.
• Prevenir y, en su caso, canalizar y resolver los casos de acosos que se produzcan en el seno de la empresa y en su entorno directo.
• Favorecer el desarrollo de las personas dentro de la empresa y la conciliación de su vida personal y profesional.
• Asegurar que la toma de decisiones se basa siempre y únicamente en criterios objetivos garantizando la transparencia en los procesos.
• Concienciar, formar y mentalizar a todos los niveles de la organización en los temas citados.
Nuestro objetivo es plantear la estructura de un plan de igualdad.

2 Objetivos

- Presentar y argumentar la necesidad de elaborar planes de igualdad en las empresas.

3 Metodología

Se ha analizado y comparado diferentes planes de igualdad de las Administraciones Públicas, estudiando los puntos de partida de cada uno de ellos, que estructura han adoptado y si las mediadas planteadas ha sido posible llevarlas a cabo.

4 Resultados

Tal y como nos dice la ley, un Plan de Igualdad es un conjunto ordenado de medidas, adoptadas después de realizar un diagnóstico de situación, tendentes a alcanzar en la empresa la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres y a eliminar la discriminación por razón de sexo.

Este Diagnóstico de situación es la base sobre la que se asienta el Plan de Igualdad, es decir, aporta la información precisa que nos permitirá establecer los objetivos y medidas necesarias para promover la igualdad entre los trabajadores y las trabajadoras y evitar posibles discriminaciones por razón de sexo.

Las fases para implantar un plan de igualdad son las siguientes:
• Compromiso de la empresa y paralelamente la creación de un grupo o comisión de trabajo.
• Diagnóstico: consiste en recoger información sobre la empresa y su plantilla con el objetivo de ver la igualdad/desigualdad entre las mujeres y los hombres que se encuentran en la empresa.

Han de recogerse datos tanto cuantitativos como cualitativos, por ejemplo: edad y género de las personas de la plantilla, número de hijas/os, antigüedad, bajas, categorías, base salarial, etc. Las cualitativas han de recogerse a través de encuentros con las personas de la empresa, en entrevistas, por informes, etc.

Una vez recogida la información hay que analizarla y comenzar a ver dónde y cómo se originan las desigualdades, hacer propuestas y concretar medidas.

• Plan de acción: A partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico definiremos los objetivos que queremos conseguir. Esto ha de tomar forma de medidas e indicadores, para que sean cuantificables y veamos si la situación que hemos diagnosticado ha cambiado o no con nuestras acciones.
Se ha de elaborar un calendario que permita temporalizar las acciones y asignar personas responsables de las mimas, así como definir los recursos y las actividades.
Lo que se decida hacer hay que comunicarlo a la plantilla, por lo que hay que determinar cómo se va a llevar a cabo la difusión.

• Ejecución. En esta fase lo que se hace es implementar todas aquellas acciones que se han definido en el Plan de Acción.
La persona responsable llevará a cabo la coordinación de los departamentos y personas implicadas en el desarrollo, en este caso existen varios agentes implicados en la ejecución del mismo:

• Alta Dirección La voluntad de la Alta Dirección y la aprobación de los objetivos de igualdad es imprescindible para el desarrollo de la experiencia.

• RRHH: Los equipos técnicos necesitan integrar el programa en los procesos habituales de la empresa y que las acciones sean lo más concretas posibles para favorecer su viabilidad y la visibilidad de sus resultados.

• Representación legal de trabajadores y trabajadoras: Deben ser protagonistas activos durante todo el proceso.

• Plantilla: Es el principal agente implicado en el programa ya que es el colectivo destinatario. No es un grupo homogéneo, porque lo que interesa analizar la situación de los hombres y de las mujeres de la forma más personalizada posible. Las organizaciones sindicales tienen un papel determinante, tanto en la negociación como en el posterior desarrollo de las acciones.

• Seguimiento y evaluación. El plan de igualdad es un proceso de mejora continua, por lo que su seguimiento y evaluación permitirá comprobar si se han conseguido los objetivos que se propusieron para cada una de las acciones. También permite evaluar el desarrollo y el impacto real que está teniendo el plan para la consecución de la igualdad.

5 Discusión-Conclusión

La igualdad es un derecho fundamental en nuestra sociedad, la cual ha evolucionado incorporando a la mujer en el mundo laboral, por ello, el plan de igualdad ha de ser un plan real, con objetivos que puedan llevarse a cabo en el tiempo establecido, y ordenados por orden de prioridad.

Asimismo, es necesario, que las acciones sean especificas para concretar la actividad que se debe de realizar.
Para que se puedan ver los objetivos alcanzados, es necesario que los órganos o servicios responsables de aplicar cada medida documenten de forma sistemática cómo está funcionando, qué resultados están obteniendo, los problemas que surgen y los aspectos que deben corregirse o mejorar.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Plan Estratégico de Igualdad entre Mujeres y Hombres del Principado de Asturias.
- Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género.
- Plan de igualdad Universidad de Oviedo.

Capítulo 761

TRASTORNOS ASOCIADOS AL TRABAJO ADMINISTRATIVO FATIGA VISUAL.

AVELINA RODRÍGUEZ ANTUÑA

1 Introducción

La irrupción de las nuevas tecnologías (TIC) en el ámbito laboral, ha supuesto un aumento considerable en el uso de Pantallas de visualización de datos (PVD), como herramienta de trabajo. La tendencia actual es al aumento en el uso de los ordenadores, no solo en los trabajos técnicos, sino en todos los sectores laborales.

Esta entrada masiva en el mundo laboral, hizo necesaria la elaboración de una legislación que regule los riesgos laborales relacionados con su uso. Así la UE fijó la Directiva 90/270/CEE de mayo 1990 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al uso de PVD. Siete años más tarde llegaron al derecho español, recogiéndose en el Real Decreto 488/1997 de 14 abril.

Gracias a la prevención de Riesgos Laborales podemos evaluar los riesgos derivados de la utilización de pantallas, y ver, cómo afectan a la salud de los trabajadores, a la vez que permiten crear las condiciones y métodos que procuren un bienestar físico, mental y social al mismo.

Riesgo laboral se define como; “la probabilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo”. Esto no quiere decir que se vaya a producir un daño inmediato, ni de forma automática en el trabajador.

2 Objetivos

- Analizar los datos que permitan, poner de manifiesto, como el uso de la tecnología supone la introducción de nuevos riesgos laborales; problemas en ojos y visión, posturales y lesiones por movimientos repetitivos, además, del estrés. Nos centraremos principalmente en los riesgos visuales derivados del uso de PVD.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevó a cabo una investigación y búsqueda en diferentes artículos relacionados con el tema a tratar, además de la revisión de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y la normativa correspondiente.

4 Resultados

La Ley 31/1995 de 8 noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, determina las garantías y responsabilidades, que son necesarios establecer, para mantener un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores. Las normas de desarrollo reglamentario son, las que deben fijar las medidas mínimas que se deben adoptar.

Entre ellas se encuentran las destinadas a garantizar una adecuada protección a los trabajadores que utilicen pantallas de visualización de datos (PVD), la normativa relativa se recoge en el Real Decreto 488/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y encomienda al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, la elaboración de una Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos.

A este efecto, se entenderá por:
- Pantalla de visualización: pantalla alfanumérica o gráfica, independientemente del método de representación visual utilizado.
- Puesto de trabajo: el constituido por un equipo con pantalla de visualización, de un teclado, de un programa de interconexión, de accesorios ofimáticos, de un asiento y mesa o superficie de trabajo, así como el entorno laboral.
- Trabajador: cualquier trabajador que, habitualmente y durante una parte relevante de su trabajo normal, utilice un equipo con pantalla de visualización.

Las actividades laborales llevadas a cabo con PVD son innumerables, por lo tanto, hay que tener en cuenta los siguientes factores de riesgo.
• Tiempo de trabajo en la pantalla, si se superan las 4h. diarias de trabajo efectivo o se utiliza habitualmente durante periodos continuados.
• Que las necesidades de la tarea exijan un alto nivel de atención para su desarrollo.
• Complejidad de la tarea, necesitando una formación específica para la realización de la misma.
• Rapidez para la obtención de la información
• No poder utilizar otros métodos alternativos de trabajo para conseguir los mismos resultados.

Uno de los riesgos laborales más frecuente en el uso de PVD es, la fatiga visual, provocada por la permanencia prolongada frente a la pantalla y por una utilización inadecuada de la misma, que se manifiesta generalmente, con picor de ojos, lagrimeo, cansancio e inadecuación de la visión.

Para disminuir los posibles trastornos producidos en la visión será necesario adecuar:
- La distancia y el ángulo visual respecto a la pantalla, de los elementos del puesto de trabajo, así como tener en cuenta la iluminación, constantes, deslumbramientos y reflejos.

El ángulo entre pantalla, el eje normal de la mirada hacia el borde superior de la pantalla y eje imaginario entre ojos y los datos de la pantalla, tiene que ser de unos 20 grados.

La distancia oscilará entre 60 a 80 cts., nunca inferior a 40 cts., ni superior a 90cts., con un dispositivo de cobertura adecuado y regulable además de orientable e inclinable, para atenuar la luz del día que incida en el puesto de trabajo.

Las fuentes de iluminación, deberán evitar los reflejos en la superficie de la pantalla. Hay que tener en cuenta, la posición de la pantalla en relación a las ventanas, que constituyen una fuente luminosa, y procurar que estas estén equipadas de un dispositivo de cobertura adecuado y regulable para atenuar la luz diurna.

No es aconsejable la luz natural como única fuente luminosa, ya que puede sufrir variaciones, por lo tanto hay que tener en cuenta que:
- Las ventanas, no estarán ni delante ni detrás de la pantalla.
- El eje de vista tiene que ser paralelo a las ventanas.

- La zona de trabajo debe estar alejada lo más posible de las ventanas.

La iluminación artificial será difusa, proviniendo de fuentes de gran superficie, ha de ser débil y en todas direcciones. El alumbrado puntual dirigido, si bien puede ser útil, hay que procurar que no deslumbre a los operadores de puestos vecinos. Lo más habitual, es el uso de tubos fluorescentes.

Como normas generales, tiene que haber una imagen estable sin destellos, que el teclado sea mate, y la superficie de trabajo no sea reflectante.

La iluminación tiene que ser suficiente y con el contraste adecuado, sin deslumbramientos, y nunca se ubicará una lámpara de techo sobre un puesto con pantalla de visualización.

La pantalla debería estar a la altura de los ojos, y se debe limpiar el monitor a menudo para evitar la fatiga.

5 Discusión-Conclusión

Las molestias oculares constituyen, un motivo de consulta médica bastante habitual en los últimos tiempos. El término médico para definir la fatiga ocular es, la astenopia (respuesta del ojo frente al esfuerzo muscular excesivo) que se manifiesta con diferentes síntomas, no solo con problemas visuales; vista borrosa, sensibilidad a la luz, escozor, enrojecimiento, sino también con dolores de cabeza, mareos, contractura y dolor cervical entre otros.

Siempre habría que descartar otros problemas oftalmológicos, que se puedan confundir con la fatiga ocular, por eso es importante acudir al oftalmólogo y que nos indique el tratamiento específico para la corrección y cuidado de los ojos, evitando que aparezca la fatiga o disminuyendo su intensidad.

Dentro de las recomendaciones a seguir estarían:
-Realizar movimientos de relajación
-Parpadear de forma fuerte y rápida.
-En caso de sequedad ocular utilizar gotas de lágrima artificial.

Además la ley dice que el empresario debe analizar los puestos de trabajo con PVD y evaluar los posibles riesgos, adoptando las medidas oportunas para paliarlos. Los trabajadores deben ser informados, y recibir formación adecuada, además de practicar reconocimientos médicos antes de la utilización de pantallas, y de

forma periódica con posterioridad a su uso. El trabajo debe ser organizado con pausas periódicas. Tienen que existir unas condiciones mínimas de seguridad en los equipos, y unas medidas de protección aplicables a cualquier trabajador.

6 Bibliografía

- https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/habitos-saludables/prevenir-la-fatiga-ocular-en-el-trabajo/.
- https://www.prevensystem.com/internacional/799/noticia-como-prevenir-la-fatiga-visual-en-el-trabajo.html
- http://www.istas.ccoo.es/descargas/gverde/trabajo_con_pvds.pdf.
- https://sgiconsultores.com/pantallas-de-visualizacion-de-datos/.
- https://www.boe.es/buscar/pdf/1997/BOE-A-1997-8671-consolidado.pdf.

Capítulo 762

LA ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

AVELINA RODRÍGUEZ ANTUÑA

1 Introducción

En los últimos años, ha mejorado la accesibilidad a la asistencia sanitaria, provocando un ascenso de las visitas a centros sanitarios (hospitales y centros de salud). Cada vez más se reclama una atención inmediata; los pacientes piden aclarar dudas sobre patologías, sobre medicación o para saber si los síntomas que tienen son algo normal. Estas visitas pueden tener otro cauce para su solución.

La llamada telefónica supone un medio rápido y fácil de acceso a la atención sanitaria que en muchas ocasiones evita la visita a un centro de salud, con la repercusión que ello supone sobre las listas de espera.

2 Objetivos

- Valorar la atención telefónica, como medio indispensable, de acceso a la asistencia sanitaria.
- Facilitar las claves para una correcta atención al usuario.
- Poner de manifiesto la necesidad de una formación adecuada para el desarrollo de este trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

A la hora de contactar con un centro sanitario bien, sea hospital o centro de salud, existen dos vías principales:
• La vía digital, más utilizada por las personas jóvenes.
• La vía telefónica, cuyos usuarios suelen ser los pacientes de más edad.

Es importante ofrecer un buen trato al usuario, ya que da confianza e influye en la impresión que el paciente tendrá sobre nosotros individualmente, y como parte del sistema sanitario al que está llamando.

La recepción de la llamada debe de ser rápida, evitando la sensación de espera por parte del paciente, además de cordial y amable. Esta atención es tan importante como el trato en la consulta, y ayuda a transmitir al paciente sensación de cercanía, confianza y profesionalidad.

El personal de recepción de un centro sanitario tiene que cumplir unas características básicas, como son:
- Ser una persona agradable. Aunque el paciente no lo vea es importante sonreír; es una forma consciente de relajarse, capaz de transmitirse entre personas. Hablar con seguridad permite al paciente sentirse cómodo y convencido de que va a tener una buena atención.
- Practicar la "escucha activa", esto es, dejar hablar al paciente sin interrumpir, pero que el paciente sepa que se le escucha utilizando expresiones como: "de acuerdo", "correcto" o "entiendo"; y además saber gestionar los silencios, lograr que el paciente no se sienta desatendido. Por otra parte tiene que cerciorarse de que el paciente ha entendido lo que se le ha explicado. Se consigue haciéndole preguntas al respecto, para asegurarse de que ha asimilado toda la información correctamente.
- Utilizar un lenguaje apropiado, que no sea muy técnico o complicado (para evitar

llevar a errores), y que sea realizado en un tono adecuado. El tono es un instrumento básico; tiene que transmitir calidez, seguridad y tranquilidad a la hora de hacer objeciones, además de que será un reflejo del tono del centro.
- Poseer un buen conocimiento del funcionamiento del centro referente a tratamientos, fármacos más comunes y/o terminología médica, que solo se consigue con una formación adecuada para familiarizarse con estos aspectos.
- Disponer de un protocolo de actuación, conocimientos sobre posibles problemas que puedan tener los pacientes y/o pautas para poder solucionarlos.
- Las respuestas telefónicas deberán seguir los siguientes pasos: saludo, nombre del centro, persona que coge el teléfono, y en ocasiones tomar nota del nombre del paciente para poder dirigirse más personalmente a él.
- Hacer un resumen de lo hablado con los puntos importantes al finalizar la llamada, agradecer esta, y formular un saludo de despedida.

5 Discusión-Conclusión

Las llamadas telefónicas en los centros sanitarios, suponen un alto porcentaje de actividad. Es un medio de fácil acceso, que soluciona muchos problemas y dudas de los pacientes, asesorando e informando, además de realizar triage de casos que necesitan atención médica urgente. La consulta telefónica, además, evita en muchos casos visitas innecesarias al centro de salud, beneficiando al paciente. Se pone de manifiesto, con este estudio, que la persona que atienda el teléfono en un centro sanitario, tiene que ser, seleccionada adecuadamente por sus habilidades y experiencia, además de la importancia de que se dedique periódicamente un tiempo a su formación.

6 Bibliografía

- https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/claves-para-buena-atencion-telefonica-centro-sanitario.
- https://aesinergy.es/atencion-telefonica-al-paciente-clave-para-clinica/.

Capítulo 763

UN RETO PARA LA SANIDAD: TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC)

AVELINA RODRÍGUEZ ANTUÑA

1 Introducción

La sanidad del futuro ya está aquí. Se multiplican las fuentes por las que los ciudadanos pueden acceder a la información sanitaria. Más del 60% de los españoles han utilizado Internet para consultar sobre salud. Smartphones, dispositivos y apps funcionan como herramientas para una "salud conectada".

La informática médica nace en la década de los años 50 en Estados Unidos, con un proyecto odontológico, no es hasta 1990 cuando su uso se generaliza en el ámbito sanitario. Las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) han provocado un cambio en nuestra sociedad. Internet y el uso de ordenadores hacen que nuestra manera de comunicarnos sea más fácil, eficiente e inmediata.

2 Objetivos

- Evaluar y analizar como la incorporación de las TIC a la sanidad ha supuesto una mejora sustancial para el sector.
- Constatar la necesidad de seguir incrementado su implantación.

3 Metodología

Para conocer la influencia de las TIC en la sanidad se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de información en bases de datos on-line sobre salud y a través de Google Académico. Además, se han consultado revistas y artículos relacionados con el tema.

4 Resultados

Las TIC giran en torno a tres medios básicos: la informática, la microelectrónica y las telecomunicaciones; pero no de forma aislada sino interactiva, y permiten nuevas realidades comunicativas. Son herramientas verdaderamente útiles para la toma de decisiones por parte de pacientes, clínicos y gestores. Los ciudadanos son cada vez más activos en su uso por el convencimiento de que mejoran la respuesta a sus necesidades, son los jóvenes con estudios universitarios los que más uso hacen de las TIC, consultan sobre temas de salud relacionados con nutrición y estilos de vida, principalmente. Pero también destaca el uso, de las redes sociales, por parte de pacientes crónicos que intercambian información con aquellos que están en su misma situación.

Los wearables, desempeñan un papel muy importante, los usuarios los utilizan para monitorizar sus constantes vitales, su actividad física, medir la evolución de su enfermedad y controlar sus hábitos de vida lejos de los centros médicos. También los profesionales médicos se están interesando cada vez más por la tecnología, con la introducción de estos dispositivos, el médico puede tener un control constante de sus pacientes en riesgo vital, con sensores a modo de parches, que monitorizan las variables médicas, las almacenan y las comparten a través del propio móvil, lo que a la larga permite mejorar los resultados clínicos. Por lo tanto estos dispositivos pueden influir en el aumento de la esperanza de vida y en la calidad de la misma.
La cita previa telemática, es otro de los servicios más utilizados (el 44% de los usuarios lo han utilizado) y, consideran, que es un medio más rápido que acudir directamente al centro.

La historia clínica electrónica (HCE), es sin duda uno de los mayores avances de los últimos años. Facilita el acceso a la información del paciente desde cualquier centro médico, agiliza los trámites y ahorra espacio.
Esta transformación digital hacia nuevos modelos, mejora la gestión de los servicios sanitarios, pero su implantación no se produce al ritmo deseado, de ahí que

grupos de expertos hayan valorado diez áreas sobres las que actuar para impulsar y agilizar este cambio:
• Promover la interoperabilidad de bases de datos facilitando el acceso a la información compartida. Por ejemplo las historias clínicas interconectadas entre diferentes comunidades y sistemas, la continuidad asistencial a distintos niveles (atención primaria, especialidades, urgencias, hospitales…) para conseguir un modelo sanitario centrado en el paciente.
• Mostrar el impacto de las TIC en la salud, a través de Programas de Investigación.
• Favorecer que las TIC sean un elemento clave en la atención a la cronicidad.
• Formar a los profesionales sanitarios y no sanitarios en el uso y entendimiento de las TIC para mejorar la eficiencia.
• Educar a la población en salud con programas asociados a las TIC (informándoles sobre hábitos saludables y el autocuidado).
• Promover programas de telemedicina para reducir barreras geográficas y temporales.
• Flexibilizar las instituciones sanitarias para adaptarlas a los avances tecnológicos.
• Diseñar programas para la implantación de las TIC en salud.
• Invertir más en el desarrollo de las TIC.
• Reducir la resistencia de los profesionales sanitarios al uso de las nuevas tecnologías, estableciendo medidas para lograrlo.

5 Discusión-Conclusión

Las TIC en el ámbito sanitario sean centrado en hacer más ágil la burocracia, informatizar procesos antiguos y en mejorar la historia clínica, pero no cabe duda de que pueden apoyar al sector salud mucho más; mejorando las relaciones entre pacientes, sanitarios y gestores, optimizando procesos asistenciales, de diagnosis y terapéuticos, dando cobertura a los profesionales en el acceso e intercambio de información y potenciando su formación.

Todos estos factores influyen directamente en la reducción de costes, en la disminución de errores y en la calidad de vida de los usuarios.

6 Bibliografía

- https://innovacionensalud.elmundo.es/salud-digital/la-sanidad-del-futuro-a-traves-de-las-tic.html
-
- https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=90579
https://revistamedica.com/tic-la-sanidad-transformacion-asistencia-sanitaria/
- https://scholar.google.es/scholar?q=aplicaciones+tic+en+sanidad&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart

Capítulo 764

CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.

JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES

MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO

1 Introducción

Equipo multidisciplinar es un conjunto de personas, con diferentes formaciones, que trabaja en conjunto para resolver un problema con un objetivo común. Todos los trabajadores formamos parte de una "cadena" (Limpiadoras, administrativos, celadores, auxiliares, enfermeros, médicos, etc.) y cada uno tiene un papel importante dentro de ese equipo, pero no menos importante es la comunicación entre el profesional y el paciente.

2 Objetivos

- Mejorar la percepción del paciente durante su hospitalización.
- Obtener mayor información, atendiendo a las necesidades del paciente.
- Proporcionar cuidados de mejor calidad acordes con su dolencia.

3 Resultados

- Observación del paciente.
- Información clara y veraz, afectiva y humana (Tono, fluidez, pausas, etc.)
- Accesibilidad del paciente al personal.

- Potenciar el uso de la escucha activa entre el equipo multidisciplinar y el paciente.
- Importancia de la comunicación verbal (Empatía, actitud, etc.) y no verbal (expresión facial, mirada, postura, contacto físico, etc.)
- Asertividad, expresando, sin dañar a nuestro interlocutor, nuestros pensamientos.
- Empatía con el enfermo, descubrir sus miedos, inquietudes, etc. y crear un ámbito agradable durante su estancia en el centro hospitalario.
- Creación de un clima positivo.
- Obtención de información relevante (sentimientos, miedos, etc.)
- Confianza del paciente hacia el profesional.

La relación emisor-receptor repercute positivamente en el bienestar tanto del paciente como de los trabajadores. Por ello, es tan importante la relación multidisciplinar entre los trabajadores como la relación directa con el usuario.

4 Discusión-Conclusión

Con frecuencia se escucha en todos los ambientes relacionados con la salud hablar sobre la importancia del trabajo en equipo multiprofesional e interdisciplinario, situación común en instancias propias de los servicios de salud y de la comunidad académica en particular.

Existe consenso acerca del beneficio irrefutable del trabajo en equipo para mejorar la calidad de atención que debe brindarse a pacientes, familias y comunidad. Si bien es cierto que la experiencia actual al respecto apunta hacia la atención del individuo enfermo, no es menos cierto que existe muy poca o ninguna experiencia de trabajo en equipo con familias o con la comunidad.

Es pertinente que miembros de diferentes disciplinas se encuentren representados dentro del equipo de salud. Es bien sabido por todos que en la atención individual o colectiva existen actividades comunes a los diferentes miembros del equipo; sin embargo, las actividades específicas de cada disciplina deben preservarse en el accionar del mismo, razón por la cual debe establecerse un mecanismo que permita puntualizar tanto las unas como las otras, con el ánimo de facilitar su fácil desenvolvimiento y evitar innecesarias dificultades.

5 Bibliografía

1. Rosales Amarís,M., Herrera, MW. Modelo de Atención en Salud y su Implementación. Fundación W.K. Kellogg. Proyecto UNI-BarranquMa.Nov., 1996.
2. Bersh, D. El Fenómeno de la Salud. Bases para el trabajo académico y la labor administrativa. Icfes-Ascofame. Ops/Oms. Editorial Andes.
3. Kisil, M., Chaves, M. et al. Ideario Programa UNI.Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de la Salud. Fundación W.K. Kellogg, 1994.
4. Tarimo, E. Por un distrito sano. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991.
5. Stockins, B. InterdisciplinariedadyMultidisciplinariedad. Proyecto UNI-Temuco. Fundación W.K. Kellogg, 1995.

Capítulo 765

MANEJO DES ESTRÉS PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SEILA MARTÍNEZ

1 Introducción

El estrés es una de las enfermedades con más afectados en el siglo XXI, puede definirse como un conjunto de reacciones fisiológicas que se presentan cuando la persona sufre estados de tensión a causa de diversas situaciones en el ámbito laboral o personal. El estrés laboral es un tipo de estrés que está asociado al trabajo y que puede ser crónico o puntual.

Son varias las causas que llevan a los profesionales de la administración sanitaria a desarrollar estrés laboral como pueden ser: Una gran sobrecarga de trabajo; el acoso laboral; no sentirse reconocido en el puesto de trabajo; falta de motivación; bajo salario, monotonía en las funciones … Todo ello conlleva a que se disminuya el rendimiento y a que la persona experimente cansancio físico y emocional acompañado de dolores que pueden provocar una situación de baja laboral.

Existen dos tipos de estrés: estrés bueno (eustrés) y estrés malo (distrés).
- El eustrés nos permite adaptarnos a los cambios, reaccionar mejor ante los problemas que nos van surgiendo. Es un estado de excitación positiva que hace que estemos alerta y que podamos ver las cosas con más claridad.
- El distrés nos hace ver cosas como estresantes cuando verdaderamente no lo son tanto, pueden ser pesadas, agotadoras, tediosas pero no estresantes.

Lo ideal es que consigamos transformar el distrés en eustrés y para ello debemos afrontar y manejar las dificultades y problemas que se nos vayan presentando día

a día adecuadamente y comprender que muchas situaciones que consideramos estresantes no lo son en realidad.

Pautas para manejar el estrés:
- Organización. Ser organizado es fundamental par aun auxiliar administrativo. No sólo debemos organizar nuestras tareas, si no que también muy importante que mantengamos bien organizada nuestra mesa y elementos de trabajo. Debemos tenerlo siempre todo colocado y guardado de la misma manera y en el mismo lugar, lo que nos evitará pérdidas de tiempo innecesarias que nos pueden provocar estados de nerviosismo.

- También es fundamental que tengamos claras nuestras funciones y tareas y que seamos conscientes del tiempo real que se necesita para desempeñarlas de una forma adecuada. Tenemos que tener claro cuales son las tareas urgentes y las no tan urgentes. Una vez hayamos analizado esto empezaremos a realizar nuestro trabajo empezando por lo más urgente y prioritario y dejando para otro día lo menos importante si fuera imposible de realizar.

- Adaptarse a los cambios. Cuando sabemos resolver algo nos sentimos cómodos y satisfechos y entramos en un espacio de confort del que nos cuesta salir, por eso nos tensamos cuando nos surgen cambios y problemas que nos suponen esfuerzos. Debemos ser conscientes que los cambios en el trabajo son totalmente necesarios e inevitables y que nos ayudan a tener más conocimientos y por tanto a sentirnos más realizados, algo fundamental para el bienestar del ser humano. Si nunca aprendiéramos nada nuevo nuestra vida seria más aburrida y menos gratificante.

- Confianza en uno mismo. Debemos tener presente nuestros logros en el día a día y no venirnos abajo cuando las cosas no salen del todo bien. Todos cometemos errores en algún momento y gracias a ellos aprendemos la manera de corregirlos y solucionarlos.

- Pedir ayuda. Es importante que valoremos a nuestros compañeros y que seamos capaces de consultar todas las dudas que nos surjan y que quizás ellos nos puedan resolver. Esto nos ahorrará mucho tiempo y nos liberará de tensiones innecesarias.

- Desconectar del trabajo. Cuando se termine nuestra jornada laboral debemos desconectar y dejar que nuestra mente descanse y se renueve para el día siguiente.

- Ser positivo. Ser positivo nos ayuda a afrontar los problemas y a solucionarlos sin miedos , sin alterarnos resolviéndolos de una manera más satisfactoria.

- Tomarse pequeños descansos. Cuando notemos que estamos atascados y que no pensamos con claridad es conveniente que hagamos un breve descanso que nos ayudará a poner las ideas en su sitio.

- Dormir lo necesario. Es aconsejable que se duerma entre 7 y 9 horas .

2 Objetivos

Objetivo general:
- Aprender a manejar el estrés.

Objetivos específicos:
- Aceptar los cambios que vayan surgiendo en nuestro trabajo.
- Saber organizarse.
- Tener confianza y seguridad en uno mismo.
- Ser positivo.
- Pedir ayuda.
- Saber desconectar.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.upadpsicologiacoaching.com/estres-distres-o-eustres-eliges-tu/.
- https://www.mc-mutual.com/documents/20143/47599/manual_estres_es.pdf/6253130c-5548-10dc-70ea-0c4f61cad942.
- https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/seguridad_ocupacional_2017.

Capítulo 766

RIESGOS DERIVADOS DE FACTORES PSICOSOCIALES EN PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ

PATRICIA MONTES GAMEZ

ROSA MARÍA VALDÉS DÍAZ

MARIA ANGELINA GARCÍA RUBIO

ARAMI GARCÍA BORJAS

1 Introducción

Los riesgos laborales por motivo de factores psicosociales, pueden generar situaciones que dañen gravemente la salud laboral de los trabajadores, tanto física como mental.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos derivados de factores psicosociales en el personal sanitario y no sanitario así como sus posibles medidas preventivas que podemos adoptar.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT) reconoce como riesgos psicosociales a:
- Acoso laboral
- Acoso sexual
- Estrés crónico
- Inseguridad contractual
- Síndrome de Burnout
- Violencia y agresiones en el trabajo

Entre estos cabe destacar, el síndrome de desgaste profesional ó síndrome de Burnout, es un padecimiento que consiste en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

El síndrome de Burnout.
El sector sanitario es uno de los más afectados por el estrés laboral, ya que están en permanente contacto con pacientes, sufrimiento etc… por lo que es necesaria una evaluación de los riesgos psicosociales que están implicados.

Los riesgos psicosociales pueden estar originados por la interacción del trabajador en su entorno laboral como pueden ser:
- Realización de jornadas con horarios variables, turnicidad, nocturnidad, exceso de horario
- Ritmo de trabajo
- Trabajo aburrido y monótono
- Malas relaciones con compañeros
- Aislamiento

Entre las medidas preventivas de los riesgos psicosociales que podemos acometer sobresalen las siguientes:
- Adaptar los turnos al ciclo circadiano
- Cuidar las relaciones con los compañeros
- Claridad de los roles de cada trabajador
- Mejorar la comunicación
- Mejorar la organización
- Rotar las diferentes tareas entre los trabajadores

5 Discusión-Conclusión

La evaluación de riesgos está enmarcada por la Ley de Riesgos Labores recientemente aprobada, por lo que es fundamental la identificación de riesgos, su evaluación y prevención.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov.
- https://es.wikipedia.org/.
- http://www2.san.gva.es/.

Capítulo 767

CLASIFICACIÓN DE ARCHIVOS PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

MARÍA ISABEL RIESGO BOUSOÑO

1 Introducción

El Archivo está formado por el conjunto orgánico de documentos de cualquier fecha, formato o soporte material, producidos o reunidos por los órganos rectores y de gobierno, y las personas físicas al servicio de la administración en el desarrollo de su actividad administrativa, docente e investigadora, así como las donaciones o cesiones de personas físicas o jurídicas ajenas a la Universidad; organizados y conservados para la gestión administrativa y la información, así como para la investigación y la cultura.

2 Objetivos

- Dar a conocer al auxiliar administrativo información imprescindible sobre el archivo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los principios generales de la organización archivística de los fondos documentales son el respeto al origen y al orden natural de los documentos, los cuales están dados por la oficina productora de los mismos.

• Principio de procedencia: es aquél según el cual cada documento debe estar situado en el fondo documental del que procede, teniendo en cuenta que debe mantenerse la unidad e independencia de cada fondo y en éste la integridad y carácter seriado de las secciones, series y expedientes. Este principio es válido tanto para los archivos históricos como para los administrativos, pues en todos los casos debe conocerse o reconstruirse la evolución estructural histórica de la institución, identificando en ella las dependencias y funciones que desarrolla o desarrolló en el pasado, integrando en torno a cada una los documentos correspondientes agrupados en series. Para la aplicación del principio de procedencia debe identificarse la entidad productora de los documentos, la dependencia productora, las funciones desarrolladas y los documentos producidos agrupados en series. Debe hacerse una clasificación documental reconstruyendo la estructura de fondo documental.

• Principio de orden natural: hace referencia al orden en que se conservan los documentos dentro de cada carpeta o expediente ubicándolos de manera consecutiva de acuerdo como se dieron las actuaciones administrativas que dieron origen a su producción. Cuando una serie documental está compuesta por varios expedientes o carpetas, éstas también deben estar ubicadas de manera consecutiva respetando el orden natural en que se fueron conformando.

5 Discusión-Conclusión

Hay que ser conscientes de la importancia que tiene mantener correctamente organizado, bajo la supervisión de un responsable, los archivos en las oficinas productoras de documentación. Dado el volumen documental, la organización que se dé a las unidades documentales en esta primera etapa determinará casi de manera irremediable las posibilidades de tratamiento que recibirán más tarde.

6 Bibliografía

- https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-18541-consolidado.pdf.
- https://tutorformacion.es/ElementosWeb/Ejemplo%20UF0347.pdf.

- https://www.unavarra.es/digitalAssets/205/205484_100000127980_clasif_doc.pdf.
- http://www.scielo.br/pdf/ci/v40n1/a06v40n1.pdf.

Capítulo 768

COMUNICACIÓN EFICAZ ENTRE PACIENTE Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ALBA VALVIDARES MAYOR

ALMA Mª DE ABAJO SANZ

ANGELES SÁNCHEZ CORO

M OFELIA PALACIOS VILLA

SONIA GUTIÉRREZ FUENTE

1 Introducción

Las personas somos seres sociales, ya que pasamos la mayor parte de nuestras vidas con otras personas. Por ello, es importante aprender a entenderse con los otros y a funcionar adecuadamente en situaciones sociales. La vida en sociedad sólo es posible gracias a la transmisión de información que realizan las personas entre sí, mediante los canales de comunicación.

La comunicación se constituye en un instrumento fundamental para el progreso de las personas desde el estadio más primitivo hasta la actualidad. Podemos definir la comunicación como el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información.

Una buena comunicación en los centros sanitarios entre paciente y auxiliar administrativo debe de ser objetiva, cordial y satisfactoria por ambas partes ya que es fundamental para la lograr la satisfacción del paciente y evitar malentendidos y situaciones desagradables. La comunicación tiene dos elementos diferenciados:
1. Comunicación verbal: supone el 30% de la comunicación. Lo que se dice.
2. Componente no verbal: supone el 70% de la comunicación. Consta de diferentes elementos:
- Paralingüística: Engloba la entonación, intensidad de la voz, velocidad.
- Posturales: contacto visual, postura del cuerpo, gestos con la mano, expresión de la cara.
- Espaciales: Mayor o menor proximidad del interlocutor.
- Arquitectónicas: Personales-ropa, aspecto físico, luz, mobiliario.

Elementos que intervienen en la comunicación:
La comunicación eficaz entre dos personas, en este caso, paciente y personal administrativo, se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor.
- Emisor: la persona (o personas) que emite un mensaje.
- Receptor: la persona (o personas) que recibe el mensaje.
- Mensaje: contenido de la información que se envía.
- Canal: medio por el que se envía el mensaje.
- Código: signos y reglas empleadas para enviar el mensaje.
- Contexto: situación en la que se produce la comunicación.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de una comunicación efectiva entre el paciente y el auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, así como las técnicas y habilidades necesarias para conseguirlo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en buscadores como Google Aacadémico, páginas web y publicaciones y artículos relacionados con el tema a desarrollar. Conceptos clave: comunicación eficaz, ámbito sanitario, habilidades, empatía y escucha activa.

4 Resultados

Debemos tener en cuenta una serie de habilidades necesarias para una buena comunicación, las cuales contribuyen a facilitar la relación con pacientes y familiares. Una de las más importantes es la escucha activa, es decir, saber escuchar.

La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla, es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye. Se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para llegar a entender a alguien se precisa asimismo cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona.

Actitudes que facilitan la escucha activa:
- No interrumpir al hablante.
- Dejarle hablar, sin anticiparnos a lo que va a decir.
- No distraernos y escuchar con el máximo interés.
- Resumir las partes más importantes del mensaje del paciente, para que tenga el feedback de que está siendo realmente escuchado.

1. La asertividad
La asertividad es la capacidad de transmitir nuestro mensaje de un modo directo, honesto y adecuado. Una actitud de autoafirmación y defensa de nuestros derechos personales que incluye la expresión de nuestros sentimientos, preferencias, necesidades y opiniones; respetando al mismo tiempo los de los demás. Es el punto intermedio entre la pasividad y la agresividad. La asertividad facilita la comunicación y evita que los demás malinterpreten nuestros mensajes.

2. Lenguaje no verbal
La postura corporal, el contacto visual o los gestos, es decir, el lenguaje no verbal también comunican. Estar relajado y transmitir lo que intentamos decir puede maximizar el mensaje que queremos enviar a los demás

Formas de comunicación no verbal
- La mirada: todo el mundo se comunica con la mirada. En las comunicaciones cara a cara utilizamos la mirada para asegurarnos que el receptor está asimilando nuestro mensaje y que nos está escuchando.
- La expresión facial: el lenguaje facial transmite emociones y estados de ánimo al igual que la expresión corporal.
No conviene exagerar la expresión facial, porque puede resultar poco natural,

y tampoco hay que mantener un rostro inexpresivo, porque no ayuda nada a transmitir el mensaje y puede resultar aburrido para el paciente.
- La postura y los gestos: todo el cuerpo expresa algo cuando estamos en relación con otras personas. Con nuestra postura y gestos podemos dar un tono general de agresividad, de relajación, de superioridad, de temor, etc.
- El paralenguaje: se trata de información adicional e involuntaria no incluida en los sonidos de las palabras: velocidad de pronunciación, pausas, enunciación, tono, vocalización, volumen, etc.

3. Lenguaje verbal
Uno de los elementos básicos de un buen comunicador es cómo suena frente a los demás. Hablar en voz demasiado baja o en voz alta, arrastrar las palabras, o utilizar demasiados términos de relleno como "ah ", "eh" o "um", puede causar que el mensaje y la conexión con el interlocutor se pierdan. Es necesario ser claro, utilizar ejemplos concretos, tener una buena capacidad de improvisación, vocalizar correctamente, considerar los tiempos, y en definitiva expresar correctamente lo que tenemos en mente para conectar con nuestro interlocutor.
-Respeto. Las personas están más abiertas a comunicarse si mostramos respeto hacia ellas y sus ideas. Acciones simples como usar su nombre o tutearle, tener contacto visual que indique sinceridad, y reflejar la escucha activa hace que el paciente se sienta respetado y tenida en consideración.

4. Lenguaje telefónico
Debemos tener en cuenta que en los centros sanitarios, podemos comunicarnos con los pacientes de forma presencial cuando son ellos los que acuden al centro de salud u hospital o de forma telefónica, muy habitual a la hora de reprogramar, cambiar citas, etc. La atención telefónica es más delicada que la presencial porque sólo cuenta con el canal auditivo para establecer una comunicación efectiva. Antes de realizar una llamada tenemos que identificar al destinatario y determinar las ideas principales que vamos a comunicar.

Durante la realización hay que seguir una serie de pasos:
- Saludar.
- Presentarnos.
- Crear un clima acogedor en la conversación, para ello es importante emplear el nombre de nuestro interlocutor frecuentemente (sin abusar).
- Justificar la llamada.
- Aplicar la escucha activa.
- Exponer el tema de forma objetiva y profesional.

- Concretar lo acordado y recordar al paciente y usuario que estamos a su servicio.
- Despedirnos adecuadamente.

El uso del teléfono es una habilidad que, como otras, se puede adquirir y mejorar. Para conseguir una comunicación más efectiva con la persona que está al otro lado, debemos centrar nuestro esfuerzo en convertir la llamada telefónica en algo positivo, provechoso y satisfactorio para ambas partes. Hay elementos clave que describen cómo se nos percibe por teléfono.
- La voz. Crea las primeras imágenes e impresiones del centro sanitario, nuestra voz deberá ser: agradable, natural, clara y armoniosa, no regresiva. No deberá ser: monótona, apagada, brusca. Además, hablaremos con nitidez, articulando bien las palabras y a una velocidad normal.
- La actitud. Nuestra actitud ha de ser en todo momento positiva a profesional. Hay que reflejar entusiasmo, confianza en nosotros mismos, deseos de ayudar, formalidad, seriedad y sinceridad.
- El lenguaje.Evitaremos usar términos desconocidos o que pueden crear confusión, siendo claros y precisos en la elección de nuestras palabras.
- El silencio. De tener que guardar silencio, explicaremos al paciente qué es lo que vamos a hacer, por ejemplo, consultar una agenda, hacer una consulta, etc.

5 Discusión-Conclusión

Es inevitable que a lo largo de nuestra vida tengamos que acudir en alguna ocasión a nuestro centro de salud, consulta especializada o incluso urgencias, y a todos nos gustaría ser atendidos por el auxiliar administrativo de cada servicio de forma amable, educada, tratándonos con interés y empatía.

Una buena comunicación con el paciente influye en el bienestar de éste, que necesita ser escuchado y busca en el profesional afectividad, cercanía, empatía, implicación e incluso también consuelo. Todo ello forma parte hoy en día de la calidad asistencial. El entrenamiento en habilidades sociales es un buen procedimiento para mejorar la comunicación del personal sanitario y no sanitario.
- Una buena comunicación con el usuario mejora el grado de satisfacción del paciente y una mayor adhesión al tratamiento por su parte.
- El establecimiento de una adecuada interacción garantiza la adopción de medidas y estrategias preventivas por parte del usuario, evitando problemas futuros.
- Las habilidades de comunicación son básicas de cara a cualquier actividad sanitaria, porque permiten la aplicación de los conocimientos técnicos a través de la relación con el paciente.

6 Bibliografía

- Psicología online.com Angel A. Marcuello García. 2018. Disponible en: https: //www.psicologia-online.com/tecnicas-para-la-comunicacion-eficaz-3124.html
- Manual auxiliar administrativo Servicio de Salud del Principado de Asturias, editorial MAD. La comunicación humana. Rosa Fuentes Gassó y Miguel Ángel Navas Dueñas. 2018
- Portalesmédicos.com 2020.
- La Nueva España, La importancia de comunicar bien en el entorno sanitario. 2020.
- Guía didáctica Comunicación eficaz en el ámbito sanitario, José Carlos Águila Barranco, 2014.
- Psicología y mente. Las 10 habilidades comunicativas básicas, Jonathan García Allen.

Capítulo 769

LA LEGIONELLA: CONTROL Y PREVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL TÉCNICO DE MANTENIMIENTO

AVELINO AUGUSTO FERNANDEZ

1 Introducción

La legionella es una bacteria de origen ambiental, bacilo gram negativo, que puede ser adquirida en dos ámbitos:
- Comunitario.
- Hospitalario y suele estar en la adquisición hospitalaria asociada a varios tipos de instalaciones, equipos y edificios.

Se reproduce la bacteria entre 20 y 45 grados y se destruye a 70 grados, siendo la temperatura óptima de crecimiento de 35-37 grados. Su nicho ecológico natural, son las aguas superficiales y desde aquí puede colonizar los sistemas de abastecimiento de agua sanitaria u otros tipos que requieren agua para su funcionamiento como son las torres de refrigeración.

El mecanismo de transmisión se realiza por el aire, las gotas de agua que contiene la bacteria pueden permanecer suspendidas en el aire y penetrar por inhalación en el aparato respiratorio del hombre. La permanencia en el aire es corta, presentando poca resistencia a la desecación y a los efectos de la radiación ultravioleta.

Por tanto, se puede asegurar que la bacteria no se transmite al beber, o con la ingesta de comida, ni tampoco de persona a persona , salvo por las gotas de saliva,

ni de animal al hombre. En España existe una normativa sobre la prevención de la legionella en instalaciones de edificios, así en el artículo 2 del RD 865/2003 se dividen estas instalaciones según:

1. Mayor probabilidad de proliferación y dispersión de la legionella:
- Torres de refrigeración y condensadores evaporativos.
- Sistemas de agua caliente sanitario con acumulador y circuito de retorno.
- Sistemas de agua climatizada con agitación constante y recirculación a través de chorros de alta velocidad o de inyección de aire.
- Centrales humificadoras industriales-

2. Instalaciones con menor probabilidad de dispersión de la legionella:
- Sistemas de instalación interior de agua fría de consumo humano (tuberías, depósitos, algibes), cisternas o depósitos móviles.
- Sistemas de agua caliente sanitaria sin circuito de retorno.
- Equipos de enfriamiento evaporativo que pulvoricen agua.
- Humectadores.
- Fuentes ornamentales.
- Sistemas de riego por aspersión en el medio urbano-
- Sistemas de agua contra incendios.
- Elementos de refrigeración por aerosolización en el aire libre.

3. Instalaciones de riesgo en terapia respiratoria:
- Equipos de terapia respiratoria.

2 Objetivos

- Identificar cómo realizar el control y prevención de la legionella a través de medidas higiénico-sanitarias existentes para evitar su proliferación y diseminación, así como cumplir con la normativa legal vigente.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda de los artículos más relevantes para el control y prevención de la legionella, así como de la normativa existente de la materia, para ello se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos: Scielo, google académico y medline. Se utilizó palabras clave como control, prevención, riesgos, normativa, legionella, prevención legionelosis. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Las medidas preventivas tienen como finalidad evitar la dispersión de la legionella. Esto se logra vigilando la temperatura, controlar el estancamiento del agua y la suciedad, necesarios para la propagación de la bacteria. En la legislación española encontramos normativas al respecto del control y prevención, que son de obligado cumplimiento:

• RD 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis.

• RD 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de calidad del agua de consumo humano, modificada en parte por el RD 902/2018.

• RD 742/2013, de 27 de septiembre, por el que se establecen los criterios técnico-sanitarios de las piscinas.

• Norma UNE 100030:2017 IN Guía para la prevención, control de la proliferación y diseminación de legionella en instalaciones.

Es importante llevar un registro de todas las acciones llevadas a cabo, con la información actualizada de planos, materiales y un registro de todas las torres de refrigeración. En el ámbito hospitalario, además de todo lo anterior, se deberá disminuir los riesgos por legionella en aparatos de terapia respiratoria como nebulizadores, respiradores o humificadores. Según la bibliografía revisada, se han utilizado distintos métodos para el control y prevención de la legionella:

- Desinfección por cloro : tiene como objeto eliminar los microorganismos patógenos del agua de consumo doméstico. El cloro libre a concentraciones de 0,4 mg/l (0,4ppm) puede inactivar la legionella en suspensión en 15 minutos in vitro. Sin embargo la legionella que se encuentra en las tuberías es más resistente a esa concentración, por lo que requeriría de más altas concentraciones, no permitidas por la normativa actual. Encontramos que es uno de los métodos más utilizados en los hospitales y se realiza de dos maneras:
- Hipercloración intensiva: aplicando cloro en concentraciones entre 25-50 ppm, a través del sistema y después de un tiempo el agua es expulsada y con la entrada de nueva agua, se va observando hasta que van disminuyendo las concentraciones de cloro al nivel óptimo deseado.
- Hipercloración continua: inyección de cloro adicional que puede ser introducido a través de hipoclorito cálcico, hipoclorito sódico o gas clorinado.La principal ventaja es que el cloro llega a toda la estructura, y no se limita a determinadas zonas. El principal problema, corrosión en las tuberías y la variación de los niveles de cloro residual.
- Desinfección térmica: fue el primer método usado para el control de la legionella

en los hospitales. El agua a 70 grados mata la legionella en 10 minutos, mientras que a 60 grados se necesitan 25 minutos. El método consiste en elevar la temperatura del agua alcanzando los 60 y 77 grados por varios días y posteriormente atomizar todas las partes periféricas de la estructura durante 30 minutos. La principal ventaja es que no se necesita de un equipamiento especial y que puede ser iniciado de inmediato ante la sospecha de un brote epidémico. El inconveniente es que este método dura un tiempo limitado y se puede producir una nueva propagación de la bacteria con el tiempo. Al alcanzar temperaturas altas el agua, también es riesgo de quemadura por parte de los pacientes como de los trabajadores.

- Desinfección por ozono: se ha demostrado por Muraca y colaboradores, que entre 1 a 2 mg/l de ozono residual se conseguía una disminución en 5 horas de la legionella. El ozono requiere de menor tiempo de contacto y actúa como bacteriostático. El inconveniente es su precio elevado y que necesita de otro desinfectante ya que su duración en el tiempo es pequeña.
- Radiaciones ultravioleta: está demostrado in vitro que es un bactericida ,interrumpiendo la síntesis del DNA celular. Se colocan en los grifos y alcachofas de ducha. Como ventaja es insípido e inodoro, más efectivo para sitios pequeños y como inconvenientes, necesita de otro desinfectante que cubra todas las partes y si hay muy alta temperatura su eficacia disminuye.
- Ionización por metales: el cobre y la plata son dos agentes bactericidas y está en uso en algunos hospitales. La eficacia de los mismos depende del mantenimiento de una concentración adecuada de ambos iones en el sistema sanitario de agua caliente. Es de fácil instalación y mantenimiento; bajo coste. Como inconvenientes los niveles de los iones en el agua pueden variar y los electrodos son caldo de cultivo para las costras y suciedad.
- Otras actividades llevadas a cabo: son la inmersión de las cabezas de las duchas y grifos contaminados en agua hirviendo o en desinfectantes químicos (se ha demostrado baja efectividad).

También se observó que en hospitales donde tienen programas de mantenimiento preventivo, incluyendo pulverización o limpieza de los tanques de agua caliente durante una semana al año, tuvieron similar probabilidad de contaminación de sus aguas con legionella que la de aquellos hospitales que no tenían dicho programa. Recalcar el papel del equipo multidisciplinar en los hospitales para la prevención y control de la legionella, así como una comisión de seguimiento.

5 Discusión-Conclusión

En las últimas décadas se ha avanzado mucho en la prevención, con medidas de control, de mejora y protección mediante tratamientos en los probables focos de riesgo de infección, logrando minimizarlo. Ninguna técnica de desinfección, por sí sola, tiene resultados perfectos, sin un protocolo de mantenimiento preventivo-limpieza y desinfección y un comité de seguimiento que permita la evaluación continua de la misma.

La recogida de muestras ambientales constituye la clave en la prevención de la legionelosis hospitalaria y comunitaria. El control de la legionelosis en un hospital es tarea multidisciplinar, donde deben colaborar todos los colectivos. Por último, la legislación vigente, necesaria e imprescindible para llevar a cabo los controles y medidas a aplicar.

6 Bibliografía

- Enrique Geo-Izquierdo, Edward Mezones-Holguin, Luis Haro-García. Acciones de prevención y control de la legionelosis: un reto para la salud pública.
- Sociedad Española de Medicina preventiva, Salud Pública e Higiene.
- wwwgrupobeta.net
- RD 865/2003, de 4 de julio: Criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis.

Capítulo 770

EL SÍNDROME DE BURNOUT YA ES UNA ENFERMEDAD LABORAL

MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO

JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES

1 Introducción

Los profesionales dedicados al área de la salud se encuentran en constante riesgo de experimentar el síndrome de Burnout, un proceso que agota o cansa los recursos físicos y emocionales, afectando a los individuos responsables del tratamiento y/o bienestar del paciente. Involucra un deterioro en la ejecución del tratamiento, creando en los profesionales un autoconcepto negativo, actitudes negativas hacia el trabajo y pérdida del interés por los pacientes; es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y disminución en la ejecución personal.

El síndrome Burnout, también denominado síndrome del quemado en el trabajo, es un trastorno emocional está vinculado al ámbito laboral, el estrés por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Tiene consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico, es muy frecuente en enfermería, medicina y el profesorado En el síndrome burnout las cargas de trabajo son una de las principales causas en el ámbito sanitario, aunque también influyen el no tener las habilidades necesarias para realizar dicho trabajo, la falta de motivación, un agotamiento emocional debido a verse sobrepasado por la situación.

2 Objetivos

- Analizar factores socio-demográficos (sexo, edad, estado civil, antigüedad profesional y socio- laborales (turnicidad, expectativas personales, factores de la organización profesional, profesión, otros) influyen en la aparición del síndrome Burnout para poder tratarlo y atajarlo.
- Evitar que el malestar vivido en el ámbito laboral debido a ”encontrarse quemado” o al desgaste profesional no tenga una gran trascendencia en la salud y la vida extra-profesional de los trabajadores.
- Conseguir evitar el agotamiento mental, físico y emocional.

3 Metodología

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

4 Resultados

Prevención del síndrome basado esencialmente en las siguientes acciones:
- Acciones a nivel individual o interpersonal como pueden ser técnicas de relajación, técnicas de auto-control emocional, aprender a controlar mejor los tiempos para poder priorizar no solo el entorno laboral.
- Acciones a nivel organizativo y laboral contando con la ayuda de profesionales.

Tratamiento basado en métodos terapéuticos:
- Técnicas cognitivas conductuales y psicoterapia (ambas llevadas a cabo por psiquiatras y psicólogos).

5 Discusión-Conclusión

Con tratamientos adecuados se logra aumentar el rendimiento y la productividad. Se mejora la calidad de trabajo y la satisfacción profesional. Todo ello lleva a una mejor atención a los pacientes y un mejor funcionamiento de la organización sanitaria. El síndrome de Burnout tiene repercusiones en el trabajador tanto a nivel laboral como en la calidad de la vida cotidiana.

- Aparece debida a un exceso de trabajo
- Por sobre esfuerzo que le lleva a un estado de fatiga y ansiedad
- Desmotivación
- Absentismo, bajas laborales
- Debemos de intentar reconocerse los síntomas para una prevención y tratamiento para evitar el absentismo y mejorar el trato con el paciente.

Detectamos el síndrome como una enfermedad emergente en la cual el estrés laboral da lugar a varios síntomas como por ejemplo: agotamiento físico y/o psicológico (cansancio asociado al sentimiento de que nada se puede ofrecer a otras personas), despersonalización (desinterés en los usuarios) o carencia de realización personal (evaluación negativa de tu trabajo, carencia de competencia profesional y baja autoestima personal).

Todas las consecuencias de dicho síndrome se consideran una consecuencia grave de un proceso mantenido en el tiempo que tiene un gran impacto en la salud y la calidad asistencial por lo que es necesario realizar una prevención y hablar de factores protectores y motivación. En algunos casos se podría llegar al apoyo psicológico del trabajador.

6 Bibliografía

- Gil-Monte, P. R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones,16(2):101-102.
- Gil-Monte, P. R. (2001). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS) en una muestra de policías municipales. Salud Pública de México, en prensa.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. Psicothema, 11(3):679-689

Capítulo 771

LA CARGA DE TRABAJO EN EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO, COMO RIESGO ERGONÓMICO

AVELINO AUGUSTO FERNANDEZ

1 Introducción

El trabajo es una actividad humana por la que el individuo con su fuerza e inteligencia transforma el mundo. Implica el desarrollo de unas operaciones motoras y unas cognoscitivas. Por tanto, el grado de movilización que la persona debe realizar para llevar a cabo la tarea, los mecanismos físicos y mentales que debe poner en juego, determinarán la carga de trabajo.

Definimos la carga de trabajo como ”conjunto de requerimientos psicofísicos a los que el trabajador se ve sometido a lo largo de la jornada laboral”. En toda actividad laboral el trabajo físico y mental coexisten en diferente proporción dependiendo de la tarea. En el trabajo del personal de mantenimiento en un hospital es más elevado el trabajo físico.

La carga mental se define como ”el grado de movilización mental de la persona para desempeñar su trabajo”. Esta movilización depende del tipo y características de la persona que lo lleva a cabo, el entorno organizativo y ambiental, los medios técnicos y humanos disponibles, la complejidad de la información a asimilar y el tiempo disponible para la realización de las tareas. Por tanto los factores que

determinan unas condiciones de trabajo que pueden afectar a la carga mental son:

- Factores ambientales: un ambiente ruidoso, mala iluminación, hace que aumente la dificultad para la recogida de la información.
- Factores organizativos: los turnos de trabajo, la duración de las jornadas, las redes de comunicación, definición de puestos y tareas, estructura de control y organización; y sobre todo es relevante el aspecto temporal del trabajo, las interrupciones del mismo.
- Factores personales: experiencia,motivación y espíritu colaborador facilitan el afrontamiento de situaciones difíciles.

La carga mental se evidencia en la fatiga de los trabajadores, entendiendo por fatiga, el coste de respuesta frente a las exigencias del trabajo y el medio ambiente. También repercute en la organización, al constatar errores en el trabajo que pueden repercutir en la salud del personal y los pacientes del hospital.

La carga física se define como ”el conjunto de requerimientos físicos a los que se ve sometido el individuo a lo largo de su jornada laboral”. Esto supone un esfuerzo, un consumo de energía, tanto mayor cuanto mayor sea el esfuerzo solicitado. La consecuencia directa de una sobrecarga física es la fatiga muscular, traducida en patología osteomuscular, mayor riesgo de accidente, menor productividad, menor calidad del trabajo y en disconfort. El estudio de la carga física se basa en los tipos de trabajo muscular:

- Estático, viene determinado por las posturas (fundamental en el trabajo de mantenimiento)
- Dinámico, determinado por el esfuerzo muscular, los desplazamientos y el manejo de cargas.

La ergonomía estudia las características del trabajo, las condiciones ambientales y las de organización; también estudia las características individuales de cada trabajador que pueden dar lugar a alguna incidencia en la ejecución del trabajo (sexo, edad, condición física, grado de adiestramiento, estilo de vida y alimentación). A partir de esto, la ergonomía señala las condiciones que debe tener el trabajo, tanto para la ejecución correcta del trabajo como para evitar consecuencias negativas sobre los propios trabajadores.

2 Objetivos

- Conocer la carga de trabajo como riesgo ergonómico para fomentar un trabajo satisfactorio y favorable para la salud del trabajador.
- Identificar el modo de minimizar los posibles riesgos a los que está sometido el trabajador del ámbito sanitario.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica de artículos relacionados con la carga de trabajo utilizando palabras clave como: carga, carga de trabajo, carga mental, carga física, fatiga, riesgos ergonómicos. Se ha realizado la búsqueda en diferentes bases de datos, como Pubmed, Scielo y google académico. Se han empleado como criterios de inclusión: textos gratuitos escritos en castellano e inglés.

4 Resultados

Los riesgos ergonómicos son aquellos factores que pueden afectar de forma negativa a la adaptación y confort que se necesita en el puesto de trabajo. Para el personal de mantenimiento , en la categoría de fontanero, estos riesgos son fundamentalmente:

1. Posturas forzadas: son aquellas posiciones que te pueden producir algún daño en el tronco, miembros superiores e inferiores durante el trabajo. Las causan son:
- Posturas incorrectas , mantenidas durante mucho tiempo a lo largo de la jornada (de rodillas, agachado, en espacios reducidos).
- Posición inadecuada de la plataforma para el trabajo a realizar.
- Espacio de trabajo reducido que no facilita la movilidad.

Como consecuencia nos encontramos con callosidades en las rodillas, dolores musculares (lumbalgias, dolores de espalda y /o de miembros inferiores). Se pueden prevenir con la colocación de dispositivos tipo rodilleras, almohadillas , para poder apoyarse; manteniendo limpia y despejada la zona de trabajo, para que resulte más fácil adoptar una postura correcta; cambiar de postura frecuentemente y realizar pausas durante la jornada; colocación de las herramientas al alcance de la mano y evitar torsiones e inclinaciones superiores a 20º.

2.Esfuerzo físico: es la cantidad de fuerza corporal que se emplea para desempeñar el trabajo, si es excesivo puede llegar a organizar lesiones musculoesqueléticas.

La causa es cargar con un peso excesivo o poco peso durante mucho tiempo (radiadores, tubos, cajas de herramientas…); realización de movimientos continuos y repetitivos de brazos y muñecas durante la jornada; manipulación incorrecta de cargas así como mantener elevados los brazos durante mucho tiempo superando el nivel del hombro. Las consecuencias que nos encontramos son, entre otras:
- Síndrome del túnel carpiano
- Traumatismos superficiales y luxaciones
- Dolores musculares y esqueléticos (lumbalgias, dolores cervicales, hernias etc).
Se puede prevenir:
- Evitando manipular cargas de más de 25 kg en los hombres y 15 en las mujeres;
- Solicitar ayuda entre los compañeros para el transporte, recepción y colocación de la carga;
- Seguir la normativa establecida para el levantamiento de cargas pesadas:
Separando y apoyando los pies en el suelo para mantener una postura estable.
Doblando las piernas (sin flexionar mucho las rodillas) y manteniendo la espalda derecha.
Sujetar con ambas manos la carga de manera firme.
Mantener la espalda recta.
Mantener la espalda recta y levantar la carga enderezando las piernas, sin sacudidas o tirones.
Llevar la carga lo más cerca posible del cuerpo.
Colocar apoyos cuando se realicen funciones de trabajo con los brazos por encima de los hombros.
3. Exigencias de la actividad: la actividad en sí misma puede entrañar riesgo, en particular dorsolumbar, cuando implica una o varias de las siguientes:
- Esfuerzos físicos demasiado frecuentes o prolongados en los que intervenga la columna.
- Periodo insuficiente de reposo fisiológico.
- Distancias demasiado grandes de elevación, descenso o transporte.
- Ritmo a demasiada velocidad que el trabajador no puede modular.
4. Factores individuales:
- La falta de aptitud física para realizar la tarea.
- La falta de conocimientos o escasa formación.
- La existencia previa de patología dorsolumbar.

5. Factores ambientales: un entorno ruidoso y una mala iluminación no solo dificultan la recogida de información para la realización del trabajo, sino que fuerzan a una mayor atención y concentración, de lo que sería necesario.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito hospitalario existen numerosas actividades en las que el trabajo físico que se realiza es importante y en las que un diseño inadecuado de ese trabajo puede provocar en el trabajador situaciones de disconfort, insatisfacción e incluso posibilitar la aparición de patologías diversas. También se dan factores de riesgo de fatiga a consecuencia de la carga de trabajo mental, aunque en la categoría de mantenimiento es más reducida.

Es necesario que exista una red de comunicaciones sencilla, clara y ágil que posibilite la solución efectiva de cuantos problemas (técnicos y humanos) puedan plantearse y que facilite los momentos de los cambios de turno.

También es deseable un registro de información, que facilite las comunicaciones entre los distintos turnos y equipos de trabajo. Los riesgos de lesiones debidos a la manipulación manual de cargas aumentan cuando los trabajadores tienen formación escasa o nula e información inadecuada para la realización de estas actividades; por tanto es necesario la formación y entrenamiento de técnicas seguras para la manipulación de cargas así como también de posiciones adecuadas para el ejercicio del trabajo.

La Unión Europea elaboró la Directiva 907269/ CEE, transpuesta al derecho español por medio del RD 487/1997, de 14 de abril, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos en particular dorsolumbares, para los trabajadores. El INSHT ha elaborado una Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la Manipulación manual de cargas, proporcionando criterios y recomendaciones para facilitar la interpretación y aplicación del citado Real Decreto.

6 Bibliografía

- Condiciones de trabajo en Centros Sanitarios, INSHT.
- Guía de prevención de riesgos laborales para fontaneros-calefactores. Consejería de Economía y Empleo de Castilla-León.
- RD 487/1997, de 14 de abril, sobre manipulación manual de cargas.
- NTP 179: la carga mental del trabajo, definición y evaluación.

Capítulo 772

HABILIDADES SOCIALES DEL CELADOR.

SANDRA DIEZ GARCÍA

MARIA JOSE ZAPICO MORALES

BORJA CANAL CERVERA

NATALIA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Para definir que son las "habilidades sociales", vamos a comenzar por identificar como socialmente habilidosa, cualquier conducta que: a) incremente la efectividad en lograr los objetivos planteados; b) Incremente la efectividad para mantener o mejorar la relación con la otra persona en la interacción y c) Incremente la efectividad de mantener la autoestima de la persona.

Las habilidades sociales son "el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa sentimientos, actitudes deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas".

El Celador, como miembro del Equipo de Salud, posee una serie de funciones específicas que constituyen el objetivo de su quehacer diario. Muchas de esas funciones conllevan un trato directo con el cliente, es por ello que el Celador

debe desarrollar una serie de habilidades fundamentales que le permitan prestar al cliente una atención adecuada contribuyendo a su bienestar general.
Tradicionalmente se ha considerado que determinadas habilidades de trato al paciente sólo eran necesarias en facultativos o personal de Enfermería, por considerar que eran éstos los que tenían mayor relación con los enfermos y los que mayor influencia poseían para lograr un cambio positivo en su estado de salud.

Si bien ese contacto del paciente con los profesionales de la salud es cierto y muy importante, también podemos afirmar que no es el único. El Celador, al igual que cualquier otro trabajador de una Institución Sanitaria, tiene que tener en cuenta que en muchas ocasiones va a tratar con personas que sufren y por tanto su comportamiento delante de ellas (o de sus familiares) debe ser en todo momento humano y delicado.

Los problemas que la enfermedad conlleva a la familia del enfermo, hacen que éste se deprima. Además, la familia atraviesa un momento difícil provocado por diversos factores: preocupación por el estado de salud del enfermo, ignorancia de cuándo le prestarán los primeros cuidados, planteamiento de quién se ocupará de él. En estas circunstancias, tanto el enfermo como su familia se vuelven más susceptibles y prestan mayor atención a los pequeños detalles. Esta situación provoca que, a la más mínima desatención, surja tanto en el paciente como en su familia una profunda sensación de desánimo. Al enfermo hay que prestarle la máxima atención y tratarlo con amabilidad y corrección. Debemos ser pacientes, saber escuchar y evitar herir los sentimientos del enfermo de tal forma que crea que sólo nos interesan sus problemas. La educación es fundamental, así como evitar la manifestación de comentarios de superioridad (que no tienen ningún fundamento).

Otro aspecto importante a tener en cuenta en el trato del cliente, es la individualidad del mismo. Debemos ser conscientes de que no hay dos personas iguales en este mundo. No podemos predecir las reacciones de una persona pensando en lo que haríamos nosotros en esa misma situación. Todo individuo debe ser tratado de acuerdo con su personalidad y comprendiendo siempre (en la medida de lo posible) a quién se está atendiendo.

En profesiones como la de Celador, que implican un contacto directo entre personas, es probable que aparezcan situaciones conflictivas. Máxime si se tiene en cuenta que las personas que acuden a un servicio de salud son mucho más susceptibles por motivos como la preocupación, incertidumbre, malestar, etc. Un buen profesional en este sentido se caracteriza por su capacidad de desarrollar

habilidades y mecanismos que conviertan el conflicto en una ocasión idónea para obtener un cliente satisfecho en todos los sentidos.

Cuando un cliente emite una queja se puede responder siguiendo cuatro vertientes bien diferenciadas:
1) Transferencia. Se produce una respuesta evasiva y al no asumir la responsabilidad del problema y es muy probable que no haya interés e implicación en la búsqueda de soluciones. El problema queda sin resolver y el cliente insatisfecho. No parece, por tanto, el modo más adecuado de afrontar una situación que es conflictiva o que puede llegar a serlo.
2) Reproche. En este caso se atribuye la culpa al cliente. Este tipo de respuesta resulta agresivo (hace que el cliente se sienta agredido) y amplía la posibilidad de conflicto. Nunca debemos discutir con el cliente, no importa quien tenga la razón, lo importante es contribuir a resolver el problema.
3) Autoinculpación. La autoinculpación se da cuando uno mismo se responsabiliza del problema rápidamente. Tampoco es una manera adecuada de afrontar la situación pues probablemente el cliente prefiera solucionar su problema antes que escuchar un arrepentimiento.
4) Respuesta asertiva. La respuesta asertiva se caracteriza por:
- Dirigirse hacia un objetivo primordial: la solución del problema.
- Respeto hacia nosotros mismos y hacia el cliente.
- Controla la situación ejerciendo autocontrol sobre la conducta y emociones propias.
- Proporciona confianza y actúa en consecuencia.

Es la respuesta más adecuada a las situaciones conflictivas y quejas del cliente. Se centra primordialmente en la solución del problema dejando al margen cualquier otro aspecto que no tenga que ver con ella. Responder con una conducta asertiva implica ser capaz de expresar deseos, sentimientos, necesidades, derechos u opiniones propias, pero nunca a expensas de los demás.

2 Objetivos

- Describir e identificar las características relevantes que se presentan en las habilidades sociales.
- Determinar aquellas habilidades sociales para la comunicación de la salud.
- Conocer las estrategias verbales y no verbales para facilitar la comprensión y la relación con el familiar.

- Mejorar las propias habilidades sociales mediante un entrenamiento y la aplicación de técnicas específicas para trabajar los componentes conductuales, de comunicación, cognitivos y fisiológicos.

3 Metodología

Lectura de varios artículos sobre el ser humano, comunicación y habilidades sociales. Se han elegido los más útiles de cara a este trabajo, utilizando palabras clave, como comunicación, paciente, asertivo. Se han usado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, estudios avalados científicamente y textos completos. Los resultados de la búsqueda son amplios. El estudio bibliográfico se realizó en el buscador: Google.

4 Resultados

Una buena comunicación mejora las relaciones entre las personas, tanto dentro del entorno laboral, como en la vida personal. Las personas durante su estancia en los hospitales necesitan que los profesionales, por los que son atendidos, les escuchen y les informen adecuadamente. La comunicación tiene un efecto beneficioso. Es conocido el bien que hace poder hablar, pero es terapéutico cuando se emplea para ayudar al paciente a resolver problemas de salud.

La actitud del Celador hacia las personas, es de suma importancia e influirá en la impresión que pacientes y familiares se lleven de la Institución en general. Son tres las características de la relación-trato con el paciente que se consideran fundamentales:

1) Calidez o aceptación incondicional:
Es una característica bastante humanitaria, personal y subjetiva que exige un interés máximo por parte de la persona a la hora de transmitirla al cliente de tal forma que la seguridad y comodidad, sean factores predominantes en el estado de ánimo del enfermo.

2) Empatía:
Es la capacidad de ponernos en el lugar de la otra persona y entender sus sentimientos en un momento dado. Es lo que coloquialmente se conoce como ”ponerse en la piel del otro” para entender mejor sus sentimientos y conductas. Nuestra relación con una persona será mucho más intensa y satisfactoria, si somos capaces de entender lo que está sintiendo. Para ello no es necesario haber pasado

por las mismas experiencias, sino ser comprensivo con sus sentimientos. Cuando desarrollamos la capacidad de identificarnos con el cliente nos acercamos a su realidad, lo que nos permite prestarle una atención y un trato muy personalizado.

Los pasos para ser empáticos son generalmente cuatro:
1. Atención activa: consiste en observar cómo se siente el cliente y escuchar lo que dice de forma verbal y no verbal.
2. Actividad cognitiva: se trata de prestar una atención focalizada en cómo se está sintiendo el cliente y ante qué o por qué.
3. Actividad emotiva: intentaremos aprender a experimentar esas emociones, qué se siente al estar triste, alegre, sólo, etc.
4. Actividad motora / cómo dar la respuesta empática: consiste en repetir lo que el cliente ha dicho, pero en una sola frase y con palabras propias.

3) Congruencia:
Se materializa en la comprensión, racionalidad y aceptación de los problemas tal y como nos los presenta el paciente; sin malinterpretar los conceptos y unificando criterios a la hora de actuar. Una de las habilidades encontradas, consiste en escuchar atentamente realizando una adecuada escucha activa para comprender las peticiones de los familiares y dudas sobre la situación familiar.

Estrategias para facilitar la comprensión
Las estrategias para facilitar la comprensión consisten en, comunicar la información de forma veraz, inteligible, clara, sencilla, concisa, concreta, evitando los tecnicismos y con un vocabulario accesible. Una estrategia para que los familiares recuerden los mensajes, consiste en ejemplificar los mensajes de salud cercanos al individuo para que así pueda recordarlos en un futuro.

Otra estrategia consiste en la utilización de una expresión oral clara, directa, evitando ambigüedades y suspicacias. Así, se podrá facilitar la compresión a los familiares empleando expresiones adecuadas al contexto sociocultural de los mismos para que éstas sean entendidas. Además, se han de analizar las ideas antes de comunicarlas y valorar el propósito del mensaje.

Ofrecer al comunicarnos frases sencillas y concretas. Utilización de un lenguaje sencillo adaptado al nivel sociocultural de los familiares. Repetir los conceptos claves para que sean comprendidos y recordados con facilidad por los receptores. Otra estrategia consiste en la observación realizada a los familiares para poder realizar mediante esta acción una explicación o repetición de forma diferente

en caso de no ser entendido el contenido de la información. Otra estrategia que influye en la comunicación verbal consiste en escoger un ritmo adecuado para hablar, el cual no deberá de ser ni muy rápido ni muy lento.

Y en cuanto al tono de voz empleado, se ha de utilizar un tono de voz adecuado, ya que un volumen muy alto condiciona cierto rechazo e impresiona agresivamente por parte del receptor y en cambio un volumen muy bajo impide ser comprendido y aparenta inseguridad y temor. Por último, para facilitar la comprensión se ha de asegurar la retroalimentación con el interlocutor mediante la realización de un feed-back.

Por parte del Celador es necesario:
– Conocer el entorno del paciente; debe utilizar un lenguaje claro.
– Estar atento, saber escuchar y demostrar interés por el paciente.
– Facilitar la comunicación con el paciente.
– No interrumpir al paciente cuando trata de expresar alguna preocupación.
– El paciente no debe notar indiferencia en los celadores.
– El celador debe evitar emitir cualquier opinión o juicio.
– El tono de voz debe agradable.
– Tener en cuenta las necesidades del paciente.
– Adaptarse a los diferentes pacientes, debido a la clase y peculiaridad de la enfermedad.

El Celador debe mostrar siempre respeto, intentar obtener la confianza del paciente, ser sincero, mostrar empatía, preciso en el desarrollo de su trabajo y todo ello de una manera asertiva.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber realizado la revisión bibliográfica y en base a los resultados obtenidos debemos decir que las Habilidades Sociales, constituyen un papel fundamental y estrechamente relacionado con las comunicaciones interpersonales, ya que estamos continuamente en contacto y en relación con el paciente, con el familiar y con los demás profesionales que nos rodean.

Durante la comunicación con los familiares, debemos ser conscientes que con la utilización de diversos gestos se puede tranquilizar a los familiares y ofrecerles un apoyo emocional, como ocurre con el contacto físico mediante la utilización de nuestras manos puestas en su hombro, con una presión de manos o con una

simple mirada. En todo momento se ha de mantener el contacto visual con los familiares. Establecer una adecuada expresión facial. Mantener una adecuada actitud y apariencia física. Realizar asentimientos con la cabeza para demostrar que los estamos escuchando.

Debemos hacer referencia a que se puede producir un cambio conductual en el paciente o en la familia, para transmitir de manera adecuada alguna noticia o situación conflictiva de la forma más respetuosa, cordial y evitando futuros conflictos. Para así poder lidiar con el día a día de situaciones estresantes y límite, tanto de los profesionales como de los familiares (Marín & León, 2001), los cuales se pueden llegar a sentir y de hecho se sienten en muchas ocasiones desprotegidos de información, de apoyo, y de ayuda ante situaciones graves de enfermedad de sus familiares, lo cual les lleva a sentirse impotentes de no poder ayudar a su familiar. Habilidades sociales y estrategias de comunicación van de la mano y si conseguimos mejorar nuestra comunicación, aumentarán nuestras habilidades sociales y viceversa.

Aprender estrategias de comunicación siempre es útil, y nos va a permitir mejorar nuestras capacidades en cualquier ámbito en el que nos desenvolvemos. Los cambios vertiginosos que se están desarrollando en el mundo en que vivimos, como el imparable crecimiento de las nuevas tecnologías, la globalización hacen que se prioricen resultados dejando en el olvido la parte más importante del ser humano, la necesidad de entender y para entender hace falta una correcta comunicación que solo será eficaz cuando se realice con el lenguaje adecuado.

6 Bibliografía

1. http://www.comsegovia.com
2. http://www.eoepsabi.educa.aragon.es/
3. https://www.monografias.com
4. https://fisiostar.com

Capítulo 773

EL TRABAJO A TURNOS DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

LUZ DEL MAR CUELLO IGLESIAS

1 Introducción

El Estatuto de los Trabajadores define el trabajo a turnos como toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas.

El tiempo de trabajo es uno de los aspectos de las condiciones de trabajo que tiene una repercusión más directa sobre la vida diaria. El número de horas trabajadas y su distribución pueden afectar no sólo a la calidad de vida en el trabajo, sino a la vida extralaboral. En la medida en que la distribución del tiempo libre es utilizable para el esparcimiento, la vida familiar y la vida social, es un elemento que determina el bienestar de los trabajadores.

Dadas las características humanas, la actividad laboral debería desarrollarse durante el día, a fin de lograr una coincidencia entre la actividad laboral y la actividad fisiológica. Sin embargo, en algunas actividades es necesario establecer turnos de trabajo con horarios de trabajo que están fuera de los que sería aconsejable, ya sea por necesidades del propio servicio o por necesidades productivas o del proceso.

En estudios realizados sobre el tema, se ha visto que las personas que trabajan a turnos demuestran una menor satisfacción con el horario y con el trabajo en general, que las personas que prestan sus servicios en jornada laboral diurna. Ello puede ser debido a diversas causas, pero, sin duda, una de ellas es la falta de adaptación debida a la alteración de los ritmos circadianos y sociales; así como una deficiente organización de los turnos.

Por ello, es importante tener en consideración las repercusiones que el trabajo nocturno tiene sobre la salud de los trabajadores, a fin de organizar los turnos convenientemente y de prever unas condiciones de trabajo adecuadas.

2 Objetivos

- Conseguir mejorar las condiciones del trabajo a turnos supone actuar a nivel organizativo y, aunque no existe el diseño de una organización de turnos óptima, pueden establecerse unos criterios para conseguir unas condiciones más favorables.
- Conocer cómo debe de ser la actuación y en qué ha de basarse.

3 Metodología

Las alteraciones derivadas del trabajo a turnos pueden ser:
• Alteraciones del sueño: para garantizar el descanso y la recuperación de la fatiga diaria, se deberían respetar 7 horas de sueño nocturno.
• Trastornos alimentarios: mantener una dieta sana y equilibrada es esencial para disponer de una buena salud física. El trabajo a turnos supone, en ocasiones, aplazar una comida o saltársela.
• Efectos sobre la actividad profesional: en general, al estar sometido a turnos (y en especial, turno de noche) genera en los trabajadores la dificultad de mantener la atención, cometer errores durante la jornada laboral, etc.
• Medidas en la organización de los turnos de trabajo.

A nivel de organización se deberían tener en cuenta las siguientes medidas:
• Acortar las jornadas de trabajo. Los turnos de tarde y de noche nunca serán más largos que los de mañana, preferiblemente serán más cortos.
• Para el reparto o elección de los turnos se analizarán las necesidades individuales, llegando de forma consensuada al calendario de trabajo definitivo.

• Dar a conocer con antelación el calendario acordado. Así, los trabajadores tendrán la oportunidad de conciliar la vida familiar con el trabajo y realizar cambios entre compañeros.
• Respetar las horas del ciclo de sueño. Evitar que el turno de mañana comience a horas tempranas. Además, establecer márgenes de tiempo en el cambio de turnos de trabajo.
• Aumentar el número de períodos de descanso y/o sueño durante la jornada laboral.
• Facilitar comida caliente y equilibrada. Además dotar de comedores y salas de descanso para los trabajadores.
• Reducir la carga de trabajo en el turno de noche.
• Dotar a los trabajadores de un sistema de comunicación de incidencias para que el cambio de turno no implique una falta de transferencia de información entre los distintos equipos de trabajo.
• No realizar rotación de trabajadores entre los distintos equipos de trabajo para favorecer las relaciones entre los componentes de los mismos. A la hora de conformar los equipos, permitir la participación de los trabajadores en la determinación de los equipos.
• Reducir el número de años que el trabajador está sometido a turnos de trabajo o limitar la edad de los mismos. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) recomienda que a partir de los 40 años el trabajo nocturno continuado sea voluntario.

4 Resultados

La turnicidad laboral es uno de los factores de riesgo más infravalorados en las evaluaciones de riesgos de las empresas. La dificultad en su valoración responde, al igual que ocurre con otros factores de riesgo derivados de factores organizativos, en el menor conocimiento que los técnicos de prevención y médicos del trabajo tienen acerca de los efectos de la turnicidad en la seguridad y la salud de los trabajadores. Los sectores en los que más se trabaja a turnos son, al igual que con el trabajo nocturno, Industria y Servicios. Por rama de actividad, destacan las Actividades sanitarias.

El trabajo a turnos implica una organización del trabajo en la empresa a través de la rotación de distintos trabajadores, que ocupan de forma sucesiva los mismos puestos de trabajo prestando sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o de semanas.

Se deberá tener en cuenta el principio general de adaptación del trabajo a la persona, especialmente de cara a atenuar el trabajo monótono y repetitivo en función del tipo de actividad y de las exigencias en materia de seguridad y salud de los trabajadores. Dichas exigencias deberán ser tenidas particularmente en cuenta a la hora de determinar los periodos de descanso durante la jornada de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos tiene consecuencias negativas que pueden aparecer tanto a corto como a largo plazo. La imposibilidad de erradicación en determinados Sectores caracterizados en muchos casos por la prestación de Servicios esenciales a la Comunidad, no supone que debamos ignorar la probabilidad de eliminación en aquellos supuestos en los que el trabajo se pueda desarrollar sin necesidad de recurrir a este tipo de organización temporal del mismo.

En conclusión, la vigilancia de la Salud habrá de llevarse de manera estricta con los trabajadores que realicen su trabajo a turnos para permitir la detección precoz de los posibles trastornos que les pudiese generar, así como adoptar las medidas necesarias para atajarlos.

6 Bibliografía

- https://www.metacontratas.com
- http://scielo.isciii.es/
- https://www.insst.es

Capítulo 774

ACCIDENTES LABORALES DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO

LUZ DEL MAR CUELLO IGLESIAS

1 Introducción

Los accidentes de trabajo siempre implican alguna pérdida, por eso el objetivo fundamental debe ser la prevención. Prevenir es anticiparse a los hechos antes de que éstos ocurran y tomar precauciones para evitar situaciones no deseadas. La propuesta es hacer de la prevención un hábito cotidiano.

Los accidentes de trabajo se pueden evitar. Existen métodos y estrategias adecuadas para actuar en forma eficaz y reducir los niveles de riesgo. Debemos tener presente que un accidente no es sólo producto del descuido del trabajador y que, por lo tanto, su previsión es tarea de todos.Cuando una empresa lleva adelante planes de seguridad que involucran a toda la organización, es posible prevenir la ocurrencia de accidentes.

El sector sanitario presta y es un servicio esencial para la sociedad. En nuestro sector se dan gran parte de los peligros que pueden aparecer en un entorno laboral, por no decir todos, ya que contamos con laboratorios, lavanderías, talleres, depósitos de gases, consultas, hospitalización, quirófanos, centrales de esterilización, radiología, urgencias, cocinas, archivos, bibliotecas, centrales de transformación eléctrica, calderas, almacenes, departamentos administrativos…

En estos y otros lugares de trabajo no citados, estos peligros que sin apenas darnos cuenta nos rodean, pueden provocarnos accidentes de trabajo debidos a caídas, golpes, contactos eléctricos, contactos térmicos, incendios, explosiones,

atrapamientos, golpes con vehículos, salpicaduras, agresiones, sobreesfuerzos, cortes, pinchazos, etc. También pueden causarnos enfermedades profesionales, ya sean producidas por agentes físicos (ruidos, vibraciones, radiaciones), agentes biológicos, agentes químicos…Y también acarrearnos otro tipo de enfermedades relacionadas con el trabajo, causadas por los peligros de origen ergonómico y psicosocial: la carga física, la carga mental, la insatisfacción, la turnicidad, la nocturnidad, los elevados ritmos de trabajo, la precariedad laboral, la mercantilización de la sanidad, etc.

La única vía de acabar con la siniestralidad laboral y la exposición a las enfermedades profesionales es a través de la información y la formación a los trabajadores y trabajadoras y el cumplimiento de los nueve principios de la acción preventiva, tal y como vienen recogidos en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, principios que todos debemos conocer porque se trata de las obligaciones y deberes que los empresarios y empresarias (nuestros y nuestras gerentes) tienen para proteger y garantizar nuestra seguridad y nuestra salud en el trabajo y que a su vez, es un derecho que los trabajadores y trabajadoras.

2 Objetivos

- Descubrir todos los factores que intervienen en el proceso de los “accidentes”, buscando las causas y no a los culpables. - Conseguir eliminar el riesgo en su origen y promover la mejora de las condiciones de trabajo de cara a elevar el nivel de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo.
- Mejorar nuestro sistema de prevención, y podemos ir más allá, si tenemos en cuenta los factores causales de situaciones diferentes pero que tienen factores de riesgo similares a los investigados, a fin de tomar medidas para controlarlos antes de que se produzcan otros accidentes.

3 Metodología

La base para la realización de cualquier investigación de accidentes es entender los factores organizativos de gestión, culturales o técnicos que al no haber sido adecuadamente cubiertos pueden incidir en futuros accidentes o incidentes. A este respecto, se debe considerar aspectos generales como los siguientes:
1. Dentro de los sistemas complejos el error humano no emana de la persona, sino que es un resultado o síntoma de las condiciones latentes derivadas de la

cultura y procedimiento de gestión y toma de decisiones de las organizaciones implicadas.
2. La causa directa o desencadenante de un accidente (la que libera finalmente el/los peligro/s y causa del daño) es sólo el último escalón de una red de fallos que a menudo sólo se relacionan de forma remota con el accidente.
3. La investigación de accidentes requiere analizar en profundidad los procesos organizativos y de gestión de la entidad: desde la asignación de funciones a la planificación de procesos, incluyendo los procesos de comunicación, formación, supervisión y gestión pues, en todos ellos, pueden coexistir fallos o condiciones latentes que pueden favoreces la repetición de accidentes o escenarios.
4. Los modelos epidemiológicos son los que mejor representan el fenómeno del accidente industrial, En ellos, son las causas raíz (modelo de operación, decisiones del gestor de la instalación, plazos de actuaciones, sistema de gestión) las que determinan los factores coadyuvantes (condiciones latentes como son la configuración y planificación de la obra) favoreciendo éstos la aparición de condiciones latentes en las causas inmediatas del accidente (triángulo factor humano, equipos y entorno de trabajo).
5. Por todo ello, en los accidentes difícilmente se puede hablar de una única causa e, incluso, se desaconseja utilizar dicho término pues suele ser fuente de prejuicios y , además de que las relaciones de causalidad eficientes se restringen a la explicación de fenómenos físicos, acaba por limitar el análisis a efectuar.
6. Con carácter general, además, se debe analizar cuál es la jerarquía de controles en aplicación y valorar si se están priorizando las soluciones que eliminan los riesgos.
7. En cualquier investigación de accidente, se debe priorizar las soluciones destinadas a evitar la repetición del accidente afectando, principalmente, a las causas raíz y posibles insuficiencias del sistema de gestión.
8. Sin perjuicio de todo ello, las investigaciones deben de entrarse en aquellas condiciones latentes cuya corrección resulta más urgente pues, en la práctica, resultaría poco abordable tratar de resolver todos y cada uno de los posibles fallos detectados en un proceso de investigación.

4 Resultados

Sin duda una de las actividades más importantes para evitar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales es la información. La información no como una acción finalista, sino como un medio para seguir profundizando en el conocimiento de las situaciones de nuestro entorno y en concreto en el ámbito

laboral, conocimiento de las condiciones de trabajo. De igual manera, si hacemos un muestreo entre los ciudadanos de qué recursos valoran y creen prioritarios, mayoritariamente, responderán la sanidad.

Se trata de un sector fundamental dentro del estado del bienestar, que da empleo a miles de trabajadores, muy especializados y profesionales que se ven sujetos diariamente, directa o indirectamente, a una gran cantidad de riesgos laborales.

5 Discusión-Conclusión

Si se realiza una adecuada gestión de la prevención de riesgos laborales, las organizaciones y los trabajadores se anticiparán a los riesgos y serán capaces de minimizar las bajas, accidentes y enfermedades laborales. Pero además, una buena prevención de riesgos laborales no solo consigue minimizar los daños, sino que también es clave para mejorar la felicidad de los empleados en su día a día y, por ende, mejora su productividad.

6 Bibliografía

- https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099.1/3366/36139-5.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- https://www.gabilos.com/weblaboral/derecholaboral/textoPrevencionRiesgos.htm
- http://www.mitramiss.gob.es/es/Guia/texto/guia_10/contenidos/guia_10_22_1.htm

Capítulo 775

SEGURIDAD, SALUD Y BIENESTAR EN EL TRABAJO PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL PUESTO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO

EVA MARIA CARDEÑOSO GARCIA

1 Introducción

Trabajo es el esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza. Es una actividad social organizada que permite lograr unos objetivos y satisfacer unas necesidades, donde intervienen unos recursos humanos y materiales trabajadores, productos, equipos, tecnologías, máquinas, organización, energías. (Méda 2007) El trabajo tiene reconocida la presencia de riesgos importantes para la seguridad y salud para los trabajadores, instaurándose unas repercusiones positivas y negativas en el individuo. (Moreno, Briceño & Godoy)

Con la evolución de la sociedad y la incorporación de nuevas tecnologías se ha introducido un cambio constante de las condiciones de trabajo, y de los riesgos laborales.Esto varía según los parámetros sociales, culturales y económicos en los que nos encontramos. No se asume de la misma forma que antes de la presencia de determinados riesgos en el ámbito del trabajo, demandando en la actualidad mejoras en las condiciones en las que se realiza dicho trabajo.(Rifkin 2003)

El progreso y la evolución tanto en la configuración como en el desarrollo de los trabajos, ha hecho posible la eliminación y disminución de un número consider-

able de riesgos en el ámbito laboral y de accidentes, pero han ido apareciendo nuevos riesgos que son necesarios identificarlos, evaluarlos y controlarlos, pues afectan directamente en la salud de los trabajadores. Es evidente que trabajo y salud se encuentran fuertemente ligados. (Gil-Monte 2012)

La noción de salud tiene diversas significaciones que han ido surgiendo a través del tiempo. La Organización Mundial de la Salud define salud contemplando no sólo aspectos de salud física sino también aspectos psíquicos y sociales, determinando que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de daño y enfermedad.(Navarro 1998)

Entre salud y trabajo se establece relaciones positivas y negativas. Se constituye un binomio con multitud de interrelaciones cuyo resultado, en ocasiones ,es el deterioro de la salud de la persona que realiza el trabajo siendo necesario afrontar a través de la prevención de los riesgos laborales.

- Dentro de la Influencia positiva del bienestar del trabajo se encuentra:
El desarrollo de la personalidad, la calidad de vida, las relaciones sociales ,la productividad, la eficacia, el confort laboral, la reducción del absentismo, el compromiso con la empresa y el bienestar físico, psíquico y social.

- Dentro de la influencia negativa esta:
Accidente de trabajo, enfermedad profesional, costes económicos, sociales y familiares ,la insatisfacción ,el detrimento de la eficacia y desarrollo inadecuado del trabajo, el preséntismo y la baja productividad.(Sanabria Ferrand 2011)

Los lugares de trabajo pueden ser un factor que condicione la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores .El lugar de trabajo son áreas del centro de trabajo en la que los trabajadores han de permanecer o acceder para el desarrollo de su trabajo, siendo muy variadas y de diferente tamaño.(Garcia 2009)

Los lugares de trabajo deben cumplir una serie de características de modo que no den lugar a riesgos, ni perjudiquen la salud y la seguridad de los trabajadores .Las características de los lugares de trabajo están reguladas por el Real Decreto 486/1997 de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.(Muñoz Sánchez 2010)

La evolución de la ciencia, tecnología y sociedad de los últimos tiempos ha dado lugar a un importante avance en el mundo laboral, repercutiendo positivamente en su desarrollo y en la salud de los trabajadores hacia una mejora física, social y económica. Se contribuye a eliminar o minimizar algunos de los riesgos laborales

a los que se exponían los trabajadores. Para el personal sanitario algunos riesgos son conocidos, otros se están comenzando a conocer y quedan nuevos desafíos por comprender.

En la actualidad el sector sanitario además de ser uno de los sectores de mayor expansión comprendiendo al 10% de la población activa de la Unión Europea , constituye uno de los sectores más expuestos a los riesgos para la seguridad y salud laboral y con una tasa de accidentes de un 34% más alta que la media de diferentes sectores de la Unión Europea. (Alonso Magdaleno & Zapico Aldeano 2001)

Por lo que se refiere a los riesgos laborales a los que están expuestos los profesionales sanitarios , pueden ser de tipo biológico, psicosocial, químico, musculoesquelético, siendo un sector caracterizado por un elevado número de riesgos que pueden ocasionar importantes complicaciones. Las disposiciones son innumerables las que guardan relación directa con riesgos que se dan en el sector sanitario y que obligatoriamente, han de tenerse en cuenta.

Son normas relativas sobre la protección de los trabajadores frente a la exposición a agentes biológicos, químicos o físicos, relacionadas con las radiaciones ionizantes o no ionizantes, pantallas de visualización, manipulación de cargas, señalización de seguridad y salud en el trabajo, maternidad y lactancia. En la CE encontramos unos artículos que aluden a los bienes e intereses que se han de proteger por la normativa de prevención de riesgos laborales.
- Derecho a la vida e integridad física (art 15)
- Derecho a la protección de la salud a través de medidas preventivas(art 43)
- Seguridad e higiene en el trabajo (art 40)
- Derecho a las prestaciones reparadoras del daño de la Seguridad Social (art 41)
- Garantización del derecho a la negociación colectiva en materia de prevención de riesgos laborales entre los representantes de los trabajadores y empresarios, como es a través de los convenios colectivos (art 37.1)
- Establecer formas de participación de los interesados en la seguridad Social y en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de la vida o al bienestar general (art . 129.1)

2 Objetivos

- Analizar las condiciones de trabajo, los factores de riesgo y riesgos laborales.
- Identificar las consecuencias o daños derivados del trabajo.

- Determinar las disciplinas de Prevención de riesgos laborales.
- Corroborar la medicina del trabajo.

3 Metodología

Revisión sistemática de las publicaciones científicas del marco normativo sobre seguridad y salud en el trabajo en las últimas décadas.

Se consultaron diferentes bases de datos (Dialnet, IME Biomedicina) así como el directorio de revistas con acceso abierto (DOAJ). En todos los casos, se limitó la búsqueda al intervalo (1998-2017) En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional o internacional), se utilizaron descriptores en español ("Condiciones ambientales", "factores de riesgo" "daños" "accidentes" "seguridad".

4 Resultados

Dichos elementos que influyen en el entorno de trabajo y relacionados con la seguridad y la salud de los trabajadores son las condiciones de trabajo.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su art.4.7 define como condición de trabajo, cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Entre ellas están: Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo. La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.

Otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.
Ejemplos de Condiciones de trabajo:
- Ambiente físico: Temperatura, humedad ruido, radiaciones, iluminación.
- Ambiente químico: Gases, vapores, aerosoles, contaminantes, polvo, humo.
- Ambiente biológico: Virus, bacterías ,parásitos, hongos
- Ambiente psicosocial y ergonómico: imagen y dimensión de la empresa, estabilidad en el puesto de trabajo, jornada laboral, esfuerzo físico, estructura del proceso productivo, salario, actividad de las empresas colindantes, accesibilidad

al centro de trabajo, herramientas, equipos, formación e información de los trabajadores.(Castro, Padila &Ramírez 2009)

Los factores de riesgo son todas aquellas situaciones o aspectos que definen el desarrollo de una tarea concreta, su organización y gestión del trabajo, así como su entorno social y ambiental pueden causar daños físicos, sociales o psicológicos en los trabajadores.(Castaño, 2009)

En relación a las consecuencias o daños derivados del trabajo hay que mencionar que es un proceso e cambio permanente y ejerce sobre el trabajador una notable influencia, pudiendo dar lugar a daños derivados del trabajo o patologías. Estos son enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo del trabajo. Se encuentran los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Por accidente de trabajos se entiende toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena. Se refiere tanto a las lesiones que se producen en el centro de trabajo , como a las producidas al ir o al volver del lugar de trabajo (accidente "in itinere")

Tiene la consideración de accidente de trabajo. Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical o de gobierno de las Entidades Gestoras, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejecuten las funciones propias de dicho cargo. Las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador , que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. Los ocurridos con ocasión de las tareas que ,aún siendo distintas a las de su categoría profesional ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o en interés de la empresa. Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación , por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tenga su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

Los accidentes de trabajo son las lesiones que sufré el trabajador durante el tiempo y el lugar de trabajo. Las disciplinas de la prevención de riesgos es la evolución sobre el trabajo y la forma de ejecutarlo para lograr la salud. Se han desarrollado medidas y estrategias para prevenir, controlar eliminar o reducir aquellos peligros o riesgos que se encuentran en nuestro entorno de trabajo. En base a esto están las técnicas de prevención de riesgos laborales. Estas tienen como finalidad prevenir los riesgos profesionales para que no causen o se deriven

en daños para la salud del trabajador. Se reconocen cuatro disciplinas básicas que son:
- Medicina del trabajo.
- Seguridad en el trabajo.
- Higiene Industrial.

Ergonomía y psicosociología aplicada.La Medicina del trabajo es la especialida medica que,actuando aislada o comunitariamente promueve los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación rehabilitación y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes de trabajo son unos de los indicadores más evidentes de unas malas condiciones de trabajo.(Díez 2007) Los incidentes nos advierten de la probable inmediatez del accidente de trabajo.(Espinosa López, Cabrera Arana &Velásquez Osorio 2017). Los efectos de la enfermedad profesional pueden aparecer después de varios años de exposición a la condición peligrosa, pues el deterioro es lento y paulatino.

Desde mi punto de vista una ineficaz prevención de riesgos laborales causa graves consecuencias en diferentes ámbitos. A nivel individual de la persona trabajadora que lo sufre:
- Ocasiona un deterioro de la salud, perjuicio del entorno familiar y de los seres queridos del propio trabajador siniestrado y, a su vez , un deterioro económico por la imposibilidad de ejercer su trabajo.

A nivel de empresa:
- Ocasiona costes derivados de la paralización de la actividad por accidentes. También , la reparación, sustitución de equipos de trabajo, maquinaria, herramientas, que han sufrido daños ante la consecución de un accidente.
- Por otro lado, los costes derivados de la responsabilidad empresarial y las pérdidas de ventas o clientes generados por los daños a la imagen de la empresa.

A nivel de sociedad:
- La siniestralidad laboral tiene una grave repercusión incalculable sobre el coste de la vida humana y, además, de los costes económicos que se originan en la sociedad en general. Así, el Estado aporta una serie de prestaciones a todos los trabajadores que sufren accidentes o enfermedades, mediante instituciones como la Seguridad Social, para asumir parte de los costes que generan los accidentes.

- La Salud Laboral tiene como objetivo la promoción de la salud de los trabajadores a través de las condiciones de trabajo - Hoy en dia se adopta un modelo multidisciplinario, integral y centrado en la prevención.
- En la Salud Laboral de hoy en día participan médicos, higienistas, ingenieros, psicólogos, ergónomo ,sociólogos, epidemiólogos, aportando conocimientos desde sus disciplinas y experiencias y con un lenguaje común, que les permita entenderse y cooperar en el objetivo de promover un ambiente Laboral saludable y prevenir la enfermedad del trabajador.(Muñoz Sánchez &Castro Silva 2010)
- El trabajo por medio de las modificaciones ambientales, ejerce sobre el individuo una notable influencia pudiendo dar lugar a la pérdida del equilibrio de la salud y originar la patología del trabajo o daños derivados del trabajo.

Por esta razón surgen las consecuencias derivadas de las condiciones de seguridad que pueden dar lugar a diferentes tipos de accidentes como:
- Lesiones originadas en el trabajador por elementos móviles de las máquinas (golpes, cortes, atrapamientos).
- Lesiones originadas por herramientas manuales o mecánicas (golpes , cortes, lesiones oculares, esguinces).
- Lesiones originadas por golpes con objetos, máquinas o materiales .A partir del año 1993, la mayoría de los aspectos de seguridad y salud en el trabajo estarán cubiertos por directivas europeas.

El principio general de la UE en materia de Salud Laboral es la prevención, que evolucionará hacia mayores niveles de protección de la Salud de los trabajadores según le permita la evolución de la técnica y primará la protección colectiva frente a la individual. La política de la UE en este campo tenderá a armonizar las condiciones de trabajo y el nivel de salud de todos los trabajadores europeos, evitando el llamado"dumping social" es decir , el abaratamiento de los productos costa de la salud de los trabajadores, de las condiciones de trabajo o del medio ambiente. (Guimaraes & Freire 2007)

Podemos concluir que gracias a la puesta en marcha de este tipo de iniciativas de Salud Laboral, se obtiene como consecuencias más evidentes la mejora de las condiciones de trabajo

6 Bibliografía

- Alonso Magdaleno, M. I., & Zapico Aldeano, L. M. (2001). Satisfación del cliente y calidad: una aplicación al sector sanitario. Documentos de trabajo (Universidad

de Oviedo. Facultad de Ciencias Económicas).
- Benavides, F. G., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S., Berra, A., & Devesa, J. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. Gaceta sanitaria, 16, 222-229.
- Borges, A. (1998). Personal de Enfermería: Condiciones de trabajo de alto riesgo. Salud de los Trabajadores, 6(2), 113-119.
- Castaño, L. S. Á. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8(17), 69-79.
- Castro, M. G. A., Padilla, J. M. C., & Ramírez, S. M. (2009). Grado de satisfacción laboral y condiciones de trabajo: una exploración cualitativa. Enseñanza e investigación en Psicología, 14(1), 105-118.
- Díez, F. M. (2007). Formación Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Parte Obligatoria Y Común. Lex Nova.
- Díaz, J. M. C. (1999). Técnicas de prevención de riesgos laborales: seguridad e higiene del. Editorial Tebar.
- Elhadad, F. I. A., & Galán, Á. M. M. (2013). Accidente de trabajo in itínere: potenciar su investigación como propuesta preventiva. Hygia de enfermería: revista científica del colegio, (83), 5-10.
- Espinosa López, A. M., Cabrera Arana, G. A., & Velásquez Osorio, N. (2017). Epidemiología de incidentes viales Medellín-Colombia, 2010-2015.
- Garcia, J. C. (2009). Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar. Boletín del Observatorio en Salud, 2(5).
- Gil, G. P. (2015). Medicina preventiva y salud pública. Masson.
- Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública.
- Gómez, I. C. (2007). Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. Universitas psychologica, 6(1), 105-113.
- Guimarães, L., & Freire, J. M. (2007). Los temas de salud en la Unión Europea: su impacto en la sanidad española. Cadernos de Saúde Pública, 23, S143-S154.
- López Moreno, S. (2000). Salud pública y medicina curativa: objetos de estudio y fronteras disciplinarias.
Méda, D. (2007). ¿ Qué sabemos sobre el trabajo. Revista de trabajo, 3(4), 17-32.
- Montealegre, D. M. C., & Velandia, J. H. M. (2012). Aporte de los sistemas de gestión en prevención de riesgos laborales a la gestión de la salud y seguridad en el trabajo. Movimiento científico, 6(1), 158-174.
Moreno Briceño, F., & Godoy, E. (2012). Riesgos Laborales un Nuevo Desafío para la Gerencia. Revista Daena (International Journal of Good Conscience), 7(1).

- Muñoz Sánchez, A. I. (2010). Promoción de la salud en los lugares de trabajo: teoría y realidad. Medicina y seguridad del trabajo, 56(220), 220-225.
- Muñoz Sánchez, A. I., & Castro Silva, E. (2010). Promoción de la salud en los lugares de trabajo: entre ideal e irreal. Medicina y Seguridad del trabajo, 56(221), 288-305.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. Martínez, F., Castellanos, PL, Navarro, V., Salud Pública, 49-54.
- Rifkin, J. (2003). El fin del trabajo. Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era. Revista Chilena de Derecho Informático, (2).
- Sanabria Ferrand, P. A. (2011). Reflexiones alrededor del concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Revista Med, 19(1), 112-113.
- Sainz Villalba, I. (2011). Estudio del impacto económico y social de la introducción de las TIC en el sector sanitario español: perspectiva tecnológica (Bachelor's thesis).
- Tudón, J. E. (2004). La medicina del trabajo y la "salud ocupacional". Revista Latinoamericana de Salud en el Trabajo, 4(2), 45.
- Valcárcel, R. S. (2006). ¿ ACASO SE SUICIDAN LOS OBREROS?. EL ACCIDENTE DE TRABAJO Y LA CULPA DE LA VÍCTIMA EN CIERTA PRÁCTICA JUDICIAL. Revista de derecho social, (33), 9-24.
- Velandia, J. H. M., & Pinilla, N. A. (2013). De la salud ocupacional a la gestión de la seguridad y salud en el trabajo: más que semántica, una transformación del sistema general de riesgos laborales. INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales, 23(48), 21-31.

Capítulo 776

EL PERSONAL CELADOR: LA IMPORTANCIA DE SU VACUNACIÓN.

MARÍA CARMEN MONTOTO LLERA

1 Introducción

Las personas que trabajan en el ámbito sanitario, como es el caso del personal celador, están más expuestas a enfermedades inmunoprevenibles y pueden transmitirlas a las personas vulnerables con las que contactan.

2 Objetivos

- Fomentar y concienciar entre el personal celador y en las organizaciones en las que desempeñan su trabajo la importancia de la vacunación como medida preventiva ante la adquisición de infecciones, y ante la transmisión de esas infecciones a los pacientes con los que están en contacto en su labor diaria.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las más importantes bases de datos científicas y en buscadores especializados como Google Scholar, Dialnet.

Hemos utilizado para nuestra búsqueda los términos: “celador”, “vacunación”, “hospital”, “gripe” y “sarampión”, “rubeola”, “parotiditis”, “hepatitis B”, “tetanos, “personal sanitario”

Se han empleado como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

Los profesionales celadores son personas cuyo trabajo, se desarrolla en el campo de la atención sanitaria, en contacto directo con pacientes o con sangre, tejidos o fluidos corporales, aparatos, equipos y superficies posiblemente contaminadas. Las vacunas que se recomiendan en el personal celador se pueden clasificar en esta clasificación:

Vacunación frente al Sarampión y rubeola
El sarampión es una enfermedad vírica aguda muy contagiosa y, en general, más grave en los lactantes y en los adultos que en los niños. La rubeola puede presentar efectos teratogénicos como consecuencia de la infección congénita. Tanto el sarampión como la rubeola son enfermedades de gran importancia para la Salud Pública y que, debido a que se dispone de vacunas seguras y efectivas, se pueden potencialmente erradicar.

Vacunación frente a tétanos y difteria
La vacunación sistemática frente a tétanos, difteria y tosferina comenzó en el año 1964. Se recomienda administrar la vacuna frente a tétanos y difteria como dosis de recuerdo en adolescentes y adultos desde 1995.

Vacunación frente a Hepatitis B
Los trabajadores celadores son susceptibles de infectarse por el virus de la hepatitis B durante su actividad a través de exposiciones accidentales, sea por vía percutánea (pinchazos, cortes) como por vía cutáneo-mucosa (salpicaduras), con instrumental contaminado con sangre u otros fluidos de pacientes infectados. El riesgo depende de la intensidad, volumen, instrumental, etc.

Vacunación frente a la varicela
La transmisión del virus de la varicela zóster (VVZ) puede ocurrir en el medio sanitario. La fuente de infección pueden ser tanto los pacientes como el personal sanitario u otras personas de la comunidad durante el periodo de incubación de la enfermedad.

La vacunación frente a la gripe.
La vacunación frente a la gripe ha demostrado ser la estrategia preventiva más efectiva para reducir la morbimortalidad de esta enfermedad en los grupos de

riesgo. Las principales razones por las que el personal celador debe vacunarse son:
- Medida de autoprotección, puesto que el profesional celador tiene más oportunidades de resultar infectado por el virus de la gripe que la población general.
- El principio ético de no hacer daño al paciente: el trabajador celador no debe ser causa de enfermedades evitables en los pacientes a su cuidado. Asimismo, puede ser causa de la enfermedad a sus compañeros.
- Profesionalismo y ejemplaridad: el profesional que se vacune tendrá mayor concienciación sobre las ventajas de la vacunación y, por tanto, será más proclive a recomendarla en los grupos de riesgo, teniendo un impacto superior sobre la población a la que recomienda la vacunación.
- La consideración del personal celador como servicio esencial para la comunidad. Las epidemias estacionales anuales de gripe están asociadas a una importante tasa de hospitalizaciones y mortalidad lo que demanda considerables recursos de salud para la atención de los pacientes y el control de esta situación.

5 Discusión-Conclusión

Los programas de vacunación dirigidos a este colectivo deben ser una parte esencial de las estrategias de salud laboral en los centros sanitarios, ya que la vacunación se considera la medida más efectiva y eficiente para prevenir ciertas enfermedades infecciosas.
Los servicios sanitarios de los servicios de prevención son los encargados de la captación y la vacunación del personal celador, debiendo además registrar adecuadamente las vacunas administradas.
Las indicaciones de vacunación en los trabajadores celadores deben realizarse de manera individualizada en función de las características personales, de la actividad laboral y de los riesgos a los que estén expuestos.

6 Bibliografía

-Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS). Guía de criterios de aptitud para trabajadores del ámbito sanitario. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. Madrid. 2014. Disponible en http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=27/02/2015-11e2fcb261.
[Consultado 21 enero 2020].

- Gutiérrez MN, Sáenz MC. Vacunaciones y profilaxis postexposición en personal sanitario. Rev Esp Quimioter 2009;22(4):190-200
- Centers for Disease Control and Prevention. Immunization of Health-Care Personnel: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2011;60(RR07);1-45. Disponible en:http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm[Consultado
21 enero 2020].

Capítulo 777

RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO

SARA MENENDEZ HEVIA

1 Introducción

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo, en su informe sobre los problemas actuales y emergentes en materia de seguridad y salud en el trabajo en el sector sanitario (current and emerging issues in the healthcare sector, including home and communitiy care), asegura que el sector sanitario constituye uno de los sectores más expuestos a los riesgos para la salud y seguridad laboral. Entre los principales riesgos que afectan al sector sanitario podemos encontrar desde riesgos biológicos, químicos o físicos, hasta riesgos ergonómicos o psicosociales.

Tradicionalmente, se ha prestado más esfuerzo a conocer los riesgos laborales de los trabajadores sanitarios (los causados por agentes biológicos, químicos o físicos entre otros) en comparación con los riesgos a los que se encuentran sometidos los trabajadores no sanitarios como por ejemplo los auxiliares administrativos que, no siendo sanitarios, trabajan en un centro sanitario.

En este contexto, resulta importante tomar conciencia también de a qué riesgos se encuentran expuestos a diario el personal no sanitario, en especial, los auxiliares administrativos para que las organizaciones sanitarias se comprometan con políticas de prevención de riesgos laborales y de mejora de la salud y de la calidad de vida en el trabajo relacionada con este tipo de profesionales.

2 Objetivos

- Conocer cuales son los principales riesgos laborales a los que pueden estar expuestos los diferentes profesionales que realicen su ejercicio profesional dentro del ámbito sanitario haciendo un especial énfasis en el personal no sanitario, concretamente en la categoría profesional de auxiliar administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Riesgos biológicos
Vienen condicionados por la exposición a agentes biológicos como bacterias, hongos, virus, parásitos, etc.
Las situaciones de riesgo más comunes en hospitales son aquellas en las que durante la manipulación y cura de enfermos, se está en contacto a través de vendajes, instrumental, ropa, etc. con líquidos corporales, excreciones, sangre y sus derivados.

2. Riesgos químicos
Las sustancias químicas como anestésicos, desinfectantes, esterilizantes, residuos sanitarios, alcoholes, yesos, cementos, látex, etc, están presentes en la actividad diaria del sector sanitario.
El almacenamiento, manipulación y gestión de sus residuos conllevan múltiples riesgos que pueden afectar gravemente a la salud de los trabajadores y trabajadoras.

3. Riesgos físicos
Dentro de los riesgos físicos, en el sector sanitario se destaca la exposición a energía electromagnética o radiaciones tanto ionizantes (áreas de radiodiagnóstico, radioterapia, medicina nuclear…) como no ionizantes (campos electromagnéticos, rayos ultravioleta, ultrasonidos, rayos láser, etc).

Estos riesgos, junto con los biológicos y los químicos se encuentran más relacionados con el personal sanitario.

4. Accidentes de trabajo:
-Caídas de personas al mismo nivel: durante los desplazamientos a lo largo de la jornada, debido al mal estado del suelo (baldosas sueltas, suelo resbaladizo…), por falta de orden y limpieza, etc.
-Caídas de personas a distinto nivel: para funciones que requieren el empleo de algún medio (escaleras, taburetes, etc) para llegar a zonas elevadas de estanterías o armarios, principalmente cuando estos son inadecuados o se hallan en mal estado. Un auxiliar administrativo, por ejemplo, puede necesitar de algún medio para alcanzar algún archivo en una estantería y caerse si no se encuentra en buen estado.
-Golpes o choques contra objetos: tiene lugar por desplazamientos por zonas con espacios reducidos, con falta de orden y limpieza, con falta de visibilidad. También pueden darse si existen puertas y otras estructuras transparentes sin señalizar.
-Caídas de objetos por desplome o por manipulación: puede darse por inestabilidad, falta de anclaje, sobrecarga o mal estado de las estanterías. Un auxiliar administrativo, por ejemplo, puede encontrarse cerca de una estantería que esté sobrecarga de archivadores y caerle encima.
-Sobreesfuerzos por movilización de pacientes y por manipulación de cargas: muy común en celadores y auxiliares de enfermería, aunque también podría ser un riesgo relacionado con el personal administrativo, pues este, puede encontrarse en algún archivo cargando grandes cantidades de carpetas y documentación.
-Golpes o atropellos con vehículos: riesgos asociados a los desplazamientos que se efectúan, bien en el trayecto efectuado del domicilio al centro de trabajo (accidente in itinere), o bien en desplazamientos dentro de la jornada laboral, como por ejemplo llevar a cabo visitas domiciliarias (riesgo más asociado al personal sanitario).
-Atrapamientos: Puede darse en ascensores, puertas basculantes, en equipos de oficina con elementos móviles como destructoras de documentos, etc.
-Cortes y pinchazos: más relacionado con personal sanitario, pues está relacionado con manipular instrumental clínico y otros elementos punzantes o cortantes.
-Contacto térmico: cuando se manipulan materiales calientes o muy fríos como por ejemplo hornos utilizados en los procesos de desinfección y esterilización por calor.
-Contacto eléctrico: puede originarse en los centros sanitarios por fallos en las

instalaciones eléctricas, equipamiento electromédicos, así como equipos de oficinas(ordenadores, impresoras, etc).
-Incendio y explosión: los centros sanitarios, y en especial los grandes hospitales son lugares considerados de pública concurrencia que acogen en su interior, dependencias e instalaciones en los que, por sus características y la concentración de productos inflamables y otros materiales, existe un riesgo de incendio y explosión considerable.
-Agresiones: en los centros sanitarios puede haber riesgo de agresión por pacientes o familiares principalmente en las unidades más problemáticas como urgencias, psiquiatría, etc.

5. Riesgos ergonómicos:
Asociados a alteraciones musculoesqueléticas, localizadas generalmente en la espalda, cuello, hombros, codos y muñecas. El síntoma predominante es el dolor, la contractura muscular, la inflamación y la disminución o la incapacidad funcional de la zona afectada. Las causas de las lesiones derivadas de riesgos ergonómicos pueden ser variadas como adopción de posturas inadecuadas y forzadas, movimientos repetitivos, manipulación de cargas y de enfermos, sedentarismo o trabajos con pantallas de visualización de datos en condiciones ergonómicas inadecuadas. En el caso de los auxiliares administrativos, el uso frecuente de ordenadores, el espacio reducido, la mala ubicación del equipo informático, las malas posturas, el sedentarismo de la actividad, etc,. son factores de riesgo causantes de lesiones musculoesqueléticas. Además, el trabajo con pantallas de visualización de datos, puede generar no solo lesiones musculoesqueléticas, sino otros daños para la salud como problemas en la vista, ya que se pueden producir deslumbramientos que causen una molestia y/o disminución en la capacidad para distinguir objetos. Este fenómeno se produce sobre la retina del ojo, en la que se desarrolla una enérgica reacción fotoquímica que la insensibiliza durante un cierto tiempo transcurrido el cual vuelve a recuperarse.

Una iluminación inadecuada y trabajar durante espacios prolongados con el ordenador, puede provocar entre otros problemas fatiga visual: ojos cansados, lagrimeo ocular u ojos húmedos, ojos secos, visión borrosa o doble visión, escozor e irritación ocular, dolores de cabeza, cuello o espalda, dificultad de enfoque general, fatiga general.

6. Riesgo de fatiga física
Este riesgo suele ser muy común en auxiliares de clínica o en celadores, al adoptar posturas incorrectas.

También se da en el personal que trabaja frente a pantallas de ordenador durante gran parte de la jornada laboral como por ejemplo el auxiliar administrativo. La fatiga puede deberse a inclinaciones de cuello al hablar por teléfono mientras se trabaja con el ordenador, inclinaciones de la cabeza, o tronco hacia delante, flexión de la mano, movimientos repetitivos, (al teclear, grapar, etc), etc. Como consecuencia de ello, se pueden producir lesiones osteoarticulares, lumbalgias, dorsalgias, sindrome del codo de tenis (que afecta a los músculos del antebrazo), sindrome del túnel carpiano (que da lugar a una perdida de sensibilidad en los dedos, hormigueo, etc), tendinitis de De Quervain (irritación de los tendones de la muñeca que dan movilidad al dedo pulgar), etc.

7. Turnicidad y nocturnidad:
Una de las características de la organización del trabajo en el sector sanitario en la necesidad de desarrollar el trabajo mediante turnos (mañana, tarde y noche), para poder dar una cobertura amplia, una asistencia adecuada y un servicio público sanitario a la sociedad.
Numerosos estudios evidencian que los trabajadores a turnos están menos satisfechos en su trabajo que los que tienen un horario fijo. Además, este tipo de trabajo, y sobre todo el nocturno, tiene efectos negativos sobre la salud, el trabajo, y la vida social y familiar del trabajador.

8. Riesgo de disconfort térmico
Las condiciones climáticas del lugar de trabajo constituyen un factor que influye directamente en el bienestar y la realización de las tareas. El aire interior de los centros sanitarios debe tener unas características termo-higrométricas adecuadas. En este sentido, el aire acondicionado debe proporcionar, en condiciones óptimas, un confort térmico y una buena calidad del aire.
Los daños producidos por un disconfort térmico en el lugar de trabajo puede ocasionar molestias como congestión nasal, picores, fatiga, falta de concentración, etc.

9. Riesgos psicosociales:
Todos aquellos aspectos relacionados con la concepción, la organización y la gestión del trabajo que pueden causar daños a la salud de los trabajadores.
Estos factores se dividen en los siguientes grupos:
-Exceso de exigencias psicológicas: más trabajo del que podemos realizar en el tiempo asignado (falta de personal o de medios), gran esfuerzo intelectual, concentración, contacto con usuarios y enfermos con los que se establecen procesos transferenciales de emociones, etc.

-Falta de influencia y posibilidades de desarrollo: escasa capacidad de decisión y autonomía respecto al contenido del trabajo (tareas) y sus condiciones (horarios, ubicación), monotonía, desconocimiento de objetivos, escasa implicación, etc.
-Falta de apoyo social y calidad de liderazgo: no recibir la ayuda adecuada por parte de superiores y compañeros para sacar el trabajo adelante; indefinición de tareas, objetivos, funciones, responsabilidades…; no disponer de información adecuada, exigencias contradictorias, conflictos de carácter profesional o ético; escasez de formación (en el marco de los servicios sanitarios, cada vez es mayor el uso de nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación existiendo una falta de sistemas de apoyo para aprendizaje y actualización de nuevos sistemas y programas).
-Escasez de compensaciones: faltas de respeto, reconocimiento y trato injusto; ausencia de perspectivas de promoción; inseguridad (contractual, cambio de jornada y horario, salario, movilidad funcional o de departamento).
-Doble presencia: compaginar jornada laboral y familiar y los problemas de conciliación existentes.

Los efectos de la exposición a riesgos psicosociales pueden expresarse de forma diferente dependiendo de las caracteristicas personales y situaciones del trabajador pudiendo derivar en consecuencias fisicas (dolor de cabeza, dolores musculares, trastornos psicomaticos, digestivos, del sueño y del apetito, etc) psiquicas (ansiedad, estrés, cambios en el estado de animo, irritabilidad , estados depresivos, etc) como sociales (hostilidad, problemas en la relación con la familia, estados depresivos, incomunicación, etc). A nivel laboral, se pueden detectar consecuencias tales como abandono profesional, disminución de la calidad del trabajo, insatisfacción, absentismo, etc.

5 Discusión-Conclusión

El sector sanitario constituye uno de los sectores más expuestos a los riesgos para la salud y seguridad laboral. A pesar de que tradicionalmente la investigación en este campo ha estado más centrada en los riesgos laborales del personal sanitario, también son muchos los riesgos a los que se encuentra sometido a diario el personal administrativo que trabaja en un centro sanitario u hospital.

Así, hemos visto que, entre otros, algunos de los riesgos a los que se encuentra expuesto son: accidentes de trabajo (caídas al mismo o distinto nivel, desplome de estanterías, golpes contra objetos transparentes, atrapamientos en equipos de oficina como por ejemplo las desctructoras de documentos, fallos eléctricos en

ordenadores e impresoras, riesgo de incendio fruto de la concentración de productos inflamables que existen en un hospital, agresiones por parte de pacientes o familiares, etc); riesgos ergonómicos (alteraciones musculoesqueléticas debidas a la adopción de posturas inadeduadas, movimientos repetitivos, sedentarismo, problemas en la vista causados por deslumbramientos, fatiga visual debido a las largas horas de exposición ante la pantalla de un ordenador); fatiga física (posturas forzadas al hablar por teléfono y manejar el ordenador, movimientos repetitivos con las manos y los dedos al teclear…); turnicidad y nocturnidad, disconfort térmico, riesgos psicosociales (sobrecarga de trabajo, falta de colaboración entre compañeros y superiores, falta de influencia y posibilidades de desarrollo, escasez de compensaciones, indefinición de funciones y objetivos, falta de información, escasez de formación relacionada con el cada vez mayor uso de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación y con el uso de programas y sistemas novedosos, exigencias contradictorias…), etc.

Es importante, por tanto, tomar conciencia de los riesgos laborales a los que está sometido cualquier tipo de profesional que trabaje en el sector sanitario, tanto del personal sanitario como del no sanitario, para así, concienciar a los responsables políticos y gestores del ámbito sanitario de la importancia de adoptar medidas para prevenir y mejorar la salud y la seguridad de cualquier tipo de trabajador que trabaje en este ámbito.

6 Bibliografía

1. Comisiones Obreras de Castilla y León. Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario. http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/1561/doc142620_Guia_Basica_de_riesgos_laborales_en_el_sector_sanitario.pdf
2. Gobierno de La Rioja. Prevención de riesgos laborales en el sector sanitario. https://www.riojasalud.es
3. UGT. Prevención de riesgos psicosociales en el sector sanidad: Atención Primaria. http://www.fespugtmadrid.es
4. Rodriguez Marín, J (2010). Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. Revista de calidad asistencial, 2010; 25 (6):318-320.
5. Infocop online (2015). Riesgos laborales en el sector sanitario, Informe de la Agencia Europea para la Salud y Seguridad en el Trabajo. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5394
6. European Risk Observatory Report (2014).Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care. https://osha.europa.eu/

Capítulo 778

RIESGOS PSICOSOCIALES EN LAS EMPRESAS (AUXILIAR ADMINISTRATIVO)

SILVIA VARELA SANCHEZ

JAVIER GARCIA SANCHEZ

ROCÍO GONZÁLEZ SOMOANO

SUSANA VALDES SUAREZ

NURIA GUTIÉRREZ ARREAL

1 Introducción

Riesgos psicosociales son las condiciones presenes en una situaciçon directamente relacionados con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, con la realización de la tarea o con el entorno, que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras. Actualmente son una de las principales causas de enfermedades y de accidentes laborales. Las causas que originan los riesgos psicosociales son, entre otras:
- Las características de la tarea.
- La estructura de la organización.
- Las características del empleo.

Las consecuencias son diversas. Atendiendo a las características personales podemos encontrar:

- Problemas y enfemedades cardio vasculares.
- Depresión, ansiedad y otros trastornos psiquiatricos.
- Dolor de espalda y otras enfermedades mucoesqueléticas.
- Trastornos de diversa índole: respiratorios, gastrointestinales…
- Conductas sociales inadecuadas, commo, consumo de tabaco y drogas, sedentarismo, consumo de alcohol, etc.
- Absentismo laboral.

2 Objetivos

- Detectar, prevenir y corregir las posibles situaciones problemáticas relacionadas con los riesgos psicosociales.
- Uno de los ejes principales de la evaluación de los riesgos psicosociales es la participación de los trabajadores en todo el proceso.

3 Metodología

Evaluación multifactorias en relacón a los aspectos de la tarea, la organización del trabajo, el ambiente y el desemepeño, entre otros. Se emplearían:
- Métodos de observación directa.
- Métodos de evaluación subjetivos.
- Metodología F-PSICO.
- Metodología WONT.
- Metodología ISTAS 21.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 779

LA EMPATÍA PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SEILA MARTÍNEZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos que trabajan en el área sanitaria deben poseer habilidades comunicativas entre las que destaca la empatía, ya que una de las funciones principales de este profesional es la interacción con los pacientes, sus familiares y con su propios compañeros. Por todo ello es esencial que entrene esta habilidad que no todo el mundo posee para ofrecer una mejor atención consiguiendo así mejorar la calidad de su trabajo porque no es lo mismo oír que escuchar.

La empatía suele definirse como la capacidad para ponerse en el lugar del otro, de comprender sus sentimientos y hacérselo saber ya sea de forma verbal o no verbal. La empatía evita que realicemos juicios e valor y a diferencia de la simpatía no se produce un contagio emocional, circunstancia esencial para los profesionales que interactúan con los demás.

La empatía empieza cuando escuchamos a alguien sin presuponer nada con ánimo de ayudarle, y por ello el auxiliar administrativo que trabaja en el ámbito de la sanidad y por tanto interactúa con los pacientes y sus familiares debe poseer esta habilidad para realizar su trabajo desde un punto de vista humanista y no sólo técnico, ya que se trabaja con personas que se encuentran en una situación vulnerable . Ante la deshumanización de la atención, la empatía puede resultar clave como solucionadora de conflictos y tensiones .

2 Objetivos

Objetivo general:
- Entrenar la empatía.

Objetivos específicos:
- Potenciar habilidades para ser empático.
- Reconocer las emociones ajenas.
- Ofrecer una mejor atención.
- Facilitar la comunicación y y el entendimiento.
- Minimizar conflictos y tensiones en el lugar de trabajo.

3 Metodología

Para mantener una actitud empática el profesional debe tener la habilidad de identificarse con la situación del otro, pero también debe tener la habilidad de liberarse de esta identificación y restablecer la distancia emotiva. El equilibrio entre implicación y retirada emotiva es fundamental para no " quemarse " en el desempeño de la profesión (síndrome de burnout) y para no trabaja desde una excesiva distancia o frialdad (Ayuso y Tejedor, 2015).

Existen varias formas de expresar empatía. Una de ellas es hacer preguntas abiertas que nos ayudan a continuar la conversación y hacen ver a la otra persona que estamos interesados en lo que nos está contando. Antes de dar nuestra opinión sobre el tema debemos esperar a tener la información suficiente, asegurándonos de que la otra persona nos ha contado todo lo que quería y de que hemos escuchado e interpretado correctamente el contenido del mensaje que nos quería transmitir, así como de sus pensamientos y emociones. Debemos ser muy respetuosos y no interrumpir ni distraernos mientras nos están hablando. También es fundamental ser tolerantes y aceptar las diferencias que tengamos con los demás y aceptar que no todos vemos las cosas del mismo modo. Recomendaciones para ser empáticos en el trabajo:
• Hay que practicar la escucha activa.
• Entender como puede afectar los cambios al otro.
• Tener paciencia y dedicar tiempo a entender al otro .
• Mantener la calma en los momentos de tensión .
• Afrontar los problemas, no huir de ellos.
• Centrarse en las similitudes más que en las diferencias.
• Ayudar a aquellos que lo necesitan.

Lo que no se debe hacer para ser empático:
• Interrumpir y adelantarse cunado nos están hablando.
• Juzgar y evaluar.
• Distraerse y no prestar atención.
• Minimizar los problemas de las otras personas.
• Interrogar.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 780

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO

SARA MENENDEZ HEVIA

1 Introducción

Tener unas buenas habilidades de comunicación es fundamental en cualquier tipo de profesional que trabaje en el ámbito sanitario ya que, si no hay una buena comunicación, los pacientes muestran mayor insatisfacción, lo que les lleva a percibir el ambiente hospitalario como un estresor, con las consiguientes consecuencias negativas que esto conlleva para la recuperación y restablecimiento de su nivel de salud. Además, la comunicación también es un pilar imprescindible para realizar un correcto trabajo en equipo entre los diferentes tipos de profesionales que trabajan en un centro sanitario (médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, celadores/as, auxiliares administrativos/as, etc).

2 Objetivos

- Analizar qué tipo de estrategias se pueden utilizar para mejorar la comunicación en el entorno sanitario para mejorar así la interacción tanto entre profesionales y pacientes como entre el propio equipo de profesionales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La comunicación es el proceso por el cual se produce un intercambio de información entre dos o mas personas. Antes de entrar a analizar qué estrategias se pueden utilizar para mejorar la comunicación, es importante conocer cuales son los elementos esenciales que componen la comunicación humana:
- Emisor: es la persona que se encarga de codificar y transmitir una información (mensaje).
- Receptor: es la persona que recibe el mensaje y lo interpreta, es decir, descodifica el mensaje.
- Mensaje: es la información que el emisor envía al receptor a través del canal de comunicación.
- Canal: es el medio físico a través del cual se transmite el mensaje.
- Código: es un conjunto de signos que se combinan siguiendo unas reglas (semántica) utilizado por el emisor para elaborar el mensaje y que también es conocido por el receptor.
- Contexto: es el espacio donde se desarrolla la situación comunicativa. Es el conjunto de circunstancias tanto temporales, como espaciales y socioculturales que rodean el acto comunicativo.
- Feedback o retroalimentación: es la respuesta que da el receptor al haber interpretado el mensaje mandado por el emisor.

A la hora de comunicarse, existen distintos tipos de habilidades implicadas en el proceso que darán como resultado una comunicación más efectiva:

A. Habilidades cognitivas:
Los primero que debe de hacer el profesional para relacionarse de un modo efectivo, es eliminar o minimizar pensamientos negativos del tipo “no hay nada que pueda hacer”, “soy un desastre a la hora de afrontar problemas”, “no sirve para

nada esforzarse", "no puedo equivocarme", etc. Este tipo de pensamientos, generan emociones negativas que alteran nuestro organismo e impiden la emisión de la respuesta apropiada, y provocan en el interlocutor estados de ánimo también negativos.

B. Habilidades de comunicación no verbal:
La comunicación no verbal se lleva a cabo sin el uso de palabras y, en muchos casos de forma inconsciente. Los movimientos corporales, las posturas, la mirada, la forma de sentarse o de andar son algunos ejemplos.
Los mensajes no verbales son un componente esencial en la comunicación. Las palabras y el cuerpo no pueden estar en desacuerdo. Nuestra postura y gestos deben acompañar y ser coherentes con el mensaje transmitido.

Dentro de las habilidades de comunicación no verbal, debemos de tener en cuenta los siguientes aspectos:
- Contacto visual: la mirada es un elemento fundamental en el acto comunicativo, pues es altamente expresiva. Sostenerla de una forma natural y no forzada supone una muestra de interés y de atención hacia lo que nos están diciendo o hacia nuestro interlocutor. Una mirada que rehuya el contacto visual puede implicar falta de interés, de confianza o incluso mentira en el acto comunicativo.
- Expresión facial: con ella, expresamos estados de ánimo y emociones. Se utiliza para regular la interacción y para reforzar o enfatizar el contenido del mensaje dirigido al receptor. Por ejemplo, la sonrisa, hace que gustemos más y seamos percibidos como amistosos, cálidos y accesibles.
- Gestos: un gesto es una forma de comunicación no verbal, ejecutada con alguna parte del cuerpo y producida por el movimiento de las articulaciones, músculos de brazos, manos, piernas o cabeza. El lenguaje de los gestos permite expresar una variedad de sensaciones y pensamientos, desde desprecio y hostilidad hasta aprobación y afecto. Por ejemplo, asentir con la cabeza indica que tenemos puesta nuestra atención en lo que el otro nos está contando; las manos vivas y activas señalan franqueza, apertura y disposición, sin embargo, los brazos cruzados expresan un mensaje defensivo de protección. Las piernas abiertas indican una actitud abierta o dominante, mientras que las piernas cruzadas revelan actitudes cerradas o de incertidumbre.
- Postura y orientación corporal: refleja nuestras actitudes y sentimientos. Para que la comunicación sea efectiva, es recomendable una postura erecta, relajada y ligeramente inclinada hacia adelante en la dirección de nuestro interlocutor.
- Distancia: todos tenemos una zona de seguridad que sólo dejamos atravesar a personas contadas. Por ello, para tener una comunicación efectiva, debe de

mantenerse una distancia prudente, que puede ser más cercana o más lejana en función del tipo de contacto que mantengamos con el interlocutor.
- Comunicación paralingüística: incluye elementos vocales tales como el tono, volumen, velocidad al hablar, etc. Debe de transmitirse la información de forma audible, fluida y clara.

C. Habilidades de conducta:
-Escucha activa: la escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para llegar a entender a alguien, se precisa asimismo de cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona.

Entre los elementos que facilitan la escucha activa se encuentran:
1. Disposición psicológica: prepararse interiormente para escuchar. Observar al otro: identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos.
2. Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (palabras de refuerzo como por ejemplo "umm", "bien", "estupendo"; formular preguntas, resumir o reformular lo que nos ha dicho el interlocutor con palabras propias como por ejemplo "Si no te he entendido mal…", "Entonces, lo que quieres decir es…") y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo, etc).
- Empatía: capacidad de identificarse con el usuario o paciente, y comprender su conducta y sus sentimientos, a la vez que se transmite esta comprensión , aunque ello no implica compartir ni estar de acuerdo necesariamente. Implica partir de la idea de que todos tenemos una razón para actuar o sentir como lo hacemos, aunque no estemos de acuerdo. En el entorno sanitario la empatía es una cualidad fundamental, para ser capaz de conectar con el paciente y entender qué le pasa.
- Asertividad: consiste en conocer los propios derechos y defenderlos, respetando los de los demás. La comunicación asertiva no es ser agresivo ni se refiere a imponer la propia ley. Tiene que ver con crear un clima comunicativo en el que se puede hablar abiertamente sobre las opiniones de cada uno independientemente de las diferencias, sin despreciar al interlocutor y respetando siempre su opinión.

Durante el intercambio comunicativo hemos de procurar no avasallar a los interlocutores e imponer nuestra voluntad independientemente de su opinión, ni tampoco dejarnos arrastrar por la ajena. Debemos ser capaces de defender nuestra postura de forma cabal respetando la opinión del otro.

Esta habilidad es muy importante en el ámbito sanitario, ya que los profesionales de este campo desempeñan sus funciones en equipo ocupando dentro del mismo

una determinada posición funcional y jerárquica. La asertividad es fundamental en situaciones en las que nos tenemos que relacionar con personas tanto de nuestra misma jerarquía como de distinta, ya sea superior, o inferior.
- Habilidades de negociación: para llegar a un acuerdo tomando en consideración los intereses legítimos de cada parte, resolviendo el conflicto de forma justa. Estas habilidades están muy relacionadas con la asertividad.
- Habilidades para transmitir la información: dirigidas a facilitar la comprensión del mensaje, su recuerdo y su cumplimiento. La información que transmitimos al comunicarnos con los pacientes o con nuestros compañeros debe de cumplir una serie de requisitos para ser adecuada:
1. Relevante: importante para el tema que se está abordando.
2. Suficiente: la cantidad necesaria, ni excesiva, ni demasiado escueta. Las personas tienen una capacidad atencional determinada y cuanto más prolongada sea una argumentación, más probabilidad de que se pierda información por el camino.
3. Adecuada: en cuanto a su estructura, orden y claridad. Es muy importante adaptar el lenguaje a la conversación que se está teniendo, considerando especialmente dos factores: la formación y el nivel educativo de nuestros receptores, y el contexto en el que se produce la conversación.
4. Precisa: un mensaje claro y conciso llega antes al receptor y es más eficiente que dar rodeos sobre un tema antes de llegar al objetivo real.
- Habilidades para afrontar situaciones conflictivas: entre las que se pueden encontrar saber tranquilizar a un paciente, saber rehusar peticiones injustificadas, afrontar presiones, manejar situaciones con pacientes conflictivos o agresivos, etc.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario es imprescindible el proceso de la comunicación, pues es un campo en el que trabajan profesionales de múltiples disciplinas que tienen que interactuar entre sí para poder realizar un trabajo en equipo y coordinado y poder dar así una mejor atención y asistencia a los pacientes y usuarios.

La comunicación también es fundamental para interactuar con los usuarios y pacientes de los centros sanitarios y transmitirles así, la información y atención que necesitan. Tener unas buenas habilidades comunicativas repercutirá positivamente en el efecto que nuestras palabras tengan en los pacientes, encontrándose estos más satisfechos con los servicios y valorando el entorno sanitario de una

forma más positiva y menos estresante que si, por el contrario, empleásemos una mala comunicación.

Se ha realizado en este capítulo una revisión bibliográfica acerca de cuales son las habilidades y los aspectos a tener en cuenta para que la comunicación sea la correcta y se desarrolle el proceso de una forma óptima, de cara a ayudar a los diferentes profesionales que trabajan en este campo a poner en práctica las mismas y mejorar así su desempeño profesional. En reglas generales, estas habilidades se pueden dividir en tres campos: cognitivas, de comunicación no verbal y de conducta.

Entre los aspectos a destacar, cabe decir que debemos de eliminar pensamientos negativos a la hora de relacionarnos con los demás y que debe de haber una coherencia entre nuestros gestos y las palabras en el sentido de que nuestra comunicación no verbal debe de apoyar y reforzar a nuestra comunicación verbal.

Dentro de las habilidades de conducta destacan la escucha activa como la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo; la empatía como la capacidad para ponerse en el lugar de los demás y la asertividad como la habilidad para defender y expresar nuestros derechos respetando los de los demás.

6 Bibliografía

1. Santamaría Jiménez,A; Santamaría Lozano, R; Verdú Martín, I (2018). Técnicas y estrategias de comunicación para mejorar la relación con el paciente. http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/2018/Modulo%201-%20La%20comunicacion.pdf
2. León Rubio, J.M; Medina Anzano, S; Cantero Sánchez, F.J; Gil Rodríguez, F. Entrenamiento en habilidades sociales para los profesionales de la salud. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/72176/Entrenamiento%20en%20habilidades.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Castillero Mimenza, O. Comunicación efectiva: 24 claves de los grandes comunicadores. https://psicologiaymente.com/social/comunicacion-efectiva
4. Torres, A. Los 8 elementos de la comunicación: características y ejemplos. https://psicologiaymente.com/cultura/elementos-de-comunicacion
5. Armando Corbin, J. Asertividad en el trabajo: 7 claves para mejorarla. https://psicologiaymente.com/social/asertividad-en-trabajo

Capítulo 781

RIESGO BIOLÓGICO EN EL AMBITO SANITARIO

CRISTINA FERNANDEZ-SANZ ALVAREZ

1 Introducción

Para evitar el riesgo biológico el trabajador debe protegerse de manera individual frente a agresiones físicas, químicas o biológicas que puedan producirese durante la actividad laboral en el ámbito sanitario.

En el Real-Decreto 1407/1992, 20 de Noviembre se define equipo de protección individual (EPI) ”cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o mas riesgos que puedan amenazar su seguridad o salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin”.

Durante los años 80 los agentes infecciosos mas frecuentes fueron la hepatitis B, Burcelosis, Tuberculosis, en la decada de los 90 las infecciones mas frecuentes fueron la Hepatitis B, Tuberculosis, Salmonelosis, Meningitis meningocócica.

2 Objetivos

- Proteger al trabajador en el ámbito sanitario entendida como una técnica de seguridad en el trabajo sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se han llevado a cabo una revisión sobre los siguientes aspectos:
- Órdenes del Ministerio de Industria, comercio y turismo relativas al Reglamento de almacenamiento de productos quimicos donde se obliga al uso de protecciones personales.
- R.D 1407/1992 de 20 de Noviembre. Se regulan las condiciones para la comercializacion de los EPIs
- R.D 773/1997 de 30 de Mayo sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud referentes.

4 Resultados

A través de medidas preventivas se pueden condicionar los niveles de riesgo que puede existir. También a través de una normas de vigilancia sobre los trabajadores pueden reducir el riesgo de exposicion. Como medidas más significativas se puede mencionar las siguientes:
- Los reconocimientos médicos.
- La verificacion de agentes biológicos.
- Establecer planes de actuación.
- Medias de proteccion individual y colectiva.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, unas medidas adecuadas de protección pueden ayudar a eliminar o reducir el riesgo de exposición al agente. También la información tanto al personal sanitario como al servicio de medicina preventiva del centro produce en control y vigilancia de los riesgos.

Cada vez más se emite información a todo el personal sanitario y a todos los niveles es una de las máximas en estos días. El trabajador sanitario tiene cada vez mayor conciencia, lo que implica una seguridad en su salud y en los que le rodean en el ámbito de su trabajo diario sanitario.

6 Bibliografía

- Real Decreto 665/1997 de 12 de Mayo.

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 782

MANTENIMIENTO EN CENTROS SANITARIOS

LUZ ESTER PÉREZ FERNÁNDEZ

ISABEL MARTOS VILLA

ROCIO BARREIRO LOPEZ

CRISTINA RODRIGUEZ RIVERA

MARÍA LUISA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Según su definición, por mantenimiento hospitalario se entiende la actividad técnico-administrativa dirigida principalmente a prevenir averías y a establecer la infraestructura y la dotación hospitalaria a su estado normal de funcionamiento, así como las actividades tendientes a mejorar la función de un equipo.

Si bien esta definición, en la realidad, se puede dividir en dos partes, el mantenimiento propiamente dicho y la conservación de los elementos. Por tanto, definiremos mantenimiento como el desarrollo de actividades tendentes a lograr que algo se deteriore en igual o menor grado que en el plan considerado en su diseño y la conservación, como el desarrollo de conocimientos o actividades que resultan o tiendan a que algo permanezca la más parecido posible a su configuración original.

Por otra parte, tendremos que distinguir entre los distintos tipos de mantenimiento existentes. Una primera clasificación dependiendo del tipo de mantenimiento daría lugar a:
- Mantenimiento preventivo.
- Mantenimiento correctivo.
- Mantenimiento predictivo.
- Mantenimiento mejorativo.

Otra clasificación, a tener en cuenta, seria dependiendo del personal que la lleve a cabo:
- Mantenimiento realizado con sus recursos propios.
- Mantenimiento parcialmente concertado.
- Mantenimiento totalmente concertado.
- Mantenimiento de seguimiento y control.

Aunque, desde el punto de vista de la gestión económica, el mantenimiento hospitalario presenta un alto porcentaje de los costes, tanto directos como indirectos, no nos podemos centrar sólo en este dato sino que tenemos que medir también el grado de satisfacción de los usuarios de los centros sanitarios.

El objetivo del centro hospitalario será dar una buena calidad asistencial resultante de la relación usuario-sistema, por lo que debemos entender que la calidad no depende sólo de los profesionales de la medicina y/o enfermería, sino que es responsabilidad de todos los profesionales que trabajan en las instituciones y organizaciones sanitarias. El buen funcionamiento y estado del entorno físico que rodea al paciente influye el grado de confortabilidad y satisfacción del usuario. Tanto los pacientes como los familiares de los mismos utilizaran las instalaciones y los equipos y estos deberán encontrarse en perfecto estado para conseguir una seguridad máxima.

2 Objetivos

- Proporcionar un buen servicio a las personas que acuden a las instalaciones sanitarias.
- Concienciar al personal sanitario y no sanitario de la importancia de su labor.

3 Metodología

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

4 Resultados

La implantación de un sistema de gestión de calidad basado en un modelo de calidad, precisa de un plan adecuado y de una serie de condiciones previas que aseguren su integración eficaz en la empresa y su adecuada puesta en marcha. En la actualidad existen diversas herramientas tecnológicas muy útiles, diseñadas para mejorar la adopción de estos sistemas, su funcionamiento y sus resultados.

En la gestión de mantenimiento es primordial la planificación y organización, la gestión del tiempo, la comunicación y la evaluación y control de las acciones, funciones básicas pero que por ser rutinarias son las grandes olvidadas. La implantación de un sistema de calidad en el servicio de salud supone una mejora en el trabajo y colateralmente en los usuarios de la misma. El cumplimiento con la legislación vigente hace que no existan posibles sanciones.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, podemos decir que es necesaria la implicación del personal de los distintos servicios para el buen funcionamiento de los centros sanitarios y poder dar mejores prestaciones a los usuarios. Es necesario detectar problemas y sistemas de mejora para alcanzar el objetivo.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y consumo.
- Universidad Politécnica de Cartagena: “Gestión de mantenimiento preventivo para un hospital de más de 100 camas”.
- “Mantenimiento de los establecimientos de salud”. Sinco Editores.

- “Perfil tecnológico hospitalario de España” Federación española de empresas de tecnología.
- Boyaca.yoe.co>secsalud
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 783

LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO (AUXILIAR ADMINISTRATIVO)

ROCÍO GONZÁLEZ SOMOANO

1 Introducción

Entendemos por comunicación el proceso de intercambio de información en el que un emisor transmite a un receptor un mensaje a través de un canal esperando a que se produzca una respuesta de dicho receptor en un contexto determinado.

Diremos que se establece una comunicación cuando una persona influye sobre la otra, lo que provoca algún tipo de reacción en la segunda. La información es fundamental en el ámbito de la salud, ya que de ésta depende la toma de decisiones que llevemos a cabo y sobretodo, de una buena información dependerán unos buenos resultados.

Hoy en día el personal no sanitario es una pieza importante para el buen hacer de un servicio de salud, su trabajo implica relacionarse con todo tipo de usuarios (altaneros, prepotentes, agresivos, extranjeros, personas con discapacidad,desmotivados, incurables,dependientes…). El entorno sanitario es un espacio en el que los trabajadores precisan de grandes dotes comunicativas de empatía, sociales y dotes de humanización.

2 Objetivos

- Identificar los factores que determinan la comunicación en el entorno sanitario.

- Mejorar los elementos básicos de la comunicación terapéutica donde el elemento principal es la escucha activa, la cual permite establecer una relación de confianza y respeto, conocer al paciente, entender cómo vive su problema de salud, el paciente se desahoga y se siente mejor y menos solo, y es una forma de que se escuche a si mismo a la vez que verbaliza lo que siente, le permite elaborar sus emociones. Es importante escuchar con tranquilidad, con interés,con una mirada respetuosa, sin interrrumpirle y sin juzgar.
- Reivindicar una actitud empática, ya que sin ella no s posible una comunicación terapéutica. El paciente se siente cómodo y comprendido, percibe que puede expresar sus emociones en un clima de confianza y se siente aceptado. El objetivo principal es lograr una efectiva comunicación teniendo en cuenta, además de

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica para conocer el estado de la investigación sobre el tema. Se utilizan diferentes bases de datos y navegadores: Dialnet,Scielo y Psyclnfo; Palabras clave, comunicación, información, comunicación terapéutica, comunicación con los pacientes.

4 Resultados

La comunicación constituye la pieza fundamental de la actividad laboral del personal no sanitario, la cual está presente fundamentalmente en dos contextos:
1. Con los pacientes
Los pacientes necesitan confiar en los profesionales de la salud que están a cargo de su enfermedad.De hecho está demostrado que la adherencia al tratamiento del paciente es mayor cuando la relación con los profesionales que le atienden es fluida, porque además de entender las indicaciones a seguir, mejora su predisposición psicológica para afrontar la enfermedad.Por otra parte, una noticia comunicada de manera incorrecta puede ocasionar consecuencias muy negativas tanto en el profesional sanitario que la comunique como para la organización sanitaria a la que pertenece, sobretodo si ese fallo genera graves consecuencias para el paciente.
2. Ante compañeros de trabajo.
En el desempeño de su labor profesional, los profesionales no sanitarios no sólo se relacionan con los pacientes, sino que otra de sus responsabilidades es informar y divulgar sus conocimientos y hallazgos a otros profesionales. A partir de la comunicación que ofrecen a sus compañeros reflejan su imagen personal y

profesional, así como también la imagen de la institución sanitaria a la que representan, afectando a sus credibilidad.

En el entorno sanitario la comunicación que nos interesa es la que se refiere al entorno laboral la referida a aspectos técnicos de tipo no sanitario, de ahí que se establezcan diferencias de acuerdo a quien sea el emisor y el receptor (personal no sanitario entre sí, personal sanitario y no sanitario,personal no sanitario y pacientes o familiares o bien con pacientes con alteraciones del habla o lenguaje).

En primer lugar hay que tener en cuenta que tanto el personal sanitario como el no sanitario está jerarquizado y eso mediatiza la comunicación, es decir,ésta no será libre y se basará en las normas de funcionamiento del centro y , por otro lado, el lenguaje utilizado variará dependiendo de quien sea el emisor y el receptor o receptores.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud no ha ocupado un papel relevante en el entorno sanitario Frente a las habilidades para interactuar con el paciente, han primado más hasta ahora las competencias técnicas de los profesionales sanitarios.

Sin embargo desde hace unos años, ésta tendencia está cambiando ya que por un lado, el paciente ha evolucionado y demanda más atención, y por otro lado existe un mayor interés de los profesionales no sanitarios por aprender estrategias de comunicación que les permitan conectar mejor con los usuarios de los sistemas de salud.Actualmente, la relación entre el personal no sanitario y el paciente se ha modificado debido a causas socioculturales y políticas, también a un progreso de la asistencia sanitaria. El paciente cada vez depende menos del sistema sanitario, eligiendo lo que considera mejor para él.

El usuario lo que quiere es ser atendido correctamente y para ello debemos crear un ambiente adecuado donde se sienta cómodo y recibirlo con una actitud cordial y positiva, ya que espera tener un servicio de calidad donde sea orientado correctamente, siempre desde la amabilidad y el respeto. Como cada usuario es único, se le deberá dar un trato personalizado y tener una imagen de profesionalidad, actuar con seguridad, eficacia y discreción.Para ello hay que tener en cuenta que no sólo influye la comunicación verbal sino que también los gestos, la mirada, las posturas son formas de comunicación y deben de estar en consonancia con

lo que queremos transmitir, creando un clima de confianza y respeto mutuo.

6 Bibliografía

- Merayo Peréz ,A ; Bravo Pérez, E ; Gordón, F (2014). La comunicación con el paciente: habilidades profesionales de la salud. ISBN 978-84-9022-755-8.
- Caballero Bravo,C. ; López González L. ; Pérez Hernández Jorge M. ;Pérez Feijoo Héctor M. (2012) Comunicación y atención al cliente. ISBN 978-84-4817-574-0.

Capítulo 784

LOS FACTORES EXTERNOS AFECTAN A LOS TRABAJADORES DEL AMBITO SANITARIO

CRISTINA FERNANDEZ-SANZ ALVAREZ

1 Introducción

Las condiciones de seguridad en el centro de trabajo sanitario es un derecho imprecindible recogido en la Constitución Española. Las condiciones ambientales son un factor importante en el ámbito sanitario entre ellos está, el sistema de iluminación, el ruido, la temperatura, la humedad y por último las radiaciones ionizantes y no ionizantes.

2 Objetivos

- Analizar el grado de intensidad de los factores ambientales y las consecuencias y efectos de dichos factores en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

- En la actualidad cada vez estamos más afectados y expuestos a factores físicos, psíquico y social.

Los factores físicos son causa de enfermedades profesionales, así lo establece el RD Legislativo 1/1994 de 20 de junio por que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad social (BOE de 29/6/94 en donde define la enfermedad profesional.

5 Discusión-Conclusión

Con todo ello, Los factores físicos medioambientales en el ámbito sanitario son cada vez más importantes. estos factores entre otros afectan a la salud laboral del sanitario. los medios de prevención es la mejor medida en la actualidad. cabe mencionar el seguimiento de las indicaciones y protocolos de actuaciones en los distintos centros de salud de cada centro sanitario, poniendo como ejemplo el factor iluminación se debería de emplear la luz natural frente a la artificial ya que permite definir mejor los colores, es más economico, produce menos fatiga visual y actúa contra las bacterias y rayos infrarrojos.

En cuanto al ruido, evitar una exposicion prolongada pues puede producir disminucion auditiva permanente o hipoacusia, aislamientos de máquinas y colocacion de materiales absorbentes en paredes, techos y suelos.
En cuanto a la humedad y la temperatura como medida sería optimizar estos factures a través de reguladores de temperatura, evitando con ello la sudoración y la deshidratación.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 785

MANUAL PRECONSTITUCIONAL DEL CELADOR FRENTE A LA IGUALDAD DE GÉNERO

BORJA CANAL CERVERA

SANDRA DIEZ GARCÍA

MARIA JOSE ZAPICO MORALES

NATALIA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Históricamente el trabajo de celador era un trabajo que era desarrollado en su totalidad por trabajadores masculinos, pero los tiempos han cambiado y a día de hoy nos encontramos casi con el caso contrario. Atendiendo por ejemplo en datos del servicio de salud de Extremadura del año 2019 veremos como hay un 43% de celadores masculinos frente a un 57% de trabajadoras femeninas para el mismo puesto.

Se pueden encontrar las funciones del celador en el artículo 14.2 de la Orden Ministerial del 5 de Julio de 1971, Estatuto del personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Este estatuto ésta derogado por la Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, con el Estatuto del personal sanitario no facultativo (1973) y el Estatuto Jurídico del personal médico de la Seguridad Social (1966),

estas funciones de los celadores siguen estando vigentes por el Estatuto Marco siempre que no se regulen por cada Servicio de Salud.

2 Objetivos

- Visibilizar las diferencias de género latentes en un Estatuto Marco totalmente desactualizado.

3 Metodología

Se ha realizado una revisiòn bibliográfica sobre distintos manuales del celador, revisión de la Ley General de Sanidad, artículos de prensa y distintas páginas webs.

4 Resultados

Las funciones del celador en casi todaslas Comunidades Autónomas son las siguientes:

- Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.
- Harán los servicios de guardia que corresponda dentro de los turnos que se establezcan.
- Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.
- Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de las persianas, cortinas, y útiles de servicio en general.
- Servirán de ascensoristas cuando se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran.
- Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
- Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como del exterior

del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
- Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontrarán en la limpieza y conservación del edificio y material.
- Vigilarán, el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando no introduzcan en las Instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.
- Vigilarán, asimismo, el comportamiento de los enfermos y de los visitantes, evitando que estos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten el las camas, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
- Tendrán a su cargo el traslado de los enfermo, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.
- Ayudarán, asimismo, a las Enfermeras y Ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón de sus dolencias para hacerles las camas.
- Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las Supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias.
- En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requieran.
- En los quirófanos auxiliarán en todas aquella labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los Médicos, Supervisoras o Enfermeras.
- Bañaran a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por si mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las Supervisoras de plantas o servicios o personas que las sustituyan.
- Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo no pueda éste ser movido sólo por la Enfermera o Ayudante de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.
- Ayudarán a las Enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos

fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.
- Ayudarán a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala.
- Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándolos, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquellas y siempre bajo las indicaciones que reciban los Médicos, Supervisoras o Enfermeras que les sustituyan en sus ausencias.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia del enfermo.

También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

A primera vista nos llama la atención que algunos artículos están totalmente desfasados; ‘’Servirán de ascensoristas cuando se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran”. Pero si nos fijamos con detenimiento en varios de sus artículos podemos ver como estos están dirigidos redactados y pensados exclusivamente a personal masculino. Artículos como los citados a continuación son un claro ejemplo de ello.

“Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.” “Bañaran a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las Supervisoras de plantas o servicios o personas que las sustituyan”. “En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requieran.”

Es evidente la desactualización que sufre el Estatuto Marco, que aun en el año 2020 este redactado sin modificar en estos aspectos desde una época preconstitucional. Constitución que declara el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres.

Actualmente un número mínimo de Servicios de Salud como el de Castilla y León (Sacyl) lo han regulado a través del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario, Ley 2/2007, de 7 de Marzo derogando las funciones de la Orden Ministerial del 5 de Julio de 1971.

5 Discusión-Conclusión

A pesar del aumento del número de mujeres presentes en la profesión de celador y de la mayor participación de éstas en puestos de responsabilidad y toma de decisiones, todavía se sigue formando al celador con manuales basados en leyes y estatutos que no han sido revisados desde el año 1975 y claramente enfocadas y dirigidas a trabajadores masculinos..

A día de hoy con la leyes actuales sobre igualdad de género e igualdad de oportunidades,no se puede permitir que existan artículos en los que destaquen la desigualdad de género en la atención a la salud.

6 Bibliografía

1. [Internet]. Mats-sanidad.com. 2020 [consultado el 6 de febrero de 2020]. Disponible en: https://mats-sanidad.com/2019/03/01/ser-celador-era-cosa-de-hombres/
2. Diferencias de género en los puestos de trabajo - Salud Laboral [Internet]. Salud Laboral. 2020 [citado 6 de Febrero de 2020]. Disponible en: https://saludlaboral.org/diferencias-de-genero-laborales/
3. Riesgos laborales desde la perspectiva de género - Género PRL [Internet]. Género PRL. 2020 [citado el 6 de Febrero de 2020]. Disponible en: https://generoprl.org/riesgos-laborales-desde-la-perspectiva-de-genero/
4. [Internet]. Upm.es. 2020 [citado 6 de Febrero de 2020]. Disponible en: https://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Igualdad/Formacion/Guia_de_sensibilizacion_y_formacion_en_igualdad_de_oportunidades.pdf
5. [Internet]. Juntaex.es. 2020 [citado 6 de Febrero de 2020]. Disponible en: http://www.juntaex.es/filescms/con01/uploaded_files/actuaciones/INFORME_DE_IMPACTO_DE_GENERO_PARA_2019.pdf
6. El estatuto de los celadores asigna las tareas de limpieza al «personal femenino» [Internet]. El Comercio. 2020 [citado el 6 Febrero de 2020]. Disponible en: https://www.elcomercio.es/asturias/estatuto-celadores-asigna-20190216001735-ntvo.html

7. Online C, Online C, perfil V. FUNCIONES DE L@S CELADOR@S… ALGUNAS REFLEXIONES [Internet]. Celadoresonline.blogspot.com. 2020 [citado 6 Febrero de 2020]. Disponible en: http://celadoresonline.blogspot.com/2017/08/funciones-de-ls-celadors-algunas.html

Capítulo 786

RIESGO PSICOSOCIAL EN EL CELADOR.

MARIA DE LAS MERCEDES GARCIA ALVAREZ

MARGARITA RODRIGUEZ MENÉNDEZ

RUBÉN FERNÁNDEZ VILLAR

BALTASAR MORENO ORDOÑEZ

1 Introducción

La mayor parte de nuestras vidas transcurren en el lugar de trabajo, por lo que es importante que nos tomemos un momento para analizar nuestro entorno laboral. Entendemos por riesgo psicosocial el conjunto del contenido del trabajo y la realización de las tareas que tiene la capacidad de afectar al bienestar del trabajador. Entre los problemas que más dificultades plantean en el ámbito del trabajo se encuentran los riesgos psicosociales. El celador en función de su lugar de trabajo realizará unas funciones u otras, por lo que los riesgos de dañar la salud puede abarcar muchas posibilidades.

2 Objetivos

- Evaluar y valorar los riesgos psicosociales presentes en el trabajo.
- Valorar la importancia de la seguridad en el puesto de trabajo.
- Aplicar y desarrollar medidas para la prevención de riesgos derivados en el trabajo.

- Identificar los riesgos psicosociales presentes en el trabajo para eliminar o atenuar dichos riesgos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También aportamos experiencia como celador de urgencias y quirófano.

4 Resultados

Los riesgos psicosociales perjudican la salud del trabajador a largo plazo, produciendo enfermedades mentales, musculoesqueléticas, cardiovasculares, respiratorias, endocrinología y dermatológicas. Nos encontramos con que los riesgos psicosociales pueden ser:
- Fisiológicos (reacciones neuroendocrinos…)
- Emocionales (ansiedad, depresión…)
- Cognitivos (concentración, toma de decisiones,…)
- Conductuales (drogas, alcohol…)

Estos riesgos se pueden englobar en tres grupos:
- Organización general del trabajo.
- Tareas específicas de cada trabajador.
- Interacciones sociales de los empleados.

Una evaluación de riesgos psicosociales es una de las más difíciles de evaluar porque estos riesgos no son físicos y no disponemos de una máquina para que nos indique ninguna variable. Entonces. ¿Cómo podemos medir estos riesgos? Tendríamos dos formas de comenzar el proceso, mediante el método cuantitativo o el cualitativo:
- Método cuantitativo. La cantidad. Ejemplo. Encuesta
- Método cualitativo. La calidad. Ejemplo. Entrevista.

Las fases para poder realizar una evaluación son:
- Determinar los riesgos a analizar.
- Identificación de los trabajadores.

- Elección de la metodología.
- Técnicas de evaluación.
- Formulación de hipótesis.
- Planificación y realización.
- Análisis del resultado.
- Elaboración de Informes.

Las técnicas de evaluación:
- Encuesta.
- Entrevista.
- Observación.
- Grupo de discusión.
- Análisis de datos existentes.

5 Discusión-Conclusión

Conociendo e identificando los diferentes riesgos que pueden surgir a lo largo de la vida laboral se pueden planificar medidas de seguridad y salud para una mayor y mejor calidad de vida. Los riesgos psicosociales afectan físicamente y mentalmente, pero son identificables y se pueden controlar. Los daños causados por riesgos psicosociales no son un problema individual y ha de hacerse una prevención colectiva en el ámbito del trabajador.

6 Bibliografía

- Evaluación de riesgos psicosociales. Fundación para la prevención de riesgos laborales. Actualización 2019.
- ISTAS. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. 2019.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 787

EL ESTRÉS LABORAL, EN EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO, COMO RIESGO PSICOSOCIAL

AVELINO AUGUSTO FERNANDEZ

1 Introducción

Define la INSHT (Instituto Nacional de la Seguridad e Higiene en el Trabajo), el riesgo psicosocial como ”todas las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo y su entorno social, con el contenido del trabajo y la realización de la tarea y que se presentan con capacidad para afectar al desarrollo del trabajo y la salud (física, psíquica o social) del/la trabajador/a”.

La OMS define el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades.

Los desencadenantes del estrés, los estresores laborales, según Peiró, 1993, son variados como el ambiente físico (ruido, vibración, iluminación, temperatura), demandas del propio trabajo (turnos, sobrecarga, exposición a riesgos), estructura de la organización (rígida), contenido del trabajo (habilidades, variedad de tareas, complejidad del trabajo, control de la tarea), conflicto de roles (ambigüedad en el desempeño de las tareas), ambiente de trabajo (relaciones entre compañeros, con

otros colectivos), y factores extrínsecos al trabajo (familia, dependencia, problemas personales).

El estrés, es uno de los factores psicosociales, más estudiados, por sus efectos negativos sobre la salud y en términos económicos, sobre su impacto en la productividad. La exposición mantenida en contextos estresantes y la no adaptación a ellos, tiene como manifestación la aparición de determinados síntomas y enfermedades.

2 Objetivos

- Conocer los factores estresantes, como riesgo psicosocial para poder promover un trabajo más grato y más saludable.
- Identificar los probables riesgos a los que está sometido el trabajador de mantenimiento en el mundo sanitario.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica de publicaciones y artículos relacionados con el estrés laboral utilizando palabras clave como: estrés laboral, estresores, factores psicosociales, prevención de riesgos. Se ha realizado la búsqueda en diferentes bases de datos, como Pubmed, Scielo y google académico. Se emplearon como criterios de inclusión : textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Los trabajadores reaccionan al estrés de distinto modo, el mismo estresante puede generar o no estrés, y también ser más o menos intenso.

El estrés laboral afecta a 40 millones de trabajadores de la Unión Europea y el 20% de los trabajadores europeos reconoce tener problemas de estrés laboral. Es la tercera causa de problemas de salud laboral después del dolor de espalda y los trastornos musculoesqueléticos. Las consecuencias del estrés laboral son:

1. A corto plazo:

- Dolor de cabeza por exceso de tensión.
- Dolores musculares.
- Calambres en cuello, hombros y brazos.
- Cansancio pronunciado.

- Problemas de concentración.
- Irritabilidad.
- Llanto.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Incremento del consumo de alcohol.
- Pérdidas de memoria de corta duración.
- Apatía.

2. A largo plazo:
- Físicos: trastornos neuroendocrinos, cardiovasculares, musculoesqueléticos, problemas dermatológicos.
- Cognitivos (pérdida de concentración, pérdida de memoria, temor por perder el control).
- Comportamentales: aumento de consumo de drogas (alcohol, tabaco y otras drogas), trastornos alimentarios.

Las consecuencias del estrés a nivel de organización son:
- Aumento del abandono del puesto de trabajo.
- Cambios en las plantillas.
- Cambio en las rotaciones de turno.
- Tareas sin hacer.
- Dificultades de relación.
- Mal ambiente de trabajo.
- Quejas entre el personal del mismo colectivo y de otros colectivos.
- Aumento de incidentes y accidentes.
- Bajo rendimiento.

Entre las medidas para prevenir el estrés laboral, en el ámbito personal están:
- En el área biológica: fomentar una alimentación sana, sueño y descanso adecuado, hacer deporte, reducir hábitos tóxicos.
- En el área psicológica: pensar en positivo, realización de actividades por placer, desconectar del medio, tener sentido del humor, gestionar de manera efectiva el tiempo.
- En el área social: compartir actividades, saber estar en grupo, respetar al otro.

Entre las medidas preventivas del estrés laboral en el ámbito hospitalario:
- Favorecer una comunicación eficaz y en todas las direcciones.
- Cuidado del trabajo, sobre todo en lo que repercute a condiciones ambientales, ergonómicas y de seguridad.

- Gestión del tiempo para la realización de tareas: debe ser el suficiente para poder llevarlas a cabo.
- Promover el desarrollo personal y profesional de los trabajadores.
- Existencia de protocolos de detección y gestión frente al estrés, absentismo, estrés, burn-out, moobing.

Entre las medidas preventivas del ámbito social encontramos:
- Defensa de los trabajadores.
- Seguridad en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Las consecuencias del estrés laboral tienen su manifestación tanto en la salud física, psíquica del trabajador con en la esfera organizacional de la empresa.

Son más recomendables las medidas de carácter general, organizativas y colectivas que las medidas individuales, aunque con carácter complementario sería necesario dotar a los individuos de estrategias de adaptación sobre algunos aspectos que son difícilmente abordables por las medidas organizativas. Es importante dotar al individuo de destrezas, habilidades y estrategias de comportamiento para enfrentarse a problemas y su resolución.

La ambigüedad y el conflicto de rol constituyen unos de los principales estresores. Comunicación efectiva bidireccional y no solamente restringida a la eficacia productiva, sino que responda a las necesidades de los trabajadores y que faciliten su relación con la organización.

Por último un buen ambiente social de trabajo, en el que el trabajador se sienta apoyado y perciba la confianza en él por parte de sus superiores, minimizará el estrés laboral.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 788

CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

MARIA JESUS FERNANDEZ ORDOÑEZ

MARÍA FE MENÉNDEZ BIGOTES

1 Introducción

En la Sanidad Pública actual hay un despliegue de sistemas informáticos aplicados a la documentación clínica que se caracteriza por su diversidad, escasa compatibilidad y unas condiciones de seguridad que están generando algunas dudas sobre las garantías de confidencialidad de los datos personales incluidos en ella. La intimidad y confidencialidad son derechos fundamentales recogidos en la Constitución, cuyo objetivo es garantizar la intimidad del paciente, tanto por el profesional sanitario y no sanitario. Ambos derechos se complementan con el derecho a la protección de datos. En sanidad el derecho a la intimidad y confidencialidad adquiere una mayor importancia ya que el paciente cede un gran número de datos a los que en sanidad se le llaman datos sensibles.

La Historia clínica refleja toda la relación del profesional con el paciente requiere una protección extraordinaria. El profesional sanitario y personal no sanitario (como puede ser los responsables de la Administración sanitaria), tiene obligación a guardar secreto profesional, en caso de faltar a esa obligación de confidencialidad puede conllevarle responsabilidades administrativas, civiles y penales. Y en algunos casos duras sanciones.

2 Objetivos

- Conocer exhaustivamente las obligaciones y derechos del paciente, así como las leyes fundamentales que regulan todos los aspectos relacionados con la historia clínica. Y las medidas de seguridad que se pueden aplicar para garantizar la confidencialidad de los pacientes. Así como las sanciones por vulnerar la confidencialidad de dicha historia clínica.

3 Metodología

Búsqueda de artículos en la web de la Agencia Española para la protección de Datos personales en instituciones sanitarias. Así como diferentes bibliografías de leyes como pueden ser entre otras:

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. SESPAS.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la medicina. (Convenio de Oviedo).

4 Resultados

El paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. La definición de historia clínica es: el conjunto de documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso.

Existen algunas limitaciones para que la persona pueda acceder al total de la documentación su historia. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente. Ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso

la reserva de sus anotaciones subjetivas. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

Las historias clínicas a día de hoy están informatizadas e interconectadas, por lo la historia clínica de un paciente es mucho más accesible por cualquier profesional que preste sus servicios dentro del sistema sanitario, pero no todos pueden acceder, solo el personal directamente implicado en la atención del paciente. Y todos deben guardar estrictamente el secreto de los datos que en ella se encuentran. Un profesional no puede acceder a la historia simplemente por curiosidad. Si se accede se falta a la ética y las consecuencias pueden ser muy graves, tanto económicas como judicialmente por atentar contra la intimidad de las personas. Puede conllevar penas de prisión. Aunque el acceso a la historia sea de buena fe, y no se utilicen los datos el simple acceso a ellos es ilegal.

Fisgonear la historia clínica de un compañero de trabajo, de un familiar o de un paciente con el que no tienen relación asistencial. Incluso cuando estas personas estén fallecidas, ha llevado a varios profesionales a una condena superior a dos años de prisión. Un ejemplo es la ratificación del Supremo de la condena de dos años y seis meses a dos fisioterapeutas de un hospital público que entraron en el registro clínico de una compañera y lo comentaron delante de otros pacientes. Ser curioso en un Hospital o Centro de salud puede destrozar la vida profesional. En definitiva si accedes a datos clínicos de un compañero de trabajo sin tener consentimiento o necesidad por cuestión asistencial directa con él es un DELITO. El simple acto de curiosear sin más es un delito con pena importante y que supondrían la entrada efectiva en prisión, y penas de in-habilitación.

Este delito de revelación de secretos está penado por los artículos 197 y 198 del Código Penal que los enmarcan en delitos de descubrimiento y revelación de secretos. ”Hay que tener en cuenta que esta información está protegida porque el derecho a la intimidad tiene un componente muy importante en la esfera de la privacidad. No solo cuenta con la protección de la Constitución, también tiene la del Código Penal.

1.- Artículo 197.1 y 2 Código Penal: ”El que, para descubrir los secretos o vulnerar la intimidad de otro, sin su consentimiento se apodere de sus papeles, cartas, mensajes de correo electrónico o cualesquiera otros documentos o efectos personales, intercepte sus telecomunicaciones o utilice artificios técnicos de escucha, transmisión, grabación o reproducción del sonido o de la imagen, o de cualquier otra señal de comunicación, será castigado con las penas de prisión de uno a cuatro

años y multa de doce a veinticuatro meses.

Las mismas penas se impondrán al que, sin estar autorizado, se apodere, utilice o modifique, en perjuicio de tercero, datos reservados de carácter personal o familiar de otro que se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos, electrónicos o telemáticos , o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado. Iguales penas se impondrán a quien, sin estar autorizado, acceda por cualquier a los mismos, y a quien los altere o utilice en perjuicio del titular de los datos o de un tercero.

2.- Artículo 199 Código Penal: El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años

Son numerosas las condenas por accesos indebidos a las historias clínicas por lo que los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la gravedad de esas actuaciones. Por ello, los centros tienen la obligación de implantar sistemas que garanticen un alto nivel de protección de las historias clínicas. En la Sanidad Pública actual los sistemas informáticos aplicados a la documentación clínica que se caracteriza por su diversidad, escasa compatibilidad y unas condiciones de seguridad que están generando algunas dudas sobre las garantías de confidencialidad de los datos personales incluidos en ella. Y no es infrecuente en el marco de los hospitales y centros de salud encontrar un ordenador en el que un usuario anterior ha dejado su sesión abierta, de manera que, durante un tiempo más o menos prolongado hasta que la sesión se bloquea automáticamente, cualquier otro usuario tiene la oportunidad de acceder a las historias clínicas a las que el usuario anterior esta accediendo.

La realidad se impone y determina que, siendo imposible asegurar por completo que a la historia clínica sólo accederá quien efectivamente deba hacerlo, es imprescindible dotar a las instituciones sanitarias un conjunto o una serie de vías de reacción frente al acceso ilegítimo y, así, frente al profesional que accede a los datos clínicos de una persona sin estar amparado por la vinculación asistencial que habría de justificar dicho acceso.

- Los motivos justificados por los que se puede acceder a la Historia Clínica son:

1. Por motivo asistencial con libre acceso los profesionales asistenciales implicados del centro sanitario
2. Por motivos epidemiológicos, estadísticos, de calidad asistencial, investigación y docencia. Tendrán acceso las personas que justifiquen alguno de los motivos referidos, y las condiciones para cumplimentar son las de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 14/1986 General de Sanidad. Salvo consentimiento del paciente, se preservarán datos de identificación personal
3. Por requerimiento judicial (será necesaria la solicitud a través de oficio). El juez tiene acceso libre y la policía judicial tiene acceso restringido a datos administrativos, siempre previa identificación y realización de una diligencia. En procesos civiles tienen competencia los secretarios judiciales
4. Para tareas administrativas y de gestión solamente tendrán acceso a datos relacionados con estas gestiones
5. Mutuas y clínicas privadas tendrán acceso sólo con autorización del paciente
6. Centros concertados y traslados a otros centros asistenciales de la red pública tendrán libre acceso al proceso asistencial que motiva la derivación o el traslado
7. Los servicios de salud de prisiones tendrán libre acceso si sus profesionales están implicados en ese proceso asistencial
8. No tendrán acceso los servicios sociales ajenos al centro sanitario
9. El paciente tiene derecho a su HC, pero nunca en perjuicio del derecho de terceros a la confidencialidad de sus datos
10. Los menores emancipados y los mayores de 16 años son titulares del derecho
11. El representante legal debidamente acreditado puede solicitar la HC
12. En caso de pacientes fallecidos se facilitará la HC, si lo solicitan, a familiares allegados o a miembros de unión de hecho, siempre que no exista prohibición escrita del paciente fallecido

- Sanciones administrativas

El régimen de infracciones y sanciones por incumplimiento de la normativa de protección de datos se contiene en los artículos 70 y siguientes de la LOPDGDD, que relaciona un buen número de conductas activas constitutivas de infracciones. Destaca como infracción muy grave la vulneración del deber de confidencialidad establecido en el artículo 5 de la Ley. La falta de aplicación de las medidas técnicas y organizativas de seguridad también constituye sanción.

Para el caso de infracciones cometidas por entidades privadas, además de las sanciones que correspondan, de manera complementaria o alternativa a éstas, podrán imponerse las demás medidas correctivas establecidas en el artículo 84.2 del RGPD.

La posibilidad de acudir a los Tribunales supone una de las herramientas más importantes a manos de los perjudicados por un posible acceso ilegítimo a los datos contenidos en la historia clínica.

Sin embargo, la posibilidad de que el propio interesado pueda comenzar un procedimiento judicial dependerá de que éste llegue a tener conocimiento de que dicho acceso ilegítimo se ha producido.
Muchas veces el hecho llega a oídos del perjudicado porque la información llega a ser conocida por terceros que luego difunden los datos. En otros casos en los que no se produce una comunicación a terceros de los datos, sino sólo un mero acceso a los mismos por parte del profesional no autorizado, es preciso que se establezcan una serie de mecanismos para que el perjudicado pueda tener conocimiento de estos accesos.

El artículo 77.1 del Reglamento recoge la posibilidad de presentar reclamación ante la autoridad, y ello "sin perjuicio de cualquier otro recurso administrativo o acción judicial".

PROCEDIMIENTO SOLICITUD DEL HISTORIA CLÍNICA
Para acceder a nuestra historia clínica el procedimiento a seguir es:
1. Dirigirse al servicio o unidad de admisión y documentación clínica o unidad con funciones análogas.
2. Solicitud por escrito.
3. Fotocopia de la DNI o documento identificativo del paciente
4. Copia del documento de identificación del menor de edad.
5. Copia del Registro Civil donde conste el parentesco o la representación legal.

Podrás acceder a todos los documentos de la historia clínica, salvo a los datos aportados por terceras personas recogidos en interés terapéutico del propio paciente y a las denominadas anotaciones subjetivas de los profesionales. A no ser que aportes la autorización expresa de esas terceras personas o los profesionales no opongan la reserva de sus anotaciones subjetivas.

Si quieres obtener copia, bien la solicitud o bien la retirada, deberá efectuarse de forma presencial y previa identificación. En la solicitud deberás especificar la forma en la que deseas que te entreguen la documentación.

Si actúas a través de representante, éste deberá estar debidamente acreditado.

-Acceder a la Historia Clínica de un paciente fallecido
La referida autorización amparada en una ley la encontramos en el artículo 18 de

la Ley 41/2002, en que expresamente se autoriza el acceso a la historia clínica de un paciente fallecido a toda persona vinculada a él por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente, estableciéndose expresamente en la referida norma que, en cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes.

Tres son las cosas que se tienen que tener en cuenta: a) Inexistencia de prohibición expresa por el fallecido. b) Acreditación de la relación de parentesco o la vinculación de hecho. c) Finalidad del acceso a la historia clínica del fallecido. a) Prohibición expresa del fallecido. Si el fallecido hubiera prohibido expresamente el acceso a su historia clínica no podrá la entidad comunicarlos a ningún tercero, sea éste pariente o no. La prohibición expresa constituye un impedimento para el acceso a la historia clínica del paciente fallecido.

La Ley no ampara la curiosidad y es celosa con la intimidad de los fallecidos, en todo caso, es necesario que el peticionarte indique indubitadamente la finalidad del acceso, siendo el custodio de los datos de la salud quien decida, a la vista de la finalidad manifestada, el acceso y su alcance. Si no se indica la finalidad el acceso debe ser denegado. Esta ley está llena de matices debe tenerse en cuenta que, sin perjuicio de cuanto ha quedado expuesto hasta este momento, quedan excluidos del acceso de la historia clínica de la fallecido, en aplicación de los artículos 18.4 de la Ley 41/2002 y 13 de la Ley 21/2000:
1. La información que afecte a la intimidad del fallecido.
2. Las anotaciones subjetivas de los profesionales que han intervenido en el proceso asistencial.
3. Los datos que perjudique a terceros.

Acceder a la Historia Clínica de un menor
El derecho de acceso es un derecho personalísimo que solo puede ejercer el afectado. Pero, cuando se pide la historia Clínica si se menor de edad, podrá se solicitad por su representante legal, en cuyo caso será necesario que acredite tal condición. Se dará en ese caso el acceso a la historia clínica del menor a quienes tengan su patria potestad o tutela.

Se diferencian dos supuestos:

1. Menores de 14 años: aquí serán los padres o tutores los que accedan a su historia clínica.
2. Mayores de 14 años: en este caso el acceso corresponde tanto al menor como

a sus padres o tutores.

- Característica de la Historia Clínica:
● Confidencial: Es la reserva que debe mantener el grupo o equipo de salud respecto del estado de salud y a la condición misma de una persona para así garantizar el derecho a la intimidad.
● Segura: Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.
● Disponible: Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.
● Única: La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia que ocasiona mediante el ente y la labor asistencial.
● Legible: Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

- Requisitos de la Historia Clínica
● Veracidad: La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.
● Exacta
●Rigor técnico de los registros: Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otro profesional o bien hacia la institución.
● Coeternidad de registros: La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente.
● Completa: Debe contener datos suficientes sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, informe de asistencia.
● Identificación del profesional: Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales de la salud es necesario tener presente la necesidad de preservar la confidencialidad de los datos de nuestros pacientes. En nuestro ámbito cultural existe cierto relajo en la observancia de las normas del secreto profesional ya sea por descuido, divulgación o por acceso indebido a la información. Muchas veces no se le da la importancia que merece y no se tiene conciencia de la magnitud de las consecuencias que puede tener para ambas partes. Todo aquel que llegue a conocer datos confidenciales está obligado al secreto y por muchas contraseñas o trabas que se pongan, la última barrera es la propia discreción.

Se impone la necesidad de un cambio en la cultura del manejo de datos, así como de hacer mayor énfasis sobre este tema en la formación de los futuros profesionales.

La historia clínica es un elemento imprescindible e ineludible para garantizar la calidad de la atención sanitaria. Es el documento que refleja el quehacer del profesional en pro de la salud del paciente. En ella queda la impronta de quien la realiza y por ello es necesario tener en cuenta principios éticos y formales a la hora de su redacción. Recoger los datos justos y necesarios para la atención al paciente, desechando lo superfluo o improcedente debe ser un aspecto más de la excelencia clínica.

Conocer las múltiples implicaciones éticas y legales que atañen a la historia clínica ayuda al profesional en su trabajo y en la relación con los pacientes.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Disposición adicional Decimoséptima y disposición final.
2. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.
3. Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. [3/12/2010] http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml.
4. Constitución Española. BOE 29-12-1978, 331: 29313-2942
5. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Derechos humanos y Biomedicina), Oviedo 4-4-97. BOE 20-10-99;

251: 36825-36830
6. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 29-4/-86; no 102: 15207-15224.
7. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 15-11-02; 274: 40126-40132.
8. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE 19-1-08; 17: 4103-4136.
9. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 15-11-02; 274: 40126-40132.
10. Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. An Sist Sanit Navar 2006; 29 Suppl 3: 49-59.
11. Iraburu M, Chamorro J, de Pedro MT. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. An Sist Sanit Navar 2006; 29: 357

Capítulo 789

ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO

MARIA DEL PILAR MENENDEZ ALONSO

CONSUELO RODRÍGUEZ SOMIEDO

1 Introducción

Entendemos por acoso laboral o mobbing al fenómeno que se da en el lugar de trabajo, donde un individuo o varios, ejercen violencia psicológica de manera repetida y sistemática sobre otro individuo o individuos, durante un período de tiempo prolongado. Los acosadores pueden ser compañeros de trabajo, superiores o subordinados.

2 Objetivos

- Identificar los tipos de acoso laboral que pueden darse en el entorno sanitario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica para conocer el estado de investigación sobre el tema. Se utilizan diferentes bases de datos: Dialnet, Scielo y Psyclnfo; empleando como descriptores: acoso laboral, mobbing y profesionales de la salud. Los filtros aplicados: intervalo de tiempo, idioma español, disponibilidad de texto completo.

4 Resultados

El acoso laboral se clasifica en 2 categorías: según la posición jerárquica y según el objetivo. Teniendo en cuenta la posición jerárquica diferenciamos entre: mobbing horizontal (el acosador y la víctima están en el mismo rango jerárquico), y mobbing vertical donde el acosador se encuentra en nivel inferior o superior a la víctima, pudiendo ser a su vez ascendente o descendente.

Según el objetivo, nos encontramos con:
1. Mobbing de dirección o gestión, éste es llevado a cabo por superiores para acabar con un trabajador que no se ajusta a sus expectativas.
2. Mobbing perverso, se caracteriza por no tener un objetivo laboral, la causa está en la personalidad manipuladora del acosador.
3. Mobbing disciplinario, es un tipo de acoso en el que se infunde miedo a la víctima, se advierte a los compañeros de lo que puede ocurrir con un comportamiento parecido.
4. Mobbing institucional, forma parte de la estrategia empresarial para que el acosado rescinda el contrato voluntariamente.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral es una realidad cada vez más estudiada y reconocida, aunque todavía hoy puede ser difícilmente identificado ya que no siempre presenta las mismas características.

La variedad de tipos de mobbing permite que muchas veces quede camuflado o hasta incluso pueda ser interpretado como algo que entra dentro de la normalidad. En muchas ocasiones se trata de confundir a la víctima para que crea que es ella la culpable, pudiéndose llegar a cuestionar la cordura de quien lo padece.

Los ataques sufridos pueden llegar a causar problemas psicológicos serios en la víctima como por ejemplo ansiedad, depresión, estrés y desmotivación en el trabajo y perturbación del ejercicio laboral, entre otros.

Aunque se prevea la excepción de carga probatoria para el trabajador, el problema no se elimina y es difícil probar una situación donde existe una aparente normalidad con escasez o sin rastro de pruebas documentales. Para ello es muy importante recopilar pruebas desde que se tiene conocimiento del caso de acoso laboral y se recomienda ponerlo en conocimiento de la Inspección de Trabajo

para que tras un procedimiento de investigación levante acta y haga un informe valorativo del caso.

6 Bibliografía

- Santana Vega, D.M.(2013).El nuevo delito de acoso laboral.
- Zarco Martín, V. (2011). El acoso laboral: una relectura desde la Psicología Social.
- Lanata Fuenzalida, R. (2018). El acoso laboral y la obligación de seguridad en el trabajo.

Capítulo 790

VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

ERICA CUESTA

1 Introducción

Se deberá garantizar a los trabajadores en centros hospitalarios la vigilancia de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo que realicen. Dicha vigilancia podrá llevarse a cabo siempre y cuando el trabajador acepte dicho consentimiento.

2 Objetivos

- Optar por la realización de aquellos reconocimientos o pruebas que causen las molestias mínimas al trabajados y que sean proporcionales al riesgo. Estas medidas de vigilancia de la salud se tendrán que llevar a cabo respetando siempre la intimidad y dignidad de la persona , así como la confidencialidad de toda la información que tenga que ver con su estado de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Diferentes apuntes de las oposiciones de Celador y Auxiliar administrativo en temas de prevención de riesgos.

4 Resultados

Los resultados de la vigilancia de la salud serán comunicados a los trabajadores afectados. Dichos resultados nunca podrán ser usados com fines discriminatorios ni para perjudicar a ningún trabajador. El acceso a información sobre la salud se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven acabo dicha vigilancia, y no podrá facilitarse al empresario ni a ninguna otra persona sin el consentimiento expreso del propio trabajador.

Por otro lado, el empresario o personas con responsabilidades en prevención, serán informados de las conclusiones finales que se deriven de los reconocimientos realizados en relación con la aptitud del trabajador par el desempeño de su puesto de trabajo o con el fin de mejorar o introducir nuevas medidas de prevención y de protección en ese puesto de trabajo.

Las medidas de control y vigilancia de la salud de los trabajadores siempre será llevada a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada en la materia.

La vigilancia de la salud es un eslabón necesario en el círculo de calidad de la actuación preventiva.
Esta vigilancia se lleva a cabo mediante el reconocimiento médico específico, llevando a cabo:
Una evaluación de la salud de los trabajadores inicial después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.

Una evaluación de la salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores.

Una vigilancia de la salud a intervalos periódicos (con periodicidad variable según los riesgos).

Los exámenes de salud para la vigilancia de la salud laboral están enfocados a detectar si el desempeño del trabajo está ocasionando efectos nocivos sobre el trabajador.

Estos exámenes de salud se realizan aplicando protocolos de vigilancia sanitaria específica, que se constituyen como guías, consensuados por especialistas, para la obtención de información sobre aquellos problemas de salud directamente relacionados con el riesgo laboral de forma que garanticen una actuación homogénea y científicamente rigurosa.

Este control y vigilancia de la salud se orienta hacia dos objetivos:
Objetivos individuales, cuya finalidad es el estudio de las patologías que inciden sobre un trabajador determinado, y entre los que destacan:
• Detectar precozmente las alteraciones de la salud.
• Identificar individuos con mayor susceptibilidad, como consecuencia de la respuesta individual que aparece frente a un determinado riesgo y que varía de un individuo a otro dependiendo de una serie de factores como edad, sexo, raza, etc.

Objetivos colectivos, encaminados a la protección de todo el colectivo de trabajadores de forma conjunta, siendo los más frecuentes:
• Llevar el seguimiento y control de los indicadores de salud en la empresa.
• Aportar datos para la evaluación ambiental.
• Evaluar la eficacia de las actuaciones.
• Intervenir en los planes de educación sanitaria.

De esta forma, se recoge información continua y completa, tanto del individuo como del ambiente y de la interacción entre ambos, logrando un beneficio individual para el trabajador al poder realizar su trabajo en las mejores condiciones para su salud, y también un beneficio colectivo, dirigido a la evaluación de los resultados de la vigilancia de la salud laboral con criterios epidemiológicos.

Las técnicas de la vigilancia médica se pueden clasificar en tres categorías:
- Control biológico.
- Screening (conjunto de pruebas o exploraciones).
- Vigilancia de la salud de los trabajadores, propiamente dicha.

Estos controles permiten hacer una valoración, lo más completa posible, del estado de salud del trabajador de forma que defina la capacidad e incapacidad física y mental, con objeto de poder adaptar el trabajo a la persona y al mismo tiempo, prevenir cualquier deterioro en su salud que pueda relacionarse con su trabajo.

Con ello se consigue que el trabajador se sienta más protegido, aumentando así la productividad personal y disminuyendo el absentismo.

5 Discusión-Conclusión

La vigilancia de la salud debe estar regida por la normativa vigente, pero también por principios éticos referidos, en su mayor parte, a dos aspectos: la actuación sobre el trabajador como persona (principalmente a la hora de los exámenes de salud) y el tratamiento de la información que se genera como consecuencia de esta intervención.

Los principios de bioética se basan en valores aceptados universalmente, como son actuar buscando el bien (beneficencia), la abstención de realizar acciones que puedan causar daño (no maleficencia) y el tratar a todos por igual (justicia).

El principio de autonomía surge como consecuencia de la idea de libertad personal del ser humano. El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, debiendo justificar aquellas situaciones en las que las personas puedan presentar una autonomía disminuida.

En el ámbito sanitario, el consentimiento informado es la máxima expresión de este principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico el considerar las opiniones y preferencias de la persona.

En España rige la LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Además, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, recoge la necesidad del desarrollo de la competencia técnica de los profesionales sanitarios, mediante la actualización permanente de sus conocimientos, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad del usuario.

Toda la información que se genera como consecuencia de los exámenes de salud debe tener un tratamiento cuidadoso, ya que una recopilación inapropiada o inexacta puede tener repercusiones graves y duraderas para los trabajadores afectados. En este sentido el Servicio de Prevención deberá regirse por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Es, por tanto, de enorme importancia que la información relativa a la salud se recoja, almacene y utilice en el marco de un sistema bien controlado de forma que, además de proteger la intimidad de los trabajado- res, garantice que la vigilancia de la salud no se utilizará con fines que puedan discriminar o perjudicar sus intereses. El artículo 22 de la LPRL hace referencia a que las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud. El acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador. Por otra parte, los trabajadores deben saber que tienen derecho al acceso a sus propios expedientes personales que contengan datos médicos y de salud.

Las conclusiones derivadas de la vigilancia de la salud que se deben transmitir a los empresarios, se expresarán en términos de aptitud para el puesto que desempeña el trabajador, sin aportar información clínica confidencial. Los trabajadores deberían ser informados antes de que se efectúen tales comunicaciones. Los datos relativos a la salud personal sólo pueden ser comunicados a terceros con el consentimiento informado del trabajador interesado.

6 Bibliografía

- Apuntes academias oposiciones Celador y Auxiliar administrativo, diferentes páginas web sobre prevención de riesgos y manuales MAD para las oposiciones del SESPS de Celador y Auxiliar Administrativo.

Capítulo 791

PREVENCION DE RIESGOS BIOLOGICOS.

MARIO TORO LORENZO

1 Introducción

Se define el Riesgo Biológico como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, motivada por la actividad laboral. Esta transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas. Es uno de los principales riesgos laborales a que están expuestos los trabajadores de Centros Sanitarios, afectando a todas las categorías.

2 Objetivos

- Las medidas de prevención irán encaminadas a impedir la transmisión del agente biológico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunas de las medidas para la prevención de los riesgos biologicos son las siguientes:

Vacunación:
- Obligatoria frente a Hepatitis B para el personal que tenga contacto directo o indirecto con la sangre u otros fluidos de los pacientes.
- Otras vacunas recomendadas en el medio laboral: Gripe, Tétanos, Varicela, Rubéola.

Normas de Higiene Personal:
- Cubrir heridas y lesiones de las manos con apósito impermeable.
- Lavado de manos.
- No comer, beber ni fumar en el área de trabajo.
- No debe realizarse pipeteo con la boca.

Utilizar equipos de protección - barrera apropiados a cada tipo de exposición.
- Guantes, de uso obligatorio cuando el trabajador sanitario presente heridas o lesiones cutáneas, si maneja sangre, fluidos corporales o instrumentos contaminados con sangre.
- Mascarillas, en la atención a pacientes con enfermedades de transmisión por vía aérea (TBC), por gotas (Meningitis) o riesgo de aerosoles.
- Protección ocular, en procedimientos con riesgo de salpicaduras.
- Bata
Cuidado con los objetos cortantes y punzantes
- No encapsular agujas ni objetos cortantes o punzantes.
- Depositarlos en los contenedores adecuados, que deberán estar siempre en el lugar de trabajo, evitando su llenado excesivo.
- El personal sanitario que utilice estos objetos cortantes y punzantes se responsabilizará personalmente de su correcta eliminación.

Gracias a estos tipos de prevención de riesgos biológicos, nos podemos asegurar de que al entrar en contacto con un paciente no le produzcamos cualquier tipo de enfermedad. Hay que tener especial cuidado con los pacientes que son de "aislamiento aéreo" ya que estos pacientes, tienen el sistema inmunitario débil y cualquier contacto y propagación de un germen patógeno puede causar que la patología que presente este paciente, evolucione a un mal pronostico.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos biológicos son un problema en el ámbito sanitario. Hay que concienciar al personal hospitalario de la importancia de una buena prevención para evitar la aparición de riesgos biológicos, especialmente en pacientes con alguna patología que pueda ser agravada al entrar en contacto. Para ello se debería implantar ciertos controles de calidad para asegurarnos de una correcta prevención. Además es aconsejable realizar cursos de formación continua para fortalecer la prevención de riesgos biológicos.

6 Bibliografía

- https://www.prevensystem.com/internacional/215/noticia-riesgo-biologico-evaluacion-y-prevencion.html.
- Diaz, A., Reyes, M., Reyes, C., & Rojas, R. (2004). GENERALIDADES DE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS. PRINCIPALES MEDIDAS DE CONTENCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL PERSONAL DE SALUD. Recuperado en Julio, 25(2009), 12-14.
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000100015.
- https://medlineplus.gov/spanish/biodefenseandbioterrorism.html.

Capítulo 792

EL CELADOR EN UNA UNIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO

MARIO TORO LORENZO

1 Introducción

El celador de un centro hospitalario es aquella persona que tiene la función de vigilar que todos los cumplimientos del centro se lleven a cabo de la forma correcta. Dicha persona se encarga de obtener el bienestar del paciente y de controlar los cumplimientos de centro hospitalario. Es decir, la función de celador es ser un auxiliar multidisciplinario, capaz de ejercer varios trabajos sin especialidad. Todo celador siempre debe ser coordinado por un equipo compuesto por médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería y técnicos de radiodiagnóstico.

2 Objetivos

- Conocer cómo debe de ser el acompañamiento del paciente hasta este servicio para la realización de pruebas diagnosticas.
- Saber cómo atender las demandas del personal de radiodiagnóstico con el objetivo de conseguir una adecuada atención al paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador una vez que este asignado en el área de radiodignostico, acudirá a los Box, a las consultas, a triaje. Una vez que haya llegado a esas zonas, el celador esperará el volante que se lo proporcionara el facultativo. Una vez recogido este volante, el celador llevara al paciente hasta el servicio de radiodiagnóstico para que le realicen las pruebas pertinentes. Una vez que haya llegado al servicio, este celador, les proporcionara al personal de rayos, el volante que le entregó el facultativo.

Colaborara en la atención al paciente, tanto en las tareas de desvestir al paciente como en la movilización y transferencia del paciente de la cama hospitalaria o silla de ruedas hacia la mesa de exploracion. Una vez realizadas las pruebas y ya con el paciente preparado, el celador retornara al paciente a su destino inicial. Una vez que haya terminado con el paciente, el celador esperará instrucciones del personal del hospital.

El celador debe guardar el secreto profesional, ya que si no lo cumple estaría incumpliendo la Ley y podría ser sancionado.

5 Discusión-Conclusión

El celador designado a una unidad de radiodiagnóstico tiene un papel fundamental a la hora de la atención al paciente. Gracias a estos profesionaes, podemos dar una calidad asistencial de un alto nivel. Para conseguir que los celadores, realicen bien sus tareas, es fundamental una buena preparación , como cursos de manejo de pacientes, posiciones adecuadas de movilización y traslado de pacientes.

6 Bibliografía

1. http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
2. Libro de oposiciones para celador de instituciones sanitarias. Editorial mad.
3. https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/07/manual-de-actuacic3b3n-del-celador-en-los-distintos-c3a1mbitos-sanitarios.pdf

Capítulo 793

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

MARIA JOSE ZAPICO MORALES

SANDRA DIEZ GARCÍA

NATALIA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

BORJA CANAL CERVERA

1 Introducción

Dado que en los hospitales actuales se mueve una gran cantidad de medicamentos, tanto para los pacientes que están ingresados como para los que acuden a ciertos tratamientos en los hospitales de día, según la Ley 25/1990 de 20 de Diciembre, del Medicamento,modificada por Real Decreto 725/2003, de 13 de Junio, por el que se desarrollan determinados aspectos del artículo 100 de la Ley 25/1990), los hospitales con 100 ó más camas contarán con servicio de Farmacia Hospitalaria bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Según el volumen,actividades del hospital y tipo de hospital, se establecerá reglamentariamente la necesidad de farmacéuticos adicionales en la farmacia de ciertos hospitales. Dicha farmacia estará constituido por el siguiente personal: Farmacéutico, FIR, DUE, Auxiliares Administrativos y Celadores.

En esta capítulo nos vamos a centrar en las funciones tan importantes que el celador realiza dentro de dicha Farmacia Hospitalaria.

2 Objetivos

- Trataremos de identificar la variedad de las funciones que el celador, perteneciente al personal no sanitario de la institución realiza dentro de las dependencias de la Farmacia Hospitalaria y de la relevancia de las mismas ya que está manejando medicamentos, algo muy complejo y particular para cada paciente del hospital.

3 Metodología

Búsqueda y revisión bibliográfica en diferentes webs que desarrollan temas tanto del funcionamiento de las Farmacias Hospitalarias como de las funciones propias del celador dentro de dichas Farmacias Hospitalarias.

4 Resultados

La función principal del servicio de farmacia presente en los hospitales, será tener disponibles los medicamentos y demás productos galénicos para luego poder ser administrads tanto a los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización como a aquellos en régimen ambulatorio que lo necesiten.

Las actividades llevadas a cabo dentro de una Farmacia Hospitalaria son:
- Preparación y dispensación de:
- Fórmulas magistrales y soluciones desinfectantes.
- Nutriciones parenterales.
- Medicamentos citostáticos.
- Material estéril para curas.
- Los compuestos consignados en la farmacopea y formularios oficiales del Hospital.

La dispensación de medicamentos se realizará por stocks ó por unidosis a los diferentes servicios.
- Control y dispensación de estupefacientes, psicotrópicos y medicamentos extranjeros.
- Control de los botiquines existentes en los distintos servicios.
- Propuesta de la adquisición de ciertos medicamentos, material de curas ó productos.
- Elaboración de sistemas de registro de información para control de consumos, gastos y costes.

- Establecer registros de información acerca de los efectos de los medicamentos, farmacovigilancia.

Tras ver todas las actividades que se realizan dentro del servicio de Farmacia Hospitalaria, pasamos a desglosar todas las funciones que el celador realiza en dicho servicio:
- Recepción del material.
- Movilizará el material pesado.
- Transportará el material dentro de la farmacia.
- Acondicionará suero y alcohol procediendo también a la dispensación a las diferentes unidades hospitalarias.
- Trasladará desde la farmacia hasta las distintas unidades hospitalarias los carros con la medicación.
- Trasladará o transportará los productos desde otras unidades del hospital hasta la farmacia.
- Preparación del alcohol.
- Custodia de la farmacia.
- Colabora en los inventarios.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión del tema con detenimiento llegamos a la conclusión de la importancia del celador en este servicio, ya que a pesar de evidentemente no ser el responsable,dado que esta responsabilidad radica en el farmacéutico que es el profesional con titulación para la manipulación de los diferentes medicamentos.

Conceptos tan importantes como son la recepción de la mercancía, custodia de la farmacia, traslado de los medicamentos a las unidades de hospitalización recaen en el celador y de ahí la importancia de este personal no sanitario en dichas labores, sin olvidar evidentemente el resto de funciones que el celador también realiza en el servicio de farmacia y que anteriormente fueron desglosadas.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 794

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ANIMALARIO DE UN HOSPITAL

MARIA JOSE ZAPICO MORALES

NATALIA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

SANDRA DIEZ GARCÍA

BORJA CANAL CERVERA

1 Introducción

Lo primero es identificar o definir lo que es un animalario en un hospital, es la dependencia del hospital en donde se realizan experimentos con animales. En dicho servicio se atiende a los animales que van a ser sometidos a procesos de experimentación en dicho centro. Todo esto es debido a que una de las principales funciones de las Instituciones Sanitarias es la investigación y una parte importante de dicha investigación es la experimentación con animales. Debido a esto el Estatuto del Personal no Sanitario se refiere a estos animales como los que son utilizados en quirófanos experimentales y laboratorios.

En este animalario se cuida a los animales que se someterán a dicha experimentación. Un segundo nombre del animalario sería estabulario.

La finalidad de este departamento dentro del Hospital es asegurar que a dichos animales se les den los cuidados adecuados, que no les causen inconscientemente dolor, sufrimiento, angustia o lesión prolongada, que se evite duplicidad de procedimientos y que el número de animales utilizados se reduzca al mínimo, uti-

lizando a ser posible métodos alternativos. Aquí parece el gran papel del celador, ya que es el encargado principal de dichos animales.

2 Objetivos

- Identificar primero en qué consiste este departamento tan desconocido en los hospitales a la vez que damos una visión de lo que dicho departamento supone en vista a la investigación en muchos medicamentos y procesos, y lo más importante un desglose de todas las funciones claves que el Celador realiza con dichos animales en el animalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Regulado legalmente, la utilización de animales en centros experimentales sólo se podrá dar cuando esta persiga los siguientes fines:
- Investigación científica, la prevención, profilaxis, diagnóstico ó tratamiento de enfermedades en los seres humanos, los animales o las plantas.
- El desarrollo y la fabricación de productos farmacéuticos, alimentos, piensos y otras sustancias o productos.
- La protección del medio natural en interés de la salud o el bienestar de los seres humanos o los animales.
- La investigación dirigida a la conservación de las especies.
- La enseñanza superior o la formación para la adquisición o mejora de las aptitudes profesionales.
- La medicina legal y forense.

También se regulan las condiciones generales de alojamiento y cuidado de los animales, donde aparece el celador, con un papel muy importante, siendo las condiciones las siguientes:

- Se les dará alojamiento,entorno,alimentos,agua y cuidados adecuados a su especie,condiciones fisiológicas y estado sanitario y que garanticen sus adecuado estado general.
- Se comprobarán diariamente condiciones ambientales.
- Las normas de trabajo e instrucciones de use de todos los elementos constarán por escrito.
- Deberá de contarse con un plan de actuación en caso de emergencia o catástrofe, que contendrá medidas en relación con los animales allí alojados.
- Todas las instalaciones garantizarán un ambiente que cubre todas las necesidades fisiológicas y etiológicas de las especies allí presentes.
- El acceso sólo podrá será permitido a las personas autorizadas.
- Las instalaciones se diseñarán asegurando la entrada o huida de los animales.
- Se limpiará periódicamente y se mantendrá un nivel higiénico satisfactorio.
- Tanto las paredes,techos y suelos estarán recubiertos de material impermeable y resistente al gran desgaste que pueden suponer tanto los animales como las operaciones de limpieza.
- Se alojarán en locales diferentes aquellas especies que sean incompatibles o aquellas que necesiten condiciones ambientales diferentes.
- Será un veterinario el que se ocupe de la salud de los animales.
- Cada animal tendrá sus alimentación respetando sus necesidades nutricionales.
- Deberá cada animal disponer del acceso al alimento y espacio suficiente.
- Todos los animales deberán disponer siempre de agua no contaminada.
- Si la dispensación de agua es automática, su funcionamiento se inspeccionará, llevando a cabo un mantenimiento y limpieza del mismo.
- Todos los animales dispondrán de estructura de descanso, libre de parásitos,absorbente y libre de agentes infecciosos.
- Se utilizará un método de identificación de los mismos, infalsificable, inviolable y fácilmente legible.

Tras desarrollar todas las condiciones que deben de tener los animales en el animalario de un hospital definimos las funciones del celador, que legalmente aparecen en el Estatuto del Personal no Sanitario, artículo 14.2.21 con la siguiente definición:"Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios a quienes cuidarán alimentándoles y manteniendo limpias las jaulas y aseándoles tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquellas y siempre bajo las indicaciones que reciban de los Médicos, Supervisoras ó Enfermeras que los sustituyan en sus ausencias". De esta forma sacamos la definición concreta de todas las funciones del celador en el animalario, que son:

- Alimentar a los animales con las cantidades adecuadas a cada especie.
- Tener siempre los bebederos con agua.
- Higienizar las jaulas de 2 a 3 veces por semana.
- Mantener las jaulas limpias de excrementos y retirar los cadáveres.
- Asear a los animales antes y después de ser sometidos a las pruebas de experimentación

5 Discusión-Conclusión

Tras este estudio nos queda muy claro que se realizan en hospitales experimentación con animales, siempre respetando al máximo su vida y evitando cualquier daño innecesario, y que el personal que más trato y atención directo tiene con estos animales son los Celadores, los cuales se ocupan casi de la totalidad de su bienestar, tanto alimenticio como de calidad de vida, manteniendo sus habitáculos lo más idoneos a cada especie y con unas normas muy estrictas de limpieza.

Todo esto en pro de la investigación científica y los adelantos que con esas investigaciones para la salud se pretenden conseguir.

6 Bibliografía

- Real Decreto 53/2013 de 1 de febrero, por el que se establecen las normas básicas aplicables para la protección de los animales utilizados en experimentación y otros fines científicos, incluyendo la docencia.
- celadoresonlineblogspot.com
- cgtsanidadlpa.org-Tema 7:El servicio de farmacia y el animalario.
- fisiostar.com-Funciones del celador en el animalario.
- www.logoss.net-Funciones
del Celador.

Capítulo 795

RIESGOS RADIOLÓGICOS PARA LA SALUD DEL PERSONAL CELADOR.

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

MARTA JURADO PARAMAS

FRANCISCO JAVIER PEREZ CASTRO

1 Introducción

Analizar la naturaleza de las radiaciones, el comportamiento de los materiales radioactivos – isótopos radioactivos- , la clasificación de los mismos , según naturaleza presentación o actividad, nos lleva a realizar un análisis exhaustivo del lugar de trabajo, comprendiendo por un lado la importancia de los usos terapeúticos de la radiación y por otra lo esencial que es manejar correctamente las máquinas, modos de desplazamiento y espacio físico de las mismas.

Para evitar lesiones y mejorar la calidad asistencial, disponemos de elementos de medición de radiaciones como los dosímetros, el conocimiento de que las máquinas de rayos X sólo emiten radiación cuando están enchufadas, a diferencia de las sustancias radiactivas, que las emiten continuamente, medidas preventivas como los límites de exposición, límites de distancia o el blindaje de los aparatos que pueden emitir radiaciones. También medidas de protección individual, como el uso de guantes, contribuyen a minimizar los riesgos. El estudio y formación en estos conocimientos nos ayuda a evitar los efectos de las radiaciones.

2 Objetivos

- Identificar los distintos riesgos radiológicos en el ámbito sanitario que afectan a todos los trabajadores implicados en aquellas salas y servicios en las que se usan equipos de rayos X y fuentes radiactivas, como radiología, oncología radioterápica y otros.
- Enumerar los riesgos principales, así como las medidas previstas para evitarlos, las instrucciones para los trabajadores y la importancia de la formación en estas materias.
- Evitar riesgos. El profundo conocimiento, tanto de los peligros inherentes a la radiación, como del uso de los equipos, tanto de protección individual como estructurales, es vital para salvaguardar la integridad física de trabajadores y pacientes involucrados.

3 Metodología

La abundante bibliografía sobre radiaciones en centros hospitalarios, así como los folletos u hojas informativas que de un modo constante editan las autoridades en el ámbito de la salud, destinadas a formar de un modo continuado a los trabajadores que ejercen su labor en salas de rayos X y demás lugares expuestos a radiaciones, nos sirven de base para generar un plano de los riesgos y medidas preventivas de las que disponemos. Asi mismo, consultamos varios manuales de celadores redactados con el fin de formar al alumno y acceder a puestos de trabajo en la red sanitaria española y añadimos la información extraída de varios artículos de revistas

4 Resultados

La radiación es la emisión de energía en forma de ondas electromagnéticas, como las ondas de radio, radiación ultravioleta, rayos X, microondas….Si la radiación es grande, arranca electrones de los átomos: radiación ionizante, que puede estar formada por fotones (Rayos X ..) o partículas (electrones, alfa…). Estas radiaciones atraviesan la materia, de ahí su importancia en el ámbito sanitario.

Protección ante radiación:
- Minimizar el tiempo.
- Maximizar la distancia.
- Maximizar el blindaje.

Medidas protectoras:
- Cerrar puertas de la sala
- Dosímetro para los trabajadores clasificados como categoría A.

Si hay que estar dentro de la sala:
- Delantal emplomado de 0,25 mm.
- Guantes emplomados.
- No colocarse en el recorrido del haz.
- Máxima lejanía del haz y paciente, y no mirar hacia el mismo.
- Ni menores ni gestantes en la sala.
- Reducir al máximo el miliamperaje.

Para los pacientes:
- No esperar ni vestirse en la sala.
- Colocar protectores sobre gónadas, cristalino…
- Asegurarse de que no son gestantes.

Las radiaciones pueden provenir de:
-Materiales radioactivos, que contienen isótopos radiactivos. Se clasifican según su naturaleza, presentación (si está encapsulada no es posible el contacto directo con el material radioactivo) y su actividad, que se mide en Megabequerelios.
- Aparatos generadores de radiaciones ionizantes, que sólo producen radiaciones cuando están enchufados a la red eléctrica, como los generadores de rayos X.

Para detectar las radiaciones tenemos como herramienta los dosímetros, capaces de medir la dosis absorbida en la unidad de medición, el grey. Los usos diagnósticos son:
- Aparatos de rayos X
- Sustancias radiactivas usadas en medicina nuclear o en el laboratorio.

Concretamente, los celadores poseen un especial protocolo de actuación en las salas de radiología:
- En ningún caso se harán operaciones que requieran radiaciones ionizantes en presencia de celadores, ni éstos harán ningún trabajo que implique estar presentes cuando el equipo esté produciendo RX.
- El celador realizará su trabajo siempre en presencia de los operadores acreditados.
- El celador velará por asegurarse, antes de entrar en la habitación, de que no se encuentra en marcha ningún proceso que conlleve radiaciones.
- El celador esperará al paciente fuera de la sala , en lugares destinados a ello.

También cobra importancia , tanto para el celador como para el resto del personal, el conocimiento de las cinco zonas que el Servicio de Protección Radiológica – SPR – nombra en Radioterapia.
- La zona vigilada: en ella se pueden recibir dosis de radiación superiores a los límites, no pudiendo llegar a los 6 mSv.
- La zona controlada: Hay riesgo de recibir dosis altas , mayores que en la zona vigilada. Debe disponerse ya de protecciones para reducir la exposición.
- La zona de permanencia limitada : Alto riesgo de recibir radiación por parte del personal .
- La zona de permanencia reglamentada: Necesita , para poder operar allí, protecciones extraordinarias y protocolos optimizados.
- La zona de acceso prohibido: En una única exposición se podrían recibir dosis muy altas de radiación.

5 Discusión-Conclusión

De lo expuesto cabe deducir que la labor del celador en el servicio de radiología no está exenta de riesgos, y que , amén de obligar a este trabajador a mantener un riguroso cumplimiento de las medidas de protección requeridas, le insta a profundizar y aumentar su formación al respecto de los peligros de los rayos X. Cualquier medida correctora o preventiva ha de tener en cuenta la naturaleza exacta de las radiaciones y su comportamiento, haciendo de vital importancia su conocimiento y entendimiento.

Añadimos que el celador destinado en estos servicios se encuentra en la categoría B de riesgos ante radiaciones, por lo que le serán aplicados todos aquellos protocolos y observaciones destinados a esta categoría y no podrá realizar los correspondientes a otras.

6 Bibliografía

1. Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias. mad; 2018
2. Celador. Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL). Editorial CEP; 2018.
3. Protección radiológica para trabajadores de hospital [Internet]. 2020.
4. RD 1891/1991 sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico (BOE 3 de enero de 1992).
5 . Instalaciones de rayos X , complejo hospitalario de Jaén memoria 2012 [Internet]. 2012.

6. Normas de trabajo seguro para celadores .(art.18 Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. Deber de información. 2003.

Capítulo 796

RIESGOS PSICOSOCIALES: EL ESTRÉS EN EL ÁMBITO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

LORENA HURLE MARRERO

MONICA ALVAREZ MERINO

ANA GARCÍA MARTÍNEZ

1 Introducción

Los riesgos psicosociales, en particular el estrés, se han convertido en uno de los principales problemas para la salud y la seguridad laboral.

Tradicionalmente los servicios de prevención de riesgos laborales abordaban temas relacionados con la seguridad, higiene y ergonomía. Hasta no hace mucho, los factores psicosociales no eran considerados como una prioridad.

A finales del siglo XX los riesgos psicosociales se convirtieron en un fenómeno relevante y reconocido socialmente, vinculado al trabajo y a la actividad laboral.

Los riesgos psicosociales más reconocidos y sobre los que se mantiene un relativo consenso son el estrés, violencia en el trabajo, acoso laboral o moobing, acoso sexual, inseguridad laboral y Burnout o desgaste profesional. Aunque hay que tener en cuenta que otros factores del ámbito psicosocial, como la intensidad laboral, el envejecimiento de la población trabajadora, la irregularidad de los tiempos de trabajo, el conflicto trabajo-familia y el trabajo emocional, también constituyen factores de riesgo importantes para la salud.

Uno de los principales problemas que nos encontramos a la hora de estudiar el estrés, es la dificultad que revierte para estimarlo, por lo que varios investigadores han postulado diversos modelos teóricos que buscan describir de una manera objetiva este fenómeno.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades. A todos estos factores o situaciones se les llama estresores laborales.

Según la Organización Internacional del Trabajo, el 30% de la población activa sufre estrés laboral, siendo esta cifra mayor en los países en vías de desarrollo. En Europa, la Tercera Encuesta sobre Condiciones de Trabajo de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo (EUROFOUND 2000) identifica el estrés como la segunda enfermedad más frecuente.

Se puede decir que el estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud y la seguridad en el trabajo que nos encontramos en Europa. Es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea, afectando anualmente a cuarenta millones de trabajadoras y suponiendo para sus países miembros un coste económico muy grande, sin contar la pérdida de productividad. Según la Fundación europea para la Mejora de las Condiciones de vida y Trabajo, un 28% de los trabajadores europeos padece algún tipo de estrés laboral..

Las consecuencias del estrés en las profesiones sanitarias son especialmente graves y visibles por la constante exposición pública de su trabajo y el factor añadido de su vocación al servicio. La relación profesional con el paciente no es fácil y requiere de una serie de herramientas de competencias, habilidades y actitudes por parte del personal sanitario y no sanitario. Además, el profesional tiene que saber establecer la distancia terapéutica necesaria con el paciente sin, por ello, perder empatía y compromiso.

Fuentes añadidas de estrés en este ámbito, son la necesidad de actualización constante de conocimientos, la utilización de nuevas tecnologías y los actuales recortes presupuestarios del sistema sanitario público.

2 Objetivos

- Establecer los principales desencadenantes de estrés.

- Establecer las posibles consecuencias derivadas de la situación de estrés.
- Establecer criterios para prevenir o reducir el estrés laboral.
- Conocer el estado actual del personal hospitalario (sanitario y no sanitario).

3 Metodología

Para realizar este trabajo de revisión bibliográfica se lleva a cabo una búsqueda exhaustiva de diferentes artículos y estudios en páginas web del ámbito sanitario.

4 Resultados

Entre las causas que provoca situaciones de estrés laboral encontramos:
1. Interacción entre las demandas en el trabajo y el control que el trabajador ejerce sobre él. Se distingue por un lado alto estrés: demandas de trabajo altas y capacidad de control de toma de decisiones (por falta de recursos) baja. Por otro lado encontramos bajo estrés: baja demanda y alto control. Destacar además el estrés activo como alta demanda y alto control, y el estrés pasivo como la baja demanda y bajo control.
2. Interacción entre las demandas de trabajo, el control del trabajador y el apoyo social. Un alto nivel de apoyo social disminuye el efecto del estrés y viceversa. El apoyo social es la ayuda que pueden dar los supervisores y compañeros de trabajo. Cuando es adecuado puede amortiguar parte del estrés generado por la combinación de altas exigencias laborales y el bajo control sobre el trabajo.
3. Desajuste entre las demandas del entorno y los recursos de los trabajadores para afrontarlas, es decir, la falta de ajuste entre las habilidades y capacidades del trabajador y las exigencias y demandas del trabajo a desempeñar.
4. Alto esfuerzo y baja recompensa. El alto esfuerzo puede ser extrínseco (demandas y obligaciones) o Intrínseco (alta motivación con afrontamiento). La baja recompensa está en función de tres tipos de recompensas fundamentales: dinero, estima y control de status.

El estrés laboral se produce porque existe una falta de balance entre el esfuerzo y la recompensa obtenida.

Dentro de las posibles consecuencias del estrés laboral, encontramos:
1. Físicas: alteraciones físicas que pueden ser consecuencia de la inadaptación del organismo ante agentes estresantes laborales. Pueden ser trastornos gastroin-

testinales, cardiovasculares, trastornos respiratorios, endocrinos, dermatológicos, trastornos musculares y alteraciones del sistema inmune.
2. Psíquicas: efectos psicológicos negativos como pueden ser la preocupación excesiva, la incapacidad para tomar decisiones, la sensación de confusión, la incapacidad para concentrase, los bloqueos mentales o la hipersensibilidad a las críticas entre otros. El mantenimiento a lo largo del tiempo de estos efectos, puede dar lugar a trastornos más graves como trastornos del sueño, ansiedad, depresión o fobias y llegar a mostrarse externamente a nivel motor y de conducta; hablar rápido, temblores, tartamudeo, precipitación a la hora de actuar, explosiones emocionales o risa nerviosa.
3. Organizativas: pueden producir un deterioro en el ámbito laboral, influyendo negativamente tanto en las relaciones interpersonales como en el rendimiento y en la productividad. Pueden inducir a la enfermedad, al absentismo laboral, al aumento de los accidentes o incluso a la incapacidad laboral.
El estrés induce a una pérdida de productividad y calidad ofrecida en el empleo y puede generar un mal ambiente de trabajo.

Como el origen del estrés puede ser múltiple, también las medidas preventivas o de eliminación pueden serlo. Por tanto, se debe intervenir tanto sobre el trabajador como sobre la organización a la que pertenece.

Si la intervención se realiza sobre el trabajador:
- Técnicas generales: dieta adecuada o distracciones actividades de interés para el individuo.
- Técnicas cognitivo-conductuales: entrenamiento asertivo, entrenamiento en actividades sociales y en resolución de problemas, técnicas de autocontrol y de inoculación al estrés.
- Técnicas de relajación: relajación muscular, relajación autógena y control de la respiración.

En cuanto a intervenciones sobre la organización: deben dirigirse hacia su estructura, al estilo de comunicación, a los procesos de formulación de decisiones, a las funciones y tareas en el trabajo, al ambiente físico y a los métodos para capacitar a los trabajadores.

La base para reducir el estrés consiste en mejorar la comunicación, aumentar la participación de los trabajadoras en las decisiones respecto al trabajo, mejorar las condiciones ambientales y también ha de considerarse la variedad y la estimulación en las tareas del trabajo.

La mayoría de las investigaciones y estudios colocan a los trabajadores de la sanidad como uno de los sectores más proclives a sufrir estrés en todas sus modalidades.

Los estudios se han centrado más en el ámbito de la Atención Primaria pero claramente podría decirse que en el ámbito de la atención especializada el panorama es muy similar.

La atención primaria se fundamenta en el trabajo en equipo. Es necesaria una participación conjunta y complementaria de varios profesionales para proporcionar una atención más efectiva y de mayor calidad.

Las funciones y responsabilidades asistenciales más clínicas recaen sobre el personal médico. Enfermería ha asumido un papel más importante en el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas, la visita domiciliaria y las actividades de promoción y prevención, así como la realización de técnicas.

La evolución de las necesidades de salud de la población, los avances técnico-científicos y los cambios en los sistemas formativos y en el nivel de competencia de los profesionales, hace que la distribución de responsabilidades y funciones asistenciales sea necesariamente flexible y adaptable a estas circunstancias.

Los profesionales de los servicios administrativos, al estar en contacto directo con el usuario, son un elemento de gran importancia por su papel ante los ciudadanos y ante la propia organización interna.

Una investigación realizada por el Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales entre 623 trabajadores pertenecientes al sector de atención primaria, representando diferencias edades y funciones, nos muestra los riesgos a los que se enfrentan los trabajadores de este campo. Estos riesgos a los que están expuestos son los psicosociales, íntimamente ligados a la organización del trabajo y al tipo de relaciones que establecen en ella tanto entre compañeros, como entre sus superiores y pacientes.

Con carácter general, los trabajadores de atención primaria realizan su trabajo en un ambiente en donde se conjugan una serie de factores que pueden desencadenar en la manifestación de un riesgo. Encontrándose pues que:
- El 15% ha recibido formación en riesgos psicosociales y el 21% información de los mismos.
- El 23% realiza su trabajo en unas condiciones ambientales inseguras.
- El 85% presenta una alta carga mental.

- El 80% carece de autonomía en su trabajo para realizar labores como la de organizar sus tareas en función de sus propios criterios profesionales.
- El 29% no tienen establecidas sus funciones y responsabilidades, creando dificultades para organizar el trabajo.
- El 20% desempeña un trabajo carente de contenido debido principalmente a ritmos de trabajo elevados y a la falta de motivación.
- El 29% dice sentirse "quemado con su trabajo" (Síndrome de Burnout). Llegando a tener un estrés crónico, caracterizado por una pérdida de preocupación por todas las personas con las que trabaja y hacia los propios pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Considerando que el estrés es uno de los principales riesgos para la salud y la seguridad, debería ser abordado en el marco de una evaluación general de los riesgos profesionales.

En el ámbito de las profesiones sanitarias, la incidencia es más grave porque no solo afecta al personal que lo padece, sino también al enfermo que depende de sus cuidados.

La prevención es la vía ideal de solución de este problema y debe basarse fundamentalmente en una organización del trabajo más racional, el establecimiento de turnos de trabajo equilibrados, la conciliación de la vida laboral y familiar, el desarrollo de un ambiente agradable en el puesto de trabajo, la intervención con los propios trabajadores y el desarrollo de políticas sociolaborales promotoras de la salud mental.

6 Bibliografía

- MADRID SALUD. www.madridsalud.es.
Artículo realizado por Fernando Mansilla Izquierdo, jefe de la unidad de psicosociología y Alejandra Favieres Cuevas, técnico de la unidad de psicosociología.
- EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL EN EL NEVO ENTORNO EUROPEO. En www.elmedicointeractivo.com
- PALOMO I. "LA INVESTIGACION Y LA EVOLUCION RECIENTE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA". Gaceta sanitaria, versión impresa en www.cielo.isciii.es.2022.
- YEGLER, M.C., DIEZ, T.,GÓMEZ, J.L.,CARRASCO, B.,MIRALLES, T., Y GÓMEZ, J.A. (2003). Identificacion de los estresores laborales en el personal sani-

tario. Sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. www.enfermeriadeurgencias.com.

Capítulo 797

LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO MEDIDA DE LA CALIDAD SANITARIA

MONICA ALVAREZ MERINO

ANA GARCÍA MARTÍNEZ

LORENA HURLE MARRERO

1 Introducción

El paciente se ha convertido en el principal activo de los servicios sanitarios. La tendencia en cuanto a gestión de la calidad de los servicios de salud ha ido evolucionando a lo largo de estos años. Esta evolución nos lleva a la necesidad de redefinir el papel del paciente como centro del sistema y su implicación tanto en las decisiones tomadas como en los tratamientos, siendo fruto de un cambio en las demandas sociales de los servicios sanitarios.

Como ya resaltan diversos estudios, es necesaria una redefinición del concepto de paciente y también de las diferentes medidas utilizadas para analizar el nivel de calidad y satisfacción, puesto que los tiempos han ido evolucionando y si se consigue una buena identificación de los factores que influyen, aumentarán las medias de satisfacción resultante de una calidad del servicio que incluso puede repercutir en menos costes al servicio sanitario.

Este cambio de tendencia se ha ido derivando a mayor interés por el paciente preguntándole directamente y gracias a ello identificando las carencias del sistema.

Aún queda mucho por perfeccionar de este sistema de identificación y poder ir más allá de las encuestas de satisfacción, pero ya se está trabajando en una mejora en la tendencia de consulta en la que tiene que estar implicado tanto el personal sanitario como el no sanitario (celador, administración,etc.) y el paciente.

Para poder llegar a la mejora antes mencionada es necesario tener conceptos claros. Son conceptos que parecen básicos como la simple definición de satisfacción pero que ya de por si viene sujeta a muchos matices de los que hablaremos a continuación.

Por lo general, la definición de satisfacción en el paciente resulta de lo que este espera recibir y lo que finalmente recibe y esto viene a ser una relación entre expectativa y realidad.

Aquí interviene la importancia de identificar el nivel de expectativa del paciente que es claramente individual y por lo tanto las conclusiones serán a todas luces diferentes para cada caso.

Se conseguirá mayor satisfacción del paciente cuanto mejor se conozcan las expectativas. Para ello se tendrán que formular diferentes preguntas relacionadas con la experiencia del paciente sin olvidar otros conceptos que son igual de importantes como el tratamiento recetado, las instalaciones e incluso el nivel educativo del paciente encuestado.

Aunque hemos dicho que las expectativas son individuales, ha habido estudios que han detectado puntos en común a la hora de analizarlas.

Se encuentran comunes por ejemplo el tipo o la calidad de la información ofrecida o el tipo de medicación que se le administra al paciente si es en un rango adecuado, las instalaciones en las que se le ha dado el tratamiento o incluso el trato que se les ha dado a los acompañantes del paciente durante el proceso.

Por lo tanto, cuanto mejor se identifiques estos factores más sencillos será determinar la satisfacción real y por lo tanto acercarnos a una evolución de la calidad del servicio más acertada.

2 Objetivos

- Conocer cómo un buen análisis de la satisfacción del paciente puede llevar a una mejora en la eficacia y la calidad de la atención sanitaria identificando como

puede medirse la satisfacción para llegar a resultados más fiables.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica recopilando información relevante sobre el tema dando valor a artículos publicados en diferentes webs científicas sin dejar de lado la bibliografía especializada, así como foros y círculos de pacientes.

4 Resultados

Debemos destacar la importancia que ha cobrado en la actualidad la orientación de los servicios de salud hacia las necesidades de los pacientes. Surgen nuevos enfoques, nuevos problemas, pero también nuevas formas de solución, enmarcado en un entorno de nuevos avances tecnológicos y sociales. Hay que trabajar diferentes factores para lograr una mejora asistencial que finalmente se verá reflejada en la satisfacción del paciente.

La mejora continua de la calidad asistencial tiene como fin el cuidado de la calidad percibida por el paciente y que éste no vuelque todas sus expectativas lo que puede derivar en una sensación que no sea real. Sabiendo todo esto se determinan diferentes formas de conocer y medir la satisfacción del paciente y la calidad asistencial.

Se pueden utilizar informes de pacientes o encuestas de satisfacción que pueden arrojar resultados diferentes. El informe del paciente dará resultados más objetivos sobre tratamiento aplicado y método utilizado y es mas de cara al profesional en cambio las encuestas de satisfacción darán datos mas subjetivos.

También surgen otros métodos subjetivos que no hay que dar de lado pues aportan datos subjetivos que han de ser tenidos en cuenta y estos son los foros o círculos de pacientes.

Gracias a estos métodos se reflejan resultados más fiables de como ha sido la experiencia del paciente y así la comunidad sanitaria actuar en consecuencia para establecer una mejora de servicio.

5 Discusión-Conclusión

La medición de la satisfacción del paciente y la consideración de éste como centro del sistema sanitario es una parte muy importante a tener en cuenta en la gestión del sistema sanitario.

Se tiene que desechar la idea de que con una mera encuesta es suficiente pues ésta solo aporta información al médico, pero el paciente suele pasar por diferentes procesos durante la asistencia sanitaria y por lo tanto es necesario profundizar más en otros sistemas de evaluación como pueden ser los círculos de pacientes o las encuestas personalizadas como las entrevistas.

Es importante identificar las verdaderas necesidades del paciente ya que con una correcta identificación no solo mejorará la calidad asistencial, sino que se podrá dar un abaratamiento de los costes.

Es recomendable adaptarse a los tiempos y poner énfasis en la experiencia del paciente superando el mero enfoque de las encuestas de satisfacción, medir lo que realmente interesa al paciente e implicar a los pacientes en el rediseño de los procesos asistenciales que les afecta. La orientación real hacia al paciente será el elemento diferenciador de los servicios sanitarios.

Citando a José Luis Baquero, director y coordinador científico del foro español de pacientes "en el sistema sanitario y sociosanitario es importante situar al paciente en el centro de las decisiones, no solo valorando su satisfacción sino sus expectativas, experiencias y opiniones al organizar actividades asistenciales."

6 Bibliografía

- European foundation for quality management. Total quality management, Bruselas 1992.
- Lamata F, Conde J Martínez, M horno. (1994) Marketing sanitario.
- Martín Fuentes, M.V Román González. Los círculos del paciente, pieza clave para mejorar la calidad en el sistema sanitario. Harvard Bussines Review 1998 pp 96-103.
- Corella JM. La gestión de los servicios de salud cap 11 (1996).

Capítulo 798

EL CELADOR Y LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES Y FAMILIARES.

MARIA ONELIA ALVAREZ ALVAREZ

MARÍA DEL CARMEN VILLAR ÁLVAREZ

1 Introducción

Gran parte de los problemas entre el profesional y el paciente son generados por fallos en las comunicaciones producidos por errores en el lenguaje (Naranjo I, Ricaurte G 2014).

El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud hace mención al deber de informar correctamente a los pacientes o usuarios del proceso asistencial y de los servicios disponibles, de acuerdo con las normas y en el ámbito de sus competencias.

2 Objetivos

Conseguir una comunicación clara y flexible con el paciente y su familia por parte de todos los profesionales que le van a atender en todo el proceso asistencial.

3 Metodología

Se ha procedido a una investigación consistente en una revisión sistemática de los estudios en la Revista Médica y en otras publicaciones accesibles a través de la

web relacionadas con el estudio de la comunicación entre el celador y el enfermo y los procedimientos para actuar con los enfermos y sus familiares.

4 Resultados

Si el paciente percibe por parte del profesional un lenguaje claro, sencillo y sin tecnicismos difíciles de comprender, se mostrará más relajado y confiado, lo cual será beneficioso para todas las partes implicadas, pero especialmente para el propio enfermo que se mostraría más predispuesto a colaborar en todo el proceso asistencial.

5 Discusión-Conclusión

El enfermo cuando acude a un centro hospitalario o a un centro de salud, llega debido a su enfermedad en un estado de debilidad emocional, con lo cual necesita percibir por parte de los profesionales que es escuchado y entendido, pero también necesita entender lo que los profesionales le dicen en todo el proceso asistencial. Es importante tanto el lenguaje corporal como el lenguaje verbal.

Hay que tener claro que el enfermo necesita:
• Atención.
• Comprensión.
• Amabilidad.
• Corrección.

Debemos entender sobre todo que vamos a tratar en muchas ocasiones con personas que sufren y que por tanto nuestro comportamiento frente a ellos o sus familiares debe de ser siempre lo más humano y delicado posible. El enfermo debe de ser tratado con la máxima amabilidad y corrección de tal manera que perciba que solo nos interesan sus problemas. Es importante por tanto:
• Ser pacientes.
• Saber escucharlos.
• Tener empatía con el enfermo y sus familiares.
• Y sobre todo tener cuidado de no herir sus sentimientos.

Es importante informar al enfermo en todo momento de lo que se le va a hacer (trasladarlo a hacer alguna prueba, colaborar en su aseo, ayudar a moverlo, etc.).

Debemos tener especial cuidado de no dar información de más, bajo ningún concepto el celador debe de hacer ningún tipo de comentario sobre diagnósticos ni pronósticos y si es preguntado debe de aconsejar con amabilidad que esas preguntas se dirijan al personal sanitario correspondiente.

6 Bibliografía

- http://www.revistamedica.com/celador/comunica/enfermo
- https://www.fisiostar.com/celador/como-actuar-con-enfermosyfamilares
- Estatuto de Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
- Estatuto del Personal no Sanitario.

Capítulo 799

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES NO SANITARIOS CON EL ENTRENAMIENTO EN INTELIGENCIA EMOCIONAL.

MARIANO VALLINA ANTUÑA

1 Introducción

Las bajas laborales motivadas por el síndrome del trabajador quemado han aumentado en los últimos años en todos los ámbitos laborales, incluido el ámbito sanitario.

Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido recientemente el síndrome de burnout (trabajador quemado) en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) que entrará en vigor en 2022 como una patología asociada al empleo. De esta manera, la OMS está lanzando un mensaje para que en los centros de trabajo se incorporen políticas de salud laboral para sus trabajadores.

El burnout conlleva que la persona presente un agotamiento emocional que puede originarse por diversos motivos entre los que se pueden señalar los siguientes: sobrecarga de trabajo, conflictos internos, largas jornadas de trabajo, falta de imparcialidad o ambigüedad de rol. En definitiva, el burnout puede producirse por la ausencia de un buen clima organizacional.

Así pues, teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente necesario, se constata que la puesta en marcha de programas formativos relacionados con el entrenamiento en inteligencia emocional en los centros de trabajo sanitarios se hacen, digamos que, más imprescindibles. Ello se debe a que el clima organizacional existente va a repercutir directamente sobre los pacientes, colectivo que se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad, ya que, la organización de los centros sanitarios incide sobre personas enfermas. Por consiguiente, se encuentra totalmente justificado que los profesionales que desempeñan su trabajo en el ámbito sanitario deben tener acceso a una formación en inteligencia emocional.

En consecuencia, cabe indicar que Weisinger (1998) sugiere que la inteligencia emocional puede ser reforzada por el aprendizaje y la práctica de habilidades y capacidades que la conforman, remarcando la conveniencia de desarrollar en la medida de lo posible, este tipo de inteligencia para interactuar eficazmente con los demás y hacer frente a un entorno cada vez más complejo y competitivo.

Asimismo, es necesario señalar que la inteligencia emocional es un factor decisivo en el éxito de la resolución de conflictos relacionados con el clima laboral, especialmente en lo que compete a las dinámicas emocionales que genera el trabajo en equipo. De ahí, que la alta inteligencia emocional grupal está en la base de los equipos eficaces.

2 Objetivos

- Analizar la importancia de la inteligencia emocional para prevenir el burnout (síndrome de desgaste emocional).
- Identificar las variables que proporcionan mayor bienestar psicológico.
- Identificar las variables que conllevan un menor bienestar psicológico.
- Determinar si los programas formativos o grupos de trabajo en los que se profundiza en el conocimiento de las emociones y en los que se llevan a la práctica las técnicas existentes para canalizar las emociones repercuten positivamente en el clima laboral.

3 Metodología

Se han consultado diferentes bases de datos (PsycoINFO, PsycArticles, Dialnet y Pubmed Central).

El período temporal revisado comprende: 2005-2019, usando filtro de idioma español e inglés.

Los marcadores utilizados fueron: inteligencia emocional, bienestar psicológico, estabilidad emocional, síndrome de burnout. De un total de 140 referencias, se han seleccionado 30 para un estudio más detallado, al cumplir todos los criterios de inclusión establecidos (año de publicación, disponibilidad de texto inglés/español y artículos de revistas científicas).

4 Resultados

Los profesionales del ámbito sanitario que participan en acciones formativas o grupos de trabajo dirigidas a adquirir habilidades propias de la inteligencia emocional manifiestan poseer una mayor satisfacción laboral.

En diversas fuentes consultadas, se constata que a mayor inteligencia emocional mayor estabilidad emocional.

Aplicar una alta inteligencia emocional en el ámbito laboral conlleva: habilidad para comprender al resto de los miembros del equipo de trabajo, resolver los conflictos que surjan en el equipo, así como habilidad para persistir y seguir motivado ante la frustración, controlar impulsos, emociones, y sin olvidar, desarrollar las relaciones empáticas en el equipo de trabajo.

Los estudios revisados ponen de manifiesto que las personas emocionalmente estables, y por tanto, con un gran control emocional y de impulsos, aceptan mejor las críticas de los demás y la incertidumbre. Son personas que tienden a la planificación de la acción actuando de forma eficaz, y al afrontamiento de situaciones aprendiendo de éstas aún cuando suponen fracaso.

Asimismo, se comprueba que las creencias irracionales son menores si existe una mayor estabilidad emocional. Las personas que utilizan las habilidades de la inteligencia emocional no son personas que poseen un pensamiento rígido, inflexible sino que se adaptan a las situaciones y tienen en cuenta otras opiniones, no se trata de personas intolerantes.

Por lo tanto, el clima organizacional en el que impera la inteligencia emocional se caracteriza por poseer un ambiente cordial, en el que ni la desconfianza ni los prejuicios están presentes entre los miembros del equipo. De esta manera, se observa que el síndrome del burnout no se registra si existe un buen clima

organizacional en el que se desarrolle la inteligencia emocional.

En lo que se refiere a las variables que proporcionan mayor bienestar psicológico cabe señalar que los estudios revisados constatan que existe una relación positiva entre inteligencia emocional, bienestar psicológico y estabilidad emocional.

Por lo tanto, es un hecho que a mayor inteligencia emocional mayor bienestar psicológico. Se ha comprobado que el bienestar psicológico se correlaciona de forma positiva con:
- Pensamiento constructivo global.
- Emotividad.
- Autoestima.
- Tolerancia a la frustración.
- Impasibilidad.
- Capacidad de sobreponerse.
- Eficacia.
- Pensamiento positivo.
- Actividad.
- Responsabilidad.

En lo que concierne a las variables que conllevan un menor bienestar psicológico se pueden indican las siguientes:
- Pensamiento supersticioso.
- Rigidez.
- Suspicacia.
- Intolerancia.

De esta manera, se verifica que existen mayores conflictos entre los miembros del equipo de trabajo si las personas son suspicaces, intolerantes, registrándose un mayor desgaste emocional y por tanto, un mayorriesgo de sufrir el síndrome de burnout.

En definitiva, las personas que se forman en inteligencia emocional señalan que esta formación les ha motivado para cambiar su actitud, adoptar acciones encaminadas a modificar sus patrones de pensamiento y de conducta, practican sus fortalezas y concluyen que los niveles de bienestar subjetivo y de satisfacción laboral han aumentado.

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar que se ha estudiado que el entrenamiento de la inteligencia emocional reduce y modula los efectos del estrés, aumentando el rendimiento, la salud y el bienestar, de ahí la utilidad de la formación en inteligencia emocional en los equipos de trabajo del ámbito sanitario.

Los estudios demuestran que ser emocionalmente inteligente disminuirá el desgaste psicológico. Las personas emocionalmente más inteligentes son aquellas con mayor capacidad para percibir, comprender y regular las emociones propias y las de las demás personas. Asimismo tendrán los recursos necesarios para afrontar mejor las situaciones estresantes de tipo laboral y manejan más adecuadamente las relaciones emocionales negativas que frecuentemente surgen en las interacciones que se mantienen con los miembros del equipo de trabajo así como con los pacientes.

En consecuencia, la prevención de burnout lleva aparejada la necesidad de poner en marcha programas formativos en inteligencia emocional en los equipos de trabajo en el ámbito de la salud, pues es un hecho que el sistema de salud se encuentra en una situación de vulnerabilidad al haber sufrido recortes por la situación económica, que repercuten negativamente en el personal que presta sus servicios en el citado sistema, estando presente el síndrome de burnout al registrarse una sobrecarga de trabajo, presiones temporales y escasez de recursos.

6 Bibliografía

- Marcuello Martínez Karla A., Propuesta de autocuidado para prevenir el síndrome de burnout, 2018 Ed. Académica Española.
- Byug-Chul Han, The Burnout Society, 2015 Stanford University Press.
- Pedreño Conesa Isabel Mª, Díaz del Río López Mª del Carmen, El síndrome de burnout, 2018.
- MNV Thomaé, EA Ayala, MS Sphan, Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud, 2006 Revista de posgrado.
- Trujillo Flores, Mara Maricela, Rivas Tovas, Luis Arturo, Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional, 2005 Innovar.
- Weisinger Hendrie, La inteligencia emocional en el trabajo, 2002 Revista Facultad de ciencias económicas.
- Gil Monte Pedro R., El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), 2005 Ed. Pirámide.

- Álvarez RF., El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa, 2011 Ed. Éxito empresarial.
- Castillo A., Benavente S., Cruz C., Presencia de síndrome de burnout, en hospital El Pino y su relación con variables epidemiológicas 2012 Revista Anaccem.
- Jeane Segal, The language of Emotional Intelligence, 2008 Ed. McGrawHill.

Capítulo 800

AGUACATE ALIMENTO DE MODA O PELIGRO MEDIOAMBIENTAL.

AINHOA SUÁREZ COLUNGA

1 Introducción

En los últimos años el consumo de aguacate ha aumentado en nuestro país. El aguacate ha pasado de ser una fruta poco utilizada en la gastronomía española tradicional a convertirse en una de las frutas más cotizadas por el consumidor. Las nuevas tecnologías y las redes sociales la han convertido en un símbolo de la alimentación saludable. Este trabajo investiga cómo afecta este consumo al medioambiente. España es un país rico en agricultura, productos como la oliva, las naranjas o la uva siempre han sido producidos en varias zonas geográficas del país, en cambio el aguacate no es una fruta que se dé en la tierra española por eso es una necesidad investigar cómo afecta el consumo del aguacate en España al medioambiente.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer cómo afecta el alto consumo del aguacate en España al medioambiente.

Otros objetivos específicos son:
- Investigar los beneficios y las contraindicaciones del aguacate.
- Conocer el mercado el aguacate en España en los últimos años.
- Estudiar la popularidad del aguacate en España.

3 Metodología

La metodología utilizada para realizar este estudio ha sido la investigación académica en trabajos científicos, páginas especializadas de alimentación, informes sobre el consumo en España, dossieres de investigaciones del consumo en España, estudios económicos del mercado y análisis de redes sociales y estadísticas.

4 Resultados

Información nutricional del Aguacate
Lo primero es conocer cuáles son las propiedades del aguacate. Es una fruta calórica cargado de grasa saludable rico en vitamina E, C, A además de contener potasio, magnesio, calcio, fósforo, hierro, cobre y cinc (Cuerpomente, 2019)

- Agua: 67,90%
- Calorías: 233 Kcal.
- Proteínas: 1,88 gr.
- Grasas: 23,50 gr.
- Carbohidratos: 0,40 gr.
- Fibra: 6,33 gr.
- Calcio: 12,00 mg.
- Hierro: 0,49 mg.
- Magnesio: 30,00 mg.
- Fósforo: 43,00 mg.
- Potasio: 487,00 mg.
- Vitamina A: 12 ug.
- Vitamina C: 6,00 mg.
- Vitamina E: 1,30 mg.
- Vitamina K: 19 ug.
- Vitamina B3: 31,42 mg.

Orígenes del Aguacate:
Se trata de una fruta de Centroamérica. En primer lugar, apareció en México y norte de Guatemala y de ahí se extendió al resto de Centroamérica. “En 1924 empezó a implantarse en Málaga, la Estación de Agricultura Meridional, donde en su proyecto inicial se habla de la introducción de frutales exóticos. Es al incorporarse la estación experimental de Torrox cuando se establece un semillero inicial de aguacates hacia los años 30” (Alejandro, 2018)

Consumo de aguacate en España:
El consumo de fruta del año 2018 sitúa al aguacate en la diecisieteava posición.

Alimento de moda:
Análisis de las publicaciones de las frutas más consumidas. El parámetro de medida que he escogido ha sido el hashtag. La fuente de datos es Instagram.
Redes sociales:
#naranja: 1m
#plátano: 413k
#manzana: 539k
#sandía : 393k
#melón: 1.8m
#mandarina: 189k
#pera: 408k
#melocotón: 78.9k
#kiwi: 4.7k
#fresas: 874k
#limón: 1.1m
#uvas: 1.1m
#piña: 701k
#cereza : 178k
#ciruela: 58.1k
#aguacate: 712k

El aguacate es la séptima fruta con más publicaciones en Instagram (fuente propia febrero 2020) a pesar de obtener las 17 posiciones como fruta más consumida es la 7ª fruta más popular en las redes sociales.

Beneficios para la salud.
Algunos de los beneficios más populares y científicamente comprobados del aguacate son los siguientes:
• Alto nivel de nutrientes.
• Contiene gran cantidad de potasio.
• Rico en ácidos grasos mono insaturados.
• Alto en fibra.
• Disminuye el nivel de colesterol y de triglicéridos.
• Efecto antioxidante.
• Previene la artritis.
• Ayuda a llevar un nivel de vida saludable gracias a su alto nivel energético..

• Puede ayudar a prevenir el cáncer en casos limitado.

Contraindicaciones.
Aunque sus propiedades son mayormente positivas no hay que olvidar que el aguacate es una fruta altamente calórica. "El aguacate es una grasa mejor que, por ejemplo, la grasa animal. Pero solo con moderación" dijo a Daily Mail el doctor Andrew Freeman, cardiólogo del National Jewish Health. Es un alimento que debe consumirse con moderación. Aunque sus grasas son buenas, si se abusan de ellas el aguacate puede provocar un efecto rebote.

Impacto medioambiental en el cultivo de aguacate en España
Lo primero a tener en cuenta es el clima. En el norte de España no se puede cultivar aguacate debido a las abundantes precipitaciones, en cambio el sur presenta unas condiciones favorables para su plantación. La temperatura idónea es entre media y alta, pero sin grandes diferencias entre el día y la noche. La luminosidad debe ser directa del sol. Es importante la poda para que lleguen los rayos del sol a la planta ya que si queda en sombra esta no dará fruto.
El suelo debe ser suelto, poco compactado ya que es una planta muy sensible al encharcamiento. El riego es muy importante, debe ser de emisión lenta, lo mejor es utilizar gotero. El riego varía según la edad de la planta. Lo más utilizado son los programas de riego que deberán de ir aumentando en frecuencia con los años. La Junta de Andalucía calculo la dosis de riego teniendo en cuenta los datos climáticos, un árbol necesita 35000l anuales de agua. (Agromática, 2019)

Cambios en el mercado
En el 2018 según (Fepex, 2019) la importación del aguacate fue de 129.287 toneladas (+32%). Con volúmenes importantes de importación también destacó el aguacate con 129.287 toneladas (+32%),

5 Discusión-Conclusión

El aguacate es un alimento sano siempre que se consuma con precaución y sin exceso. Si los españoles empiezan a consumir esta fruta cada día en pequeñas cantidades su salud se beneficiará de sus propiedades pero ¿qué ocurre con el medioambiente? El aguacate no es originario de cultivo español sino del Centro América. Debido a una gran campaña a favor del aguacate, el consumo nacional cada vez es mayor. Esto provoca que el mercado cambie y que los agricultores cambien sus cultivos.

En cada país se consumía lo que producía. Existe una cultura gastronómica por países y regiones que tiene que ver con los productos que se producen. La globalización y la biodiversidad han hecho que esto cambie y que alimentos populares en otros lugares del mundo lleguen a cualquier parte. Es tal el interés en esta fruta que se conoce como "oro verde". Las grandes cantidades de aguacate que se manejan en el mercado de importación y exportación crecientes cada año pronostican un problema de sostenibilidad. "Cada vez que estandarizamos como superalimento a una fruta o verdura creamos un problema de sostenibilidad", asegura para Condé Nast Traveler el director de la Fundació Alícia (el "laboratorio de alimentación saludable"), Toni Massanés.

Las asociaciones agrarias reivindican que el crecimiento del aguacate ha tocado techo debido a no mejorar la canalizaciones del agua, "las empresas se han visto obligados a utilizar agua reciclada para sus cultivo" (Casanovas, 2019). El aguacate aporta beneficios a la salud pero no es el superalimento por excelencia, ya que a pesar de tener buenas propiedades, la publicidad que rodea a esta fruta ha hecho que se convierta en el aclamado oro verde, el cual está secando la tierra.

6 Bibliografía

- https://www.agromatica.es/cultivo-del-aguacate/.
Agromática. (2019).
- https://exoticfruitbox.com/nuestras-frutas/cual-es-el-origen-del-aguacate-conoce-su-curiosa-historia/.
Alejandro. (2018). Exotic Fruit Box.
- https://www.traveler.es/gastronomia/articulos/sobreexplotacion-y-consumo-del-aguacate-en-espana-campos-de-la-axarquia-malaga/15829.
Casanovas, M. (2019).
- https://www.cuerpomente.com/guia-alimentos/aguacate.
Cuerpomente. (2019).
- https://www.fepex.es/datos-del-sector/exportacion-importacion-espa%C3%B1ola-frutas-hortalizas.
Fepex. (2019).
- https://mejorconsalud.com/8-beneficios-del-aguacate/.
Lugo, M. (2020).
- http://www.upsocl.com/sabores/12-beneficios-comprobados-del-aguacate-1/.
Olivares, N. (2019).

- https://es.statista.com/estadisticas/511083/consumo-de-frutas-en-los-hogares-espanoles-por-producto/.Pérez,
A. (2019). Statista.

Capítulo 801

VIOLENCIA DE GÉNERO Y MUJER.

MARIA SOLEDAD ALVAREZ MARTINEZ

1 Introducción

En los últimos años ha ido cambiando la manera de abordar el problema de violencia de género. El enfoque se ha ido variando ante la imposibilidad de atajar o frenar los casos de violencia. Este problema es imparable, a pesar de las medidas adoptadas, insuficientes a todas luces, que unas veces se muestran escasas. En otros casos el problema ha sido la aplicación; errores en el proceso, falta de medios para que el seguimiento fuese realmente efectivo y garantizase la seguridad de la mujer.

2 Objetivos

Determinar los diferentes aspectos en los que la violencia condiciona la vida de una mujer.

3 Metodología

Analizamos distintas publicaciones de los últimos años a nivel internacional relativos a los distintos casos publicados , además de estudios, protocolos, guías de actuación realizados en nuestro país, algunos de autores independientes y otros llevados a cabo por el Gobierno de España y algunos Servicios de Salud, para abordar la situación general de la mujer maltratada.

4 Resultados

Respecto a la violencia de género y la mujer, ¿Se necesitan más medios? ¿O quizás los adecuados? Se debate si los presupuestos dedicados a este problema son suficientes (están en tela de juicio determinadas subvenciones a algunas asociaciones, de dudosa efectividad).

Determinar en qué fallamos es necesario, como también avanzar hacía la eficacia de las medidas a adoptar. Hay unas pautas generales, aplicables a la totalidad de los casos;
- Garantizar la integridad física de la mujer.
- Detectar los casos a tiempo.

Si bien, cada situación varía por circunstancias añadidas:
- Hijos menores.
- Situación económica y capacidad de independencia de la mujer.
- Cultura, prejuicios sociales o vergüenza a la hora de pedir ayuda.
- Miedo o temor a las represalias del maltratador.
- Mantener un determinado estatus social.

Tenemos la voluntad, por ello dar con los mecanismos adecuados sigue siendo el objetivo.

Está claro que mientras la investigación avanza, concienciar a la población en general, no solo a la mujeres de la necesidad de pedir ayuda, en cualquiera de las formas hasta ahora disponibles, así como al resto, la obligación moral de no mirar hacia otro lado y denunciar o alertar a las autoridades competentes, cuando seamos testigos de situaciones que evidencian un posible caso de maltrato, es imprescindible.

5 Discusión-Conclusión

Medir el alcance no siempre es sencillo. Cada caso es diferente, a veces devastador, en los que la mujer queda anulada por completo. Por no hablar de los que el resultado final es la muerte.

Sin llegar a esos extremos, observamos otras consecuencias; la dificultad para mantener el empleo debido al estado anímico, la inseguridad, la baja autoestima que le genera la situación vivida, que se manifiesta también a nivel de salud física, con bajas médicas, dificultad para acudir a programas de formación, etc.

Entre tanto avanza la investigación, tirar de los recursos disponibles resulta necesario, acogerse a los derechos laborales por su especial condición de víctima de violencia de género, que le permitiría entre otras; reducción de su horario de trabajo, movilidad geográfica, excedencia, etc.

6 Bibliografía

- https://www.ohchr.org
- http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es
- Cabrera Espinosa, Manuel.(2011)¿Usted por qué pega?La violencia de género a través del maltratador.Saarbrücken, - Alemania: Editorial Académica Española.
- San Segundo Manuel, T.(Coor.),(2016). A vueltas con la violencia de género. Madrid:TECNOS.
- Guía de actuaciones ante la violencia de género en el ámbito sociosanitario. - http://www.codajic.org
- El silencio de las víctimas:Un análisis Jurídico y Social.
- http://www.juntadeandalucia.es/

Capítulo 802

EL TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS FALLECIDAS

BARBARA GARCIA GION

1 Introducción

Resulta extraordinariamente relevante la incidencia que tiene en el sector de la salud y, en especial, para el personal administrativo que desarrolla sus funciones en las instituciones sanitarias públicas y privadas, la regulación legal referida a la protección y al tratamiento de los datos personales referidos a la salud de los pacientes y usuarios, siendo más que evidentes las consecuencias que para el personal administrativo sanitario que desarrolla su labor profesional en este ámbito tiene esta materia, tanto para que éste pueda estar dotado de un marco o referencia lo más segura posible que garantice al profesional el cumplimiento de la normativa (y evitar así las desagradables consecuencias sancionadoras que le pueda acarrear su incumplimiento), sino también con la finalidad de que el actual desarrollo de los sistemas de información sanitaria verdaderamente los convierta en un elemento clave e indispensable para garantizar a los usuarios una atención sanitaria de calidad.

A este respecto, también es necesario tener en cuenta que la cuestión objeto de estudio en la presente obra se ha visto recientemente afectada de un modo sustancial por las modificaciones normativas introducidas, tanto a nivel comunitario, como a nivel estatal, por medio del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 "relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre

circulación de estos datos", así como por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, "de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales", nuevo panorama normativo que, además, debe ser completado por medio de las numerosas legislaciones autonómicas que también afectan al presente ámbito, dado que las Comunidades Autónomas han logrado asumir diversas competencias directamente relacionadas con la protección y el tratamiento de los datos sanitarios.

En cuanto al concreto análisis del tratamiento de los datos personales sobre la salud de las personas fallecidas, se debe comenzar por analizar lo inicialmente establecido, como norma comunitaria marco a partir de la cual se desarrolló nuestra ulterior legislación nacional, por el Reglamento comunitario 2016/679 de la UE que, en su Considerando 27, textualmente ya establecía que "El presente Reglamento no se aplica a las personas fallecidas. Los Estados miembros son competentes para establecer normas relativas al tratamiento de los datos personales de éstas", esto es, partiendo de que esta normativa comunitaria no se aplicaba a las personas fallecidas, se facultaba a cada uno de los estados miembros a fin de que libremente pudieran desarrollar su normativa interna para la regulación de esta figura.

A continuación, y sin perjuicio de que, efectivamente, en cierta medida algunas Comunidades Autónomas ya se habían adentrado a explorar la gestión de los datos de las personas fallecidas en el entorno digital, no existía con la anterior y ya derogada Ley de Protección de Datos ningún tipo de normativa estatal que verdaderamente se ocupara de esta cuestión, de forma tal que, en la actualidad, partiendo de la premisa establecida por el Reglamento europeo se ocupan del tratamiento de los datos de las personas fallecidas dos preceptos normativos de nuestra Ley Orgánica 3/2018, en concreto, el artículo 3 y el artículo 96 de dicho texto legal, preceptos que seguidamente procederemos a analizar.

Finalmente, señalar que, además de todo el referido normativo reseñado, también es necesario tener en cuenta a la regulación que se efectúa a nivel específicamente sanitario, y ello por cuanto, efectivamente, nuestra legislación sanitaria también cuenta con la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, "básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica" que en su art. 18,4 también contiene una específica previsión referida al tratamiento de datos de las personas fallecidas que aquí nos ocupa.

2 Objetivos

- Llevar a cabo un somero análisis de los aspectos normativos mas relevantes referidos al tratamiento y a la protección de los datos de salud de las personas ya fallecidas, tratando para ello de centrarnos en proporcionar los aspectos más relevantes que se han visto afectados por la largamente esperada reforma legal operada en el ámbito de la protección de datos y, sobre todo, cuál ha sido la incidencia que dichas reformas legales han supuesto en el sector sanitario, poniéndose también de manifiesto que el enfoque que se pretende es lo más práctico posible a fin de lograr su finalidad .
- Proporcionar al personal administrativo del sector sanitario una herramienta útil y dinámica que le permita adecuar la planificación y desarrollo de su actividad laboral a las nuevas exigencias legales introducidas en este concreto ámbito.
- Obtener un conocimiento completo de cuál es la legislación aplicable a todo lo relacionando con el acceso, el tratamiento, la rectificación y la cancelación de los datos sobre la salud de aquellas personas que ya han fallecido.

3 Metodología

Se lleva a cabo una intensa búsqueda normativa en relación con el tratamiento y protección de datos, incluyendo también la legislación estatal específica del derecho sanitario, comenzando para ello por el análisis de la legislación anterior y derogada, tanto a nivel nacional como comunitario, y ello con el fin no solo de realizar una mejor comprensión de la normativa actualmente vigente, sino también con el objetivo de poder llevar a cabo la identificación de las principales modificaciones que se han operado. Asimismo, dicho estudio también se complementa con un análisis, si bien somero, de cuál es la regulación que cada una de las Comunidades Autónomas efectúan de esta materia. Dada su mayor fiabilidad, se hace uso de las bases de datos proporcionadas desde el propio Boletín Oficial del Estado, en la medida en que los medios tecnológicos actuales permiten tener acceso a la legislación ya derogada, a las distintas modificaciones normativas que progresivamente se han ido operando y también a la legislación vigente catalogada mediante el denominado "Texto Consolidado", búsquedas que, no obstante, se complementa mediante la base de datos de "NOTICIAS JURÍDICAS" por su naturaleza más funcional y fácilmente accesible.

Asimismo, se accede a la doctrina emanada de la Agencia Estatal de Protección de Datos que, a través de sus Informes, acaba conformando una reiterada, unívoca

y conformada "jurisprudencia" que, sin duda, resulta especialmente significativa y de relevancia capital dada la específica materia que nos ocupa. En la medida en que se puede tener acceso a ella, por ser usuario registrado, se hace uso de la base de datos de LALEYDIGITAL, en la cual se dispone de una completa muestra de los dictámenes emanados de dicho organismo público.
También se hace uso de la muy extensa Bibliografía existente en la materia, puesto que, siendo una materia de rabiosa actualidad, la doctrina académica a la que se tiene acceso es muy profusa. Dado que se puede tener acceso a ello por ser usuario registrado, se hace uso de la base de datos de LALEYDIGITAL, en la cual se dispone de los correspondientes apartados de Revista, Libros y Doctrina.

Finalmente, se realiza una profusa búsqueda en internet (Google), pues lo cierto es que, pese a que indiciariamente se pudiera pensar el escaso rigor de una fuente publica y de libre acceso para la publicación como es la red, se disponen de numerosos artículos, informes y opiniones doctrinales que aportan una ingente cantidad de rigurosa y contrastada información referida a la materia que aquí nos ocupa.

4 Resultados

Tal y como ya se ha adelantado, la regulación de los derechos de acceso a los datos sobre la salud respecto de las personas ya fallecidas viene dada por lo establecido, como norma comunitaria marco a partir de la cual se desarrolló nuestra ulterior legislación nacional, por el Reglamento comunitario 2016/679 de la UE que, en su Considerando 27, textualmente ya establecía que "El presente Reglamento no se aplica a las personas fallecidas. Los Estados miembros son competentes para establecer normas relativas al tratamiento de los datos personales de éstas", de manera tal que a nivel comunitario se establece que la regulación de protección de datos no se aplica a las personas fallecidas, facultándose no obstante a cada uno de los estados miembros a fin de que libremente pudieran desarrollar su normativa interna para la regulación de esta figura.

Pues bien, a nivel nacional sí que se regula el tratamiento de los datos sanitarios de las personas fallecidas, estableciéndose varias notas esenciales sobre esta cuestión, y ello a través de lo prevenido esencialmente a través de los artículos 3 y 96 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, "de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales", así como de toda la normativa de inferior rango, especialmente reglamentaria, que posteriormente los desarrolla, a saber:

En primer lugar, resulta que las personas vinculadas al fallecido por razones familiares o de hecho, así como sus herederos, podrán dirigirse al responsable o encargado del tratamiento de datos sanitarios del que se trate, al objeto de solicitar el acceso a los datos personales de aquella y, en su caso, su rectificación o supresión,y todo ello salvo en el caso de que el causante hubiese prohibido expresamente tales accesos y tratamientos de sus datos, y salvo el caso también de que exista algún tipo de normativa que impida a terceros tales accesos a los datos del fallecido.

En segundo lugar, es necesario señalar que, en el caso que nos ocupa de datos de la salud, no se aplica la genérica previsión en cuya virtud no existe ningún tipo de limitación para que los familiares del fallecido puedan siempre y en todo caso acceder a los mismos y sin excepción, y ello por cuanto que tal posibilidad solamente se extiende a los supuestos de datos de naturaleza estrictamente patrimonial, entre los que evidentemente no se encuentran los datos personales estrictamente sanitarios del finado.

En tercer lugar, también destaca el hecho de que se permita que en un anterior acto inter vivos, la persona fallecida previamente hubiera designado expresamente a determinadas personas o instituciones para el acceso a los datos personales de este y, en su caso, su rectificación o supresión, mandato e instrucciones en cuya virtud el fallecido previamente da esta autorización y fija los parámetros y modo en que tal acceso, rectificación o supresión se podrá hacer por los mandatarios que hubiere designado.

En cuarto lugar, es necesario destacar que existe asimismo una previsión concreta para los supuestos en los que la persona fallecida haya sido un menor de edad, para cuyo caso se prevé que estas facultades de acceso a datos sobre la salud podrán ejercerse también por sus representantes legales o, en el marco de sus competencias, por el Ministerio Fiscal, que podrá actuar de oficio o a instancia de cualquier persona física o jurídica interesada. También existe una regulación concreta para el caso de que el finado haya sido una persona con discapacidad, en cuyo supuesto todas estas facultades también podrán ejercerse por quienes hubiesen sido designados para el ejercicio de funciones de apoyo, si tales facultades se entendieran comprendidas en las medidas de apoyo prestadas por la persona designada.

En quinto lugar, también es significativo el hecho de que, en relación con los responsables y los encargados de los datos sanitarios de una persona ya fallecida, se establece que las personas vinculadas al fallecido por razones familiares o de

hecho, así como sus herederos, podrán dirigirse a los prestadores de servicios de la sociedad de la información al objeto de acceder a dichos contenidos e impartirles las instrucciones que estimen oportunas sobre su utilización, destino o supresión, estableciéndose no obstante la prohibición referida a que, en cambio, las personas mencionadas no podrán acceder a los contenidos del causante, ni solicitar su modificación o eliminación, cuando la persona fallecida lo hubiese prohibido expresamente ("Testamento Digital") o así lo establezca una ley. Finalmente, y a igual que se ha indicado más arriba, no se establece ningún tipo de restricción a las solicitudes efectuadas a los prestadores de servicios titulares y responsables de los datos sobre la salud del finado, en los casos en los que el derecho de los herederos a acceder a los contenidos que pudiesen formar parte del caudal relicto, esto es, a cuestiones estrictamente económicas o patrimoniales referidas al causante.

En sexto lugar, también se establece el hecho de que, en relación con las solicitudes que se efectúen a los responsables y encargados de los registros de datos sanitarios de una persona fallecida, el albacea testamentario así como aquella persona o institución a la que el fallecido hubiese designado expresamente para ello, también podrá solicitar, con arreglo a las instrucciones recibidas por el finado, el acceso a los contenidos con vistas a dar cumplimiento a tales instrucciones.

En séptimo lugar, también se regula expresamente el supuesto en el que la persona fallecida cuyos datos sanitarios se encuentren en los registros protegidos sea un menor de edad, supuesto en el que las facultades de relación con los prestadores de servicios de la sociedad de la información pueden ser ejercidas también por sus representantes legales o, en el marco de sus competencias, por el Ministerio Fiscal, que podrá actuar de oficio o a instancia de cualquier persona física o jurídica interesada.

En octavo lugar, también se vuelve a determinar una previsión específica para los casos en los cuales la persona fallecida hubiera sido una persona con discapacidad, puesto que en tales casos se podrán dirigir las solicitudes de accesos a datos sanitarios a los prestadores de servicios de la sociedad de la información, además de por sus representantes legales o, en el marco de sus competencias, por el Ministerio Fiscal, también por quienes hubiesen sido designados para el ejercicio de funciones de apoyo si tales facultades se entendieran comprendidas en las medidas de apoyo prestadas por el designado.

En noveno lugar, resulta especialmente significativo el dato de que aquellas personas que se encuentren legitimadas pueden decidir acerca del mantenimiento o

eliminación de los perfiles personales de personas fallecidas en redes sociales o servicios equivalentes, a menos que el fallecido hubiera decidido acerca de esta circunstancia, en cuyo caso se estará a sus instrucciones.

En décimo lugar, es necesario llamar la atención acerca del hecho de que, como no podría ser de otra manera por aplicación de un principio meramente legal y constitucional, para aquellos casos en los que las personas estuvieran sometidas a derechos forales o especiales en el ámbito civil (no solo en función del domicilio o lugar de residencia del finado, sino también en los casos de aplicación del derecho foral por naturaleza y con independencia de cuál fuera su última residencia), serán las propias Comunidades Autónomas las encargadas de regular todo lo referido a la legitimación y procedimiento a seguir para el tratamiento, acceso, rectificación o supresión de los datos sobre la salud de los causantes.

Finalmente, en cuanto a este análisis de los resultados obtenidos en este estudio, también es necesario efectuar una breve referencia a nuestra legislación sanitaria que, en cuanto al tratamiento de datos de las personas fallecidas se refiere, cuenta con el art. 18.4 de la "Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica", precepto legal que distingue en cuanto al régimen jurídico de acceso a la historia clínica del paciente fallecido según si la petición de acceso la protagoniza un familiar, o si ésta la formula un tercero. Si se tratara de personas vinculadas al paciente por razones familiares (considerando como tales al cónyuge, ascendientes y descendientes y hermanos, si nos ajustamos a la terminología dispuesta en el art. 4 de la LO 1/82) o de hecho, los mismos podrán acceder a la historia clínica salvo que el fallecido se hubiera opuesto y así se acredite, y en todo caso siendo de aplicación las mismas limitaciones que regirían para el propio paciente si estuviese vivo, a saber: a) la intimidad de terceras personas, b) anotaciones subjetivas, y c) el conocido "privilegio terapéutico" de los profesionales sanitarios.

En concreto, el art. 18.4 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, "básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica", textualmente previene que "Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se

facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros".

5 Discusión-Conclusión

Como consecuencia del estudio desarrollado y del análisis expuesto en el anterior apartado referido a los resultados, podemos concluir que, en primer lugar, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, "de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales", así como de toda la normativa de inferior rango, especialmente reglamentaria, que posteriormente la desarrolla, establece una previsión similar a la ya recogida en el Reglamento Europeo en cuya virtud se permite a los familiares de los fallecidos (en concreto a las "personas vinculadas al fallecido por razones familiares o de hecho, así como a sus herederos") solicitar el acceso a los datos personales de aquél, su supresión o rectificación, vedándose no obstante tal posibilidad en el caso de que, al contrario, el fenecido hubiera prohibido expresamente el ejercicio de las facultades de rectificación o supresión por parte de un tercero, si bien limitándose la eficacia legal para el caso de que la persona fallecida hubiera establecido en esta especie de "Testamento Digital" un límite de acceso a los datos personales por parte de los herederos.

Esto es, solo como excepción las personas a las que se refiere el precepto legal no podrán acceder a los datos del causante, ni solicitar su rectificación o supresión, cuando la persona fallecida lo hubiese prohibido expresamente o así lo establezca una ley, sin perjuicio de que dicha prohibición no afectará al derecho de los herederos a acceder a los datos de carácter patrimonial del causante, mientras que las personas o instituciones a las que el fallecido hubiese designado expresamente para ello podrán también solicitar, con arreglo a las instrucciones recibidas, el acceso a los datos personales de éste y, en su caso, su rectificación o supresión.

En definitiva, esta Ley nacional, a igual que hace el Reglamento Comunitario, excluye de su ámbito de aplicación el tratamiento de datos personales de personas fallecidas (art. 2.2.b), si bien se ha optado en el comentado art. 3 por la opción de regular el acceso a los datos personales del fallecido por parte de aquellas personas vinculadas a éste por razones familiares o de hecho, así como sus herederos.

Por su parte, se concluye que en virtud del art. 96 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, "de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos

digitales", incluido por cierto dentro de la carta de derechos digitales con el epígrafe de "testamento digital", no supone en realidad una relevante adición a lo prevenido en el artículo 3 del mismo texto legal, siendo din duda alguna un importante desafío para los responsables y encargados del tratamiento de este tipo de datos el establecimiento de las medidas y mecanismos necesarios para dar cumplimiento, frente a los usuarios, de las declaraciones de última voluntad que se hubieren establecido respecto del tratamiento de sus datos personales.

Finalmente, se concluye también la relevancia de la propia regulación específica del ámbito legal sanitario, y ello a través de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, "básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica", por el que los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite, estableciendo igualmente que, en todo caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes, no facilitándose en cambio información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

6 Bibliografía

- García Herrera; Vanessa. Prof. Titular i URJC. "Disposición mortis causa del patrimonio digital". Diario La Ley, Nº 9315, Sección Tribuna, 11 de Diciembre de 2018, Editorial Wolters Kluwer Diario La Ley, Nº 24, Sección Ciberderecho, 13 de Diciembre de 2018, Editorial Wolters Kluwer El Consultor de los Ayuntamientos, Editorial Wolters Kluwer LA LEY 14697/2018.
- "Guía práctica sobre protección de datos: ámbito sanitario". Thomson Reuters Aranzadi Editorial: Editorial Aranzadi, S.A.Edición: 29 julio 2019.
- González Tapia, María Luisa. Abogado de Ramón y Cajal Abogados. "Los derechos digitales en la Ley Orgánica 3/2018". Diario La Ley, Nº 9324, Sección Tribuna, 24 de Diciembre de 2018, Editorial Wolters Kluwer LA LEY 15176/2018
- Recio Gayo, Miguel."Ejercicio de los derechos de protección de datos y su aplicación práctica, El". Editorial: Editorial Bosch, S.A. Edición: 22 julio 2019.
- Arenas Ramiro, Mónica. Ortega Jimenez, Alfonso. "Comentarios a la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (en relación con el RGPD)". EDITORIAL JURIDICA SEPIN, S.L. Edición: 01 julio 2019.

- López Calvo, José. “Adaptación al nuevo marco de protección de datos tras el RGPD y la LOPDGDD (smarteca)” Editorial: Wolters Kluwer Edición: 30 mayo 2019.
- ”Memento práctico Protección de Datos 2019 – 2020”. Ediciones Francis Lefebvre. Edición: 20 mayo 2019.

Capítulo 803

EFECTOS DEL TRABAJO A TURNOS

ROSALIA VILLABRILLE MARTÍNEZ

MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ

1 Introducción

El trabajo por turnos es considerado un factor de riesgo para algunos problemas de salud, una vez que las perturbaciones del ritmo circadiano puede aumentar la probabilidad de llegar a desarrollar enfermedades cardiovasculares, problemas cognitivos, diabetes y obesidad.

El trabajo por turnos puede también tener repercusiones en las relaciones conyugales, familiares y personales.

2 Objetivos

Evitar que el trabajador puede desarrollar con el tiempo el denominado Síndrome Burnout (síndrome de estar quemado), que se caracteriza por un agotamiento emocional que se manifiesta con un cansancio excesivo, tanto físico como psicológico. El individuo, entonces, se aísla socialmente y mantiene una actitud fría y distante hacia las personas de su entorno, disminuyendo también su eficacia en el trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Resultados

Alteraciones físicas: Vienen determinadas por los ritmos biológicos. Las diferentes funciones del organismo humano están sujetas a ciertos ritmos biológicos, determinados por el entorno físico o social, que tienden a mantenerse a pesar de las variaciones de los horarios de trabajo de un sujeto

Alteraciones de la vida privada y social: Muchos de los conflictos provocados por los horarios nocturnos están relacionados con las dificultades de buscar compromisos entre las necesidades profesionales, las familiares y las biológicas del organismo. Las actividades de la vida cotidiana están organizadas pensando en las personas que trabajan en lo que se denominan "horarios normales",que permiten disponer de las noches y fines de semana para la familia, los amigos, el ocio, etc. El trabajo a turnos, sobre todo el turno de noche o de tarde dificulta estas actividades e incluso la relación diaria, al no coincidir con el resto de las personas. Estas dificultades se dan tanto en el plano privado como en el social, en cuanto a la disminución de las posibilidades de participación en actividades extra profesionales. Los cambios de horarios de trabajo plantean problemas de orden material y psicológico, que se sitúan tanto en el plano de la vida privada y familiar, como al nivel de la relación social.

Alteraciones en la vida profesional: Los trabajadores que trabajan a turnos, suelen tener un fuerte sentimiento de pertenencia al equipo en el que trabajan, de forma que, a nivel de grupo, se sienten menos las tensiones habituales de una organización. No obstante, la mayoría estima que no pueden beneficiarse plenamente de las ventajas ofrecidas por la empresa, especialmente en lo que se refiere a los temas de formación, excursiones planeadas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Si tienes un solo día de horario nocturno: mantén adaptado al ritmo de vida diurno. Ese día, al salir del trabajo, no te vayas a dormir. Aguanta con actividades hasta la noche. Como mucho haz una siesta. Acuéstate temprano y mantendrás

mejor los biorritmos.

Si tienes siempre turno de noche. Mantén ese horario incluso en lo posible los días de fiesta.

Si tienes dos turnos de día, dos de tarde y dos de noche. Es la opción más complicada. Hay que intentar vivir con el horario diurno lo máximo posible. Como tienes dos noches seguidas, es obligado que te acuestes por la mañana al final de la primera o llegarás echo polvo al trabajo la otra noche. En ese caso, procura que no te dé el sol al salir, cierra bien las persianas o ponte antifaz. Aíslate para descansar bien

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 804

INFLUENCIA DE LA TURNICIDAD EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARIA CASTRO GARCÍA

RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA

JORGE MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

En primer lugar es importante distinguir dos conceptos distintos, trabajo a turnos y trabajo nocturno. El primero es la forma de organización del trabajo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente un mismo puesto de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, debiendo el trabajador prestar su servicios en horas diferentes durante un periodo determinado de días o semanas. El trabajo nocturno tiene lugar entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana considerándose trabajador nocturno al que invierte no menos de tres horas diarias o como mínimo un tercio de la jornada anual.
Como bien es sabido las actuales necesidades técnicas de algunas empresas hace preciso que se necesite cubrir puestos de trabajo las 24 horas del día, sobre todo en el sector sanitario en el que es necesario disponer de personal de continuo.

2 Objetivos

- Identificar los factores negativos de mayor prevalencia en la salud

- Identificar la relación existente entre turno de noche y la calidad del servicio prestado
- Analizar la relación entre el trabajo a turnos y la aparición del síndrome de "Burnout"

3 Metodología

Revisión bibliográfica de guías electrónicas sobre salud laboral y riesgos laborales y NTP (Notas Técnicas de Prevención sobre buenas prácticas) elaboradas por el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

4 Resultados

Los efectos del trabajo a turnos sobre la salud son derivados de la desadaptación que producen los cambios horarios y su incidencia en los ciclos circadianos. La desincronización biorritmica y sociorritmica afecta principalmente al aparato digestivo y al sistema nervioso, incidiendo este último en los efectos negativos que sufre el aparato digestivo. Al interrumpirse los ciclos circadianos digestivos los trabajadores suelen comer a disgusto y con poco apetito al no poder hacer las comidas principales con la familia, saltándose alguna comida, especialmente en el trabajo a turno (el desayuno después del turno de la noche).
Desde el punto de vista nutricional los alimentos suelen caracterizarse por tener un alto contenido calórico, ricos en grasas y es muy frecuente el consumo de café, tabaco, excitantes. Las alteraciones nutricionales más comunes que suelen darse en este tipo de trabajos son la gastritis, colitis, pirosis (ardor de estómago), digestiones pesadas, flatulencia, úlcera de estómago y aumento de peso. Pero el trabajo a turnos no solo produce alteraciones en la nutrición sino también alteraciones del sueño, de la fatiga, perturbaciones nerviosas y alteraciones de la vida social y profesional. Al no dormir durante el día no se dan todas las fases del sueño, por lo tanto el organismo no descansa lo suficiente y se acumula fatiga hasta llegar incluso a la "fatiga crónica" provocando efectos en el sistema nervioso (irritabilidad, dolor de cabeza), sobre el aparato digestivo (nauseas, gastritis) y sobre el aparato circulatorio.

A ello le tenemos que sumar que esta ausencia de sueño influye negativamente en la calidad del servicio prestado y en el trabajo desarrollado y aumenta el riesgo de sufrir accidentes. La vida privada y social también se va a ver alterada en el trabajo a turnos sobre todo en el turno de noche o de tarde, pues las activi-

dades de la vida cotidiana están pensadas para aquellas personas que trabajan en “horarios normales” y puedan disponer de las noches y fines de semana para compartir con la familia, amigos. Las alteraciones en la vida laboral contrastan de varias maneras, aunque los trabajadores sientan una fuerte pertenencia a la organización sienten que no pueden beneficiarse de determinadas actividades como como formación, excursiones, etc.

Son muchas las causas que provocan el denominado Síndrome de “Burnout”,”estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”;pero las relacionadas con la organización del trabajo y en concreto con los turnos laborales y el horario de trabajo son muy importantes.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos tiene consecuencias negativas que se ponen de manifiesto tanto a corto como a largo plazo. En muchos sectores caracterizados por la prestación de servicios esenciales a la comunidad no se puede ignorar la posibilidad de suprimir esta forma organizativa del trabajo. Por ello las recomendaciones se van a dividir en función del marco en que deberían ser desarrollas. En primer lugar un marco legal y en segundo lugar en el marco de la negociación colectiva.
Regulación legal:
- Establecer por ley coeficientes reductores para el trabajo a turnos a partir de la edad de jubilación.
- Limitar mediante una regulación legal la edad en que pueda efectuarse trabajo a turnos, ya q es una de las variables que inciden de manera negativa.

Recomendaciones en el marco de la negociación colectiva:
- Proporcionar programas de formación a los Delegados de Prevención basados en las consecuencias negativas del trabajo a turnos y en medidas tendentes a minimizarlas.
- Campañas de sensibilización y concienciación del personal médico y de los técnicos de mutuas y servicios de prevención.
- Proporcionar al trabajador con la suficiente antelación el calendario de la organización con los turnos para que así pueda organizar su tiempo de ocio con familiares y amigos.
- Elección de la modalidad del trabajo a turnos cuya elección minimice los efectos negativos de los turnos.
- Evitar el trabajo nocturno continuado y sin rotación y reducir la carga de trabajo.

- Limitar la edad para acceder al trabajo a turnos (ni menores de 25 ni mayores de 50, o estableciendo los mecanismos oportunos para que aquellas personas comprendidas en esos tramos de edad no tengan que trabajar a turnos si no lo desean).
- No permitir el trabajo a turnos a personas con trastornos estomacales, insomnio o problemas psicológicos. Además el turno de noche nunca debería de realizarse en solitario.
- Evitar los turnos dobles, asegurando el relevo (Recomendación 178 OIT, art. 6. / ET, art. 34. / Convenio 171 OIT, art. 4.).
- Establecer pausas amplias para la ingestión de comidas calientes No menos de 45 minutos (Recomendación 178 OIT, art. 7.) y facilitar la correcta nutrición de los trabajadores.
- Llevar a cabo una precisa vigilancia de la Salud de los trabajadores de manera que permita detectar de manera prematura los posibles trastornos que ellos les pueda generar así como adoptar las medidas necesarias para solventarlos.

6 Bibliografía

- istas.net/salud-laboral/peligros-y-riesgos-laborales/el-trabajo-turnos-y-nocturno. www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/ErgaFP/ErgaFPCasosPracticosActividadesDidacticas/np_efp_16.pdf www.medicina21.com/
- Real Decreto 1/1995, de 24 de marzo (Mº de Trabajo y unidad social, BOE, 29 de marzo de 1995).Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- Real Decreto 1561/1995, de 21 de septiembre (Mº de Trabajo y Seguridad Social , BOE, 26 de septiembre de 1995).Jornadas especiales de trabajo.
- Directiva 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993 relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo.

Capítulo 805

MOBBING EN EL ENTORNO SANITARIO

MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ

GEMMA GARCIA PEREZ

COVADONGA VEGA AGUIRRE

M.TERESA HERRERO COTERO

1 Introducción

Hoy día conocemos como acoso laboral o mobbing en el entorno sanitario, al acoso moral en el trabajo, es decir a una situación en la que un trabajador o grupo de trabajadores realiza una serie de acciones violentas psicológicas que por su repetición atenta contra la dignidad o la integridad física o psíquica de una persona.

Sentirse juzgado, menospreciado y aislado en el trabajo tiene un nombre: mobbing. Es un termino de raíces darwinianas que refiere a como un grupo de animales actúa en conjunto para atacar a un depredador, se uso para describir el aislamiento en el ámbito laboral por primera vez en la década de 1980.

Esta realidad cada vez es mas estudiada afecta a hombres y mujeres por igual y no discrimina por jerarquías: los acosadores pueden ser compañeros de trabajo pero también superiores o subordinados en cualquier tipo de empresa.

Dada que la aparición de este ataque puede ser en cualquier momento y se manifiesta de distintas formas según las circunstancias, es común que este fenómeno sea camuflado interpretado como algo normal dentro del ámbito laboral.

Los tipos de mobbing pueden clasificarse según su posición jerárquica de las personas involucradas o bien según el objetivo que tenga el hostigador.

Mobbing según la jerarquía. Si el acosador y la victima se encuentran en el mismo rango jerárquico, se denomina mobbing horizontal. Si el acosador esta a un nivel superior o inferior a la victima, viceversa, se conoce como mobbing vertical que, a su vez, puede ser ascendente o descendente. El último caso también se conoce como bossing.
1. Estratégico. Tipo de acoso descendente o institucional, se caracteriza porque el mobbing forma parte de la estrategia de la empresa, con el objetivo de que el acosado rescinda su contrato de manera voluntaria y de esa forma, evitar pagar la indemnización correspondiente.
2. De dirección o gestión. Llevado a cabo por la dirección de organizaciones, ya sea para maximizar la productividad de la empresa a través del miedo con constantes amenazas de despido o para prescindir un trabajador poco sumiso.
3. Perverso. Este tipo de mobbing suele ser el más perjudicial, dado que al llevarse a cabo sin testigos, no puede solucionarse con la implementación de otras dinámicas de trabajo mientras el acosador permanezca en la organización o sea reducado.
4.Disciplinario. Usado para difundir miedo en las victimas, este tipo de acoso laboral se utiliza para hacer entender al individuo que debe ajustarse al molde.
5. Mobbing institucional, forma parte de la estrategia empresarial para que el acosado rescinda el contrato voluntariamente. Hoy día conocemos como acoso laboral o mobbing en el entorno sanitario, al acoso moral en el trabajo, es decir a una situación en la que un trabajador o grupo de trabajadores realiza una serie de acciones violentas psicológicas que por su repetición atenta contra la dignidad o la integridad física o psíquica de una persona.

Sentirse juzgado, menospreciado y aislado en el trabajo tiene un nombre: mobbing. Es un termino de raíces darwinianas que refiere a como un grupo de animales actúa en conjunto para atacar a un depredador, se uso para describir el aislamiento en el ámbito laboral por primera vez en la década de 1980. Esta realidad cada vez es mas estudiada afecta a hombres y mujeres por igual y no discrimina por jerarquías: los acosadores pueden ser compañeros de trabajo pero también superiores o subordinados en cualquier tipo de empresa.

Dada que la aparición de este ataque puede ser en cualquier momento y se manifiesta de distintas formas según las circunstancias, es común que este fenómeno sea camuflado interpretado como algo normal dentro del ámbito laboral.

Los tipos de mobbing pueden clasificarse según su posición jerárquica de las personas involucradas o bien según el objetivo que tenga el hostigador.

Mobbing según la jerarquía.
Si el acosador y la victima se encuentran en el mismo rango jerárquico, se denomina mobbing horizontal. Si el acosador esta a un nivel superior o inferior a la victima, viceversa, se conoce como mobbing vertical que, a su vez, puede ser ascendente o descendente. El último caso también se conoce como bossing.
1. Estratégico. Tipo de acoso descendente o institucional, se caracteriza porque el mobbing forma parte de la estrategia de la empresa, con el objetivo de que el acosado rescinda su contrato de manera voluntaria y de esa forma, evitar pagar la indemnización correspondiente.
2. De dirección o gestión. Llevado a cabo por la dirección de organizaciones, ya sea para maximizar la productividad de la empresa a través del miedo con constantes amenazas de despido o para prescindir un trabajador poco sumiso.
3. Perverso. Este tipo de mobbing suele ser el más perjudicial, dado que al llevarse a cabo sin testigos, no puede solucionarse con la implementación de otras dinámicas de trabajo mientras el acosador permanezca en la organización o sea reducado.
4.Disciplinario. Usado para difundir miedo en las victimas, este tipo de acoso laboral se utiliza para hacer entender al individuo que debe ajustarse al molde.
5. Mobbing institucional, forma parte de la estrategia empresarial para que el acosado rescinda el contrato voluntariamente.

2 Objetivos

- Realizar un análisis de la situación e identificar los tipos de acoso laboral que puede darse en el entorno sanitario.
- Afrontar el problema y no aislarse socialmente
- Ser positivo e involucrarse en actividades significativas, hobbies para contrarrestar el problema.
- No permitir que nos desprestigie con tareas absurdas o inferiores a nuestra competencia profesional o en quehaceres que excedan de nuestros conocimientos

3 Metodología

Aquellos que son victimas de mobbing deben documentar todas las agresiones en un diario con todos los incidentes que experimentan desde los signos mas tempranos de que algo no anda bien incluso si es una corazonada, escribe un diario con todos los incidentes que experimentes. Cuanta mas evidencia tengas mejor podrás llevar a cabo acciones legales.

- Date espacio y tiempo para resolver las cosas. Consulta al médico para pedir una baja por estrés y poder recuperarte.
- Al mismo tiempo es muy importante conseguir un buen equipo de recuperación: para disminuir el poder del acosador debemos comunicándolo a compañeros, superiores y familiares.
- También es adecuado buscar ayuda profesional, un psicólogo o psiquiatra para afrontar la situación. Busca apoyo en tu familia y amigos.
- Haz de tu bienestar tu prioridad. Cuídate, dedícate tiempo y aprende relajarte. La meditación Mindfulness te reducirá el estrés y ejercicio físico contribuirá a tu bienestar.
- Debes involucrarte en actividades significativas para ti y establece nuevos objetivos, apúntate a actividades divertidas y da rienda suelta a tus hobbies.

4 Resultados

El mobbing tiene consecuencias para la victima que si se extienden en el tiempo y el problema no es tratado pueden llegar a ser muy severas. Según un estudio estas consecuencias pueden llegar a ser más graves que el acoso sexual, lo que provoca:

- Bajo rendimiento en el trabajo y en su vida personal.
- Absentismo laboral y perdidas de horas de trabajo.
- Descenso de la calidad de la asistencia.
- Deterioro del ambiente laboral.
- Deterioro de la relación entre profesionales y usuarios.
- Conflictos laborales.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral es una realidad cada vez mas estudiada y reconocida, aunque todavía hoy puede ser difícilmente identificado ya que no siempre presenta las

mismas características.

La variedad de tipos de mobbing permite que muchas veces quede camuflado o hasta incluso pueda ser interpretado como algo que entra dentro de la normalidad.En muchas ocasiones se trata de confundir a la victima para que crea que ella es la culpable pudiéndose llegar a cuestionar la cordura de quien lo padece.

El mobbing en el entorno sanitario puede ser muy nocivo para los trabajadores por tanto es importante que si percibimos cualquier tipo de hostigamiento hagamos todo los posible por evitarlo lo antes posible, buscando ayuda tanto familiar como profesional para evitar daños mayores para la salud. El principal síntoma es la ansiedad que si evoluciona en el tiempo puede llevar a sentimientos de fracaso, apatía, baja autoestima. De ser una acción prolongada en el tiempo, la victima puede tener depresión y llevar la ansiedad a otros aspectos de la vida llegando a paralizarla por completo.

Por tanto es importante hacer un análisis de la situación ante la sospecha de estar sufriendo mobbing en el entorno hospitalario, analizando el problema cuidadosamente, manteniendo la calma y describiendo las situaciones lo mas neutral posible. Para ello es importante recopilar pruebas desde que se tiene conocimiento del caso del acoso laboral y se recomienda ponerlo en conocimiento de Inspección de Trabajo para que tras un procedimiento de investigación levante acta y haga un informe valorativo del caso.

6 Bibliografía

- Andrea García Cerdán. Psicóloga General Sanitaria y sexóloga.
- Santana vega, D.M. (2013). El nuevo delito de acoso laboral.
- Zarco Martin, V. (2011). El acoso laboral: una reelectura desde la Psicología Social.
- Lanata Fuenzalida, R. (2018). El acoso laboral y la obligación de seguridad en el trabajo.
- Mobbing : manual de autoayuda, de Iñaki Piñuel y Zabala. Ed Aguilar. Madrid.
- Nora Rodríguez. Editorial planeta 2002
- Beatriz Pereira. Prisma in terrae.

Capítulo 806

RIESGOS LABORALES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

BARBARA GARCIA GION

1 Introducción

Dentro del sector sanitario, los trabajadores que desempeñan su actividad laboral en el ámbito administrativo y, en especial, en oficinas, es de vital relevancia analizar todos y cada uno de los riesgos a los que los mismos se enfrentan, y ello en la medida en que solamente en el caso de que se lleve a cabo esta identificación de las tareas desempeñadas y de los riesgos específicos asociadas a cada una de ellas, será posible que, en primer término, se elaboren los correspondientes textos de "Evaluación de Riesgos" y que, en segundo lugar, se implementes los correspondientes "Planes de Prevención" a través de los cuáles se vayan ejecutando todas y cada una de las medidas de seguridad a adoptar por los trabajadores afectados.

Asimismo, es necesario señalar que, como no podría ser de otra manera, todas estas tareas de prevención de riesgos laborales deben ser establecidas a partir del análisis y estudio de la concreta actividad que el trabajador administrativo desempeña, con adaptación también al concreto ámbito sanitario en el que nos encontramos.

2 Objetivos

- Tomar en consideración cuáles son las principales tareas que se desarrollan en el ámbito sanitario el personal administrativo, pues solo a partir de este análisis es posible que a posteriori se lleve a cabo, en primer lugar, cualquier tipo de evaluación de los riesgos asociados a las mismas y de que, en segundo lugar y en función de cuáles sean estas tareas y riesgos evaluados, desarrollar adecuadamente los distintos planes preventivos y la implementación de las adecuadas medidas de seguridad.
- Analizar cómo se debe de llevar a cabo la evaluación de los riesgos y de establecer las normas y principios de los planes de prevención, hay que partir de cuáles son las principales medidas de actuación a través de las cuales se van a articular tales actividades, y ello por cuanto que antes de poder analizar todos y cada uno de los principales riesgos laborales a los que se enfrenta el trabajador administrativo del ámbito sanitario, resulta preciso tener en cuenta también cuáles son estas medidas de actuación que, como luego se verá, se resumen en el previo diseño de las instalaciones, en los aspectos internos del propio puesto de trabajo del administrativo sanitario, de la propia prevención de la actividad.
- Formar e informar en materia de prevención de riesgos laborales que es necesario impartir a dicho trabajador.

3 Metodología

Se lleva a cabo una intensa búsqueda en relación con las previsiones existentes en cuanto a la prevención de riesgos laborales referidas a los puestos de trabajo administrativos o de oficina, así como del propio ámbito sanitario y de la salud. En la medida en que se puede tener acceso a ella, por ser usuario registrado, esencialmente se hace uso de la base de datos de LALEYDIGITAL, en la cual se dispone de una completa muestra de la distinta normativa y doctrina existente para esta cuestión. Se lleva a cabo un pormenorizado análisis de la Legislación existente en materia de prevención de riesgos laborales, tanto de la normativa con rango legal, como a la profusa reglamentación que la desarrolla.

También se hace uso de la muy extensa Bibliografía existente en la materia, puesto que, siendo una materia de rabiosa actualidad, la doctrina académica a la que se tiene acceso es muy profusa, haciéndose uso de los numerosos Libros, Comentarios Doctrinales y, sobre todo, de los Manuales y Guías Prácticas existentes en las extensas Bases de Datos de LALEYDIGITAL, en la medida en que

nos proporcionan cuáles son las principales tareas y los riesgos a los que se tiene que enfrentar el trabajador administrativo y de oficina en el ámbito de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Finalmente, asimismo se hace uso en esta base de datos de los correspondientes apartados de Revistas de LALEYDIGITAL, en las que se encuentran numerosos artículos específicamente dedicados a esta materia.

4 Resultados

Tal y como ya se ha expuesto con anterioridad, el resultado del análisis de cuáles son los principales riesgos a los que se enfrenta el personal administrativo o de oficina del sector sanitario debe comenzar por establecer cuáles son las principales Medidas de Actuación relacionadas con las actividades de la evaluación de los riesgos, y de establecer las normas y principios de los planes de prevención, pudiéndose verificar que las esenciales medidas de actuación halladas son:
En primer lugar, aquella que se encargue de que el diseño de las instalaciones sea el adecuado para el trabajador y de que se adapte a la legislación vigente, teniendo en cuenta todo lo que está relacionado con las dependencias físicas del centro sanitario en el que se encuentre, de forma tal que será necesario tomar en consideración los espacios físicos externos, examinando cuidadosamente el tipo de local, la climatización, el sistema de emergencias que tiene, la iluminación y el acondicionamiento acústico, siendo preciso también que se tenga en cuenta el estudio pormenorizado de los requisitos establecidos en materia de Seguridad e Higiene y de que éstos sean cumplidos rigurosamente.

En segundo lugar, la medida de actuación que se encargue de analizar los aspectos internos de los diferentes puestos de trabajo, teniéndose en cuenta para ello los equipos informáticos, el mobiliario e incluso los programas informáticos que se vayan a utilizar por el trabajador, mientras que, en cuanto al mobiliario, principalmente sillas y mesas, deberán ser tenidos en cuenta los criterios establecidos en materia de calidad ergonómica para prevenir uno de los problemas de salud más frecuentes en este sector del administrativo, esto es, de los derivados de posturas deficientes e incorrectas.

En tercer lugar, como medida de actuación también nos encontramos con la propiamente dicha de prevención, a igual que sucede con las consecuencias negativas para la salud derivadas de la no aplicación de medidas de prevención adecuadas aplicadas a los sistemas informáticos utilizados, siendo las principales consecuencias las molestias y las alteraciones de naturaleza visual, a la vez que

tampoco pueden ser obviadas aquellas alteraciones de la salud de tipo psicosocial, como son situaciones que provocan estrés, falta de motivación, etc., que también deberán ser tenidas en cuenta en una adecuada gestión de prevención de riesgos laborales.

En cuarto y último lugar, destaca como medida de actuación la de Formación e Información al trabajador administrativo, puesto que, además de tomar las medidas adecuadas en materia de prevención, resulta esencial una adecuada labor informativa y formativa a todos los trabajadores que integran el centro sanitario, y ello por cuanto que de este modo se podrá garantizar su seguridad y su salud, siendo imprescindible para ello que previamente el trabajador administrativo conozca y aprenda la adecuada aplicación de los planes preventivos en riesgos laborales.

- Centrándonos ya en cuáles son dentro del ámbito laboral del sector sanitario los principales tipos de riesgos para el trabajador administrativo de oficina, nos encontramos con los siguientes:
1. Riesgos relacionados con Aspectos Psicosociales.
Finalmente, en relación a los aspectos psicosociales, existen una serie de recomendaciones importantes, puesto que es necesario tener en cuenta que se corresponde con un área fundamental en la prevención de riesgos laborales en las oficinas de los centros sanitarios, siendo además este riesgo una de las principales causas de absentismo laboral y de bajas laborales de larga duración, dándose ademas la circunstancia de que, a pesar de todo lo anterior, desde las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas, este concreto riesgo no suele ser tomado en consideración ni valorado suficientemente.

Dentro de esta evaluación y prevención este riesgo Psicosocial hay que prestarle una atención especial, y cuidar que se cumplan, a las medidas de prevención para evitar toda una serie de importantes consecuencias muy perjudiciales, no solo para el empleado de oficina del ámbito de la salud, sino también para la propia parte empleadora sanitaria, tanto de la administración pública, como del sector sanitario privado.

Entre tales daños para empleado y empleador, destaca especialmente la subcarga o sobrecarga mental de los trabajadores, el estrés laboral, la insatisfacción de los administrativos, la falta de motivación del personal, el déficit de atención, la depresión, así como el aislamiento social y laboral, las situaciones de Mobbing, el propio agotamiento físico y mental, la ansiedad, la definitiva incapacitación para el desarrollo de tareas administrativas, los errores en el desempeño de la tarea laboral debido a la fatiga, el retraso en la ejecución de las distintas tareas

asignadas, las faltas y retrasos en la asistencia al trabajo, el abandono del puesto de trabajo, las migrañas y las cefaleas, las enfermedades cardíacas y del sistema nervioso, así como la presencia en el administrativo de trastornos musculares y digestivos.

2. Riesgos relacionados con las Condiciones Ambientales.
Evidentemente, relacionados con cuáles son estas condiciones ambientales del puesto de trabajo del administrativo que desarrolla su actividad laboral en un centro sanitario, también se constata la existencia de toda una serie de riesgos que han de ser previstos, siendo necesario tener en cuenta los riesgos laborales en oficinas relacionados con la implementación de condiciones óptimas ambientales, y debiéndose ajustar los planes de prevención a los valores establecidos por ley para asegurar las condiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- La humedad del aire
Los riesgos asociados a una incorrecta humedad del aire son aquellos relacionados con la sequedad de ojos y membranas mucosas, crecimiento de moho y condensación en superficies que sean más frías, debiéndose prestar una especial atención a esta en relación con aquellas oficinas que tengan riesgo de electricidad estática, ya que, en estos casos, el riesgo es más relevante.
- La temperatura del aire
Pues los riesgos asociados a esta circunstancia son extremadamente importantes ya que van a determinar que se den unas condiciones climáticas adecuadas que garanticen el bienestar de los trabajadores y de este modo la correcta ejecución de tareas, siendo obvio que demasiado frío o calor provoca que el empleado no pueda desempeñar su trabajo en buenas condiciones y puede causar resfriados, bajadas de tensión, etc…
- El ruido
Un riesgo fundamental en el cual es necesario adoptar medidas correctas de prevención es sin duda este del ruido, pues los riesgos asociados conllevan la imposibilidad del correcto desarrollo de tareas, la imposibilidad de tener una buena comunicación y las grandes dificultades para lograr la concentración necesaria.
- Las vibraciones
Se corresponde con un factor de riesgo que está considerado como contaminante físico y que puede llegar a provocar serias alteraciones en la salud, puesto que afecta negativamente al bienestar y la seguridad de los empleados, pudiendo llegar a provocarse lesiones a nivel físico, alteraciones en el sistema nervioso central e incluso trastornos vasculares.
- La iluminación

Se corresponde también con un factor que es necesario controlar de manera especialmente cuidadosa debido a que una iluminación incorrecta implica una serie de riesgos serios para la salud y la seguridad, como son, por ejemplo, la fatiga visual, los problemas de visión (en especial, en zonas del ojo como la retina y los músculos ciliares), los accidentes derivados de la dificultad de visión asociada a los problemas de circulación en los lugares de trabajo, el deslumbramiento, el calor excesivo y los efectos psicológicos no deseados.

3. Riesgos relacionados con la Carga Postural

- La silla de Trabajo

Pues es el lugar donde el trabajador va a pasar la mayor parte de su jornada laboral, siendo por ello fundamental que la misma sea adecuada para evitar posturas que resulten perjudiciales para la salud, y siendo también importante recordar que dicha postura afecta directamente a la movilidad en piernas y espalda al igual que a la situación que adopta el tronco.

- La mesa de trabajo

Es una cuestión fundamental para prevenir molestias físicas, especialmente en zonas como hombros y cuello, es disponer de una mesa de trabajo adecuada, de manera que se deberán tener en cuenta todos los componentes que la integran, al igual que los complementos para que la prevención sea integral, siendo los riesgos asociados a los elementos que la componen, en concreto, el tablero, que deberá tener las dimensiones correctas para que los elementos de trabajo puedan ser distribuidos de forma correcta, de manera que eviten posturas incorrectas como pueden ser giros de cabeza y torsiones de tronco, debiéndose cumplir también determinadas medidas de seguridad para evitar accidentes, así como usar determinados complementos destinados a mejorar tanto la ergonomía como la funcionalidad.

- La situación del equipo informático

Se trata de un factor básico a la hora de prevenir malas posturas es la situación en la que se encuentra el equipo informático, ubicación y disposición que deberá ser cuidadosamente estudiada para evitar giros de cabeza, esfuerzos en espalda, cuello y hombros, torsiones de tronco, problemas de visión y en antebrazos y muñecas, teniéndose también en cuenta todos los elementos integrantes del mismo, tales como la pantalla, el teclado, el ratón y los propios programas informáticos que se utilizaran por el trabajador.

- El entorno de trabajo

En este caso, la prevención se centra en evitar aquel posturas que resulten forzadas o estáticas, teniéndose en cuenta que este tipo de trabajos implican estar sentados durante muchas horas y, por tanto, resulta imprescindible crear

un entorno en el que se puedan adoptar posturas correctas, así como permitir los cambios y los movimientos, debiéndose tenerse en cuenta para ello los siguientes factores: el espacio destinado a las piernas, la altura del puesto de trabajo y las zonas de alcance del área de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

A la vista de los resultados obtenidos, es necesario concluir que dentro del sector sanitario los trabajadores que desempeñan su actividad laboral en el ámbito administrativo se ven expuestos a toda una serie de riesgos que es necesario identificar con el fin de poder elaborar las correspondientes Evaluaciones de Riesgos y de implementar los correspondientes Planes de Prevención a través de los cuáles se vayan implementando todas y cada una de las medidas de seguridad a adoptar por los trabajadores afectados.

Tal y como ya se ha expuesto con anterioridad, el resultado del análisis de cuáles son los principales riesgos a los que se enfrenta el personal administrativo o de oficina del sector sanitario debe comenzar por establecer cuáles son las principales Medidas de Actuación previas relacionadas con las actividades de la evaluación de los riesgos, y de establecer las normas y principios de los planes de prevención, pudiéndose verificar que las esenciales medidas de actuación halladas son el que el diseño de las instalaciones sea el adecuado para el trabajador y de que se adapte a la legislación vigente, la de que se analicen los aspectos internos de los diferentes puestos de trabajo, la de propiamente preventivas, así como la de Formación e Información al trabajador administrativo.

Por su parte, también se ha podido verificar que, dentro del ámbito laboral del sector sanitario, los principales tipos de riesgos para el trabajador administrativo de oficina van a poder clasificarse en tres grupos distintos:
Los riesgos relacionados con la Carga Postural (entre los que se encuentran el entorno de trabajo, la mesa de trabajo, la silla de Trabajo y la situación del equipo informático), los Riesgos relacionados con las Condiciones Ambientales (entre los que destacan la temperatura del aire, el ruido, la humedad del aire, las vibraciones, y la iluminación) y los Riesgos relacionados con Aspectos Psicosociales.

Finalmente, también es necesario concluir que, sin duda, la prevención es clave para evitar los riesgos laborales del trabajador administrativo del sector sanitario, tanto público como privado, de forma tal que resulta imprescindible cuidar y motivar al trabajador de oficina para conseguir que, por un lado, se aumente en gran

medida la productividad de este y que, por otro lado, se evite a su vez en gran medida las enfermedades, en especial y sobre todo aquellas que se encuentran directamente relacionadas con las condiciones laborales que no son beneficiosas. Por todo ello, resulta esencial que desde las administraciones públicas sanitarias y desde los centros directivos de las instituciones sanitarias privadas se implementen técnicas de prevención de riesgos laborales en oficina que se ocupe del diseño de los puestos de trabajo de todos los empleados teniendo en cuenta el tipo de trabajo desarrollado, las tareas desempeñadas, las condiciones físicas y psicológicas del trabajador y lo establecido por las distintas leyes y reales decretos que regulan este sector tan relevante.

6 Bibliografía

- Purcalla Bonilla, Miguel Ángel. Tratamiento jurídico del mobbing y de otros riesgos psicosociales. Diario La Ley, N.º 6087, Año XXV, 16 de Septiembre de 2004, Ref. D-183, Editorial LA LEY.
- Tratado de Salud Laboral. Tomo I: Aspectos jurídicos de la prevención de riesgos laborales (1971 págs.). Tomo II: Aspectos técnico-sanitarios y lugares, sectores y colectivos singulares (1618 págs.). Actualidad Laboral, N.º 1, Enero 2013, tomo 1, Editorial WOLTERS KLUWER.
- Gutiérrez-Solar Calvo, Beatriz;Pérez de los Cobos Orihuel, Francisco;Thibault Aranda, Javier
"Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Comentada y con jurisprudencia", edición n.º 1, Editorial LA LEY, Madrid, Septiembre 2008.
- Mercader Uguina, Jesús Rafael;Tolosa Tribiño, César. Las «especialidades» de la responsabilidad de las Administraciones públicas en materia de prevención de riesgos laborales: ¿del buen uso de la lentitud?. Relaciones Laborales, N.º 21, Año XVIII, Quincena del 8 al 23 Nov. 2002, pág.. 1087, tomo 2, Editorial LA LEY.
- González Ruiz, Agustín. Manual para la prevención de riesgos laborales en las oficinas. 2ª Edición.Fundación Confemetal. 2010.
- Seguridad y Salud en el trabajo de Oficinas. Universitas Miguel Hernández. Nov 2015.

Capítulo 807

POBLACIÓN VINCULADA EN LAS ÁREAS SANITARIAS DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

LAURA VEDE ARBAS

RAQUEL VEDE ARBAS

1 Introducción

Las Comunidades Autónomas asumen las competencias en sanidad a partir de la Ley 27, de diciembre de 2001. Estas se estructuran en áreas de salud, que se delimitan por diferentes factores: "geográficos, socioeconómicos, demográficos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan."

En este estudio nos centraremos en el aspecto demográfico partiendo de la idea en la que, en la sociedad, la población sufre flujos continuos por diferentes razones, y entendiendo que el dato de población censal no es suficiente para hacernos a la idea de los usuarios de cada una de las áreas.

Normalmente, el término de población, basada meramente en la población censal, es un parámetro utilizado para planificar y gestionar los recursos, estando utilizado como un indicador de forma generalizada: como en el número de centros

por ciudadano, o número de unidades móviles por ciudadano, etc. En definitiva, es un dato al que se hace referencia de forma continua por su importancia.

Intentando hacer un reflejo de la realidad aún más profundo entendemos que el uso del término población vinculada es de importancia en las áreas sanitarias. Todos conocemos la figura de desplazados, por lo que este tipo de población vinculada ya está inmersa en forma numérica en el sistema sanitario. Adoptan rutinas de residentes, acudiendo a los centros de salud y Hospitales en los que están vinculados de una forma temporal.

A lo largo del texto nos adentraremos en el concepto de población vinculada y realizaremos un conteo de su repercusión en cada una de las áreas sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El mapa sanitario de Asturias está formado por las ocho áreas sanitarias:
1. Área I: Jarrio.
2. Área II: Cangas del Narcea.
3. Área III: Avilés.
4. Área IV: Oviedo.
5. Área V: Gijón.
6. Área VI: Arriondas.
7. Área VII: Mieres.
8. Área VIII: Langreo.

Obtenemos y registramos los datos censales los municipios que conforman cada una de las áreas sanitarias en el año 2018.

Debido a que no disponemos del dato de la población vinculada para este mismo año recogemos los últimos datos de los que disponemos , que es el año 2011 y anotamos la tasa de población vinculada en cada uno de los municipios de más de 10000 habitantes (para el resto de municipios no disponemos de datos recogidos).

Utilizamos la tasa de población vinculada extraída de los estudios del INE para el año 2011 con el fin de realizar una extrapolación en los datos censales del año 2018, si bien entendemos que puede haber variaciones por los cambios en los flujos poblacionales, sí nos parece interesante obtener esta radiografía con los datos más actuales posibles, es decir, con los datos censales de 2018.

El cálculo de población vinculada realizada por el INE supone un coste importante debido que para ser detallada es necesario hacer un conteo intensivo en cada uno de los municipios en los que se desea obtener datos, sin embargo estos

datos son de especial relevancia, y el Ministerio de Política Territorial y Función Pública en uno de sus estudios nos indica que es difícil tener un conocimiento exacto de los flujos poblacionales, referidos a la población vinculada, sobre todo en cuanto al número por " la propia fugacidad, simultaneidad y arbitrariedad del fenómeno". Además nos indica que la propia peculiaridad del fenómeno puede convertir al mismo ciudadano en habitante de distintas localidades a la vez.

El instituto Nacional de Estadística define población vinculada como un "conjunto de personas que tienen algún tipo de vinculación con él, ya sea porque residen allí, porque trabaja o estudian allí o porque suelen pasar en él ciertos periodos de tiempo (vacaciones, fines de semana…) durante el año."

Podemos distinguir entre población vinculada o residente o no residente. Además, en el estudio del INE ha distinguido los motivos de vinculación como: laborales, estudios, o simplemente personas que pasan más de 14 noches al año en un lugar (por diferentes motivos).

2 Objetivos

- Dar a conocer el concepto de población vinculada y su importancia en las áreas sanitarias que forman el SESPA.
- Obtener los datos relativos a la población censal y vinculada en cada área sanitaria, ofreciendo datos más completos de los usuarios en cada una de ellas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para este estudio hemos aplicado la tasa de población flotante obtenida a través del estudio del año 2011 del INE a cada uno de los concejos que conforman las diferentes áreas sanitarias del Sespa.

Obtenemos de esta forma tal y como se puede ver, en las tablas que se recogen al final, la población total en cada una de las áreas sanitarias desglosada por municipios.

Aplicando la tasa de población flotante/ vinculada para cada una de las áreas, podemos ver, que la población efectiva o potencialmente atendida para los servicios de salud es muy variable respecto al padrón municipal.

Metodológicamente, hemos utilizado únicamente dos fórmulas de sencilla aplicación:
Población total= Población censal 2018 + Población vinculada (estimada)
Población vinculada = Población censa 2018 l*Tasa de vinculación (2011).

En resumen vemos los siguientes resultados para cada una de las Áreas sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias:
1. Área I: Jarrio
La Población Censal es de 44.833 personas, mientras que la Población Total resultante aplicando la tasa de vinculación sería de 46.664 Personas. Encontramos únicamente una población mayor de 10.000 censados, en el municipio de Valdés, con una alta tasa de vinculación: 143,84, que supone el 14.384% de la población.

2. Área II: Cangas del Narcea.
La población censal es de 26.069 personas, mientras que la Población Total resultante aplicando la tasa de vinculación sería de 28.992 Personas. Encontramos dos poblaciones en las que encontramos recogida la tasa de vinculación en el año 2011 por superar los 10000 censados. Cangas del Narcea y Tineo, con unas tasas de vinculación de 132,96 y 131,10, suponiendo el 13.29% y 13.11% de sus poblaciones respectivas.

3. Área III: Avilés.
La población censal es de 146.420 personas, la Población Total resultante aplicando la tasa de vinculación sería de 163.472. Encontramos cuatro municipios con población censal superior a 10.000 habitantes: Avilés, con una tasa de 132,93, que supone el 13.293% de la población, Castrillón, con una tasa de población vinculada de 125,30, que supone el 12.53% de la población. Corvera de Asturias, con una tasa de vinculación de 122,13, que supone el 12.21% de la población. Y Gozón con una tasa de vinculación de 165,22, la cual supone el 16.525% de la población.

4. Área IV: Oviedo.
La población censal es de 326.033 personas, la Población Total resultante apli-

cando la tasa de vinculación sería de 366.091 Personas. Aplicamos la tasa de vinculación a los cuatro municipios con población censal superior a 10.000 habitantes: Grado, con una tasa de vinculación de 122,89, que supone el 12.28% de su población. Llanera, con una tasa de población vinculada de 169,01 y que supone el 16.9€ de su población. Oviedo, con una tasa de vinculación de 135,60, suponiendo el 13.56% de su población. Y Siero cuya tasa de población vinculada es de 129,77 y supone el 12.97% de su población.

5. Área V: Gijón.
La población censal es de 296.717personas, la Población Total resultante aplicando la tasa de vinculación sería de 333.590 Personas. Aplicamos la tasa vinculación en sus tres municipios, siendo los siguientes: Carreño, con una tasa de vinculación de 156,28, que supone el 15.62 % de su población. Gijón, con una tasa de vinculación de 121,68, que supone el 12.16% de su población. Y Villaviciosa, con una tasa de vinculación de 150,01, que supone el 15% de su población.

6. Área VI: Arriondas.
La población censal es de 48.983 personas, la Población Total resultante aplicando la tasa de vinculación sería de 52.772 Personas. Sólo encontramos un municipio con una población censal mayor de 10.000 habitantes, que es Llanes. Su tasa de vinculación es la más alta de Asturias, 277,84, y supone un 27.78% de su población, pasando de unos 13.000 habitantes a unos 17.000.

7. Área VII: Mieres:
La población censal es de 60.322 personas, la Población Total resultante aplicando la tasa de vinculación sería de 67.759 Personas. Aplicamos la tasa vinculación en sus tres municipios, siendo los siguientes: Aller, con una tasa de vinculación de 126,41, que supone el 12.41% de su población. Lena con una tasa de vinculación de 121,85, que supone el 12.18% de su población. Y Mieres, con una tasa de vinculación de 122,87, que supone el 12.22% de su población.

8. Área VIII: Langreo.
La población censal es de 71.725 personas, la Población Total resultante aplicando la tasa de vinculación sería de 79.979 Personas. Langreo, con una tasa de vinculación de 120,79, que supone el 12.07% de su población. Laviana, con una tasa de vinculación de 114,72, que supone el 11.47% de su población. San Martín del Rey Aurelio, con una tasa de vinculación de 118,21, que supone el 11.82% de su población.

5 Discusión-Conclusión

Las dinámicas poblacionales son cada vez más complejas, con nuevos hábitos de vida y mayor movilidad. Pretendemos dar una visión en la que los datos utilizados habitualmente como medidores estáticos se quedan cortos antes nuevos fenómenos. La temporalidad del trabajo y movilidad son nuevos factores que se unen a la población de cada localidad, además del turismo, o los diferentes visitantes, que aumentan progresivamente.

Entendemos que a un sistema sanitario de calidad, que cada vez se orienta más al usuario, le es necesario comprender la realidad de cada una de las áreas de forma más profunda, con el fin de planificar mejor sus recursos ante potenciales usuarios que puedan necesitar de los servicios que éstas prestan.

El concepto población vinculada (aunque desconocemos el índice de frecuentación que lleva asociado este flujo de población), se queda lejos de este propósito, pero aporta un nuevo dato que puede ser de utilidad para este fin. En definitiva, conocer mejor y aplicar diferentes visiones nos hacen ver que son más números, no solo los del padrón municipal, los que nos pueden aportar información precisa, fiable y realista, adaptada a cada una de los municipios.

6 Bibliografía

- Metodología para el cálculo de la población vinculada. INE. Instituto Nacional de Estadística.
- Atlas Nacional de España del siglo XXI. Sección VI. Servicios y Equipamientos Sociales. Instituto geográfico Nacional 2008.
- Diagnóstico estrategia nacional frente al reto demográfico. Eje Efectos Población Flotante Ministerio de política territorial y función Pública. Comisionado del Gobierno frente al reto demográfico.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018 (Publicado el 18 de diciembre de 2019) www.mapasanitario.org
– © Fundació Josep Laporte.
- Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) Año 2011.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud.

- Poblaciones Sanas Personas Sanas. Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030.
- Síntesis Anual del Mercado de Trabajo 2018.Gobierno de España. Ministerio de empleo y Seguridad Social.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 808

EL PINCHE O AYUDANTE DE SERVICIOS EN LA COCINA Y LOS ALIMENTOS DE ALTO RIESGO

ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ

ANTONIO CÁNDANO JIMÉNEZ

SERGIO MARTÍNEZ CUESTA

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

1 Introducción

Los pinches o auxiliares destinados en las cocinas hospitalarias ayudan a los cocineros en la confección de los platos integrados en las diversas dietas. Dentro de su trabajo, hay una serie de alimentos que , por su naturaleza, son considerados de alto riesgo , ya sea por las dificultades en su conservación o por la rapidez con la que proliferan en ellas las bacterias.

Debemos conocer no solo estos alimentos, sino aquellos protocolos destinados a evitar los peligros de los mismos en la cocina a fin de salvaguardar la salud de los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer los distintos agentes patógenos que pueden desencadenar enfermedades.

- Evitar la proliferación de los agentes patógenos en las cocinas hospitalarias.
- Analizar cómo incide la responsabilidad individual como pinche/auxiliar de servicios en su presencia y peligrosidad.

3 Metodología

Examinamos primero varios temarios de oposiciones de la categoría de pinche/auxiliar sanitario, así como varias páginas web sobre el tema, haciendo hincapié en aquellos documentos que relacionaban a los profesionales de cocina y su vinculación con la prevención de las distintas patologías.

4 Resultados

Algunos alimentos tienen, por sus características, la cualidad de transformarse en un caldo de cultivo para bacterias y otros agentes patógenos. Esto puede suceder por una mala manipulación, por un mal proceso de cocinado o por una refrigeración inadecuada.

Los alimentos crudos, aquellos que no han tenido ningún tipo de tratamiento térmico que pueda haber destruido o ralentizado la multiplicación de bacterias, son de especial riesgo, así como aquellos cuyo contenido de agua y proteínas que sirven de lienzo para la proliferación de patógenos. El modo adecuado de conservar estos alimentos es refrigerándolos. Podemos considerar de alto riesgo a :
- Leche y muchos derivados de esta.
- Carnes cocinadas, que han tenido un proceso térmico previo pero que si no son convenientemente refrigeradas tienen un rápido desarrollo de bacterias.
- Salsas, caldos.
- Pescados y mariscos.
- Tortillas y cualquier derivado de huevos.
- Arroz cocido.

La explicación de que algunos de estos alimentos, cuando se encuentran crudos, no sean el medio multiplicador de bacterias que potencialmente pueden ser después, es porque muchos alimentos crudos tienen una carga microbiana desde el inicio que actúa como un muro, impidiendo que otras bacterias proliferen. Sin la refrigeración correcta, muchos de estos alimentos son un lugar agradable para los agentes patógenos, que además, los invaden de forma muy rápida .

Es labor del pinche, no solo del cocinero, el velar por la correcta refrigeración de todos aquellos comestibles, evitando que pasen demasiado tiempo fuera de las neveras, asegurándose de que las cantidades que sacamos para su elaboración son las correctas, comprobando el perfecto funcionamiento de la maquinaria de refrigeración.

Una correcta manipulación de los alimentos y una correcta higiene del operario será necesaria para evitar traspasar agentes patógenos desde el operario a los víveres.

Son innumerables las enfermedades que pueden ser contagiadas a través de estos alimentos mal conservados o manipulados. Aquí expondré algunas de las más comunes y peligrosas, no sin antes apuntar que un escenario en el que las temperaturas entre 5 y 60 grados se diesen parejos a un elevado grado de humedad, podría multiplicar en gran cantidad los agentes patógenos. Podemos eliminarlos cocinando completamente los alimentos , cuidando de que el interior de los mismos alcance los 70 grados.

Las enfermedades y elementos patógenos más comunes debido a estas causas son:
- El Clostridium bltulinum: se encuentra de forma natural en la tierra y es su hábitat comidas con alto grado de humedad. Segrega una toxina que provoca el botulismo, una gravísima enfermedad que tras unos síntomas iniciales de fatiga, visión borrosa, vómitos, degenera en parálisis muscular. Alimentos húmedos como la miel pueden contener esporas de la bacteria, así como alimentos en lata, sobre todo los caseros, al vacío, aceites, en especial los que tienen hierbas. El último estadio del botulismo es la muerte, puede ser fatal, por lo que es necesaria atención médica lo antes posible. Podemos evitarlo si evitamos consumir latas hinchadas, con golpes o alimentos que desprendan mal olor o cuyo aspecto esté deteriorado.
- Clostridium perfringens: cuando consumimos alimentos contaminados por la bacteria, ésta llega al intestino delgado , produciendo una toxina. Habitualmente, el resultado es una fuerte gastroenteritis (diarrea). También puede ser mortal, en algunos casos, en función de la cepa de la bacteria de la que se trate. Es termorresistente, por lo que, en ocasiones, no basta con cocinar el alimento para eliminarla, si bien en otras la destruye. Generalmente, se encuentra en la carne de vacuno, de ave y en algunos alimentos precocinados .
- Escherichia coli patogénica: en realidad, estas bacterias ya viven en los intestinos humanos y de muchos animales sanos . Pero este grupo de bacterias puede

producir diferentes toxinas, algunas de ellas muy peligrosas. Las más inofensivas, causan diarreas, pero las más agresivas pueden causar cólicos abdominales severos, que en caso de algunas como la Escherichia coli O157: H7, pueden ser peligrosos, incluso mortales, si hablamos de niños o adultos con patologías previas que ponen en riesgo la salud. Existe, de hecho una insuficiencia renal que puede ser mortal, el síndrome urémico hemolítico. La bacteria puede estar en el agua, en alimentos contaminados, carne de res, sobre todo hamburguesas, productos frescos que no han sido cocidos o pasteurizados, leches y zumos .

- Campylobacter jejuni: es la bacteria productora de diarrea más común. Infectan el tubo digestivo, causando diarrea, vómitos, retortijones. se encuentra en agua contaminada, en leche no pasteurizada, carne mal cocinada o cruda o por contacto con las heces de animales que la posean. Es muy habitual en niños , sobre todo en lactantes.
- Lysteria monocytogenes: es una bacteria que crece incluso a temperaturas habituales de refrigerador , que suelen ralentizar el crecimiento de bacterias. Puede ser muy grave, y en el caso de embarazadas, fetos y recién nacidos, puede llegar a ser mortal. Se encuentra presente en animales, incluídos los domésticos, agua, tierra, leche cruda, carne de res, pollo, mariscos. Puede provocar incluso meningitis y abortos espontáneos.
- Salmonella entritidis: esta bacteria se encuentra en los ovarios de gallinas, y puede infectar los huevos. Si los consumimos crudos o insuficientemente cocinados, puede provocar gravísimas consecuencias. También está presente en carne de res y pollo, mariscos crudos, sushi y pescados poco cocinados, leche sin tratar, productos frescos. Se desarrolla más rápidamente con las altas temperaturas, por lo que es en verano cuando suelen suceder la mayoría de los casos. Se encuentra en las heces de las personas infectadas, motivo por el que una cuidadosa higiene puede evitar las posibilidades de propagarla o infectarse con ella. Normalmente, los síntomas son vómitos y diarrea, pero puede llegar a ser mortal. Cabe resaltar que es una bacteria que está presente en gran cantidad en nuestro medio, y que es muy resistente. Puede llegar a sobrevivir semanas en medios secos y meses si hay humedad. Si, como manipuladores de alimentos que son, los pinches o auxiliares de servicios en cocina tienen conocimiento de que están infectados de esta enfermedad, deben comunicarlo de inmediato y dejar de manipular alimentos destinados a terceros, por la facilidad de contagio. Al encontrarse en las heces de animales domésticos, nos recuerda la importancia de recoger sus heces con guantes o bolsas y nunca dejando que entren en contacto con nuestra piel.
- Shigella: solamente los humanos somos portadores de esta bacteria, contagiosa a través de nuestras heces. Es fácilmente transmisible. Una mala higiene al lavarnos

las manos puede facilitar el contagio. Es fácil, por ello, que sean habituales en entornos como el infantil, guarderías, colegios, etc., donde el contacto con un pañal y un descuido en la higiene posterior puede transmitir la enfermedad. También podemos contraerla a través de alimentos a los que se los haya transmitido desde unas manos portadoras, o a través de agua contaminada. En algunos casos requiere antibióticos para su tratamiento. Sus síntomas son fiebre, dolor abdominal, diarrea , que puede llevar sangre o mucosidades. Los alimentos que suelen transmitirla pueden ser: ensaladas, lácteos, etc.

- El Staphylococcus aureus: presente en nuestra piel y fosas nasales. El negligente lavado de manos es una de las causas de la transmisión de esta bacteria, que es exclusiva de los humanos. Provoca vómitos, diarrea, calambres. Al llegar a los alimentos, provoca una toxina que es la que desencadena la enfermedad. Los productos lácteos y las comidas con alto contenido proteínico son las más susceptibles de ser contaminadas y causar la enfermedad.
- Norovirus: Ll contienen mariscos crudos, ensaladas, agua contaminada. Puede encontrarse en el hielo. También pude transmitirse directamente por el contacto entre individuos. Se propagan con gran facilidad y al estar presente en las heces y restos de vómito de la persona infectada, pueden ser contraídos al entrar en contacto con cualquier cosa que esta haya tocado si luego llevamos las manos a la boca. Generalmente provoca vómitos , diarrea , dolor de cabeza.
- Otros patógenos son: Vibrio cholerae, causante del cólera, potencialmente mortal, la Vibrio vulnificus, presente en pescado y marisco crudo, la yersinina enterocolitica, que provoca vómitos y diarrea, presente en carne de res, pescados crudos

5 Discusión-Conclusión

El pinche o auxiliar de servicios en la cocina tiene una responsabilidad enorme. Evitar que por una mala higiene o manipulación de alimentos pueda ser el causante de la expansión de alguna de estas enfermedades o patógenos. El lavado constante de manos es nuestra principal herramienta, así como el control exhaustivo de la higiene de los alimentos, evitar la contaminación cruzada, utilizar correctamente la maquinaria y extremar su limpieza, evitando que pueda contener restos susceptibles de contaminar alimentos.

El personal de cocina tiene que recibir una formación adecuada, actualizada y rigurosa sobre los modos de contagio de todas estas enfermedades, dado el papel que desempeña en cocina, y más aún si tenemos en cuenta que la cocina en

medios hospitalarios tiene como cliente final a pacientes que, en muchos casos, tienen ya patologías previas graves que podrían agravarse o tener un final fatal en el caso de contraer una enfermedad que los debilite aún más.

6 Bibliografía

1. Jiménez Alcántara M, Gómez Martín J, Moreno Sánchez E. Higienización, seguridad y control de los alimentos. [Don Benito]: Editorial Edita; 2013.
2. Pinche de cocina del Servicio de Salud de Osakidetza. [San Sebastián]: [Kloter XXI]; 2006.
3. Rodríguez Corrales I. Cocina hospitalaria para pinches. Humanes de Madrid: CEP; 2010.
4. Los 14 patógenos principales transmitidos por los alimentos de Seguridad alimentaria para futuras mamás [Internet]. 2018 [cited 9 February 2020]. Available from: https://www.fda.gov/food/people-risk-foodborne-illness/los-14-patogenos-principales-transmitidos-por-los-alimentos-de-seguridad-alimentaria-para-futuras

Capítulo 809

ASPECTOS DE PREVENCIÓN PERSONALES PARA AFRONTAR EL ESTRÉS Y OTROS FACTORES QUE FAVORECEN EL ACOSO EN HOSPITALES

JUAN JESÚS GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El trabajo se revela comuna de las fuentes más intensa que genera estrés. Por norma general, el trabajo en una organización está sujeto a unas condiciones y una forma de organización que no están determinadas por las capacidades, necesidades o expectativas de las personas. Esta influencia a múltiples niveles, favorece la aparición de distintos tipos de acoso: el estrés laboral. Aparecen cuando las pretensiones del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control. Surge cuando las demandas del trabajo son altas, y al mismo tiempo la capacidad de control de toma de decisiones es baja. También influye la relación entre las demandas de trabajo, el control del trabajador y el apoyo social. De tal forma que un nivel alto de apoyo social en el trabajo disminuye el efecto del estrés, un nivel bajo lo aumenta, también puede ser debido al desorden entre las demandas del entorno y los recursos de los trabajadores para afrontarlas.

En el ámbito sanitario que se produzca la aparición de estrés no es debido la mayoría de las veces a unas exigencias inquebrantables por parte de los pacientes,

generalmente la causa se encuentra en un deficiente diseño de la organización de la salud. En algunas ocasiones ciertos requerimientos del trabajo obligan a realizar un esfuerzo adaptativo para el cual no estamos preparados, por otra parte, algunas veces en unas mismas condiciones unas personas desarrollan unos niveles de estrés patológicos y otros no, debido que diferentes personas tienen distinta capacidad de adaptación en función de múltiples factores personales.

2 Objetivos

- Conocer estrategias y herramientas que nos permitan un delicado afrontamiento y prevención de estrés.
- Conocer las causas que pueden ocasionar este estado y por lo tanto donde podremos aplicar diferentes soluciones en forma de técnicas, apoyo o herramientas psicosociales.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática Puscando información en varias de las principales bases de datos: pubmed, Scielo y Cochrane, utilizando las palabras clave anteriormente mencionadas. Encontramos un total de 26 artículos de los cuales se seleccionaron 14 en base a los objetivos anteriormente descritos.

4 Resultados

Las técnicas que a continuación se mencionan, fueron diseñadas para el tratamiento de diversos problemas de comportamiento aunque tiene utilidad a nivel preventivo de cara a fomentar la capacidad de adaptación de la persona ante situaciones estresante o potencialmente favorables a la aparición del acoso.

Existen diferentes técnicas:
- Generales: el objetivo es incrementar en la persona una serie de recursos personales como:

1. Cultivar un buen estado físico, tiene buenos efectos en la prevención del estrés, para ello es aconsejable la realización de ejercicio de manera habitual. Los mecanismos psicológicos mejoran el estado de ánimo y el ejercicio físico facilita el manejo de las emociones, tiende a aumenta la autoestima y la sensación de autoeficacia sobre nosotros y lo que nos rodea. La práctica de actividad física está recomendada como terapia de apoyo en los tratamientos habituales contra

la ansiedad. Los mecanismos biológicos regulan el sistema cardiovascular, respiratorio y nervioso. Es un modo de activar el sistema inmunológico, facilitando la eliminación de las sustancias nocivas para el organismo. También citar que el ejercicio produce aumento de los niveles de sustancias como la noradrenalina y la serotonina, implicados en nuestra respuesta al estrés y la depresión.
2. El buen humor constituye una buena medida de prevención en situaciones de ansiedad o para aliviarlas, facilita el desplazamiento de la atención de los problemas.
3. Dieta adecuad, los buenos hábitos alimentarios constituyen una medida aconsejable para la prevención del estrés.

- Cognitivas: utilizadas para cambiar algunos tipos de pensamientos:
1. Reorganización cognitiva, una persona puede reorganizar la forma en que percibe y aprecia una situación, esta dirigida a sustituir las interpretaciones inadecuadas de una situación por otras que generen respuestas emocionales positivas.
2. Inoculación de estrés, técnica de carácter cognitivo y comportamental a partir del aprendizaje de técnicas de respiración y relajación para poder relajar la tensión en situaciones de estrés.
3. Detención del pensamiento, consiste en detener pensamientos negativos que aumentan el nivel de las alteraciones emocionales (ansiedad).

- Fisiológicas: las técnicas fisiológicas buscan la modificación de esas respuestas fisiológicas o la disminución de los niveles de activación producidos por el estrés centrándose directamente en los componentes somáticos implicados en el estrés.
1. Técnicas de relajación física, las personas pueden aprender a reducir sus niveles de tensión psicológica o emocional a través de la relajación física, una de las técnicas de relajación mas simples y fáciles de aprender es la relajación muscular progresiva.
2. Técnicas de control de respiración, consiste en facilitar a la persona e aprendizaje de una forma adecuada de respirar para que en una situación de estrés pueda controlar la respiración de forma automática.
3. Técnicas de relajación mental, la meditación estimula cambios fisiológicos de gran valor para el organismo.

- Conductuales:
1. Entrenamiento asertivo, habilidad personal que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás.

2. Entrenamiento e habilidades sociales e inteligencia emocional. Nos permite mejorar nuestras relaciones interpersonales, sentirnos bien, obtener lo que queremos y conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos.

- Organizativas: estrategias de carácter organizativo tendentes a facilitar al personal recursos para el ordenamiento de su tiempo en relación a las tares que tienen que desempeñar.
1. Gestión del tiempo, estrés que aparece recurrentemente por falta de tiempo o tener el tiempo limitado para hacer ciertas actividades o tareas.

5 Discusión-Conclusión

En vista que no todas las situaciones personales y laborales son iguales, estar al tanto que existen un gran número de recursos a nuestro alcance para evitar muchas de las causas que generan estrés y otro tipo de malestares, nos dará la seguridad necesaria para evitar y redirigir ciertas conductas, pensamientos y actitudes que no nos ayudan en el día a día.

6 Bibliografía

- NTP349. Prevención de estrés: intervención sobre el individuo. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Estrés laboral y su prevención. Página de salud pública del ayuntamiento de Oviedo.
- Curso de practitioner en P.N.L. Barcelona/ España: ediciones obelisco.

Capítulo 810

SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA CASTRO GARCÍA

RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA

JORGE MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

El mandato del sector sanitario consiste en prevenir y curar enfermedades, no obstante la prestación de servicios de la salud, principalmente de los hospitales, está contribuyendo al problema sin advertirlo.

Los hospitales provocan efectos negativos sobre la salud ambiental, tanto en la fase previa como posteriores a la prestación del servicio, consumiendo recursos y generando residuos. Poco a poco el sector de la salud empieza a comprender la repercusión de los problemas ambientales como el cambio climático en la prestación de servicios de salud y por ello los hospitales y los sistemas de salud se ven en la necesidad de adaptarse a los flagelos del cambio climático, además de promover una salud ambiental, la sustentabilidad y una mayor equidad sanitaria mediante inversión en edificios saludables e implementación de operaciones sustentables.

2 Objetivos

Proporcionar una visión general sobre el sistema de gestión ambiental en los centros de salud, centrándose en las buenas prácticas en gestión ambiental y el uso

eficiente de la energía, así como en la correcta gestión de los residuos sanitarios en los Centros Sanitarios.

3 Metodología

Documentación recogida a partir de la memoria del Hospital Universitario Virgen del Rocío con referencia del 2017, así como informes sobre ejemplaridad ambiental de distintas administraciones públicas, entre ellas la vasca.

4 Resultados

Resulta complejo cuantificar la totalidad de los materiales consumidos en un hospital al ser una organización de servicios, por lo que se hace necesario determinar los factores que tienen un mayor impacto ambiental en el desarrollo de la actividad sanitaria.

Conocer el consumo de agua, de la red de energía y papel entre otros, son factores fundamentales para el desarrollo de los centros hospitalarios.

Respecto a los gases medicinales, el control de consumo de gases en botellas, botellones y/o depósitos criogénicos se realiza mediante un adecuado mantenimiento de las instalaciones. Se define para ello en los pliegos de contratación las practicas que han de llevarse a cabo por parte del personal y el control técnico de la trazabilidad llevada a cabo desde la Subdirección de la Ingeniería y Mantenimiento.

El consumo de papel, principalmente causado por la actividad administrativa de la organización. Las consecuencias son muy negativas para el medio ambiente debido al consumo de recursos naturales: madera, agua, energía y a la contaminación causada por los agentes blanqueadores (cloro o derivados), que generan residuos órgano-clorados ecotóxicos y bioacumulables. Para actuar sobre este consumo se plantean medidas de sensibilización, orientadas a todo el personal y que consiste en la colocación de cartelería informativa con buenas prácticas y medidas de ahorro, tendentes a evitar consumos innecesarios. Estas últimas van desde evitar imprimir documentos innecesarios, hasta utilizar medios de comunicación electrónicos (siempre en la medida de lo posible).

En cuanto al consumo de energía, existen diversas actuaciones que redundan en el ahorro y la eficiencia energética entre las que podemos destacar el consumo

de energía solar térmica para producir agua caliente sanitaria, sustitución de elementos de alumbrado fundidos por otros de bajo consumo, uso de sistemas de gestión central de climatización para fijar límites y horarios de usos, instalación de contadores en baja tensión individualizados por centros, protección por radiación solar directa y cursos para sensibilizar al personal en materia de consumo eficiente de recursos y eficiencia energética. Junto a este Plan de Eficiencia Energética es necesario llevar a cabo un programa de sensibilización de consumo responsable de electricidad con mensajes cortos y directos colocados en las zonas de mayor impacto para profesionales y según el área en la que se quiera incidir; por ejemplo en los ordenadores colocados en la pantalla, si se quiere incidir en la luz, colocados sobre los interruptores y para incidir sobre la climatización, se adhirieron a ventanas o equipos de climatización.

Haciendo referenci al consumo de agua, éste es uno de los recursos naturales de mayor importancia en los procesos vitales de los seres vivos. Por ello no solo debemos de buscar medidas encaminadas a reducir su consumo sino también a controlar la contaminación que a ella vertemos. Las principales medidas son: instalación de válvulas ahorradoras de caudal y campañas de concienciación a través de pegatinas instaladas por ejemplo en los aseos de los hospitales.

A través de la elaboración del Inventario de Gases de Efecto Invernadero (GEI) podemos calcular la Huella de Carbono de la organización de 2014, compromiso que demuestra la lucha contra el cambio climático. Esta información tiene una triple finalidad: conocer y cuantificar las fuentes de emisión de gases de efecto invernadero y su magnitud, difundir y comunicar información a los grupos de interés y sensibilizar e involucrar a todos los grupos de interés sobre el cambio climático. En cuanto a las iniciativas más interesantes son las que provienen de hospitales que cuentan con centrales térmicas que funcionan con gas natural para generar agua caliente y vapor de agua así como las encaminadas a reducir emisiones contaminantes gracias a placas termosolares instaladas en las cubiertas con las que se precalienta el agua.

Haciendo referencia a losresiduos, aquellos que genera un hospital se pueden clasificar en residuos no peligrosos y residuos peligrosos. Los residuos peligrosos se segregan, se envasan, etiquetan y almacenan por tiempo inferior a seis meses antes de su entrega a gestores autorizados. Para el resto de residuos peligrosos y no peligrosos tales como pilas, residuos de tóner, tubos fluorescentes o residuos de construcción y demolición, entre otros, se realizan retiradas puntuales por gestores autorizados previa recogida selectiva.

En cuanto al transporte, el desplazamiento de los trabajadores y usuarios es uno de los factores que más negativamente influye en el cambio climático, ya que la quema de combustibles fósiles aumenta las emisiones de gases por efecto invernadero. Desde los hospitales se fomenta el transporte sostenible entendiendo éste como el sistema que permite el transporte de mercancías y personas a unos costes sociales y ambientales menores, disminuyendo el uso del vehículo privado y el petróleo como fuente de energía.

Mencionar además que es necesario definir las líneas operativas que se pueden utilizar para la gestión de la relación con proveedores, las cuales van a derivar en aspectos ambientales significativos.

5 Discusión-Conclusión

Si pensamos en las líneas de actuación de los hospitales y de las administraciones públicas en general, estas líneas deberían ir orientadas hacia la compra y contratación pública verde, la gestión ambiental y la movilidad sostenible en entidades locales.

Así mismo es necesario poner en marcha actuaciones que sirvan de ejemplo en el ámbito de la biodiversidad y en la lucha contra el cambio climático a través de iniciativas que partan de las Administraciones públicas y sirvan de ejemplo a la población.

6 Bibliografía

- www.hospitaluvrocio.es/memoria17/responsabilidadsocial/sostenibilidad-ambiental.
- Acuerdo sobre incorporación de criterios sociales, ambientales y otras políticas públicas en la contratación de la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de su sector público. Gobierno Vasco, 2008.
- Diagnóstico del Plan de movilidad sostenible y segura. Edificio Plaza Bizkaia. Grupo EVE, Departamento de Medio Ambiente, PlanificaciónTerritorial, Agricultura y Pesca-Ihobe, Sprilur, Spri y Sgcar. Nov, 2007 Plan vasco de lucha contra el cambio climático 2008-2012. Departamento de Medio Ambiente, Planificación Territorial, Agricultura y Pesca del Gobierno Vasco, 2008.
- 50 buenas prácticas ambientales: los municipios dan ejemplo. Ihobe, 2005.

Capítulo 811

GESTIÓN DE RESIDUOS Y BIOSEGURIDAD EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JUAN JESÚS GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El personal que trabaja en los centros hospitalarios sufre un nivel elevado de riesgo de infección y contaminación con agentes biológicos, estando expuestos a múltiples y diversos agentes patógenos a lo largo de su jornada laboral.

El riesgo biológico viene condicionado por la exposición a los agentes biológicos como son las bacterias (clamidias, legionellas, micobacterias, etc.), hongos (aspergillus,candidas,penicillum, etc.), virus (hepatitis B,C,D,E o G, fiebre amarilla, sarampión, paperas, VIH, dengue, etc.), parásitos (leishmania ,toxoplasma, etc.), también productos de recombinación, cultivos celulares humanos y los agentes biológicos potencialmente infecciosos.

Los modos de trasmisión más importantes pueden ser a través de infecciones trasmitidas por sangre, vía aérea y por contacto directo. Es difícil conocer la verdadera magnitud de los accidentes de carácter biológico en el sector hospitalario por falta de declaración de los mismos, no obstante el número de accidentes laborales en el personal del sector hospitalario es un 33% más alto que entre el personal de cualquier otro ámbito profesional. También existe una gestión de residuos en los centros sanitarios, la Ley 22/2011 de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados, pretende establecer el régimen jurídico de la producción

y gestión de residuos, así como la previsión de medidas para prevenir su generación y para evitar o reducir los impactos adversos sobre la salud humana y el medio ambiente.

Por otra parte la Ley 22/2011, de 28 julio no especifica los aspectos particulares de la gestión de residuos en centros sanitarios y hospitalarios ,es conveniente recordar que la mayoría de las Comunidades Autónomas disponen de normativa específica acerca de las medidas a adoptar en el interior del centro productor, así como la gestión en la recogida, el tratamiento y la eliminación de los residuos sanitarios.

Podemos considerar como residuo sanitario aquellas sustancias u objetos que se deseche o tenga dicha intención, generados en el desarrollo de las actividades sanitarias, incluidos los envases y residuos de envases, que los contengan o los hayan contenido.

2 Objetivos

- Proponer un procedimiento de actuación ante todas aquellas exposiciones laborales accidentales a agentes biológicos y una serie de actos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El riesgo biológico en el sector sanitario merece un apartado especial. De partida, las principales recomendaciones preventivas que debería respetar todo trabajador en el entorno sanitario serían las precauciones estándar: los fluidos corporales, las secreciones y las excreciones (excepto el sudor), la piel no intacta y las mucosas, pueden contener agentes infecciosos transmisibles, lavado de manos

durante la atención al paciente, evitar los contactos innecesarios con las superficies que se encuentren próximas al paciente, lavarse las manos antes del contacto directo con los mismos, tras el contacto con sangre, fluidos biológicos, excreciones, secreciones, mucosas, piel no intacta o vendajes, tanto como si se llevan guantes como si no.

Es importante el uso de equipos de protección individual(EPI), evitar la contaminación de la ropa y de la piel al quitarse los EPI y desecharlos antes de abandonar la habitación o recinto donde se encuentre el paciente, usar guante, batas de protección de material impermeable, protección de ojos , nariz y boca para la protección de las membranas mucosas.

Se ubicará al paciente cuando sea posible en habitaciones individuales cuando puedan suponer un riesgo de contagio para otros, en los equipos para la atención del paciente, establecer protocolos para la contención, trasporte y manipulación de los equipos utilizados que estén o puedan estar contaminados. Establecer procedimientos para el mantenimiento y la limpieza de las superficies en función del nivel o grado de suciedad, limpiar y desinfectar de forma más frecuente las superficies.

Es primordial para la prevención la vacunación del personal sanitario, las más recomendadas (sarampión, rubeola, parotiditis, tétanos y difteria, hepatitis B, varicela, gripe), y sobre todo la formación del personal.

Respecto a la gestión de residuos ,los residuos generados en los centros sanitarios se clasifican de la siguiente forma:

- No peligrosos

Grupo 1: residuos generales asimilables a urbanos, (papel, cartón, vidrio, plásticos, comestibles), no requieren exigencias especiales de gestión.

Grupo 2: residuos biosanitarios asimilables a los urbanos,(material de curas , material desechable, bolsas vacías de orina, empapadores,drenajes vacíos, gasas, mascarillas) y cualquier otro residuo siempre que no se trate casos particulares incluidos en en residuos peligrosos.

- Peligrosos

Grupo 3 A: residuos biológicos (fluidos corporales, sangre, saliva, heces, agujas y otro material cortante o punzante, cultivos, cadáveres, partes del cuerpo y otros restos anatómicos, vacunas vivas y atenuadas, etc.). La recogida, el trasporte y eliminación es objeto de requisitos especiales con el fin de prevenir infecciones.

Grupo 3 B: residuos de medicamentos citotóxicos y citostaticos (viales, filtros,

bolsas) restos de medicamentos citotóxicos ,al igual que cualquier material que cualquier material que haya estado en contacto con ellos, ya sea en la manipulación, administración o protección de los manipuladores (mascarilla, guantes, batas, etc.).
Grupo 3 C: residuos químicos, clasificados como sustancias toxicas y peligrosas (disolventes halogenados, ácidos, mercurio).
Grupo 4: residuos peligrosos de origen no sanitario, (pilas baterías, aceites industriales usados, residuos de aparatos electrónicos y eléctricos, pinturas y barnices, tóner peligroso).
Grupo 5: residuos radioactivos, las gestiones de estos residuos se llevará cabo por una empresa autorizada en manipulación y tratamiento de residuos radioactivos llamada ENRESA.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo biológico es el más frecuente entre los riesgos laborales del personal en los centros hospitalarios, se debe actuar bajo el principio de precaución, dando por supuesta la presencia de agentes biológicos. De modo que, lo recomendado es la aplicación directa del conjunto de medidas preventivas para evitar la trasmisión de los agentes biológicos en cualquier práctica normal de trabajo del personal en los centros sanitarios. También dispondrán estos mismos centros sanitarios, un responsable del cumplimiento de las obligaciones que se deriven de la producción y gestión de los residuos, y contar un procedimiento escrito que deberá ser conocido y aplicado por el personal de los mismos.

6 Bibliografía

- Guía de bioseguridad para los profesionales sanitarios. Madrid: Ministerio de sanidad ,servicios sociales e igualdad,2015.
- Riesgos para la salud y la seguridad en el sector sanitario. Guía de prevención y buenas practicas. Luxemburgo: Comisión europea .Dirección general de empleo ,asuntos sociale.2013.
- Real decreto 374/2001, de 6 abril, sobre la protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo.
- Real decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 812

HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICACIÓN PARA EL PERSONAL NO SANITARIO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

JUAN JESÚS GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las habilidades sociales son la capacidad de relacionarnos con las personas de forma que conseguimos un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas, tanto a corto, como a largo plazo, se adquieren principalmente a través del aprendizaje por observación, imitación, ensayo e información.

Son comportamientos interpersonales complicados, verbales y no verbales, a través de los cuales las personas mediamos en aquello con lo que estamos interactuando obteniendo de ellos resultados favorables y suprimiendo o evitando efectos desfavorables.

La comunicación es el intercambio de información como mínimo entre dos personas, en la atención al cliente /usuario pueden mostrar varias barreras; lugares inapropiados , barreras físicas; momentos inadecuados; emociones alteradas; interrupciones; generalizaciones y juicios prematuros; mensajes vagos e inconscientes; diferentes versiones de los hechos ocurridos; diferentes códigos; estereotipos; etiquetas; ignorar mensajes importantes; no ser sinceros.

2 Objetivos

- Determinar los elementos y los distintos tipos de comunicación que se deben llevar a cabo en el ámbito sanitario y las habilidades sociales en los trabajadores sanitarios y no sanitarios.
- Permitir que cada persona haga elecciones sobre su vida y sus actuaciones, la conducta socialmente habilidosa en ese grupo de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes , deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando las conductas de los demás, incluyendo como habilidades sociales temas como la asertividad, la autoestima y la inteligencia emocional. La comunicación es una necesidad básica del ser humano, y dentro de todos los tipos de comunicación humana la más potente es la comunicación oral.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed y Scielo utilizando los descriptores: “habilidades”, “habilidades sociales”, “comunicación”, “tipos de comunicación”, “elementos de la comunicación”, “skills”, “social skills”. Se establecieron como criterios de búsqueda artículos publicados en los últimos 15 años.

4 Resultados

Para realizar un proceso comunicativo se necesitan una serie de medios:
- Emisor: quien da el mensaje. Puede ser una o más personas.
- Receptor: quien recibe el mensaje. En este también puede ser una o más personas.
- Código: sistema de signos y reglas que utiliza quien aporta el mensaje y que el receptor los descifre si hay un entendimiento se podrá suceder la comunicación.
- Canal: soporte por donde circula el mensaje. Por ejemplo, el aire cuando se produce hablado, el papel cuando se escribe.
- Retroalimentación: las respuestas que nos proporciona el receptor.
- Contexto: situación y condiciones en las que se produce la comunicación.

El proceso comunicativo es el intercambio de la información entre el emisor y el receptor. Para que se pueda realizar debe haber una serie de fases que se dividen

en 4 fases si alguna de estas fases no se provocara no se realizaría la comunicación.
- 1 Fase: transmisión del mensaje.
- 2 Fase: codificación y envió del mensaje.
- 3 Fase: recepción y descodificación del mensaje.
- 4 Fase: envió de respuesta al mensaje transmitido.

Los tipos de comunicación que existen son: comunicación oral, comunicación escrita y comunicación no verbal.

En el conocimiento de habilidades sociales se incluyen temas como el asertividad, la autoestima y la inteligencia emocional. Hay que prestar atención a una serie de manuales para tener unas buenas habilidades sociales:
- Las estrategias para el desarrollo de dichas habilidades.
- Los elementos conductuales de la comunicación.
- Las pautas básicas para la comunicación oral y la asertividad.

La habilidad social implica 4 elementos, que se deberían practicar para mejorarlas:
- Entrenamiento habilidades: Se enseña, se practica y se integran los elementos conductuales de la persona.
- Disminución de la ansiedad: puede ser directamente o indirectamente.
- Reestructuración cognitiva: creencias, valores, actitudes pueden cambiar.
- Entrenamiento en problemas: se reciben correctamente los valores.

Para tender unas buenas habilidades sociales, es importante en la comunicación:
- Asertividad: forma de operar para los intereses propios de la persona.
- Empatía: capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona.
- Saber atender: comprender con cuidado lo que nos dicen.
- Concretar un problema: analizar la situación, teniendo en cuenta varios elementos.
- Valoración de soluciones: observar las consecuencias.
- Negociación: Buscar una solución tolerable por ambas partes.
- Expresión justificada de la ira, desagrado o disgusto: De forma respetuosa.
- Disculparse o admitir ignorancia: Darse cuenta de los errores.

5 Discusión-Conclusión

Las habilidades sociales son el conjunto de conductas expresadas por una persona para formular sentimientos, actitudes, deseos, opiniones. Y la comunicación es el "proceso mediante el cual la persona se relaciona con su entorno, o con otras personas, utilizando un código común(lingüístico o no lingüístico), que se envía a través de un medio (canal de comunicación), con la finalidad de conseguir un objetivo (respuesta). La comunicación es muy importante para poder relacionarse, pero para que exista una fluidez y se puedan entender dos o más personas necesita tener unas reglas. Cuando en la comunicación no se produce una respuesta por parte del receptor, no se ha entendido la información.

6 Bibliografía

-Entrenamiento en habilidades sociales. En Labrador, F.J. y otros (1995). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid. Pirámide.
-Caballo Vicente, E. (2007). Las habilidades sociales: un marco teórico. En Caballo Vicente, E. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (7.ed.) (págs. 5-6).
-La comunicación interpersonal en relación con el paciente. Rev Enferm IMSS [Internet]. 2002;10(2):93-102. Disponible en: http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/
-http://www.aprenderaescuchar.es/imagenes/AprenderaEscuchar_Preview.pdf.

Capítulo 813

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL SANITARIO Y LOS PACIENTES/FAMILIARES

ROSALIA VILLABRILLE MARTÍNEZ

MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ

1 Introducción

La Sanidad no se basa únicamente en tratar de curar, explorar, analizar, investigar... Va más allá pues su trato directo y continuo con los pacientes hace necesario un cuidado respetuoso y atento hacia ellos, el cual se transmite a través de una buena comunicación.
La comunicación se puede definir como aquella en la que una persona desempeña el papel de ayudar a otra.

2 Objetivos

- Mejorar la calidad de vida del paciente, haciéndole sentir el centro de los cuidados y del proceso de enfermería y transmitiéndole que su enfermedad es la más importante para el profesional. De este modo, la persona atendida se siente escuchada, pero sobre todo acompañada a la hora de enfrentarse a una dolencia.
- Saber cómo y de qué manera informarle de la situación a la familia de un paciente.

3 Metodología

Revisión de la bibliografía sobre el tema mediante la búsqueda de información y publicaciones en bases de datos de carácter científico como Scielo.

4 Resultados

Los pacientes destacan la necesidad de que los profesionales profundicen en sus preocupaciones no expresadas, así como que les enseñen a evaluar la información y a elegir las medidas adecuadas en cada caso, haciéndoles recomendaciones más individualizadas.

Los factores que determinan la satisfacción por parte de los pacientes y sus familiares son:
- Accesibilidad: los pacientes valoran poder contactar fácilmente con los centros de salud y, sobre todo, con los profesionales sanitarios.
- Capacidad de respuesta: uno de los aspectos más importantes para los pacientes es una abierta disposición para atenderles, así como un servicio eficiente, por parte de los profesionales sanitarios, sin esperas injustificadas.
- Comprender al paciente: los pacientes manifiestan una serie de necesidades que, para poder ser satisfechas, han de ser previamente comprendidas y valoradas.
- Comunicación: los pacientes valoran especialmente que los profesionales sanitarios les escuchen y establezcan con ellos una comunicación afectiva y asertiva en un lenguaje comprensible por ambas partes.
- Cortesía: durante la prestación del servicio, los pacientes desean que los profesionales de la salud sean atentos, considerados, respetuosos y amables con ellos.
- Credibilidad: hace referencia a la imagen que el personal sanitario proyecta en los pacientes. En este sentido, los pacientes buscan que los profesionales que les atienden sean competentes y trasmitan credibilidad y veracidad.
- Implicación: el paciente quiere percibir que su problema es importante para el profesional sanitario, que es tratado con la dignidad que merece y que empatiza con él.
- Profesionalidad: la profesionalidad es imprescindible para la prestación de servicios de calidad.

A estos factores se los conoce como variables intangibles, ya que son las conductas, aptitudes y actitudes individuales o grupales que contribuyen decisivamente tanto a la conformación de las percepciones del paciente y su satisfacción, como al valor que para él adquiere el centro sanitario

5 Discusión-Conclusión

Es importante establece con el paciente y sus familiares una relación de confianza y de ayuda en la que haya disposición al diálogo utilizando una terminología clara y comprensible que facilite la comunicación entre ambas partes.

6 Bibliografía

- http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.medline.eu/es

Capítulo 814

LAS CLAVES DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO Y EL USUARIO DE LOS CENTROS SANITARIOS

BARBARA GARCIA GION

1 Introducción

En el ámbito de la salud, desde siempre han existido profesionales del ámbito administrativo y de atención al público muy competentes desde el punto de vista meramente técnico capaces de resolver las distintas necesidades (de información, apoyo emocional, diagnóstico, etc.) de los usuarios con acierto y rapidez, pero a los que les cuesta ponerse en el lugar del paciente y vincularse con las consecuencias que el proceso pudiera ocasionar emocionalmente en él y en sus familiares, esto es, con enormes dificultades para llevar a cabo una correcta comunicación con los usuarios que son atendidos en los centros sanitarios.

Desde luego que conseguir un alto nivel de calidad en la relación entre los profesionales de la salud y los usuarios no resulta sencillo, puesto que la realidad social de unos y otros repercute en su relación debido a factores culturales, sociales, religiosos o económicos.

De este modo, la relación entre el usuario y los profesionales que llevan a cabo la atención de los mismos no ha sido tradicionalmente una relación entre iguales,

aspecto que ha dificultado aún más la situación, puesto que venimos de una época en la cual desde las instituciones de la salud se brindaban soluciones sin contar tanto con el usuario, pues se estaba especialmente interesado, sobre todo, en los aspectos de la organización de la estructura sanitaria y en las cuestiones estrictamente de la enfermedad a tratar, no dando en cambio tanta importancia a los emocionales, de manera tal que, en ese contexto, el paciente, ignorante respecto a cómo afrontar su proceso, se encontraba en una clara situación de dependencia respecto a estos profesionales de la salud que le atendían.

Aunque esta concepción está cambiando considerablemente, es difícil que la relación entre los profesionales sanitarios y los usuarios mute radicalmente, en la medida en que es una relación que inicia alguien que potencialmente no sabe (el paciente) y se dirige a alguien que potencialmente sabe (el profesional), quedando el primero en una situación de debilidad frente al segundo.

Por si estas dificultades fueran pocas, las estructuras sociales y sanitarias introducen de vez en cuando elementos de distorsión que afectan directamente al personal de la salud, condicionando la calidad de la comunicación con los pacientes, siendo muy habitual el encontrarnos con que una excesiva carga de trabajo del personal administrativo automáticamente provoca que puedan dedicar cada vez menos tiempo al una atención personal y adecuada al usuario.

Partiendo de las bases teóricas de la comunicación, existe una serie de condicionantes en la relación entre el usuario y los profesionales de la salud sobre los que ambas partes deben trabajar para conseguir optimizar la comunicación entre ellos y, así, lograr sus objetivos, condicionantes que hacen referencia a aspectos como, por ejemplo, la conducta que deben mantener ambas figuras ante una demanda de información en un centro sanitario, y ello por cuanto que el interés que muestren ambas partes en lograr una correcta comunicación va a ser esencial a la hora de lograr una buena relación entre los usuarios y los trabajadores administrativos y de atención al público de los centros sanitarios.

2 Objetivos

- Determinar en qué modo resulta relevante la relación que existe entre el profesional administrativo del ámbito sanitario y el usuario y, más concretamente, la importancia que tiene el modo y formas de comunicación entre uno y otro a los efectos de poder prestarse por las instituciones sanitarias un servicio de calidad, y a los efectos también de que los usuarios tengan una positiva percepción del

trabajo desarrollado por dichos profesionales.
- Analizar las principales cuestiones referidas a la comunicación entre el personal administrativo de la salud y el usuario de los servicios sanitarios.
- Obtener una guía de aplicación práctica que permita al profesional administrativo sanitario disponer de recursos comunicativos para optimizar su relación profesional con el paciente, debiendo además poner de manifiesto que estos protocolos no solo resultan útiles respecto de los modos de actuación en el ámbito laboral, sino también incluso respecto de lo que este profesional sanitario debe o no debe hacer en las relaciones sociales implicadas en su vida privada.
- Mostrar cuáles son las habilidades comunicativas que deben acompañar a todo el conjunto de competencias teóricas y procedimentales que el profesional de la salud posee para desarrollar su trabajo,

3 Metodología

Se lleva a cabo una intensa búsqueda en relación con las previsiones existentes en cuanto a cuáles han sido históricamente las relaciones y los métodos de comunicación entre los usuarios y las administraciones sanitarias, así como se encuentra el estado de esta cuestión en la actualidad.

También se hace uso de la muy extensa bibliografía existente en la materia, haciendo uso para ello de una ingente cantidad de bases de datos a la que públicamente se puede tener acceso. Para ello se realizan revisiones bibliográficas de las publicaciones científicas sobre la materia. Se consultaron diferentes bases de datos como: Scielo, Dialnet, Pubmed, Elsevier etc., usándose como descriptores términos como comunicación, técnicas, personal, administrativo, usuario.

4 Resultados

En primer lugar, se obtiene como resultado del estudio el hecho de que, a diferencia de lo que ocurría anteriormente, la comunicación entre los usuarios de la salud y los distintos profesionales administrativos y de atención al público que la prestan ha pasado a tener un papel relevante en el entorno sanitario, de forma tal que más allá de las cuestiones estrictamente técnicas y organizativas de los centros sanitarios, las habilidades para interactuar con el paciente se han convertido en una cuestión capital. De forma tal que el usuario de las instituciones sanitarias demanda cada vez más información de sus responsables, mientras que, además, el personal dedicado a la atención y a cuestiones administrativas cada

vez muestran un mayor interés por estar formados en las adecuadas y debidas estrategias y protocolos de comunicación que les permitan conectar mejor con los usuarios de los sistemas de salud. Siendo estos conscientes en la actualidad que el proporcionar a los pacientes una información clara da a los usuarios la oportunidad de tomar decisiones importantes e informadas a lo largo del proceso de estancia en el centro sanitario, facilitando además con ello que los mismos se sientan más partícipes del mismo y minimizando en muchos casos el sufrimiento que conlleva padecer una enfermedad.

De este modo, se observa que el usuario ha dejado de ser una figura pasiva en cuya virtud solamente era el receptor de las órdenes y decisiones que unilateralmente le transmitía el personal de los centros sanitarios, de forma tal que se ha ido evolucionando paulatinamente hasta llegar a un momento actual en el que este usuario se considera ya como un agente con toda una serie de derechos bien definidos y con una amplia capacidad de decisión.

Correlativamente con lo anterior, también se observa que el profesional se ha ido transformando en una especie de asesor del usuario, y ello en el sentido de que efectivamente sus conocimientos y consejos deben llegar al usuario, pero sin que sus decisiones sean ya impuestas, sino que se toman conjuntamente con el paciente y, por causa de este cambio de roles, las relaciones sanitarias han pasado de ser verticales a horizontales y colectivas –con la entrada en escena además de múltiples profesionales sanitarios– y adaptadas al tipo de relaciones propias de la sociedad actual en la que vivimos.

Partiendo del hecho fundamental de que el usuario ha dejado de ser una persona desinformada, las distintas administraciones sanitarias han pasado a ser conscientes en la actualidad de que el paciente bien informado aporta muchos beneficios a todas las partes implicadas en el proceso de relación usuario-centro sanitario, razón por la cual se está tomando conciencia desde las instituciones sanitarias de la necesidad de informar y formar al usuario en el trato con los profesionales sanitarios y no sanitarios con el fin de que pueda superar sus miedos y de que se comunique eficazmente con ellos en tanto que cuanto mejor informado esté el paciente, mejor afronta su enfermedad y su relación con la administración sanitaria, siendo mejor también las respuestas que le proporcionen el personal administrativo, el de atención y los propios profesionales sanitarios que le atienden, dato al que también hay que unirle que no solo es el propio usuario de los servicios sanitarios el que exige una mayor demanda de información, sino que también solicitan tal información el resto de todas las personas que le acom-

pañan (familiares, amigos y otras personas cercanas), con el gran beneficio que ello tiene para el paciente a la hora de lograr una mejor y mas eficaz relación con la administración sanitaria.

En segundo lugar, resulta destacable el análisis acerca de cuáles son las necesidades del usuario que deben ser cubiertas por parte de los responsables de los centros sanitarios, siendo sin duda el aspecto más destacable sobre este extremo el de que, sin duda, lo que el paciente necesita es el obtener una información clara por parte de los profesionales que le atienden, en concreto, cuál es el procedimiento que debe seguir y cómo debe afrontarlo, de forma tal que, a partir de las respuestas que obtenga el usuario, éste pueda asumir con responsabilidad su situación y las medidas que tendrá que adoptar.

Además, en este ámbito también llama la atención el hecho de que el usuario suele buscar una explicación afectiva y humana de lo que le está ocurriendo, un acompañamiento e incluso, en ocasiones, consuelo por parte de todos los profesionales del ámbito sanitario que le atienden, de forma tal que la visión que tienen los pacientes de su propia enfermedad, así como sus sentimientos y percepciones respecto a su salud, se están convirtiendo en un aspecto fundamental en este nuevo escenario en que nos encontramos de la relación entre el usuario y la administración sanitaria.

A este respecto, también es destacable el que entre las nuevas habilidades exigidas a los profesionales de la salud, los usuarios destacan la necesidad de que éstos indaguen y profundicen en sus preocupaciones no expresadas, así como que les enseñen a evaluar la información y a elegir las medidas adecuadas en cada caso, haciéndoles recomendaciones más individualizadas.

En tercer lugar, dentro de este ámbito de las relaciones entre el usuario y las instituciones sanitarias cobra una especial relevancia el papel de los familiares y demás personas que acompañan al paciente.

De este modo, la familia (entendiendo por familia a los familiares y amigos del paciente) desempeña un papel importante durante el proceso de relación con las instituciones sanitarias, ya que constituye un nexo entre el usuario propiamente dicho y dichas instituciones. Además, el papel de los familiares es esencial porque, por ejemplo, puede ser un promotor de la consulta, durante la propia consulta actuando como testigo, como receptor de información o soporte emocional del paciente, mientras que tras el encuentro profesional puede interferir en los efectos de la relación, siendo obvio que el paciente sobrelleva mejor sus dudas y

temores cuando los comparte con las personas a las que quiere y con quienes se siente identificado.

Además, es necesario señalar que los profesionales administrativos del ámbito sanitario deben identificar lo antes posible a la persona que se va a hacer cargo del cuidado del paciente, a quien deben prestarle suma atención y a quien, en ocasiones, se le ha de ofrecer una información mucho más detallada sobre el procedimiento a seguir, de la que se ofrece al propio paciente. Por otro lado, el familiar asume el cuidado de su ser querido, por lo que su tarea puede resultar agotadora y estresante y, por eso, necesita especialmente el apoyo de los profesionales sanitarios, incluidos también los trabajadores del sector administrativo.

En cuarto lugar, destaca el hecho de que, según las actitudes y formas de comunicarse de los profesionales sanitarios con los pacientes, existen varios modelos de profesionales sanitarios: Modelo gerencial: Similar al modelo contractual, en él participa el resto del personal sanitario (aparte del médico), de manera que se reduce la presión sobre él al no ser el único profesional que toma decisiones sobre cómo ayudar al paciente, favoreciéndose con este modelo ademásuna mayor participación del paciente en la toma de decisiones, Modelo del guerrero: el profesional considera que la enfermedad es el "enemigo" y que a él le corresponde luchar contra ella, mientras que el paciente permanece pasivo; Modelo autoritario: el profesional impone sus decisiones y las solicitudes de información por parte de los pacientes son recibidas con irritación y rechazo; Modelo contractualista: tanto las obligaciones como los beneficios son negociados y compartidos por ambas partes; Modelo de asociación: el profesional sanitario y el paciente persiguen el mismo objetivo y contribuyen por igual a su relación; Modelo sacerdotal: la suma de la experiencia técnica y la asesoría moral acaba desembocando en una relación paternalista; Modelo tecnológico: el profesional es un proveedor de un servicio de ciencia aplicada.

En quinto lugar, resulta especialmente importante la determinación de cuáles son los factores que determinan la satisfacción por parte de los usuarios en su relación con las instituciones sanitarias, pudiéndose concluir que los elementos de juicio que son más valorados por los pacientes son:
La implicación de todos los profesionales que intervienen en su proceso, pues el paciente quiere percibir que su problema es importante para el profesional administrativo, que es tratado con la dignidad que merece y que empatiza con él.

La credibilidad, y ello en el sentido de que resulta esencial la imagen que el personal de las instituciones sanitarias proyectan en los usuarios, pues estos últimos

buscan que los profesionales que les atienden sean competentes y trasmitan credibilidad y veracidad.

La profesionalidad, y ello por cuanto la profesionalidad es imprescindible para la prestación de servicios de calidad.
La cortesía, puesto que durante la prestación del servicio, los usuarios desean que todos los profesionales de la salud sean atentos, considerados, respetuosos y amables con ellos.

La comunicación, y ello en la medida en que los pacientes valoran especialmente que los profesionales les escuchen y establezcan con ellos una comunicación afectiva y asertiva en un lenguaje comprensible por ambas partes.
La de comprensión al usuario, pues los usuarios manifiestan una serie de necesidades que, para poder ser satisfechas, han de ser previamente comprendidas y valoradas.

La capacidad de respuesta, en tanto en cuanto que uno de los aspectos más apreciados por parte de los usuarios de los servicios sanitarios es una abierta disposición para atender, así como un servicio eficiente, por parte de los profesionales, sin esperas injustificadas.

La accesibilidad, puesto que los usuarios valoran muy positivamente el poder contactar fácilmente con los centros de salud y, sobre todo, con los profesionales para plantearles sus necesidades.

Todos estos factores que se han mencionado son comúnmente conocidos como variables intangibles, en la medida en que son las conductas, aptitudes y actitudes individuales o grupales las que van a contribuir decisivamente, tanto a la conformación de las percepciones del paciente y su satisfacción, como al valor que para él adquiere el centro sanitario: comportamiento y motivación del personal, creencias, normas y formas de pensar de la organización, etc.

A todos los anteriores factores intangibles es necesario añadir las variables tangibles, y ello por cuanto que el usuario percibe la calidad de los servicios sanitarios a través de variables tangibles, que pueden añadir o restar valor a la prestación sanitaria, haciéndose con ello referencia a todos los aspectos materiales que influyen en la percepción global del centro sanitario donde se le atiende, tales como la ambientación del centro (estructura del edificio, decoración, iluminación, limpieza, olores, confortabilidad, etc.) o incluso también la propia apariencia física de quienes prestan el servicio.

En virtud de todo lo expuesto, se obtiene como resultado de este análisis el que en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios de las instituciones de la salud colaboran, por tanto, muchas circunstancias: individuales y colectivas, materiales, físicas y personales, relativas al conocimiento, etc. pero también y, sobre todo, referentes a la actitud con que se encara la relación por ambas partes. La nueva relación profesional con el usuario está haciendo que el objetivo del profesional ya no sea únicamente luchar eficazmente contra las enfermedades, sino proporcionar una ayuda completa al paciente, pensando también en su bienestar emocional.

5 Discusión-Conclusión

A partir de los resultados obtenidos es necesario concluir que, sin duda, el nuevo modelo de relación entre el usuario y las instituciones de la salud ha variado capitalmente, y ello por cuanto que ahora se incluye una práctica centrada, no solo en la enfermedad, sino también en el paciente, desde el punto de vista psicológico y social, tarea que no obstante no siempre es fácil debido a factores culturales, económicos o sociales, entre otros, que afectan a la gestión sanitaria y, por tanto, a la relación entre el usuario y la administración sanitaria.

Sin duda también se debe concluir que la comunicación constituye la columna vertebral de la actividad laboral del profesional del ámbito de la salud, aspecto este que se encuentra presente principalmente en dos contextos diferentes: por un lado con los propios usuarios, puesto que los pacientes necesitan confiar en los profesionales que están a cargo de su proceso y, de hecho, está demostrado que la adherencia al tratamiento del paciente es mucho mayor cuando la relación con los profesionales que le atienden es fluida, ya que, además de entender las indicaciones a seguir, mejora su predisposición psicológica para afrontar el problema de la salud que presente. Asimismo, una noticia no comunicada bien puede conllevar consecuencias muy negativas tanto para el profesional de la salud que la comunique como para la organización sanitaria a la que pertenece, sobre todo si ese fallo genera una grave repercusión al usuario.

Por otro lado, resulta también esencial en el desempeño de su labor no solo la comunicación que el personal administrativo tenga con el usuario, sino también la relación que tenga con el resto de los profesionales de la salud con los que se interrelaciona, pues resulta esencial su labor de informar y divulgar sus experiencias, conocimientos y hallazgos al resto de la personas que colaboran con él, en tanto que, a partir de la comunicación que ofrecen ante los compañeros, reflejan

su imagen personal y profesional, así como la imagen de la institución sanitaria a la que representan, afectando positiva o negativamente a su credibilidad.

También se puede concluir que los usuarios exigen que, además de la excelencia científica, el profesional administrativo de las instituciones sanitarias resulte cercano y muestre humanidad, que les oriente y les aconseje, de forma tal que los pacientes necesitan profesionales de la salud que, además de su conocimiento y habilidades técnicas, incidan en la dimensión psicológica de los enfermos a través del empleo eficiente de la comunicación. Pero, además de competencias técnicas, los pacientes demandan, cada vez más, que los profesionales sanitarios les escuchen, pregunten, informen, respondan a sus preguntas y se interesen verdaderamente por su situación. Y es que el paciente de hoy en día puede ser capaz de asumir que su proceso es grave e, incluso, irreversible, siendo consciente de que el profesional de la salud no siempre tiene en su mano las soluciones que él necesita, pero lo que no acepta es que no le escuchen, que no le crean o le minusvaloren.

Por eso, el componente emocional y los procesos comunicativos que le acompañan resultan tan decisivos para el profesional de la salud y para su credibilidad de cara al paciente. Dependiendo de cómo se desarrolle esta relación, van a derivar muchas consecuencias importantes, tales como una elaboración adecuada de la historia clínica, una correcta exploración física del paciente y la obtención adecuada del diagnóstico, un seguimiento de control de la enfermedad eficaz y, sobre todo, la motivación del paciente y su adherencia al tratamiento.

6 Bibliografía

- Luis A. Branda, Xavier Clèries. La comunicación en el ámbito de la salud. Unitat d´Innovació Docent en Educació Superior (IDES) Universitat Autònoma de Barcelona. Institut d'Estudis de la Salut (IES). Generalitat de Catalunya. Educ. méd. vol.10 no.2 jun. 2007
- Xavier Pons Diez. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: Aspectos conceptuales y guía de aplicación.. Editotrial Academia Edu. 2020
- COMUNICACIÓN PACIENTE-PROFESIONALES SANITARIOS. MSD SALUD. Abr 2018
- E. Martín Padilla, P. Sarmiento Medinab, A. Ramírez Jaramilloc. Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. Revista de Calidad Asistencial. Elsevier. May 2014

- Navarrro Rubio, María Dolores y Otros. Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes. Editorial Instituto Universitario de Pacientes
- Proyecto Comunicación entre Profesionales Sanitarios y Pacientes. Editorial Novartis. 2018

Capítulo 815

EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL AMBITO SANITARIO: LA IMPORTANCIA DEL MISMO PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SALUD

SARA MENENDEZ HEVIA

1 Introducción

El trabajo en equipo en el ámbito sanitario resulta imprescindible dada la gran variedad de profesionales que trabajan en el mismo y que necesitan coordinarse entre sí para ofrecer una atención óptima, de calidad y satisfactoria a los usuarios y pacientes.

Así, por ejemplo, en el caso de un paciente que acude a un Servicio de Urgencias por un problema de salud, la organización del trabajo en equipo hace que el personal administrativo del centro se encargue de contactar con los recursos sanitarios adecuados (profesionales asistenciales, transporte, etc), el equipo de enfermería de atender en primera instancia al paciente y el equipo médico de diagnosticarlo y tratarlo. A su vez, otros miembros del equipo como pueden ser los auxiliares de clínica, mantienen los boxes equipados y los técnicos de mantenimiento y limpieza se encargan de que todo esté en perfecto estado. Finalmente, con el trabajo coordinado de todos, el paciente resuelve o puede encaminar adecuadamente el problema que le ha llevado al centro.

Como vemos, el trabajo en equipo engloba a todo tipo de personal que trabaja en el centro, tanto al personal sanitario (equipo médico, equipo de enfermería…) como al personal no sanitario (administrativos, celadores, técnicos de mantenimiento, etc).

2 Objetivos

Dada la importancia que tiene el trabajo en equipo en el entorno sanitario, el objetivo es entender lo que es un equipo de trabajo, sus características y sus beneficios tanto para la organización sanitaria como para los propios profesionales, abarcando a todo tipo de personal, tanto sanitario como no sanitario y haciendo un especial énfasis en el personal administrativo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajo del auxiliar administrativo forma parte del trabajo de un equipo de profesionales multidisciplinares, en el que cada uno tiene asignado un determinado rol en función de un objetivo final. El administrativo de la salud se integra en un grupo administrativo (el primer escalón de ese equipo) y, a su vez, en un equipo más amplio integrado por otros profesionales (médicos, enfermería, técnicos, trabajadores sociales, etc) de forma que todos juntos actúan e interactúan en beneficio de la salud de los ciudadanos que atienden.

Se puede definir el equipo de trabajo como un grupo de personas con habilidades complementarias que están comprometidos con un objetivo común.
Para que se pueda hablar propiamente de equipo, es preciso que se den una serie de circunstancias que lo configuren como tal, más allá de los límites del simple grupo:

-El número de miembros ha de ser relativamente reducido, ya que de otro modo el conjunto resulta inmanejable y la eficacia se ve comprometida
-Deben darse unos lazos interpersonales cualitativos. El los miembros del equipo, existe una cierta conciencia de pertenencia y una cierta forma de cultura común. En él, no hay sólo adhesión, sino una aceptación y una voluntad de adhesión.
-Debe existir una implicación personal que constituya un compromiso
-El objetivo colectivo es otro requisito para la existencia de equipo. Este no puede funcionar como tal sin una intención común de caminar hacia una meta.
-Existen límites y obligaciones que, aunque no sean percibidos exteriormente, se consideran implícitos para los miembros del equipo, que deben renunciar a un cierto grado de libertad, aceptar una táctica común, etc, para alcanzar el objetivo común.
-Necesita de una organización, que será variable según el tipo de acción

El trabajo en equipo tiene muchas ventajas, tanto para la organización como para el profesional:

Las ventajas del equipo para la organización son que este:
-Cohesiona a los profesionales y aumenta su productividad
-Integra a cada uno de los miembros del equipo en el lugar más adecuado a sus aptitudes.
-Mejora la eficacia y la eficiencia
-Mejora el sentido de pertenencia a la organización
-Mejora la calidad y satisfacción del paciente
-Mejora la seguridad del paciente

Las ventajas del trabajo en equipo para los profesionales son múltiples, y entre ellas cabe destacar que:
-Desarrolla relaciones interpersonales, intercambio de ideas, conocimientos y habilidades
-Ensancha el círculo de comunicación y la información compartida comporta aprendizaje
-Aumenta el entendimiento y se compensan las debilidades individuales
-Desarrolla las relaciones interpersonales, complementando los diferentes puntos de vista en aras de una actuación o solución ante un problema planteado
-Permite compartir responsabilidades y aceptar mejor las decisiones del equipo
-Posibilita conocer y comprender al resto de profesionales, respetando sus propias opiniones e ideas y aceptando la crítica
-Favorece la innovación, huyendo de la rutina y aceptando nuevos retos

-Se reducen la tensión y el estrés al compartir los trabajos y las cargas
-Aumenta la implicación de todos los miembros
-Produce resultados de mayor calidad, al tiempo que aumenta la seguridad y el sentimiento de pertenencia al grupo.

Por otra parte, es importante destacar que dos aspectos esenciales en el funcionamiento de los equipos son, por una parte, el liderazgo, y por otra, la comunicación.

El trabajo en equipo necesita liderazgo, es decir, necesita de alguien con visión clara para definir la meta, compartirla y enfocar al conjunto de profesionales hacia ella. El líder ha de saber dirigir en medio de situaciones cambiantes, ser un buen comunicador, influir en la cultura de la organización e inspirar y motivar al grupo para trabajar con profesionalidad y ética.
Las investigaciones destacan las importancia del líder en el equipo de trabajo para generar una mayor confianza en la gestión, mayor compromiso y sensación de pertenencia, mayor satisfacción laboral, bienestar psicológico, seguridad física, percepción de autoeficacia, proactividad, etc. Los estudios sitúan al superior como un factor protector frente al desgaste profesional en el ámbito hospitalario. De ahí, la enorme importancia de los responsables de los equipos administrativos.
Las habilidades que tiene que desarrollar un buen líder son:
-Acostumbrarse a tenerlo todo organizado: tiene que estar atento a muchos procesos de trabajo a la vez, es imprescindible saber en cada momento dónde se puede consultar la información necesaria, quién se encarga de qué cosa, y qué tareas hay que realizar durante el día, la semana y el mes. Fallar en este aspecto puede generar disfunciones que afecten negativamente a toda la estructura del grupo o de la organización.
-Aprender a comunicar: es indispensable establecer un flujo de comunicación constante entre él y los trabajadores a los que supervisa.
-Dejar claras las funciones de cada uno
-Pasar por experiencias: para ser un buen líder se necesita siempre contar con experiencia en el ámbito en el que se trabaja, por una razón muy simple: al empezar a trabajar, es imposible prever las situaciones a las que habrá que hace frente, independientemente de su importancia. Por eso, hay que toparse con los problemas para aprender de ellos.
-Saber delegar funciones en otros
-Entrenar la asertividad: hay que respetar los puntos de vista ajenos a la vez que se expresa de manera muy directa aquello que uno mismo sostiene, aunque se contradiga con las opiniones del otro.

-Saber motivar: saber encontrar la fórmula para mantener a todo el mundo rindiendo en un punto de equilibrio entre la producción y el bienestar y la satisfacción personal es clave
-Aprender del sector: es imprescindible conocer aquello con lo que trabaja el grupo. Para ello, es muy útil pasar por todas las fases del proceso de trabajo, o todas aquellas por las que se pueda, para ver cómo lo viven los trabajadores.
-Escuchar el feedback constante: dentro un grupo de trabajo se genera una cantidad de información muy valiosa. Es necesario saber escucharla para conocer las necesidades del resto del equipo, los problemas que les van surgiendo, sus intereses, etc.

Por otra parte, una adecuada comunicación es importante para que dentro del equipo de trabajo se transmita la información necesaria para funcionar de forma eficaz. En este contexto, se pueden distinguir 4 tipos de información:
1. Información operativa: es aquella necesaria técnicamente para la ejecución del trabajo: características, plazos, dónde, cómo, etc. Su ausencia, paradójicamente muy frecuente, constituye uno de los motivos de insatisfacción importantes.
2. Información motivadora: se trata de informaciones que permiten a los miembros del equipo situarse en el contexto y tener un conocimiento suficiente d ellos objetivos, medios, normas, dificultades y preocupaciones del equipo en su conjunto. No es necesario, que todos los miembros del equipo estén en posesión de toda la información de la que disponen los máximos responsables ya que su posesión no contribuye a incrementar la motivación; sin embargo, la ausencia de la información imprescindible para cada nivel de colaboración resulta de vital importancia para mantener aquella. Este tipo de información es importante cuando se quiere llevar a cabo un proceso de cambio y debe proporcionarse en las fases preparatorias del mismo.
3. Información promocional: se refiere a las posibilidades de realización y progresión profesional de los miembros del equipo, como consecuencia de su trabajo presente en él.
4. Información general: concierne a aquellas cuestiones ajenas al propio equipo pero que pueden resultar de interés para sus miembros y que contribuyen a su socialización en el seno de la organización en la que se integra el equipo.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo refleja la importancia que tiene el trabajo en equipo en el ámbito sanitario, un sector multidisciplinar en el que trabajan distintos tipos de profe-

sionales pero que todos ellos tienen un objetivo común relacionado con ofrecer una atención óptima, de calidad y satisfactoria a los pacientes, y que por tanto debe de existir una adecuada coordinación entre todos ellos.

Un equipo de trabajo no es un simple grupo, para que un grupo de personas se pueda definir como equipo de trabajo, es necesario que reúna determinadas características entre las que se encuentran tener un número limitado de miembros, un compromiso de los mismos, un objetivo común, una organización y deben de existir también límites y normas.

Trabajar en equipo tiene múltiples ventajas tanto para la organización como para los profesionales que trabajan en la misma, siendo dos aspectos fundamentales para su correcto funcionamiento que exista un liderazgo y que haya una adecuada comunicación entre los diferentes miembros para transmitirse la información.

Todos los aspectos descritos anteriormente, afectan a cualquier profesional que trabaje en el ámbito sanitario, pero si nos centramos en el auxiliar administrativo, cabe decir que, éste trabaja por una parte, dentro del equipo administrativo del centro, y por otra, dentro de un equipo más amplio que incluye al resto de profesionales.
Así, el equipo administrativo es el primer escalón por el que pasan los pacientes, siendo el encargado de movilizar al resto de profesionales necesarios para que el paciente pueda ser atendido correctamente.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad; Asociación de Administrativos de la Salud (2014). El administrativo de la salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional.
2. Valero, J (1990). El trabajo en equipo. Documentación Administrativa/ nº 223 (julio-septiembre 1990).
3. March-Cerda, J.C; Danet, A; García-Romera, I. (2015). Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. Index de Enfermería, vol.24, nº 1-2, Granada ene/jun 2015.
4. Casas, J; Repullo, J.R; Lorenzo, S; Cañas, J.J.(2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. Revista de Administración Sanitaria, volumen VI, nº 23, julio/septiembre 2002.

5. García-Allen, J. Los 5 beneficios del trabajo en equipo. https: //psicologiaymente.com/organizaciones/beneficios-trabajo-en-equipo
6. Torres, A. Cómo ser un buen líder de equipos: 9 consejos. https:// psicologiaymente.com/coach/como-ser-buen-lider

Capítulo 816

MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PROFESIONALES

MARIA CASTRO GARCÍA

RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA

JORGE MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

Un Manual de Acogida es un plan de formación previamente diseñado y estructurado para facilitar al trabajador la integración y adaptación a un nuevo puesto de trabajo. De esto se desprende que el proceso de acogida es un proceso esencial dentro de las relaciones humanas y por ello debe tratarse con cuidado y mimo, para que la persona se sienta desde un principio lo más cómoda posible, evitando desde un principio situaciones de desagrado.

2 Objetivos

- Proporcionar un funcionamiento interno de la organización: horarios, permisos, sistemas de control horario, formación, evaluación del desempeño y canales de comunicación interna.
- Facilitar la rápida integración.
- Mostrar la normativa específica a aplicar en el entorno laboral, leyes, decretos, normativas internas, planes de calidad, cartas de servicios.
- Mostrar el organigrama del centro y distribución del mismo.

- Definir cuáles van a ser las funciones, tareas y herramientas corporativas dentro de la cartera de servicios que se prestan en la unidad en la que se incorpora.
- Describir las características más importantes del trabajo al que se incorpora.

3 Metodología

Estudio de guías sobre elaboración de manuales de acogida correspondientes a otros centros de distintas comunidades autónomas, así como recogida de información a partir blogs corporativos.

4 Resultados

Para que un plan de acogida resulte exitoso aparte de entregárselo al nuevo empleado tanto en papel como en formato digital, es necesario que este contenga un índice detallado con la información general de la organización, objetivos, valores y misión y una sección con datos relevantes para desempeñar el puesto, así como derechos y deberes de los trabajadores. Todo Plan de Acogida debe estructurarse en 3 fases:
1. General: sirve para todos los trabajadores independientemente de la categoría en la que se integren y se incluirá:
- Historia de la empresa.
- Actividad.
- Valores.
- Estructura u organigrama.
- Normas internas o procedimientos de actuación en casos concretos o emergencias.
- Números de teléfono y correos electrónicos de interés.
- Intranet, programas informáticos utilizados o redes sociales corporativas.

2. Especifica: centrada en el desarrollo de la actividad en sí. Comprende:
- El organigrama que existe dentro de cada departamento.
- La descripción de las tareas a desarrollar en cada puesto.
- Como se debe de trabajar para llegar a cumplir determinados objetivos.
- Información de contenido informático sobre como disponer de un usuario, contraseñas y de un correo electrónico corporativo.

3. Plan de formación inicial centrado en:
- Definir los objetivos.

- Presentar al resto de trabajadores y recorrer con él las nuevas instalaciones.
- Evaluar si la formación proporcionada al trabajador es correcta para desempeñar de forma eficiente su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Se puede observar como la implementación de un Plan de acogida tiene múltiples ventajas en una compañía. Entre ellas podemos destacas las siguientes:
- Reducción del estrés laboral e inseguridad ya que el trabajador no se va a encontrar con un entorno desconocido al proporcionarle la información imprescindible por adelantado.
- Incremento de la motivación y autoestima del empleado.
- Los trabajadores que reciben un plan de acogida se adaptan de forma más rápida y fácil.
- Mejora de la imagen hacia nuestros usuarios ya que el plan de acogida va a mejorar la comunicación interna y esto se va a transmitir positivamente de manera externa.
- Ahorro de tiempo, evitando en cierta medida errores, pérdidas de tiempo innecesarias por preguntas básicas. Ello se va traducir en un aumento de la eficiencia y en buenas resultados y de calidad desde un principio.

Podemos pensar que un Plan de Acogida es una moda de recursos humanos para aumentar el bienestar de los empleados, pero realmente es una herramienta de eficiencia. El no desarrollar un correcto Plan de Acogida puede tener no solo elevadas consecuencias económicas (derivadas de un proceso de selección no consumado, la prolongación del periodo de adaptación y las bajas psicológicas motivadas por la inadaptación o baja productividad) sino también consecuencias no cuantificables que repercuten a nivel psicológico.

6 Bibliografía

- www.bizneo.com/blog/plan-de-acogida-para-nuevos-empleados recursos-humanos.infojobs.net/plan-acogida-nuevos-empleados laclave-rrhh.es/elaboracion-del-plan-de-acogida/
- Clutterbuck, D. (1991). Everyone needs a mentor. Institute of Personnel and Development, 2ªed.
Cubeiro, J.C. (2000). Tú Gurú Particular. Ediciones Martínez Roca,S.A., 1ª ed.

- Hiltrop, J.M. (1997).Temas y Retos de la Función de Recursos Humanos.Revista de la Dirección Española de Dirección de Personal. Nº3. Pp 15-25.
- Labrado, M.(1999). Lo que motiva a los mejores. Revista de Asociación Española de Dirección de Personal. Nº11. Pp 31-35.

Capítulo 817

LA INTIMIDAD DEL PACIENTE: UN DERECHO

NURIA DEL VALLE ZALDÍVAR

1 Introducción

El derecho a la intimidad viene recogido en el artículo 18 de la Constitución Española, " se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen". Se define por tanto intimidad como "relación de amistad muy estrecha y de gran confianza" o "aspecto interior o profundo de una persona, que comprende sentimientos, vida familiar o relaciones de amistad con otras personas".

Cuando un paciente se pone en manos de un profesional sanitario, este trata lo más íntimo de quien tiene delante, tanto su cuerpo, su psique y su biografía del presente como de su pasado. Se puede decir que el paciente pone su vida en manos del profesional, confía en él.

La enfermedad pone en peligro dos pilares fundamentales de la dignidad humana: la autonomía y la intimidad. El respeto a la intimidad y privacidad durante la asistencia sanitaria es una necesidad cada vez más sentida por la población usuaria de los servicios asistenciales.

La Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, en su artículo 7, afirma que "toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley".

En 2003 la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS) publicó un Plan de Mejora de la Intimidad del Ciudadano en la Asistencia Especializada, para facilitar el desarrollo e implantación de medidas de fomento de la intimidad del paciente.
Debido al aumento de alumnos e investigadores en el ámbito sanitario en los últimos años, el derecho a la intimidad del paciente se ha visto comprometido, por ello, en 2017 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha publicado el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo con pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. Entre esas pautas, está la obligación de pedir consentimiento al paciente para que los estudiantes presencien las actividades clínicas.

Las medidas de dicho protocolo se dedican tanto al control del personal en formación e investigador de las instituciones sanitarias, como a la adquisición a este colectivo de competencias y hábitos que garanticen un futuro profesional en el que el respeto a la intimidad, dignidad y confidencialidad de los datos de salud, estén integrados e internalizados en el que hacer diario de todos los profesionales que actúan en ámbitos vinculados con el sector sanitario".

2 Objetivos

- Respetar a la intimidad corporal, en exploraciones, cuidados incluso en actividades de aseo e higiene.
- Garantizar el derecho al acompañamiento, salvo que las circunstancias clínicas lo desaconsejasen.
- Garantizar el derecho a limitar la grabación y difusión de imágenes en las que se revele la identidad del paciente.
- Garantizar el derecho a la confidencialidad de datos personales: teniendo obligación los profesionales de guardar el debido secreto y no revelar sus datos sin su consentimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la práctica asistencial, la información aportada por el paciente y la recopilada por el profesional, son objeto indiscutible de protección. Dentro del respeto a la intimidad del cuerpo, existen una serie de pautas que contribuyen a que el paciente se sienta respetado y por tanto mejor tratado por los profesionales sanitarios y no sanitarios.

Respetar el espacio físico donde se atiende al paciente, estableciendo mecanismos de separación que permitan privacidad en los lugares de atención; mantener las puertas de las salas de exploración cerradas, etc. Explicar al paciente lo que se le va a realizar, tanto a la hora del aseo, como en las exploraciones y cuidados, y destapar sólo la zona a tratar respetando su pudor, son algunas de las medidas que llevadas a cabo junto con el cumplimiento de las leyes existentes al respecto, conseguirán que la asistencia sanitaria sea más satisfactoria.

5 Discusión-Conclusión

El derecho a la intimidad debe ser preservado desde dos aspectos: la confidencialidad o protección de datos relativos a la salud del paciente y la protección de la intimidad personal que tiene su punto de partida en la intimidad corporal y llega a la idea ambigua de los valores y creencias.

6 Bibliografía

- Constitución Española (BOE núm.311 de 29 de diciembre de 1978).
- Sanidad publica un protocolo para proteger la intimidad del paciente. Disponible en: https://www.actasanitaria.com/protocolo-intimidad-mir/
- SaludInforma-Dignidad, intimidad y Confidencialidad. Disponible en: https://www.saludinforma.es/portalsi/bioetica-salud/dignidad-intimidad-y-confidencialidad
- Diarioenfermero.es. Disponible en: https://diarioenfermero.es/nuevo-protocolo-protege-derechola-intimidad-del-paciente-los-alumnos-residentes-sanitarios/

- https://scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1137-66272006000600006
- Ley 41/2002, 14 noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 818

EL ACOSO LABORAL EN ENTORNOS SANITARIOS.

DIEGO HUERTA GONZALEZ

1 Introducción

Para comenzar este capítulo, en primer lugar, debemos de establecer qué el acoso laboral.
De este modo, el acoso laboral, popularmente conocido con el término de "mobbing", se define como el conjunto de acciones continuadas de violencia psicológica injustificada (insultos, humillaciones, menosprecios, aislamiento, difusión de rumores, etc.), y a veces incluso física o sexual, que superiores, compañeros de trabajo o la propia empresa ejercen sobre la víctima. Todas estas conductas se realizan de forma consciente, abusiva y premeditada con el objetivo de degradar el clima laboral de la víctima de modo que sienta miedo al ir a trabajar y que acabe por abandonar su puesto de trabajo.

Existen diferentes tipos de acoso laboral, ente los que se encuentra:
- Acoso vertical descendente ("bossing").
- Acoso vertical ascendente.
- Acoso horizontal.
- Burnout o síndrome de estar quemado.
- Acoso sexual.
- Violencia física.

El más habitual es el "bossing" o acoso vertical descendente, que es el que practica un jefe o el dueño de una PYME, el cual usando una posición de superioridad para con la víctima de "mobbing", practica el acoso. El acoso contrario sería el

ascendente, que es cuando los trabajadores hacen acoso a su jefe. En caso del acoso horizontal es cuando un compañero es el que realiza el acoso y los jefes no toman medidas, cuando se les ha notificado.

2 Objetivos

- Conocer el concepto y la categorización de acoso laboral.
- Delimitar las causas que llevan a la existencia de acoso laboral dentro de los entornos sanitarios.
- Saber las medidas que se deben llevar a cabo ante un caso de acoso.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre los factores desencadenantes de estas situaciones se encuentra la existencia de regímenes muy jerarquizados (típicos en muchos entornos hospitalarios), los silencios cómplices o asustados ante la posibilidad de represalias la mala interpretación del proceso formativo como un proceso de sacrificio que lleva a aceptar comportamientos inaceptables en otros entornos, el desconocimiento de los cauces de comunicación y denuncia, el miedo a represalias, la negación por parte de muchos profesionales, los comportamientos heredados.

Todo ello puede llevar a efectos indeseables en la salud y autoestima de los profesionales afectados, en su compromiso profesional y en la calidad de la atención que prestan, pero por si fuera poco todo ello puede además incidir negativamente en la calidad o en los costes de la atención sanitaria, reduciendo la seguridad de los procesos asistenciales.

5 Discusión-Conclusión

¿Cómo actuar en caso de acoso laboral?
Una vez detectado el problema, es conveniente que el trabajador busque ayuda a través del profesional médico correspondiente a fin de paliar o disminuir, en la medida de lo posible, los efectos adversos que sobre la salud del trabajador puedan generar dichas conductas.

Paralelamente, hay que reaccionar desde el punto de vista jurídico. No es obligatorio, pero sí recomendable poner los hechos en conocimiento de los representantes legales de los trabajadores, si es que existen, y/o del Comité de Seguridad y Salud de la empresa.

Se puede comunicar la situación por estas vías con la finalidad de que intercedan ante la misma para que se realice una adecuada investigación de los hechos y, como consecuencia de ello, se adopten las medidas necesarias y contundentes para corregir las conductas infractoras.

Además, suele establecerse dicha opción en los protocolos de actuación ante una situación de acoso de los convenios colectivos, siempre teniendo en cuenta que en ningún caso es un paso obligatorio.
Para que dicha acción tenga visos de éxito, es muy importante recabar toda la información y pruebas que sean posibles y válidas en derecho. Esta información puede proceder, por ejemplo, de correos electrónicos recibidos, documentos, testigos, fotografías, etc.

6 Bibliografía

- Https://amyts.es/acoso-laboral-en-entornos-sanitarios/.
- Www.fontelles.com.
- Www.legalitas.com.
- Www.sanitas.es.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 819

LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA TERESA ROMERO RODRÍGUEZ

ANA ELISA MALANDA TUÑÓN

LOURDES LÓPEZ ÁLVAREZ

RAQUEL JIMÉNEZ ÁLVAREZ

SENDY NABIL AZOFEIFA SOTO

1 Introducción

La violencia impregna todos los ámbitos donde se mueve el ser humano y uno de ellos es el ámbito laboral. Diversos autores definen el término "violencia" relacionada con el lugar de trabajo como "cualquier incidente en el cual un empleado es abusado, amenazado o atacado por un miembro del público". Chapell y Di Martino la definen como "una forma negativa de conducta entre dos o más personas, caracterizada por agresividad con daños en la seguridad, la salud y el bienestar de empleados en su lugar de trabajo". Por ello recalcamos que la violencia no es únicamente física, también existe la violencia verbal o psicológica, que provoca graves impactos en la salud del trabajador.

2 Objetivos

Revisar, describir y analizar las agresiones a las personas que trabajan en los servicios sanitarios, para poder abordarlos a nivel personal e institucional y buscar posibles soluciones o persuasiones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dada la importancia del tema y la escasez de datos registrados se está trabajando en la implantación de registros de los incidentes violentos en los centros sanitarios. Esto permite describir la tipología de la violencia en el sector sanitario, identificar los factores de riesgo de la misma y hacer comparaciones con otras investigaciones de referencia.

La violencia en centros sanitarios procede generalmente de pacientes y otras veces de familiares que se sienten agobiados, frustrados y alterados. Cualquier personal del centro sanitario puede ser víctima de la violencia, aunque son los que tienen un contacto más directo con los pacientes los que tienen un riesgo más elevado. Por estadísticas existentes los médicos sufren el mayor número de agresiones, seguidos de los auxiliares administrativos y los enfermeros en términos numéricos y después el resto de categorías profesionales. Los actos violentos pueden producirse en cualquier unidad, pero son más frecuentes en las salas de urgencias y en las de psiquiatría. Temporalmente son más numerosas en horarios de más actividad e interacción con los pacientes, como son horario de comidas, horas de visita y en el traslado del paciente. Según las motivaciones, las agresiones pueden ocurrir cuando se ingresa o se da el alta a un paciente contra su voluntad o cuando un trabajador establece pautas o normas.

Algunas estrategias para prevenir la violencia en centros sanitarios deberían incluir:

- Instalación de dispositivos de seguridad, como detectores de metales, cámaras y buena iluminación en general.
- Diseño de las áreas de espera para acomodar a visitantes y pacientes que puedan tener retraso en la asistencia sanitaria.
- Personal administrativo suficiente para no trabajar solo y reducir los tiempos de espera de los pacientes.
- Guardias de seguridad suficientes para zonas interiores y exteriores, así como sistemas efectivos para su rápida alerta.
- Accesos controlados por tarjeta para restringir el movimiento del público en el centro sanitario.
- Medidas formativas que proporcionen a todos los trabajadores recursos para reconocer y manejar las agresiones y situaciones conflictivas.
- Campañas de promoción de valores y desarrollo de un marco legal adecuado que influya preventivamente.

Pese a estas medidas la dirección del centro debe estar preparada para los posibles casos de violencia que puedan ocurrir y sus consecuencias. Debe existir una comunicación abierta y proporcionar atención y asesoramiento a cualquier trabajador objeto de violencia.

5 Discusión-Conclusión

Resulta muy difícil disponer de datos reales sobre las agresiones a las personas que trabajan en los servicios sanitarios. Se sabe que hay un gran volumen de incidentes violentos que no salen a la luz. Lo que nos atrevemos a afirmar es que los profesionales habitualmente ignoran las actuaciones a seguir en situaciones conflictivas y, en ocasiones, tienen tan asumidos comportamientos antisociales por parte de los usuarios, que llegan a interpretarlo como normal en su quehacer diario, a no ser que se produzcan agresiones físicas.

Según datos de la Organización Mundial del Trabajo el 25% de las agresiones en el medio laboral se producen en el ámbito sanitario. De los sondeos obtenidos se extrae que aproximadamente el 60% del personal de centros sanitarios ha sido objeto de alguna agresión verbal o física y prácticamente la mitad del total ocurren en el servicio de Urgencias.

Estamos hablando de un problema multifactorial, cuya solución requiere de la colaboración de distintos agentes sociales y profesionales. Tenemos el convencimiento de que acabaremos concienciados del problema y pondremos los

medios adecuados para paliarlo.

6 Bibliografía

- Chapell D., Di Martino V. Violence at work. Geneve: International Labour Office, 1998.
- La violencia en el ámbito de la administración sanitaria. Informe especial al Parlamento de Navarra. Institución del Defensor del Pueblo de la Comunidad Foral de Navarra. 2008.
- Cantera L.M., Cervantes G., Blanch J.M. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. Papeles del Psicólogo. 2008.
- Plan de Prevención y Atención de agresiones para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en: http://www.sas.junta_andalucia.es/principal/documentosAcc.asp?página-pr_guia_atagresiones.

Capítulo 820

RIESGOS LABORALES PARA CELADORA GESTANTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y NECESIDAD DE ADAPTACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

PATRICIA MONTES GAMEZ

MARIA ANGELINA GARCÍA RUBIO

ARAMI GARCÍA BORJAS

ROSA MARÍA VALDÉS DÍAZ

JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Existen múltiples evidencias y estudios que señalan los riesgos específicos para una trabajadora gestante en el servicio de urgencias hospitalarias, así como, la necesidad de adaptación del puesto de trabajo para evitar dichos riesgos. Asumiendo la incorporación de la mujer en todos los ámbitos laborales y atendiendo a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 del 8 de noviembre queda justificado el conocimiento de los riesgos específicos de una celadora gestante y la necesidad de la adaptación su puesto de trabajo.

2 Objetivos

- Abordar la necesidad de legislar y conocer las circunstancias especiales de una celadora gestante en el servicio de urgencias hospitalarias.
- Conocer los riesgos específicos del puesto de trabajo de celadora en urgencias hospitalarias.
- Enumerar las consecuencias de estos riesgos en una celadora gestante.
- Justificar la necesidad de adaptación del puesto de trabajo para evitar las consecuencias negativas para la gestante y/o feto.

3 Metodología

Se realizó búsqueda bibliográfica en las más importantes bases de datos, como son PubMed y Cochrane, así como consulta en Google Scholar.

4 Resultados

En los últimos años hemos asistido a la incorporación de la mujer en todo tipo de ámbitos laborales, por lo que se ha hecho necesario conocer y evaluar los riesgos laborales específicos de una mujer gestante.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales en nuestro país, establece la necesidad de determinar la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras gestantes o de parto reciente a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente descrito, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) ha firmado un convenio de colaboración con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) cpn el objetivo de valorar el riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo.

A pesar de que el embarazo no es una enfermedad genera una vulnerabilidad especial en la madre y en el feto que requiere una especial protección. A continuación detallaremos los riesgos específicos más importantes a los que una celadora está expuesta en el servicio de urgencias.

1. Exposición a agentes físicos:

En el servicio de urgencias hospitalarias los agentes físicos a los que puede estar expuesta una celadora son las radiaciones ionizantes, presentes el servicio de radiodiagnóstico de urgencia. Los efectos de estas radiaciones afectan sobre todo al feto, dada su alta vulnerabilidad. Estos efectos variarán en función de la edad gestacional, dosis recibida y distribución en el tiempo.

El desarrollo de la actividad laboral de una celadora gestante expuesta a radiaciones ionizantes no presupone que deba ser separada del puesto de trabajo si usa las medidas de barrera oportunas como el uso de Equipos de Protección Individual y control dosimétrico. El dosímetro indica la dosis que la trabajadora recibe de los campos de radiación externos a los que pueda estar expuesta, la celadora gestante deberá llevar su dosímetro personal y un dosímetro de abdomen, para estimar la dosis recibida por el feto.

2. Exposición a agentes químicos:
La valoración del riesgo químico durante el embarazo está ampliamente legislada, la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas químicas (ECHA) registra y notifica todas las sustancias químicas y los peligros de cada una de ellas.
En el puesto de trabajo de celadora de urgencias puede haber una exposición a agentes cancerígenos y /o mutágenos, si bien esa exposición suele ser infrecuente, debe tenerse en cuenta el estado gestante de la celadora para evitar la exposición a dichos agentes.

3. Exposición a agentes biológicos:
Se consideran agentes biológicos a los microorganismos susceptible de generar cualquier tipo de infección alergia o toxicidad.

Los agentes biológicos más habituales a los que está expuesta una trabajadora en el servicio de urgencias son: rubeola, parotiditis, sarampión, varicela, tuberculosis, citomegalovirus, hepatitis B y C, VIH, parvovirus y coxsackie A16.
Resulta complicado conocer a qué agente estará expuesta una celadora gestante, ya que es un servicio de primera atención y por tanto no se conoce la enfermedad del paciente/usuario para así tomar las medidas específicas de protección, incluyendo los EPI´s.

4. Exposición a riesgos ergonómicos:
A. Manipulación Manual de Cargas, cualquier operación de trasporte o sujeción de una carga por uno o varios trabajadores, incluidas personas. Es uno de los riesgos más habituales en la celadora gestante debido a los cambios fisiológicos que sufre la embarazada (mayor lordosis lumbar, prominencia abdominal y un

aumento de su peso).
B. Bipedestación prolongada, la celadora del servicio de urgencias tendrá que mantenerse de pie durante largos periodos.

5. Exposición a riesgos psicosociales:
La turnicidad, la carga mental por atención al público, las agresiones verbales y/o físicas pueden generar estrés, cambios fisiológicos, emocionales y conductuales. La celadora del servicio de urgencias puede verse afectada por estos riesgos.

Las consecuencias negativas de la expoción a estos riesgos pueden ser:
- Defectos congénitos como malformaciones, deformaciones, disrupciones y displasias.
- Abortos.
- Retrasos en el crecimiento fetal.
- Alteraciones en el desarrollo cerebral fetal.
- Mortalidad perinatal aumentada.
- Bajo peso en el recién nacido.

Existe relación directa entre dichos riesgos y problemas en el embarazo; por tanto existe una necesidad de adaptación del puesto para evitar la exposición a los mismos, realizando las medidas preventivas oportunas. En caso de no ser posible la adaptación del puesto de trabajo estaría indicado el cambio de puesto de trabajo de forma temporal, la empresa deberá determinar los puestos exentos de dichos riesgos.

5 Discusión-Conclusión

En el puesto de trabajo de celadora del servicio de urgencias existen múltiples riesgos que pueden ser perjudiciales para una embarazada y su feto. Por tanto es evidente la necesidad de adaptación de su puesto de trabajo para evitar efectos perjudiciales tanto a la trabajadora como al feto.

6 Bibliografía

- Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo(AMAT).Guía de ayuda para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo, segunda edición. Documento interno de trabajo.
- Guía de valoración de riesgos laborales en el embarazo y lactancia en trabajadoras del ámbito sanitario. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2008.

- Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 del 8 de noviembre.

Capítulo 821

LA EMPATÍA PARA CELADORES.

RAQUEL GONZALEZ MELEIRO

1 Introducción

La empatía es un aspecto del ser humano que favorece el desarrollo del bienestar, la resolución positiva de los problemas y la prosocialidad hacia las personas. Es una capacidad que se puede ir observando desde la infancia. Dicho constructo puede llevar a las personas a ayudar a otros y evitar que sean lastimados, pero esta situación ocurre especialmente cuando la persona es altruista; es decir, cuando la persona se preocupa realmente por el bienestar de los demás.

2 Objetivos

Dar a conocer al celador información interesante sobre la empatía.

3 Metodología

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

4 Resultados

La empatía describe la aptitud intelectiva de una persona de vivenciar la manera en que siente otra persona; para una mejor comprensión de su comportamiento o de su forma de tomar decisiones. También permite responder correctamente a las reacciones emocionales de los demás, y facilita entender las necesidades, sentimientos y problemas de los otros y comprenderlos, poniéndose en su lugar. Las personas con empatía son aquellas capaces de escuchar a los demás y entender sus conflictos y motivaciones, lo que permite una mejor interacción al poder identificar y aprovechar las oportunidades comunicativas que les ofrecen otras personas.

5 Discusión-Conclusión

La empatía permite "leer" a las personas, comprenderlas y entender cómo se sienten ante determinadas situaciones. Los profesionales que trabajan en los hospitales han de ser empáticos, han de tener la capacidad de ver más allá del propio paciente y de sus rostros, siendo este aspecto esencial para una atención de calidad al enfermo.

6 Bibliografía

- Https://www.tesisenred.net
- Https://www.redalyc.org/pdf/832/83232594008.pdf.
- Https://eprints.ucm.es/36915/1/T37011.pdf.
- Http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v20n5/2014-9832-fem-20-5-227.pdf.
- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- Https://www.scielo.org/es/.
- Https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 822

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIARES ADMINISTRATIVOS.

LOURDES LÓPEZ ÁLVAREZ

RAQUEL JIMÉNEZ ÁLVAREZ

SENDY NABIL AZOFEIFA SOTO

MARÍA TERESA ROMERO RODRÍGUEZ

ANA ELISA MALANDA TUÑÓN

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término salud como: "el estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de daño o enfermedad".

Los daños en la salud pueden originarse por motivos múltiples, pero en el caso que nos ocupa son el el resultado de sufrir riesgos laborales. Atendiendo a este aspecto, podemos dividir entonces los daños derivados del trabajo en dos grupos:
- Accidente de trabajo: se presenta súbitamente y su reconocimiento como suceso o acción eventual no tiene duda.

- Enfermedad profesional: son patologías de desarrollo lento y progresivo originadas al estar expuesto el trabajador durante un tiempo indefinido a unas condiciones adversas para la salud. Es difícil precisar su carácter profesional.

Serían estas últimas las que más inciden en la profesión de Auxiliar Administrativo como iremos viendo.

Por ello la Prevención de Riesgos Laborales (P.R.L.) 31/1995, 8 de noviembre, se basa en nueve principios, cuatro técnicas, leyes y normas.

Los nueve principios generales de la Acción Preventiva según el artículo 15 de la P.R.L. Son:
1. Evitar los riesgos.
2. Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
3. Combatir los riesgos en su origen.
4. Adaptar el trabajo a la persona.
5. Tener en cuenta la evolución de la técnica.
6. Sustituir lo peligroso por lo que no entrañe poco o ningún peligro.
7. Planificar la prevención
8. Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
9. Dar las debidas instrucciones a los trabajadores. Lo que implica la debida formación e información.

Respecto a las cuatro técnicas, son:
1. Seguridad: por ejemplo espacio de trabajo, protección contra incendios y electricidad, así como equipos de trabajo adecuados, que en el caso de un Auxiliar Administrativo consistiría en el ordenador, centralita o auriculares.
2. Higiene Industrial: valora el medio ambiente físico, químico y biológico. En el caso de los Auxiliares Administrativos incidirían más las causas derivadas del ambiente físico: radiaciones emitidas por la pantalla del ordenador; ruido de las centralitas o teléfonos, así como vibraciones; temperatura de la sala donde se halle: humedad, velocidad del aire y ventilación según esté instalado correctamente el aire acondicionado; iluminación adecuada. Todas estas características hacen alusión al "Síndrome del Edificio Enfermo".
3. Ergonomía y Psicosociología: dadas las características del puesto de un Auxiliar Administrativo tendremos en cuenta: asiento, mesa, ratón y teclado por un lado y carga de trabajo física o mental por el otro. Respecto a la carga física, la trata la Ergonomía pretende disponer de asientos y mesas adecuados que proporcionen una distancia correcta al ordenador y que así se eviten dolores postulares tras una jornada de trabajo prolongada y en su caso reposapiés. Así mismo, no

deben olvidarse peanas para regular la visualización de la pantalla, ratones y teclados apropiados para manos , muñecas y brazos. En cuanto a la carga mental, la trata de Psicosociología se encarga de controlar los aspectos psicosociales del trabajo para humanizarlos mediante el diseño indicado de turnos, horarios, carga de trabajo, descansos,etc.
4. Medicina del Trabajo: se refiere esta técnica a los Reconocimientos Médicos que se practican periódicamente a los trabajadores para comprobar su estado de salud.

En cuanto a las leyes y normas, todo esto se traduce en unos derechos y deberes que deben cumplir tanto trabajadores como empleados. Estas leyes y normas son:
- La Constitución.
- El Estatuto de los Trabajadores.
- Los Convenios Laborales.
- La Ley de P.R.L. más Reales Decretos.

2 Objetivos

- Saber distinguir entre fatiga, estrés y ”burn out”.
- Conocer ejemplos, síntomas y medidas preventivas sobre fatiga, estrés y ”burn out”.
- Comprender los peligros respecto a carga física y mental y la forma para tratarlos.

3 Metodología

Para ello se ha procedido a la lectura y consulta de bibliografía y manuales relacionados con la materia, además de la revisión de un curso realizado con anterioridad y aplicación de conocimientos como resultado de experiencia profesional.

4 Resultados

La Enfermedad Laboral o Profesional se define como “aquella contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.”

En el caso del Auxiliar Administrativo, la sala en la que desarrolle su trabajo puede ser espacio generador de fatiga, estrés o insatisfacción. La prolongada y/o

inadecuada posición sedente representa un significativo factor de riesgo.

La Higiene Industrial es la técnica que previene la aparición de enfermedades profesionales estudiando, valorando y modificando el medio ambiente físico, químico o biológico del trabajo.

Según el Artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social: " se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena o propia en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que está provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional."

Grupos de Enfermedades Profesionales según Real Decreto 1299/2006 potencialmente originadas por:
- Agentes químicos.
- Agentes físicos.
- Agentes biológicos.
- Inhalación de sustancias volátiles.
- Por agentes carcinógenos.

En cierta medida si el Auxiliar Administrativo se encuentra en un Hospital o Centro de Salud podría verse afectado fundamentalmente por exposición. Aunque los daños que más afectan a la salud de dicho personal serían de naturaleza física y relativos al equilibrio mental y social del trabajador, llegando a materializarse en dolencias de tipo somático o psicosomático. Así pues tenemos: la fatiga, el estrés y la insatisfacción.

La fatiga es consecuencia de la carga de trabajo. Puede ser física o mental. Por lo general , desaparece con el descanso. Algunos ejemplos :
1. Jornadas largas.
2. Carga de trabajo.
3. Trabajos repetitivos.
4. Posturas inadecuadas.
5. Responsabilidades.

Síntomas de la fatiga:
1. Estado nervioso.
2. Irritación.
3. Abatimiento.

4. Dolor de cabeza o espalda.
5. Disminución del rendimiento.

Medidas preventivas de la fatiga:
1. Hábitos de vida saludable.
2. Organización de tareas.
3. Pausas y descanso.
4. Medios de trabajo adecuados.
5. Mantener un ambiente aceptable (ruido, temperatura).

El estrés es la percepción de un desequilibrio sustancial entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo. Algunos casos:
1. Presión en el entorno de trabajo.
2. Carga de trabajo.
3. Responsabilidad.
4. Relaciones laborales insatisfactorias.
5. Ambiente físico inadecuado (temperatura, ruido).
Síntomas del estrés:
1. Sensación de impotencia.
2. Ansiedad.
3. Depresión.
4. Agresividad.
5. Frustración.

Medidas para prevenir el estrés:
1. Mantener buen estado físico.
2.Llevar una dieta equilibrada.
3. No trabajar más de 10 horas al día.
4. Dormir un mínimo de 6 horas.
5. Aprender a desconectar /hablar de los problemas.

La insatisfacción o ”burn out” o síndrome del trabajador quemado es el grado de malestar que experimenta el trabajador con motivo de la realización del trabajo. Ejemplos por los que pueda producirse:
1. Salario.
2. Jornadas y ritmo de trabajo, turnos.
3. Rutina.
4. Relaciones en la empresa.

5. Inestabilidad laboral.
Síntomas que puedan describir un síndrome del trabajador quemado:
1. Angustia.
2. Distancia y aislamiento.
3. Depresión.
4. Falta de compromiso.
5. Frustración.

Medidas para prevenir el ”burn out”:
1. Compañerismo.
2. Promoción interna.
3. Organización del trabajo.
4. Fomentar aspectos positivos.
5. Participación de los trabajadores en la empresa.

Los peligros en cuanto a los agentes físicos:
1. Un ruido continuo por ejemplo en la sala del S.A.M.U. o 112 al sonar las llamadas a la vez. Entrañaría los siguientes riesgos: pérdida de audición por el uso continuo de cascos, dolor de cabeza, estrés, insomnio a causa de turnos rotativos y nocturnidad y/o fatiga mental producida por la recepción y el tratamiento de la información debida a la intensidad de las llamadas.
2. Radiaciones por ondas provenientes del ordenador.
3. Temperatura: frío o calor en la sala si no funciona correctamente el aire acondicionado o la calefacción.
4. Iluminación, si no es la apropiada puede causar fatiga visual, cansancio o dolor de cabeza.

En cuanto a los riesgos de la carga física, destacar en la ergonomía:
1. Tendinitis.
2. Lumbalgia por asientos inapropiados que dan lugar a malas posturas, que pueden provocar hernias discales o dolores cervicales.
3. Síndrome del túnel carpiano por prolongado uso del ratón.

Respecto a los riesgos de la carga mental la psicosociología:
1. Psicológicos: ansiedad, estrés, depresión, agresividad, “bourn out”, inseguridad, desmotivación y/o irritabilidad.
2. Psicosomáticos: cansancio, dolores de cabeza, insomnio, alteración de los ciclos del sueño.

3. Psicosociales: absentismo, accidentes, conflictividad, defectos de calidad, aislamiento, repercusión en la vida social y familiar.

Si el agente físico es un ruido continuo, la forma de combatirlo será la siguiente:
- Sustitución de centralitas o teléfonos por otros más indicados.
- Insonorización de locales y/o evaluación de ruidos.

Si el agente físico es radiación no ionizante, la forma de combatirlo será la siguiente:
- Limitación del tiempo de exposición a las radiaciones emitidas por la pantalla, vigilando periódicamente la salud para evaluar el nivel de radiaciones recibido.

Si el agente físico es un exceso de temperatura, la forma de combatirlo será la siguiente:
- Ventilación natural y en su caso artificial.
- Oficinas 17-27 ºC.
- Llevar ropa adecuada y beber agua frecuentemente.

Si el agente físico es un déficit de temperatura, la forma de combatirlo será la siguiente:
- Aclimatar los locales.
- Llevar ropa adecuada.

Si el agente físico está relacionado con la iluminación, la forma de combatirlo será la siguiente:
- Utilizar luz natural.
- Disponer de una iluminación general y otra focalizada prestando atención a zonas penumbrosas.
- Cumplir con la normativa sobre la cantidad mínima de luz.

Formas de aplicar correctamente la ergonomía:
- Posturas correctas.
- Jornadas de trabajo razonables.
- Rotación de tarea para evitar la carga excesiva.
- Peanas que regulen la visualización correcta de las pantallas.

Formas de aplicar bien la técnica psicosocial:
- Realizar pausas en el trabajo.
- Cumplir con la normativa sobre pantallas de visualización de datos.
- Evitar ruidos innecesarios en el lugar de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Para hacer cumplir todo esto existe un marco normativo básico en materia de P.R.L.

Respecto a la normativa intencional, cabe destacar:
- Directiva Marco 89/391/CEE de junio de 1989.
- Convenio 155 O.I.T.(Organización Internacional del Trabajo).

En cuanto a la normativa española:
- Constitución Española en el artículo 40.2: los poderes públicos deben velar por la seguridad e higiene de los trabajadores.

Ambas normativas confluyen en la ley de P.R.L. 31/1995 de 8 de noviembre. A su vez de ella se derivan la normativa de desarrollo:
- Reales Decretos: desarrollan cada riesgo laboral con sus medidas de prevención y protección.
- Reglamentos: sobre servicios de prevención , lugares de trabajo,etc.

Entre otras normas cabe destacar:
- Estatuto de los Trabajadores.
- Ley General de la Seguridad Social.
- Convenios Colectivos.

6 Bibliografía

- Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 8 de Noviembre.
- Ley General de la Seguridad Social.
- Real Decreto 1299/2006
- Constitución Española.

Capítulo 823

LOS EFECTOS DEL ESTRÉS EN EL ORGANISMO

JOSE RAMON FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El estrés es una de las principales consecuencias de la exposición a riesgos psicosociales. Es una preocupación creciente en los países desarrollados. Las estadísticas son claras, según datos del Instituto Nacional de Estadística el 40% de los trabajadores declaran estar estresados. El estrés junto con la ansiedad son la causa del 30% de las bajas laborales que se producen en España y hace que los trabajadores sean un 60% menos eficientes en su trabajo.

2 Objetivos

- Identificar los efectos que produce el estrés en nuestro organismo, con el fin de poder adoptar las medidas preventivas necesarias desde el inicio de los primeros síntomas.

3 Metodología

Recogida de información mediante bases de datos bibliográficas, como Scielo y Google Académico introduciendo palabras clave: el estrés y consecuencias del estrés. Estas bases nos remiten a otras fuentes como páginas web o artículos.

4 Resultados

El estrés es una reacción que genera nuestro organismo para afrontar una situación en la que percibe una amenaza o siente que no es capaz de cumplir con las exigencias que le pide el entorno. Según Mc Grath (1970) el estrés es un desequilibrio sustancial entre la demanda y la capacidad de respuesta bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias. No debemos confundir estrés con bornout (o síndrome del quemado). El bornout se manifiesta como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio error profesional.
Existen varios tipos de estrés:
1. En base a su signo
- Estrés positivo: este tipo de estrés hace que la persona afectada esté motivada y con mucha más energía.
- Distrés o estrés negativo: cuando padecemos distrés anticipamos una situación negativa creyendo que algo nos va a salir mal, lo cual genera una ansiedad que nos paraliza por completo.
2. En cuanto su duración
- Estrés agudo: es el más común, es de corta duración y su origen se encuentra en las demandas diarias. Al ser de corta duración no causa daño sustancial al organismo. Una vez resuelto el problema que lo genera el estrés desaparece.
- Estrés agudo episódico: se trata de un estrés agudo pero presente de manera reiterada y constante en la vida de la persona. Son frecuentes las preocupaciones y miedos dando lugar a un desgaste tanto físico como psíquico. Este tipo de estrés requiere la ayuda de un profesional.
- Estrés crónico: es el más severo y el que más desgasta, tiene consecuencias destructivas para la salud y afecta a diversas áreas vitales. Puede dejar secuelas de por vida, por eso requiere la ayuda de un profesional.

En cuanto a los efectos del estrés en nuestro organismo, los podemos clasificar en cuatro grupos:
1. Emocionales: Irritabilidad, miedo, ansiedad, fatiga, etc.
2. Cognitivias: reducción en la capacidad para resolver problemas, olvidos, pensamientos negativos, dificultad de concentración …
3. Conductuales: adopción de hábitos nerviosos, descuido personal, agresividad, violencia, consumo habitual de alcohol y drogas …
4. Fisiológicas: aumento del ritmo cardiaco, aumento de la presión arterial y muscular, sudoración, respiración superficial …

Una exposición prolongada al estrés contribuye a la aparición de graves problemas de salud que afecta a nuestros sistemas:
- Sistema digestivo: dolor de estómago, debido a que se vacía más lentamente después de las comidas.
- Sistema inmunitario: debilitamiento del sistema inmunitario lo que conlleva el aumento del riesgo a padecer enfermedades.
- Sistema nervioso: depresión, perdida de sueño, ansiedad.
- Sistema cardiovascular: aumenta la presión sanguínea y la frecuencia cardiaca con la posibilidad de sufrir un infarto o angina de pecho.

Para paliar, en la medida de lo posible los efectos del estrés, aparte de acudir a un profesional en caso necesario, podemos realizar técnicas de relajación (Jacobson, Schultz), son los más utilizados. Se basa en la relajación muscular que supone a su vez la relajación del sistema nervioso. Podemos también llevar a cabo técnicas de respiración, meditación y relajación.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a los estudios sobre prevención en el ámbito de la higiene en el trabajo se concede cada vez más importancia a la detección de los indicadores iniciales de deficiencias de la salud. Es primordial reconocer las primeras reacciones del organismo ante el estrés para poder adoptar a tiempo las medidas preventivas necesarias para que no desemboquen en importantes trastornos físicos, psíquicos o de comportamiento.

6 Bibliografía

- Sensibilizando sobre el estrés laboral en los paises en desarrollo. Irene Houtman, K. Jettinghoff.
- Los factores psicosociales en el trabajo. Raija Kalimo.
- Pagina web del INSST. Riesgos psicosociales: El estrés (guias).

Capítulo 824

TÉCNICAS DE ARCHIVADO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ESTRADA

BEATRIZ ALVAREZ JIMENEZ

MARIA JOSE GONZALEZ GARCIA

LIDIA GARCIA

DAVID LAPRESA ARRANZ

1 Introducción

Los archivos se pueden definir, según la Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español, artículo 59, como: Los conjuntos orgánicos de documentos, o la reunión de varios de ellos, reunidos por las personas jurídicas, públicas y privadas, en el ejercicio de sus actividades, al servicio de su utilización para la investigación, la cultura, la información y la gestión administrativa.

Las principales funciones y características de los archivos son:
• Conservación de documentos (en muchos casos existen unos plazos de tiempo durante los cuales puede ser requerida su presentación).
• Debe encontrarse rápidamente lo que se busca.
• Deben permitir relacionar fácilmente los nuevos documentos con los ya archivados.

• Servir como medio de consulta para indagar en actuaciones pasadas.
• Servir como elemento probatorio para demostrar la realización de un acto.
• Los documentos se conservarán debidamente ordenados y clasificados

Por todo ello es de vital importancia realizar el proceso de archivado de un modo adecuado.

2 Objetivos

- Establecer las principales características que debe cumplir un archivado correcto.
- Especificar una serie de consideraciones a tener en cuenta en dicho proceso.

3 Metodología

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

4 Resultados

El principal objetivo del archivo es conservar la documentación, y custodiarla en las mejores condiciones de seguridad, guardando un orden adecuado. Para ello se deben seguir unos principios básicos:
1. Tomar una serie de medidas que aseguren la perdurabilidad material de los documentos:
- Mantenimiento y control de las instalaciones del archivo
- Medidas preventivas contra los principales factores de deterioro, desaparición o destrucción de los documentos: incendios, control de humedad, robo, etc.
- Restauración de documentos deteriorados
2. Reproducción de la documentación más representativa
3. Aplicación de las normas de la teoría archivística, cumpliendo los criterios y métodos de organización documental (clasificación y ordenación) de la misma.
4. Para que exista un archivo debe haber una organización, de otra forma solo se trata de un conjunto almacenado de documentos.

Concretamente, en el caso del archivo clínico, la información necesaria para el desarrollo y correcto funcionamiento diario de un centro sanitario, ya sea un centro de atención primaria o un hospital, puede ser de dos tipos: Interna o Externa.

- Interna: Aquella que produce el mismo centro en el ejercicio de la actividad que le es propia. Dicha información, que queda recogida en documentos, se produce cuando se tramita un proceso administrativo en el centro, y es la prueba material de que el hecho se ha realizado. Por tanto, se trata de documentos de archivo y tienen las características que se describieron anteriormente. A su vez, estos documentos pueden ser de dos tipos.
1. Documentos de servicios logísticos: Documentos a cargo de los servicios administrativos: Nóminas, facturas y albaranes de compras de material y equipos para el centro, etc.)
2. Documentos clínico administrativos: Documentos relacionados con la asistencia directa al paciente, como: Analíticas, informe de alta hospitalaria, hoja de evolución de la enfermedad, hoja de constantes de enfermería, placas radiográficas, etc.

- Externa: Documentación procedente de fuera del centro, que es útil para el desarrollo de sus actividades, pero que no es producida ni generada por él, sino por terceros, por lo que la organización es una usuaria más. Dentro de este grupo están los documentos científicos, como: Libros o artículos de revista especializados (en gestión, enfermería, medicina, etc), informes técnicos, legislación, páginas web, literatura gris, bases de datos bibliográficas, etc. Las encargadas de organizar y difundir entre los profesionales de la organización este tipo de documentación son las bibliotecas hospitalarias.

Las recomendaciones para conseguir un archivo eficiente son las siguientes:
• Infraestructura conveniente, tanto locales como equipamientos, que garantice un archivado seguro y ágil, así como la conservación adecuada de la documentación clínica del hospital a través del tiempo.
• Condiciones de temperatura, humedad, iluminación y ventilación adecuadas.
• Ubicación cercana a las unidades funcionales, preferentemente del área de consultas externas.
• Disponibilidad de espacio para albergar las historias clínicas activas.
• La dimensión del área vendrá determinada fundamentalmente por el volumen de archivos existentes y crecimiento previsible en un plazo de tiempo medio.
• Las necesidades previsibles de crecimiento anual del área de archivo, se establecerán a partir del numero de historias nuevas generadas anualmente (estimación

a partir de análisis retrospectivos de los últimos años) y el grosor medio del conjunto de historias custodiadas (estimación a partir del cociente entre los metros lineales de estantería ocupados y el número de historias clínicas archivadas).
• Elaborar un censo que incluirá tanto la identificación del expediente clínico (número de historia), como la identificación del paciente (al menos nombre, apellidos y fecha de nacimiento).
• Mantener la disponibilidad de algunas de las actividades durante 24 hora al día los 365 días del año.
• Implantar un sistema de registro y localización de historias clínicas, a ser posible informatizado, que permita conocer la ubicación exacta de todas las historias del hospital, tanto dentro como fuera de las dependencias del Archivo.
• Elaborar unas normas de funcionamiento del Archivo, aprobadas por la dirección. Dichas normas deben ser conocidas y difundidas en el hospital, y deberá incluir como mínimo los correspondientes protocolos de actuación relativos a:
- Acceso a la historia clínica y motivos autorizados para ello, según la normativa establecida por el centro.
- Procedimiento de actuación para cada motivo de préstamo definido (investigación, hospitalización, urgencias, docencia ,actividad ambulatoria, etc), que incluirá al menos: o Criterios que deben cumplirse para catalogar una solicitud en un tipo concreto. o Procedimiento de solicitud o Plazo máximo y modalidad de la entrega para cada uno de los tipos definidos o Plazo de devolución de las historias clínicas al archivo de acuerdo al motivo de la solicitud, responsabilidad de la custodia y conservación del archivo en préstamo.

5 Discusión-Conclusión

Se deben seguir una serie de procedimientos y cumplir una serie de recomendaciones, que se han especificado en el presente capítulo, para conseguir un proceso de archivado eficiente y un archivo útil, teniendo siempre en cuenta las particularidades del entorno sanitario.

6 Bibliografía

- La informatización de la documentación clínica: Oportunidad de mejora de la práctica clínica y riesgos para la seguridad y confidencialidad. Pilar Mazón Ramos – Hospital universitario de Santiago
- Organización y gestión de la documentación sanitaria. Fysa Formación y sanidad

- Organización General de la Atención Primaria. Sistema de Información de atención primaria (Siap). Sistema Nacional de Salud. Año 2007

Capítulo 825

PROFESIONALES SANITARIOS: COHESIÓN DE EQUIPOS EN EL MUNDO SANITARIO. LA HISTORIA CLÍNICA

HÉCTOR SOBRINO AGUIRRE

1 Introducción

En la sanidad existen multitud de equipos de trabajo multidisciplinares repartidos por los diferentes servicios de salud autonómicos.

Según datos de 2016, aproximadamente 1,4 millones de trabajadores conforman el Sistema Nacional de salud.

Todas las disciplinas buscan la máxima calidad en su trabajo. Pero, en ocasiones, la información asistencial entre los equipos de trabajo se ve bloqueada por numerosas dificultades.

Crear una plataforma online a nivel nacional para los profesionales de la salud, donde puedan acceder en cualquier parte del Sistema nacional de salud a la historia clínica personal.

Se impartirán cursos de ofimática y de dominio de la nueva plataforma de gestión de datos a todos los trabajadores del Sistema Nacional de salud.

Los servicios de referencia por especialidad sanitaria, graduados de enfermería, técnicos y demás personal, intercambiarán el conocimiento adquirido en su respectiva área de salud, tanto con el resto de áreas de salud del Servicio de salud

en el que están, como con el resto de los Servicios de salud. Esto permitirá la comunicación constante sobre posibles alertas sanitarias y la cohesión de todo el Sistema de salud.

2 Objetivos

- Poseer la información de la historia clínica del paciente, en formato digital, en todo el territorio nacional.
- Crear un instituto nacional de documentación sanitaria que clasifique y codifique las historias clínicas.
- Dejar de almacenar las historias clínicas en papel.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/record-en-numero-de-trabajadores-dedicados-a-la-sanidad-desde-2013-5030
2. https://www.ituser.es/estrategias-digitales/2019/01/la-historia-clinica-electronica-en-espana-alcanza-ya-al-94-de-la-poblacion

Capítulo 826

PROFESIONES SANITARIAS. PREVENCIÓN DEL ESTRÉS FÍSICO Y LA CARGA DE TRABAJO: BURNOUT

HÉCTOR SOBRINO AGUIRRE

1 Introducción

En toda profesión existen diferentes riesgos para la salud de los trabajadores en un centro sanitario, desde radiaciones ionizantes hasta lesiones físicas.

Las bajas más habituales son por fatiga física por una carga de trabajo excesiva y la pérdida de reflejos, que conlleva un posible despiste y, en última instancia, un accidente laboral. Todos los profesionales, en mayor o menor medida, sufren de dolencias físicas por una mala postura corporal, ya sea un celador al pasar tanto tiempo de pie empujando camas, hasta un técnico en un laboratorio observando por un microscopio con una mala postura de visionado.

Estas dolencias físicas, pueden desencadenar desequilibrios emocionales, afectando aún más al trabajador, convirtiendo el ir a trabajar en una odisea diaria. Todo ello conlleva a una pérdida de eficiencia para la administración acarreando bajas laborales y un gran desgaste para los compañeros de los afectados por un problema físico y el aumento de las tareas de los mismos.

2 Objetivos

- Poner en conocimiento del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma correspondiente el grave impacto económico que supone el estrés físico de sus tra-

bajadores.
- Reducir el tiempo de baja laboral y, por consiguiente, los costes para la administración que conllevan dichas bajas.
- Aumentar la eficiencia de los trabajadores.
- Disminuir la lista de espera en la atención primaria, gracias a que los profesionales sanitarios tendrían un gabinete propio.
- Aumentar los puestos de trabajo.

3 Metodología

La creación de un gabinete de trabajo enfocado en los trabajadores para la prevención de daños físicos y estrés; Conformado por traumatólogos, reumatólogos, fisioterapeutas y psicólogos para atender las necesidades de los trabajadores a modo de medicina interna preventiva.

Este gabinete estudiará la forma de trabajo dentro del área sanitaria, facilitará soluciones a los trabajadores conjuntamente con los profesionales de prevención de riesgos laborales.

Restaurará la salud de los trabajadores afectados por dolencias físicas, sin tener que ocupar plazas en los servicios de rehabilitación de los centros sanitarios, que se destinarán única y exclusivamente a pacientes que no trabajen en el sistema nacional de salud.

Este gabinete estará adscrito al servicio de medicina preventiva del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), dándole el poder de operar con plena autonomía.

4 Bibliografía

1. Apiquian, A. (2007). El síndrome del Burnout en las empresas. Universidad Complutense de Madrid (UCM). Recuperado de: https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf
2. Desgaste laboral: cómo detectarlo y tomar medidas. (2019). Mayo Clinic. Recuperado de: https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/burnout/art-20046642
3. La baja laboral en España se sitúa en una media de 43 días (28 de julio de 2009). Expansión. Recuperado de: https://www.expansion.com/2009/07/28/economia-politica/1248779479.html

4. Las bajas laborales se disparan hasta máximos de los últimos diez años. (27 de marzo de 2019). El economista. Recuperado de: https://www.eleconomista.es/economia/noticias/9786135/03/19/Las-bajas-laborales-se-disparan-hasta-maximos-de-los-ultimos-diez-anos.html
5. Velarde, G. (9 de septiembre de 2019). Los funcionarios pasan un 50% más de días de baja que en el sector privado. El economista. Recuperado de: https://www.eleconomista.es/economia/noticias/10074238/09/19/Los-funcionarios-pasan-un-50-masde-dias-de-baja-que-en-el-sector-privado.html

Capítulo 827

SÍNDROME DEL QUEMADO EN CENTROS HOSPITALARIOS Y SANITARIOS

ERICA CUESTA

1 Introducción

El burnout laboral, también denominado síndrome del quemado o síndrome de quemarse en el trabajo, es un trastorno emocional de creación reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Este síndrome puede tener consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico.

Los síntomas más comunes son depresión y ansiedad, motivos de la gran mayoría de las bajas laborales.

El síndrome de burnout suele aparecer, en la mayoría de los casos, en las personas que han elegido su oficio de manera vocacional (es muy frecuente en enfermería, medicina y el profesorado) y con menos asiduidad en trabajos que se desempeñan de forma obligatoria. Aunque al principio las manifestaciones y el malestar sólo se extienden a la vida laboral, finalmente también llegan a alcanzar, en casi todas las situaciones, la vida social y familiar del trabajador afectado.

Este síndrome se define como un cuadro clínico que se manifiesta por acción de su trabajo con agotamiento emocional, pérdida de autoestima y baja motivación, que sucede en profesionales que trabajan con personas. Existen diferentes causas que generan este síndrome:

- La edad: los primeros años de experiencia profesional suelen influir más en este síndrome
- El sexo: más frecuente en mujeres, por cargas extras en su entorno personal y familiar
- La atención al paciente y la insatisfacción profesional.
- Estado civil: más frecuente en solteros
- Turnicidad: los turnos favorecen este sindrome
- Expectativas personales
-Otros: insatisfacción salarial, sobrecarga de trabajo etc.

La sintomatología de este síndrome suele desarrollarse en:
- Trastornos psíquicos: agotamiento mental, emocional, agotamiento, baja autoestima…
- Trastornos psíquicos: insomnio, cefaleas alteraciones gastrointestinales, hipertensión, inapetencia sexual etc
- Trastornos conductuales: conductas adictivas como alcoholismo, farmacodependencia, así como conflictos interpersonales en el entorno laboral e afectando al entorno familiar. - Trastornos sociales y familiares: como forma de remediar todo lo anterior, el sujeto afectado por el síndrome toma la opción de aislarse y quedarse solo.
El principal detonante del síndrome de burnout es el entorno laboral y las condiciones de trabajo.

El empleado que está expuesto de manera continua a, entre otros, altos niveles de estrés, carga de trabajo excesiva, poca autonomía, malas relaciones en el trabajo y ausencia de apoyo en su entorno, falta de formación para desempeñar las tareas, etc., puede llegar a padecer un estrés crónico que acabe provocando el burnout. Por ese motivo, el vínculo entre el estrés y el burnout es muy fuerte.

2 Objetivos

- Conocer los aspectos principales del síndrome del quemado en centros hospitalarios y sanitarios.
- Saber algunos métodos de prevención y tratamiento para evitarlo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Prevención
La prevención del síndrome del trabajador quemado debe comenzar en la empresa del empleado. La primera medida que deben tomar es evaluar las situaciones que generan el estrés y la ansiedad en el trabajador y tomar las decisiones y las medidas adecuadas para intentar reducirlo.
El síndrome del trabajador quemado puede dividirse en dos tipos:

Burnout activo: El empleado mantiene una conducta asertiva. Se relaciona con elementos externos a la profesión.
Burnout pasivo: Suele tener sentimientos de apatía y se relaciona con factores internos psicosociales.Para ello deben mejorar la organización y proveer de herramientas necesarias para que el trabajador pueda realizar sus tareas de forma adecuada y no tenga tanta sobrecarga laboral.

Además, el trabajador puede adquirir una actitud asertiva, estableciendo una relación comunicacional, sin discutir, ni someterse a la voluntad del resto de compañeros y defendiendo sus convicciones.

Por otro lado, es recomendable que los trabajadores modifiquen las expectativas que tienen en el trabajo. No se trata de que el empleado renuncie a sus ambiciones y aspiraciones. Simplemente debe buscar un punto intermedio que se ajuste más a la realidad y ver la situación como una oportunidad para aprender y crecer en otros ámbitos diferentes a los que se había propuesto inicialmente.

5 Discusión-Conclusión

- Prevención y Tratamiento

1. Acciones a nivel individual y personal: como técnicas de relajación, lograr habilidades de autocontrol, controlar mejor su tiempo para una mejor organización tanto en la vida laboral como personal…
2. Acciones a nivel organizativo y laboral: evitar la monotonía en las actividades laborales, conseguir una formación adecuada, rediseño de tareas, contar con el apoyo de profesionales etc.

- Diagnóstico
Para poder diagnosticar el síndrome, los especialistas tienen que conocer los síntomas de la patología y realizar una entrevista clínica con el empleado que les permita averiguar si existe la sospecha de padecer la enfermedad. Además, conviene que el profesional conozca cómo es su situación dentro de la empresa y cómo está organizado el trabajo.

- Tratamientos
Las estrategias para tratar el burnout van encaminadas a reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión (en los casos en los que hubiere).El síndrome de burnout se caracteriza porque es un proceso que va creciendo de manera progresiva si no se toman medidas para impedirlo.

Esto puede provocar que el desgaste laboral evolucione y alcance otros aspectos como los ideales y la percepción de los logros. A medida que avanza, el trabajador puede tener dificultades para resolver problemas y ejecutar tareas que antes le resultaban sencillas.

La frustración comenzará a estar presente de manera constante, permanecerá en un estado continuo de agotamiento y los síntomas podrán evolucionar a estados más graves. En algunos casos, los trabajadores pueden llegar a abusar de los psicofármacos, del alcohol y las drogas.

Por último, algunos pueden llegar a tener síntomas depresivos, de psicosis e incluso tener ideas de suicidio.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 828

RIESGOS PSICOSOCIALES Y ORGANIZATIVOS EN INSTITUCIONES SANITARIAS

ERICA CUESTA

1 Introducción

La carga mental es un estado de movilización general del operador humano como resultado del cumplimiento de una tarea que exige el tratamiento de información. La carga mental refleja el coste humano de este tipo de trabajo.

La carga mental se refiere al grado de procesamiento de información que realiza una persona para desarrollar su tarea.

Las características del medio socio-profesional hospitalario son predominantes en la aparición de la carga mental debida al trabajo; la organización del trabajo, la creciente complejidad de las técnicas y problemas jerárquicos son frecuentemente el origen de dicha carga mental para el personas sanitario y el personal no sanitario como celadores y auxiliares administrativos.

Un ejemplo claro es el hecho de trabajar de noche, ya que tiene una serie de consecuencias sobre el equilibrio diario de las personas, provocando de tal manera alteraciones a nivel físico, psíquico y social. Existen diferentes tipos de factores de carga mental en el trabajo hospitalario:
1. Factores de la tarea: La carga mental viene determinada por la necesidad de dar respuesta inmediata a informaciones complejas, numerosas y constantemente diferentes. La información además es fluctuante; cada enfermo sigue su proceso

de evolución diferente para cada persona, por lo que hay que adaptase a cada paciente., en estos factores de tarea tienen mucha importancia los siguientes puntos:
- La existencia de situaciones de incertidumbre.
- La existencia de presiones temporales.
- El tipo de paciente que se trata.
- La gravedad de los enfermos, relacionada con la edad de los mismos.
- El trato con pacientes y familiares

2- Factores de la organización: Estos factores pueden considerarse desde un doble punto de vista: por un lado la coordinación y la distribución de las actividades condicionan la transmisión eficaz de las informaciones necesarias para el desarrollo del trabajo ; por otra parte , los factores de organización están estrechamente ligados con el concepto de satisfacción en el trabajo.

3. El horario de trabajo: El trabajo de un sanitario implica un servicio ininterrumpido durante las 24 horas del días y durante todos los días del año; existiendo así claramente el trabajo a turnos y el trabajo nocturno. Lo puntos más importantes el estos factores serían los siguientes:
- Modificación de los ritmos circadianos
- Alteraciones del sueño
- Repercusión de la vida social y también de la vida familiar

2 Objetivos

- Estudiar y analizar los conflictos derivados de los riesgos psicosociales y organizativos en los diferentes puestos de trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Otro punto muy importante dentro de los riesgos psicosociales, es el mobbing, que significa hostigamiento o acoso laboral.
La UE lo define como un comportamiento negativo entre compañeros o entre supervisores e inferiores jerárquicos, a causa del cual el afectado el objeto de acoso y ataques durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto por parte de 1 o más personas con el objetivo de hacerle el vacío. El fin último del mobbing es lograr que la persona afectada abandone su trabajo.
Las principales víctimas del mobbing son las mujeres. Existen 3 tipos de Mobbing:
- Ascendente; cuando un trabajador de alto rango se ve acosado por uno o varios de sus subordinados.
- Descendente: se da cuando un obrero es hostigado y acosado por la persona de mayor rango. Éste tipo de mobbing es el más frecuente.
- Horizontal: cuando un empleado es agredido por potro de su mismo nivel.

Causas
El mobbing es una forma de estrés laboral que se caracteriza porque no ocurre por causas relacionadas directamente con el desempeño del trabajo o con su organización. Tiene su origen en las relaciones entre las personas que se generan entre las personas.

Algunas de las variables que pueden originar el acoso son:

La organización del trabajo
A la víctima del mobbing se le empiezan a atribuir tareas para que realice mal su trabajo. Esto se consigue cuando, por un lado, se le atribuyen cometidos que tienen una sobrecarga cuantitativa. Es decir, el trabajador tendrá mucha demanda de trabajo pero poco control sobre él. Por otro lado, tendrá un déficit cualitativo, se verá obligado a realizar un trabajo que se caracteriza por ser aburrido, inútil y repetitivo. Todo esto origina un estrés que puede ser el caldo de cultivo idóneo para que empiecen a aparecer conflictos y culmine en un tipo de maltrato psicológico y mobbing.

La dirección
Los jefes autoritarios, aquellos que buscan optimizar y tener los mejores resultados pero, sin tener en cuenta el factor humano pueden causar también conflictos que desemboquen finalmente en acoso laboral.

Las tareas

Cuando una persona realiza siempre las mismas tareas, la monotonía y la repetición constante puede provocar malestar y conflictos entre los miembros del equipo. Si el trabajo no supone un reto para el empleado o no le permita crecer a nivel laboral o personal pueden acabar causando presión, frustración que en muchas ocasiones deriva en que ese trabajador canalice su malestar con alguna forma de acoso hacia otro trabajador.

5 Discusión-Conclusión

- Síntomas
Existen muchos indicadores que pueden ayudar a identificar si un trabajador está sufriendo algún tipo de acoso moral:
- Dificultades en la comunicación
Una de las conductas que pueden causar moobing son aquellas que limitan la comunicación del trabajador: a éste no se le da toda la información que debería tener y, por tanto, el acoso va encaminado a disminuir las oportunidades de la víctima para comunicarse adecuadamente con el resto del equipo.

Para conseguirlo, el jefe o el acosador impedirán que la víctima pueda comunicarse. Éste se verá continuamente interrumpido mientras habla y no podrá expresarse.

Además, los compañeros podrán gritar, chillar e injuriar a la víctima en voz alta. Criticarán su vida privada y los trabajos que realizan. En ocasiones le amenazarán verbalmente, por escrito o telefónicamente. Por último, ignorarán su presencia, se dirigirán a otras personas como si él o ella no existiera y se rechazará el contacto con la víctima.

- Aislamiento social
Los trabajadores pueden realizar una serie de acciones para evitar que el trabajador tenga la posibilidad de mantener contactos sociales y propiciar el mobbing. Las más frecuentes son no hablar con él ni permitir que se dirija directamente al jefe o a un compañero o que los compañeros le hablen. Ubicarle en un sitio en el que estará aislado, etc.

- Desprestigio ante el resto de trabajadores
El acoso laboral también puede aparecer ante actividades que tienen el objetivo de desacreditar la reputación laboral o personal. Para conseguirlo el agresor maldecirá, calumniará, inventará rumores, cotilleos o enfermedades de la víc-

tima.

También lo ridiculizará mediante la imitación de gestos, posturas o de su voz, se burlará de su vida privada, de su nacionalidad, de sus orígenes o intentará llevarlo al extremo, incluso atribuyéndole enfermedades mentales.

Se le podrá obligar a realizar trabajos humillantes, se le monitorizará y registrará su actividad con malas intenciones y se cuestionará o contestarán las decisiones que toma la víctima. Por último, también pueden darse casos de acoso sexual con gestos y proposiciones.

- Desprestigio laboral
Los acosadores también pueden realizar acciones y actividades de acoso que pretendan reducir la ocupación de la víctima y su empleabilidad al desprestigiarle laboralmente.

Para conseguirlo el responsable no le asignará ningún trabajo, se le asignan quehaceres inútiles o absurdos, inferiores a su capacidad o competencias profesionales o, por el contrario, le imponen tareas que exigen tener más experiencia y conocimientos a sus competencias.

- Salud física o psíquica
Por último, los jefes o compañeros pueden comprometer la salud de la víctima obligándolo a realizar trabajos peligrosos o nocivos para la salud. Si la situación empeora, pueden amenazarle físicamente, agredirlo, ocasionar desperfectos en su puesto de trabajo o incluso atacarlo sexualmente. Todo esto puede derivar en que el trabajador tenga depresión o ansiedad.
-Acoso laboral
A la víctima del mobbing se le atribuyen tareas para que realice mal su trabajo y desacreditarlo.
- Prevención
Ante el incremento de los casos de mobbing, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo ha elaborado una serie de indicaciones para prevenir el acoso laboral, mejorar la vida laboral y evitar que la víctima acabe en un entorno de trabajo destructivo. Estas recomendaciones son:

- Aumentar la información sobre los objetivos del trabajo.
- Ofrecer a cada empleado la posibilidad de elegir cómo puede realizar sus tareas.
- Reducir el volumen de trabajos repetitivos y monótonos.
- Evitar especificaciones poco claras de funciones y tareas.

- Desarrollar el estilo democrático de dirección.
- Diagnóstico.
Establecer la existencia de un caso de mobbing es crucial para tratar cuanto antes al trabajador e impedir que los efectos del acoso tengan demasiadas consecuencias graves.

Para identificar los casos, las empresas están obligadas a incluir el acoso dentro de la evaluación de riesgos. De esta manera se podrá prevenir y hacer los cambios oportunos en los sistemas de trabajo y en las relaciones laborales entre los empleados.

- Tratamientos
Al igual que en el bullying, el tratamiento dependerá de cada caso y requerirá el estudio individual del paciente y un abordaje conjunto de diferentes especialistas.
- Qué hacer
En primer lugar la víctima debe rodearse de un entorno que le apoye tanto a nivel personal como profesional, con expertos que le guíen en el proceso.

Sin embargo, también existen una serie de acciones y consejos que puede poner en práctica para frenar el mobbing:
- Documentación: El trabajador debe registrar y guardar todas las agresiones que reciba, desde notas, hasta grabaciones. Estos documentos ayudarán a probar el acoso.
- Publicidad: El poder del acoso está en que permanece oculto. No obstante, si informamos a los superiores, los compañeros, la familia, etc., la víctima dejará de sentir vergüenza y le quitará parte del poder que tiene al agresor.
- Tranquilidad: Cuando la víctima reciba un ataque debe intentar actuar lo más tranquilamente posible y afrontar las agresiones ya que suelen ser efectuadas por personas cobardes.
- Proteger las cosas: Con el fin de evitar que el acosador destroce las propiedades del trabajador es recomendable guardar las cosas de valor bajo llave.
- Buscar ayuda: Es fundamental que el trabajador evite el aislamiento social y busque ayuda entre los compañeros. Además, debe pedir asesoramiento legal y psicológico especializado.

Cómo denunciar el acoso laboral
La víctima dispone de unos derechos del trabajador que puede ejercer para mejorar su situación ante el acoso moral. Para ello puede pedir asesoramiento jurídico.

Cuando reconozca que se está produciendo mobbing debe buscar ayuda y comu-

nicárselo al Comité de Seguridad y Salud de la empresa o al representante legal de los trabajadores con el objetivo de que inicien una investigación discreta de los hechos.

Antes de iniciar acciones legales, la víctima debe informar a la empresa por escrito y el trabajador debe guardar una copia del recibí de la empresa. A partir de ese momento el trabajador puede exigir la presencia de un asesor legal en todas las reuniones. Es recomendable que el empleado se ponga en contacto con los abogados para que le guíen en todo el proceso que deberá seguir.

6 Bibliografía

- Apuntes oposiciones de celador y auxiliar administrativo del SESPA y material web sobre el tema y manuales de oposiciones.

Capítulo 829

EL SECRETO PROFESIONAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

MARIA CARMEN PRIETO SÁNCHEZ DEL PULGAR

REBECA FERNÁNDEZ ALONSO

SILVIA VALVERDE ÁLVAREZ

1 Introducción

El secreto profesional encuentra su fundamento en la Constitución española, en su artículo 18.1: Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Y en el artículo 20: Se reconocen y protegen los derechos:
1. A expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones mediante la palabra, el escrito o cualquier otro medio de reproducción.
2. A la producción y creación literaria, artística, científica y técnica. También goza de regulación en los diferentes sectores del ordenamiento jurídico interno (administrativo, civil, laboral, procesal y penal), así como en el Derecho internacional y comunitario.

El deber de secreto profesional en el ámbito sanitario encuentra también su fundamento en normas ético-corporativas, si bien es necesario deslindar el plano deontológico del jurídico, ya que aunque los profesionales deben adecuar su actuación profesional al Código Deontológico, las pretensiones que frente a ellos

se ejerciten por vía judicial, deberán basarse en la vulneración de una ley, como en el caso de cualquier otro ciudadano.

El secreto profesional se configura como un derecho y deber fundamental, ya que sin la garantía de esta confidencialidad no puede haber confianza por parte del paciente para que éste preste la información necesaria al profesional que le atiende, bien sea un auxiliar administrativo en el ejercicio de sus funciones, un auxiliar de enfermería, un médico, etc.

Los datos revelados por los pacientes en el ámbito sanitario y que configuran su historia clínica son datos de carácter personal, considerados por la Ley Orgánica de Protección de Datos como datos de especial protección y, por tanto, solo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga la ley o el afectado consienta expresamente.

2 Objetivos

- Definir el secreto profesional que deben guardar todos los trabajadores de la sanidad pública española, tanto sanitarios cómo no sanitarios.
- Enumerar diferentes tipos de secreto profesional.
- Mencionar los casos en que se puede violar ese secreto profesional.
- Mostrar en este estudio las diferentes formas en que se puede faltar al secreto profesional.
- Enunciar la regulación legal en España.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos definir el Secreto Profesional, como la obligación legal y moral de guardar sigilo, de todo aquello que se sepa, bien por confesión, o averiguación,

sea ésta directa o indirecta, como resultado de la relación profesional sea sanitaria o no sanitaria; esta obligación comprende aquello que se conozca con motivo de esta relación aun cuando no guarde relación directa con ella y se extiende más allá del fallecimiento de la persona.

Podemos distinguir tres tipos de secreto:
- Secreto natural, este tipo de secreto no depende de ningún tipo de contrato y se supone que existe, aunque no haya una manifestación expresa antes y/o después de obtener la información.
- Secreto prometido, este tipo de secreto nace de una promesa de guardar silencio después de haber obtenido la información.
- Secreto confiado, este secreto nace de una promesa de guardar silencio antes de haber obtenido la información.

El secreto profesional se puede revelar en los siguientes casos:
- Cuando la persona lo autorice de forma expresa.
- Cuando el hecho sea constitutivo de delito, según establece el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (Real Decreto de 14 de Septiembre de 1882) "los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de Instrucción y en su defecto al municipal o funcionario de policía más próximo al sitio si se tratare de un delito flagrante".
- En el supuesto de declaración como testigo, que está sujeto al secreto profesional, será el juez el que decidirá si se levanta el secreto profesional o no.
- En el supuesto de perjuicio a terceros.

Diferentes formas de faltar al secreto profesional:
- Averiguación indiscreta, se trata de la obtención de información de terceros, que pueda permitir a terceros conocer hechos del pasado de la persona que deberían se mantenidos en secreto, o bien, pueden hacer sospechar de este pasado.
- Revelación directa, se trata de la puesta en conocimiento del secreto de forma consciente, aun cuando no se tenga intención de hacer daño.
- Revelación indiscreta, en este tipo de revelación no se manifiesta el nombre de la persona, pero se dan los suficientes datos como para poder identificarla.
- Utilización injustificada del conocimiento adquirido, consiste en el uso indebido de la información, aun cuando esta no se revele.

El secreto profesional y la confidencialidad están regulados en España:
- Artículo 18.1 de la Constitución Española: "Se garantiza el derecho al honor, la intimidad personal y familiar y a la propia imagen".

- Artículo 20 de la Constitución española:" Se reconocen y protegen los derechos: a) A expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones mediante la palabra, el escrito o cualquier otro medio de reproducción. b) A la producción y creación literaria, artística, científica y técnica.
- Artículo 10.3 de la Ley General de Sanidad: "A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias publicas y privadas que colaboren con el sistema publico".
- Artículo 8 de la Ley de Protección de Datos: Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que le conciernan. Estos datos se tratarán de modo leal, para fines concretos y sobre la base del consentimiento de la persona afectada o en virtud de otro fundamento legítimo previsto por la ley. Toda persona tiene derecho a acceder a los datos recogidos que le conciernan y a obtener su rectificación. El respeto de estas normas estará sujeto al control de una autoridad independiente. Sin perjuicio de lo que se dispone en el artículo 11 respecto de la cesión, las instituciones y centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad.
- Artículo 7 de la Ley de Autonomía del paciente: El derecho a la intimidad. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes
- Artículo 16 de la Ley de Autonomía del paciente en su punto 1: La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

5 Discusión-Conclusión

El secreto profesional es un deber inherente a la relación entre el profesional sanitario y no sanitario y el paciente o usuario de los servicios sanitarios. Se fundamenta en sólidos argumentos éticos y está recogido en todos los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias y no sanitarias, constituyendo su in-

cumplimiento un delito tipificado y duramente castigado por la ley que reafirma el derecho de las personas a la intimidad y a la confidencialidad, si bien, no constituye una obligación absoluta, pudiendo revelarse información confidencial cuando existan razones fundadas para ello.

6 Bibliografía

1. Constitución Española
2. Ley General de Sanidad
3. Ley de protección de datos
4. Ley de autonomía del paciente
5. Buscador Google Académico
6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
7. https://www.scielo.org/es/.
8. https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 830

INTEGRACION LABORAL DISCAPACITADO

LIDIA GARCIA

DAVID LAPRESA ARRANZ

BEATRIZ ALVAREZ JIMENEZ

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ESTRADA

MARIA JOSE GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Según la OMS en la actualidad un 15% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad , estas personas cada vez están mas integradas en el mundo laboral y dependiendo del tipo de discapacidad pueden estar perfectamente integradas en este mundo.

Desde 2016 se contratóa un 16,4% más de personas con algún tipo de discapacidad que en el año anterior.
En 2018 este tipo de contrato ha aumentado en un 3,4%. En la actualidad más de la mitad de los desempleados con discpacidad es mayor de 45 años. Cumplir la plena integración laboral de las personas con discapacidad es primordial en cualquier empresa y sociedad.

En España para defender a este colectivo se implantó la Ley 13/1983 de 2 de abril de integración de social del minusválido, en la que se rigen los derechos de estas

personas. En España se dan una serie de ayudas económicas a las empresas para que contraten personas con discapacidad, aunque no parece un revulsivo para estas a la hora de la contratación.

2 Objetivos

- Conseguir la plena inserción laboral del discapacitado, estudiando cada caso y encontrarles un puesto afín a su tipo de discapacidad ya que no todas las personas tienen el mismo tipo de discapacidad, ni el mismo grado.
- Informar a las empresas de los beneficios de este tipo de contratación , y que les dieran la oportunidad de conocerse y ver lo plenamente capaces que son de desarrollar muchos trabajos.
- Saber cómo solicitar la colaboración entre empresas y entidades de discapacitados o profesionales próximos a ellos para la promoción de este tipo de contratos.

3 Metodología

Estudio de las diferentes leyes que amparan a las personas con discapacidad, estudio de las diferentes empresas que dan ayudas a la discapacidad tanto públicas como privadas, caixabank, once, imserso etc.

Investigación y revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Revisión de artículos en bases de datos pubmet, medicine y cielo y revisión de artículos publicados con base académica revisada.

4 Resultados

Los resultados dependerán de la buena comunicación entre los diferentes estatutos, que interfieren, Estado, empresas, asociaciones de discpacitados, familiares y los propios afectados, que deben poner en común todos sus problemas, aptitudes y conocimientos para poder conseguir la integración.

En este sentido toda la sociedad debe estar concienciada que las personas con diferentes capacidades son válidas como cualquier otra para realizar trabajos. Los resultados variaran dependiendo de la plena integración que se consiga por parte de toda la sociedad.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, la integración plena y la normalización se enfrentan a una serie de desafios, que se suman a los de la sociedad en general en situaciones de crisis como la actual. Al mismo tiempo que se debe concienciar y sensibilizar de la necesidad de la integración de las personas discapacitadas.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 831

GESTION AMBIENTAL EN HOSPITALES

ROCÍO SAAVEDRA SUÁREZ

JOSE ANTONIO GONZALEZ SARAS

MIREN LÓPEZ REDONDO

MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI

1 Introducción

Las instituciones hospitalarias en su condición de prestadoras de servicios pueden provocar efectos en el entorno circundante y generar desequilibrios en los ambientes físico, químico y biológico al igual que cualquier industria.

El impacto ambiental del sector salud es muy significativo, debido en su mayoría al consumo intensivo de agua y energía y a la generación de residuos tanto biológicos como de material y equipo médico . En países como Inglaterra y EE. UU. se considera que este sector representa entre el 3% y 8% de la huella de carbono , por lo que es necesaria una adecuada gestión ambiental que permita evitar, o en su defecto minimizar, estos impactos y que tenga en cuenta la alta peligrosidad de algunas de estas emisiones.

Las administraciones locales deben contar con instituciones y estructuras en el campo de la salud ambiental que controlen la operación de los hospitales con relación a sus actividades de saneamiento, riesgo ambiental y recursos naturales.

2 Objetivos

Identificar alternativas de manejo ambiental y aspectos por mejorar en la ejecución de sus operaciones en esta área.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de pacientes con gestión ambiental de los hospitales y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente , ambiente, gestión de riesgos, impacto ambiental.

4 Resultados

El enfoque generalizado de la gestión ambiental en los hospitales corresponde al manejo de los residuos sólidos hospitalarios y se descuidan otros aspectos que producen un impacto ambiental negativo en el ambiente próximo como consumo de energía, consumo de agua, manejo de alimentos y manejo de medicamentos, entre otros.

De las actividades económicas contempladas como sector salud se encuentran las de instituciones prestadoras de servicios de salud con internación, las de la práctica médica, las de la práctica odontológica, las de apoyo diagnóstico, las de apoyo terapéutico y otras relacionadas con la salud humana.

Los residuos tienen varias rutas de manejo: de una parte, algunos pueden ser aprovechados mediante la obtención de un valor remanente a partir de su recuperación, reciclaje o regeneración para una actividad diferente o a través de la utilización de su poder calorífico en procesos térmicos y, por otra parte, otros pueden requerir ser sometidos a tratamientos para minimizar los riesgos para la salud humana mediante procesos físico-químicos, térmicos, biológicos, de radiación, presiones extremas, entre otros, antes de su disposición final.

Debemos tener en cuenta que el impacto de una institución hospitalaria abarca temas como consumo de agua, consumo de energía, manejo de sustancias químicas y manejo de medicamentos. Sobre esto existe muy poca o nula información que permita la obtención de indicadores que evidencien el comportamiento del sector salud. En la actualidad, los sistemas de gestión ambiental que desarrollan

las instituciones hospitalarias del país se circunscriben en su mayoría al manejo de residuos sólidos, lo cual muestra una visión fragmentada y limitada del impacto ambiental de su operación. Esta problemática no se aborda en función de un modelo sistémico donde se provean soluciones estratégicas que conlleven a un balance entre la protección del ambiente y el aprovechamiento de recursos en el entorno adyacente a los hospitales.

Existen muchas otras alternativas que involucran análisis más profundos que los procesos tanto productivos como organizacionales generadores de impacto ambiental; algunos de ellos se mencionan a continuación:

- Análisis de riesgos ambientales (Risk Assessment): evalúa riesgos ecológicos e impactos reales ocasionados por fuentes puntuales o difusas de contaminantes analizando los riesgos que pueden resultar de situaciones adversas de forma cualitativa y con criterios de probabilidad .
- Estudio de impacto ambiental (Environmental Impact Assessment): se utiliza para estimar cambios ambientales en un proyecto específico considerando los efectos ambientales antes, durante y después de su ejecución .
- Evaluación del comportamiento ambiental (Environmental Performance Evaluation): consiste en una auditoría interna que utiliza indicadores para medir, evaluar y verificar el comportamiento ambiental para una gama de actividades de una organización específica .
- Análisis del flujo de sustancia (Substance Flow Analysis): permite realizar un balance de flujo de determinada sustancia a lo largo del ciclo de vida en el sistema, incluyendo producción y uso; se hace con el fin de mejorar la calidad ambiental a través de medidas de control y reducción.
- Análisis del ciclo de vida (Life Cycle Assessment): identifica los recursos usados y generados hacia vectores ambientales (agua, aire y suelo) a lo largo de todo el ciclo de vida de un bien o un servicio específico. Es indiscutible la utilidad social de las instituciones relacionadas con la atención de la salud humana, pero no puede concebirse el desempeño de esta función mediante prácticas que en algún punto terminan enfermando a la comunidad que sirven.

5 Discusión-Conclusión

Los hospitales deben elaborar e implementar un sistema de gestión ambiental enfocado a minimizar, controlar y mitigar todos los impactos ambientales en su entorno y no solo a verificar y controlar los procesos propios de su actividad en la prestación de servicios en salud en función del paciente; el alcance debe incluir

aspectos ambientales del entorno externo de su actividad. Más que instituciones que no contaminen, los centros médicos pueden convertirse en instituciones generadoras de salud ambiental en su entorno a través del trabajo con la comunidad y el establecimiento de programas conjuntos que lleven los beneficios más allá del límite de sus instalaciones.

6 Bibliografía

1. Irausquin C, Rodríguez L, Acosta Y, Moreno D. Gestión del manejo de desechos sólidos hospitalarios. Una perspectiva práctica. Multiciencias. 2012;12:32-38.
2. Faezipour M, Ferreira S. Assessing water sustainability related to hospitals using system dynamics modeling. Procedia Comput. Sci. 2014;(36): 27–32.
3. World Health Organization & Health Care Without Harm. Healthy hospitals, healthy planet, healthy people: Addressing climate change in health care settings. Geneva: WHO; 2009.
4. Bambarén-Alatrista C, Alatrista-Gutiérrez de Bambarén M. Impacto ambiental de un hospital público en la ciudad de Lima, Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública 2014 [cited 2016 Nov 18];31(4):712-5.
5. Karliner J, Guenther R. Una agenda global para hospitales verdes y saludables: Un marco integral de salud ambiental para los hospitales y los sistemas de salud de todo el mundo. Buenos Aires: Salud sin daño; 2008.
6. Suárez-Pita M, Junco-Díaz AJ. Plan institucional de manejo de los desechos sólidos, una herramienta para la gestión hospitalaria. Rev. Cubana Hig. Epidemiol. 2012;50(3):60-64.
7. Ordóñez GA. Salud Ambiental: conceptos y actividades. Rev. Panam. Salud Publica. 2000;7(3):137-47. http://doi.org/ch7d2f

Capítulo 832

RIESGOS DEL TRABAJO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS

FLORINDA HUERTA MARTINO

1 Introducción

El término “pantalla de visualización” hace referencia a cualquier pantalla capaz de representar texto, números o gráficos. Las pantallas más habituales en el ámbito laboral son las que forman parte de un equipo informático.
El trabajo continuado con estos equipos representa la forma en que la tecnología introduce unos nuevos riesgos en la salud del trabajador: problemas en la visión, posturales y estrés. La probabilidad de experimentar estos trastornos está relacionada directamente con la frecuencia y duración de los períodos de trabajo ante la pantalla además de la intensidad y grado de atención requeridos por la tarea.

Los requisitos para el diseño ergonómico recogen cinco elementos que se deben de tener en cuenta para evitar riesgos: el diseño del puesto, los elementos que lo integran, el medio ambiente, la relación ordenador-persona y la organización del trabajo.

2 Objetivos

- Dar a conocer los riesgos que suponen para la salud los malos hábitos a la hora de trabajar continuadamente con equipos informáticos.
- Recoger las medidas preventivas aplicables para intentar minimizar esos daños.

3 Metodología

Disposiciones recogidas en el Real Decreto 488/1997, de 14 de abril sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativos al trabajo que incluye pantallas de visualización. Consulta guía técnica para la evaluación de los riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización.
Información recogida por la fundación para la prevención de riesgos laborales.

4 Resultados

De entre los principales problemas causados por el trabajo con pantallas de visualización de datos está la fatiga visual causada por distancia inadecuada de la pantalla, discordancia en la iluminación, existencia de reflejos.

Los trastornos músculo-esqueléticos, causados por el diseño inadecuado del puesto de trabajo. Problemas en la piel, generados por una atmósfera poco húmeda, la electricidad estática y el estrés. La fatiga mental, relacionada con la mala organización, exceso de trabajo en tiempo e intensidad o elevadas necesidades intelectuales requeridas para la realización de un trabajo, influyen en la falta de control sobre las condiciones de trabajo y en aumentar los niveles de estrés. Por todo ello, se recomienda contemplar una serie de medidas:
- Para garantizar que todos los elementos del puesto satisfagan los requisitos ergonómicos como el uso de pantallas de buena calidad, sistemas de iluminación que no produzcan reflejos ni deslumbramientos, programas informáticos adecuados a la formación del usuario, interconexión ordenador-trabajador.
-Para garantizar formas correctas de organización del trabajo, como la posibilidad de realizar pequeñas pausas periódicas para prevenir la fatiga, evitar tareas repetitivas y contemplar ritmos de trabajo y contenidos adecuados a las posibilidades del trabajador.
-Dirigidas a proporcionar una información y formación adecuadas a los usuarios de equipos con pantallas de visualización, haciéndolos partícipes de las tareas y reconociendo su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El empresario, o las distintas Administraciones Públicas, deberán adoptar las medidas necesarias para que la utilización por los trabajadores de éstos equipos no

les suponga riesgos para su seguridad o salud y si no fuera posibles, reducirlos al mínimo.

Además proporcionar al usuario formación. Evaluar los riesgos para la seguridad y salud considerando las particularidades del trabajo y teniendo en cuenta los posibles riesgos para la vista, los problemas físicos y la fatiga mental.

6 Bibliografía

- Real decreto 488/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.
- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de pantallas con visualización.
- Plan de oficinas. Guía de usuario.

Capítulo 833

FACTORES PSICOSOCIALES QUE PUEDEN AFECTAR AL CELADOR

SONIA GUTIÉRREZ FUENTE

ANA MARIA PEREZ GONZALEZ

MARÍA INÉS LLAMAZARES GONZALO

RAIMUNDA ALVARINA MONTES DIAZ

MARÍA PILAR MENÉNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Nos adentraremos en lo que es el día a día de un celador, conoceremos su perfil profesional, sus funciones, la relación con sus compañeros y el equipo multidisciplinar. Como este tipo de trabajo puede afectar a su relación con el entorno y en su vida social y personal.

2 Objetivos

- Analizar el trabajo de un celador y posibles problemáticas que se pueden presentar derivadas de su puesto de trabajo.
- Conocer las funciones del celador, la relación con sus compañeros y su entorno de trabajo y como todo puede afectar a su vida laboral y personal.

3 Metodología

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

4 Resultados

Trataremos de adentrarnos en la vida laboral de un celador, para ver como su trabajo, su entorno laboral le puede afectar personalmente.

Las funciones del celador son básicamente asistir al personal sanitario en todo aquello que necesiten o precisen, lo que supone que hay muchos rangos o personas que pueden mandar en ellos. Por ejemplo, se les puede llamar para transportar documentación de un sitio a otro, si un enfermo en hospitalización tiene que ir a realizar alguna prueba se llama al celador para que lo lleve al sitio indicado y lo vuelva a planta. Si un paciente muere en planta será el celador el encargado de traslado a la sala pertinente. Si el celador se encuentra en el servicio de Urgencias podrá ser requerido para traslados entre camillas, llevar a hacer las pruebas prescritas, traslado de boxes a sala de observación o quirófano, será el encargado de conducir al paciente que entra por sus propios medios en urgencias. Todo esto puede suponer un exceso de carga laboral lo que se puede traducir en una serie de problemas que pueden terminar afectando al desarrollo de sus funciones y a nivel personal, entre otros le puede sobrevenir el síndrome del burnout.

El síndrome del burnout también conocido por el síndrome del quemado suele aparecer en profesionales que tienen contacto directo con personas, se presenta en situaciones de estrés crónico. Podemos ver como la persona sufre un cansancio emocional, ansiedad, depresión, absentismo, des personalización, falta de realización, disminución de la autoestima profesional y personal. Estos síntomas terminan afectando a la vida social y personal. Este síndrome esta considerado como un factor de riesgo psicosocial. Suele afectar mas a personas que escogen su profesión por vocación que por obligación.

La ley de prevención de riesgos laborales contempla medidas de prevención a fin

de evitar o mitigar síntomas para evitar que el trabajador llegue a tener problemas derivados del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas y funciones para realizar por el celador no son fáciles, se debe tener especial cuidado y establecer medidas de prevención suficientes para que tenga un buen desarrollo profesional y un buen cumplimento de su trabajo. Con el fin de evitar posibles enfermedades o complicaciones derivadas de la carga laboral

6 Bibliografía

- Ortega Ruiz, C., López Ríos, F.2004. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int J Clin Health Psychol. 4: 137-160.
- Vilà Falgueras, M. et al. 2015. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de atención primaria. Aten. primaria 47(1): 25-31.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales

Capítulo 834

IGUALDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LAS PROFESIONES NO SANITARIAS

RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA

JORGE MARTÍNEZ GARCÍA

MARIA CASTRO GARCÍA

1 Introducción

La desigualdad entre hombres y mujeres en el seno del personal del hospital sigue siendo un desafío, ya que son muy pocas las mujeres que adoptan decisiones críticas y ejercen labores de liderazgo. Además, si se tiene en cuenta la sobrecarga familiar y la presión social, todo ello se traduce en mayor presencia en puestos de menor rango.

Esta situación se debe, en parte, a una serie de estereotipos, por los cuales se continúa pensando que algunas especialidades son más propias de las mujeres o que ellas no tienen capacidad para asumir un cargo de responsabilidad profesional a causa de sus responsabilidades familiares. Los puestos que ocupan son de menor rango que los de los hombres incluso en las profesiones más feminizadas.

Por otro lado, la incorporación de las mujeres al mercado laboral no ha traído de la mano la inclusión de la mayoría de los hombres en el espacio de la reproducción doméstica y del cuidado. Por ello, las mujeres están asumiendo multitud de roles y una doble o triple jornada laboral. Esta sobrecarga de funciones no sólo

tiene efectos perjudiciales en la salud de las mujeres, sino que impide su normal acceso a puestos de poder y toma de decisiones. Esto produce efectos negativos relativos a la carrera profesional de las mujeres, a una escasa proyección de los valores femeninos en la organización y dirección de la actividad sanitaria, a una encubierta infravaloración social de las profesiones feminizadas y a un dominio simbólico de lo masculino en todos los sectores afectados: formación, investigación, asistencia, gestión y comunicación en el sistema sanitario. Por lo que es necesario realizar una revisión conceptual y teórica sobre la presencia de estos sesgos de género en el personal de gestión y servicios del Sistema de Salud.

2 Objetivos

- Reflexionar sobre los efectos del desarrollo de actitudes y comportamientos sexistas.
- Sensibilizar sobre la necesidad de incorporar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
- Analizar las ventajas que introduce la incorporación de la perspectiva de género.
- Conocer los instrumentos y metodologías que facilitan la incorporación de la perspectiva de género en la gestión de los recursos del Sistema Sanitario.

3 Metodología

La metodología consiste en la consulta e investigación de diferentes Informes de Salud y Género de 2005, 2006, 2007 y 2008 usando buscadores científicos y bases de datos a través de Internet utilizando como filtro los artículos publicados en esos 4 años.

4 Resultados

El resultado de ofrecer al personal planes de actuación que incluyen recomendaciones, indicaciones prácticas y orientaciones teóricas y metodológicas para la aplicación del enfoque de la integración de género en la atención sanitaria es conseguir eliminar los estereotipos que afectan negativamente a la carrera profesional de las mujeres.

5 Discusión-Conclusión

La presencia de las mujeres en el entorno sanitario es un hecho innegable. Durante las últimas décadas, las mujeres han pasado del trabajo reproductivo al sector productivo sin abandonar el primero. Precisamente, el hecho de no haber abandonado las tareas de cuidado y reproducción de la esfera doméstica ha sido analizado como un factor limitador del desarrollo pleno de las capacidades de las mujeres, por lo que se hace necesario integrar el principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, así como llevar a cabo acciones dirigidas a conseguir una presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/10-
- https://www.mscbs.gob.es/organizacion/informeSaludGenero2007_2008.pdf

Capítulo 835

AUTONOMÍA DEL PACIENTE, DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA

JORGE MARTÍNEZ GARCÍA

MARIA CASTRO GARCÍA

1 Introducción

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente, información y documentación clínica.

El Artículo 2 de esta ley recoge los principios básicos inspiradores que se han de tener presentes a la hora de aplicar la norma. En lo que respecta al derecho de información sanitaria el Articulo 4 de la Ley supone que los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma. Este derecho comprende también el de no ser informado si así lo desea.

La información, como regla general, se proporcionará verbalmente y deberá ser comunicada al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades, lo que le permitirá tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. De igual modo, se deberá dejar constancia de la misma en la historia clínica, que comprenderá, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

El Artículo 5, considera como titular del derecho a la información al paciente a pesar de expresar la posibilidad de que sean informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

Otro aspecto que debe ser objeto de protección, es el derecho a la intimidad del paciente, pues tal y como establece el Articulo 7 de la Ley, toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización; por ello, los profesionales de los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar este derecho, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes. Así se mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

El personal asistencial y el personal de administración y gestión sólo podrán acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus funciones. El personal que accede a los datos de la Historia Clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

A partir de dichas premisas, la presente Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. Asimismo, la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

2 Objetivos

- Conocer la regulación del derecho a la protección de la salud en la Ley General de Sanidad.

- Estudiar el régimen de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

3 Metodología

Consulta e investigación en la Ley General de Sanidad y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4 Resultados

El resultado de dar a conocer y poner a disposición del personal los contenidos de la Ley es delimitar los supuestos prácticos que deben ser objeto de desarrollo para la ejecución de sus funciones y garantizar la confidencialidad de la información referente a la documentación clínica que se genera en los centros asistenciales.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión del presente trabajo es determinar la repercusión que la Ley tiene, desde el punto de vista normativo, sobre las funciones de los profesionales que intervienen en la gestión de datos relacionados con los servicios sanitarios, sin que se contemplen otras importantes cuestiones, materiales o formales, en la medida en que no estén dentro del orden establecido por la norma.

6 Bibliografía

- Revisión bibliográfica a través de la LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con
- Ley General de Sanidad https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499

Capítulo 836

LA COMUNICACIÓN ENTRE LA COMUNIDAD SORDA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA LUZ LÓPEZ PONTÓN

MARÍA DOLORES DEL REY UGIDOS

MARÍA PILAR ALONSO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La ley 27/2007, de 23 de octubre, indica la necesidad de disponer de medios de apoyo a la comunicación oral mediante las lenguas de signos a personas con discapacidad, ya sea auditiva o auditiva y visual, es por ello que dicha ley se basa en tres principios:

"Accesibilidad universal: Los entornos, bienes, productos, procesos y servicios, así como los objetos e instrumentos, dispositivos y herramientas deben cumplir las condiciones necesarias para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y más natural posible".

"No discriminación: Ninguna persona podrá ser tratada desigualmente, directa o indirectamente, por ejercer el derecho de opción al uso de la lengua de signos española y/o de las lenguas de signos propias de las Comunidades Autónomas

y/o de medios de apoyo a la comunicación oral en cualquier ámbito, sea público o privado".

"Normalización: Principio en virtud del cual las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, bienes, servicios y ámbitos que están a disposición de cualquier persona".

Asimismo, el artículo 10 de esta misma ley, se refiere concretamente a la salud en su apartado C indica que las Administraciones Públicas fomentarán el servicio de intérpretes de lengua de signos española, y de otros dialectos del país, si son solicitadas de forma previa para aquellos usuarios que la precisen por discapacidad auditiva, además se adoptarán medidas de concienciación y de prevención mediante campañas, accesible a cualquier persona, con déficit auditivo, visual, y demás, inclusive.

2 Objetivos

- Identificar las necesidades de la comunidad sorda en la admisión a los servicios sanitarios, así como la percepción del trato que reciben por los auxiliares administrativos y demás personal de los servicios sanitarios.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de: pubmed, uptodate y preevid, con las palabras clave: lengua de signos, comunicación con la comunidad sorda, sanidad, admisión pacientes, urgencias, auxiliar administrativo. Como criterios de inclusión he empleado: idioma inglés y castellano, y texto gratuito; de exclusión: aquellos trabajos publicados previamente al año 2002.

4 Resultados

Los estudios realizados sobre la percepción de la calidad recibida en la atención sanitaria por personas sordas destacan que dicho colectivo presenta una menor utilización de los servicios de Atención Primaria y una mayor recurrencia a servicios hospitalarios, que buscan más servicios privados o que incluso prescinden de la atención a su salud debido a la relación complicada con los profesionales de

la salud, la cual se debe a las dificultades en el proceso de comunicación, la necesidad forzosa de mediación por parte de una segunda persona y la percepción de acritud y nerviosismo por parte del personal sanitario.

Esta relación complicada con los profesionales de salud dificulta el acceso de las personas con deficiencia auditiva a la atención sanitaria, a la prevención, tratamiento y cuidados de salud.
Las personas sordas también refieren diversas barreras intrínsecas en la organización del sistema de salud y la falta de personal cualificado para responder a sus necesidades, lo que les provoca miedo a ser malinterpretados, miedo a los errores de medicación y a ser engañados.

Según el estudio "Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia", en relación a la profesionalidad percibida de los profesionales de los centros sanitarios la mayoría indicó que perciben como "Regular" la profesionalidad del personal médico (54,2%) así como la del administrativo (52,2%) mientras que la mayoría perciben como buena (48,5%) o muy buena (8,3%) la profesionalidad del personal de Enfermería.

Respecto al trato humano percibido, el 50% consideró como" Regular" el trato recibido por parte de los médicos, el 45,8% calificó de "Bueno" el trato recibido por parte de las enfermeras y el 50% calificó de "Regular" el trato recibido por el personal administrativo, siendo predominante la percepción de un trato definido como "Regular" por parte de los profesionales del centro de salud o consultorio.

Ciento noventa y tres países (entre ellos España) el 25 de septiembre de 2015 se comprometieron a cumplir para el año 2030 diecisiete objetivos de desarrollo sostenible de Naciones Unidas con el fin de proteger el planeta, lograr la igualdad entre personas y asegurar la prosperidad de todos los ciudadanos. El objetivo número tres, sobre salud y bienestar, hace hincapié en promover medidas para prevenir las discapacidades, mejorar las vidas de las personas con discapacidad y su integración en las actividades de la sociedad, entre ellas el acceso a los servicios de salud en condiciones de igualdad con el resto de pacientes. La comunicación con la comunidad sorda es una barrera, para el acceso de las personas con esta discapacidad, a los servicios de salud en condiciones de igualdad.

En todo el mundo se están desarrollando proyectos como Edinburgh & Lothian Deaf Health Project en Reino Unido, National Center for Deaf Health Research en Nueva York o Deaf Community Health Worker Initiative, Health Education

& Access Initiative: Minnesota Deaf Community y Deaf Hospice Education & Volunteer Project, etc. con unos objetivos comunes:

Identificar, analizar y priorizar las necesidades de los pacientes sordos.
Formar en materia de salud a las personas sordas así como en metodologías de investigación para que participen de forma real en investigaciones futuras.
Identificar las barreras que esta comunidad encuentra a la hora de acceder a los servicios de salud y hacer campañas de sensibilización al respecto.
Evaluación de los profesionales de los servicios de salud para asegurar que contribuyen a que los pacientes de la comunidad sorda sean tratados bajo el principio de igualdad y se adecue la información sobre prevención de la salud y tratamiento de la enfermedad para que sea accesible para todos.

5 Discusión-Conclusión

Debemos fomentar el aprendizaje y conocimiento de la lengua de signos entre todo el personal que trabaja en los servicios de salud para lograr la inclusión de la comunidad sorda. Dado que el personal administrativo es el que normalmente tiene un primer contacto con los pacientes, no puede ser excluido de la necesidad del conocimiento de la lengua de signos para informar y acoger correctamente a la comunidad sorda.

6 Bibliografía

- Experiencias de las personas sordociegas sobre la atención sanitaria, Carmen Fernández-Valderas, Juana Macías-Seda, Eugenia Gil-García, Universidad de Sevilla, Sevilla, España, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España, Enfermería Clínica (English Edition), Volume 27, Issue 6, November–December 2017, Pages 375-378
- LEY 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.
- Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia,Pedro Simón Cayuela Fuentes, María del Mar Pastor Bravo, María de los Ángeles Conesa Guillén, Escuela Universitaria de Enfermería de Cartagena. Universidad de Murcia. España.

Enfermería Global, versión On-line ISSN 1695-6141, Enferm. Glob. Vol.18 no.54 Murcia abril 2019 Epub 14-Oct-2019.
- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas, 25 de septiembre de 2015.
- Comunidades sordas: ¿pacientes o ciudadanas? Irma M.Muñoz-Baell, María Teresa Ruiz-Cantero, Carlos Álvarez-Dardet, Emilio Ferreiro-Lago y Eva Aroca-Fernández. Gaceta Sanitaria Volume 25, Issue 1, January–February 2011, Pages 72-78

Capítulo 837

EL MOBBING

CARMEN BUGUEIRO NEIRA

SARA BERNARDO ÁLVAREZ

ANA MEDIO PÉREZ

BEATRIZ RODRÍGUEZ GARCÍA

CARMEN MARIA TORO CASTRO

1 Introducción

El acoso laboral o mobbing (del inglés asediar, acosar) se refiere a todas aquellas actuaciones que realizadas de forma intencionada y continua se ejercen por compañeros o superiores con el objetivo de que el acosado abandone de forma voluntaria el puesto de trabajo.

Se manifiesta a través del insultos, menosprecios, asignación de tareas indebida, (por debajo de sus capacidades o cargo) horarios que perjudiquen su vida personal y un sin fin de comportamientos que producen en la víctima efectos tanto en su salud física como mental siendo en los casos más extremos el suicidio la consecuencia final.

Los efectos del mobbing son tales que en la mayoría de casos dificulta la integración del acosado en el mercado laboral tras finalizar el episodio.
Según la OMS hay 5 factores clave que determinan lo que es mobbing:
- No se lleva a cabo de manera puntual, sino al menos durante un mínimo de 6 meses.

- La frecuencia es de una vez por semana aproximadamente.
- Es imprescindible que haya al menos una víctima señalada.
- Que el acoso no sea consecuencia de un comportamiento tóxico previo por parte de la víctima.
- Que el acosado no muestre un trastorno de personalidad previo.

En un contexto como el que vivimos actualmente de crisis económica el acoso laboral aumenta debido a una mayor competitividad e individualidad entre los trabajadores, en algunos casos inducida por las propias organizaciones.

2 Objetivos

- Averiguar de una forma más profunda el fenómeno del acoso laboral para poder detectarlo con más facilidad en caso de ser víctimas del mismo; qué es mobbing y qué no lo es ya que en la mayoría de los casos el acosado suele sentirse confundido e indefenso.
- Conocer los recursos de los que el trabajador puede hacer uso de forma individual una vez detectada la situación.

3 Metodología

El trabajo ha sido realizado consultando diferentes recursos como libros y artículos de investigación mediante google académico, páginas web de profesionales relacionados con el tema como psicólogos, médicos, psiquiatras y seguros de salud privados. La información ha sido facilitada gracias a palabras clave como "acoso laboral", "mobbing", "estrés en el trabajo", "mobbing y crisis económica".

La selección de la información ha sido basándose en la relevancia de los datos y su fiabilidad, ya que es un tema ampliamente tratado y con una extensa bibliografía.

4 Resultados

Según la OMS, el mobbing es el riesgo psicosocial que más enferma a los trabajadores a nivel mundial, llegando al punto de sufrir un incremento del 40 % cuando el país se encuentra en un contexto de crisis económica.

Lo más curioso es que las investigaciones demuestran coincidencias tales como: perfil del acosador, consecuencias en la víctima e incluso metodología utilizada.

En el ámbito de la organización produce un elevado coste, lo que se denomina "costo país"; el que se refleja en el área sanitaria y la pérdida de trabajadores bien cualificados por parte de la empresa.

En nuestro país, la población activa ocupada sufre acoso moral en el trabajo en un 15 %. Existe un daño moral y otro psiquiátrico, el segundo no siempre llega, por lo que para la detección es importante seguir criterios clínicos bien delimitados.

Para detectar las conductas de hostigamiento, que sería el primer paso, detallamos a continuación algunos de los aspectos a los que afecta.
-Ataques a la víctima a través de medidas relacionadas con la organización: no asignar ninguna tarea, o las asignadas son tareas sin sentido.
- Ataques a sus relaciones sociales: no comunicarse con la persona, o no permitir que lo hagan otros.
- Ataques a su vida privada: utilizar el teléfono para causarle un mayor malestar, descalificar a la persona por aspectos personales.
-Violencia física: maltrato, ofertas sexuales.
- Ataques a sus actitudes: nacionalidad, creencias.
- Agresiones verbales: gritos, insultos, amenazas.
- Rumores: hablar mal o difundir rumores.

5 Discusión-Conclusión

Ante lo que queda claro es un fenómeno creciente a nivel mundial, es fundamental adoptar estrategias para protegerse, sin olvidar la prevención que se apoya sobre todo en la autoestima del afectado.
- Asegurarse de que de encuentra en situación de acoso.
- Localizar a el/los acosadores.
- Analizar los rescursos de los que dispoje (apoyo en el entorno, terapeútico…)
- Plantearse la denuncia en caso de ser la solución.
- Recopilar todas las pruebas posibles para la misma (mensajes, grabaciones…)
- Solicitar ayuda interna a través de compañeros o personas que puedan ser influyentes en el acosador, comunicación por escrito a la empresa de la situación vivida.
- Hacer uso de la ayuda externa como el médico de atención primaria, asesoramiento psicológico y jurídico, denuncia a los tribunales y a la Ispección de Trabajo y Seguridad Social, consulta a organizaciones sindicales.

6 Bibliografía

- Libros: Ferro Veiga, J.M. (2020). Mobbing. Construyendo la sociedad, pp 28-29, 51-52. Libro electrónico disponible en Mybestseller. España.
- Giachero, S. (2017). Bullying y mobbing:haciendo visible lo invisibl, p 2. Grijalbo. Uruguay.
- Páginas Web: Formas, causas y fases del mobbing https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia/prepro_080014.html
- La crisis económica y el mobbing. Blog de la psicóloga Silvia González. 2016. https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia/prepro_080014.html
- Los cinco factores del mobbing según la OMS. Compromiso RSE. https://www.compromisorse.com/rse/2014/03/24/los-5-factores-del-mobbing-segun-la-oms/
- El mobbing en el trabajo, su problemática. María del Carmen Vidal Casero. https://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/EL_MOBBING_EN_EL_TRABAJO.pdf

Capítulo 838

CIUDADES SALUDABLES, VECINOS SANOS

JAVIER GRANDA ALVAREZ

1 Introducción

Las ciudades son entes vivos y complejos que están sometidos a una serie de dinámicas y tensiones (económicas, sociales, ambientales, etc.) que comprometen su esencia como lugares de convivencia y vida, afectando negativamente a la salud de las personas que residen en ellas. Se podría decir que una ciudad es sostenible cuando la salud de sus vecinos se convierte en una prioridad.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 9 de cada 10 personas respiran aire insalubre cuando, según la propia OMS, "respirar aire limpio es un derecho de todos". La vida urbana actual plantea una serie de desafíos en términos de salud pública que nos obliga a replantear la planificación y el funcionamiento de nuestras ciudades, si queremos que sean de verdad espacios de vida y salud. Nuevos diseños urbanos más amables con el ciudadano y más sostenibles, la proliferación de parques, jardines y zonas verdes de uso público para conformar un entramado natural que de vida a las distintas piezas del espacio urbano, la naturalización del viario público con arbolado de alineación, las regulaciones efectivas del tráfico urbano, la potenciación de la movilidad sostenible, son, entre otras, políticas insoslayables en ese camino.

2 Objetivos

Analizar el impacto del entorno y las dinámicas urbanas (en especial la contaminación atmosférica) en la salud de los ciudadanos.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline, PubMed, Cuiden, Scielo, Google académico y en bibliografía especializada.

Palabras clave: contaminación atmosférica, salud pública, ciudades saludables, sostenibilidad, cambio climático, ciudades inteligentes.

Criterios de inclusión: publicaciones en castellano en los últimos veinte años.

4 Resultados

En España la contaminación del aire causa al año 10.000 muertes, según los datos presentados por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

Según los informes de la OMS relativos a la calidad del aire y salud, los contaminantes atmosféricos más perjudiciales para la salud de los ciudadanos son el óxido de nitrógeno (NO2), dióxido de azufre (SO2), las partículas en suspensión (PM) y el ozono.

Aunque los contaminantes del aire parecen invisibles, sus efectos sobre la salud son muy dañinos, especialmente para los pulmones, corazón y otros órganos sistémicos.

En Europa, las principales fuentes de emisión de contaminación del aire son el transporte, las centrales térmicas y las plantas industriales.

En España, según los datos manejados por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, el efecto sobre el medio ambiente de los gases del tráfico rodado (32,5 %) son equiparables a los de la industria (32,4 %).

Las evidencias científicas indican que la reducción efectiva de la contaminación del aire podría reducir significativamente la morbilidad derivada de accidentes cardiovasculares, cánceres de pulmón y neumopatías crónicas y agudas como el asma.

5 Discusión-Conclusión

Las partículas en suspensión, tanto las menores de 10 microgramos de diámetro (PM10) como las de menos de 2,5 microgramos (PM 2,5) producidas por la com-

bustión de los vehículos, especialmente los diesel, están consideradas altamente cancerígenas y se relacionan estrechamente con el desarrollo de tumores pulmonares, de mama y digestivos.

Las evidencias científicas avalan el correlato entre los picos de contaminación y los ingresos hospitalarios, las consultas médicas y las atenciones en urgencias, especialmente de personas asmáticas y pacientes con EPOC.

Según confirman los informes de la OMS, la mejora de la calidad del aire puede disminuir considerablemente la cantidad de personas que padecen enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

La aplicación de normas más estrictas destinadas a controlar las emisiones atmosféricas contaminantes puede mejorar la calidad del aire, y con ello, reducir la morbilidad y mejorar la salud de los ciudadanos.

La utilización de tecnologías limpias en las instalaciones industriales, la mejora de la gestión de los residuos urbanos, la mejora de la eficacia energética de las viviendas, la aplicación de diseños urbanos que potencien en uso peatonal de la ciudad, el transporte público y la movilidad sostenible y el establecimientos de protocolos anticontaminación, pueden hacer de nuestras ciudades espacios más habitables, sostenibles y sanos.

6 Bibliografía

- ALONSO SOPEÑA, N (2019): I Programa Nacional de Control de la Contaminación Atmosférica. Madrid: Ministerio para la Transición Ecológica.
- LLORCA, E; AMOR, M.T; MERINO B; MÁRQUEZ, F.J; GÓMEZ, F y RAMIREZ, R (2010): Ciudades sostenibles: una referencia en las políticas de salud pública. Gaceta Sanitaria 24 (6).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2018): Calidad del aire y salud. Disponible en https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health
- RODRÍGUEZ SUÁREZ, V; FERNÁNDEZ SOMOANO, A y ALONOS ALONSO, O (2016): Calidad del aire y salud en Asturias. Informe epidemiológico 2016. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Disponible en https://www.asturias.es/

Capítulo 839

EL JUEGO ONLINE EN LA ADOLESCENCIA. UNA PRÁCTICA DE RIESGO

JAVIER GRANDA ALVAREZ

1 Introducción

Los juegos de azar son tan antiguos como las propias sociedades humanas. Durante mucho tiempo, el juego formaba parte del aprendizaje de los niños y niñas, en tanto en cuanto que facilitaba su socialización. Con el desarrollo tecnológico de las sociedades actuales el concepto del juego ha cambiado. Desde la irrupción de Internet, los niños y adolescentes, tienen a edades cada vez más tempranas acceso a la red a través del teléfono móvil, tabletas, ordenadores o consolas, y en muchas ocasiones, el ocio termina por derivar en adicción.

Se considera que el juego se convierte en adicción cuando la actividad deja de tener un carácter lúdico para convertirse en algo tóxico, en una patología que altera sustancialmente el comportamiento, deteriorando las relaciones familiares, afectivas, sociales y escolares.

La publicidad agresiva de las empresas dedicadas al juego online (con apuestas) y presencial (con apertura de multitud de establecimientos, muchos en las inmediaciones de colegios e institutos), la impulsividad propia del carácter de los adolescentes y jóvenes, la inmediatez de la recompensa y la facilidad de acceso son factores que favorecen el crecimiento constante del número de jugadores, muchos de los cuales derivan en ludópatas.

2 Objetivos

Analizar la incidencia y los efectos del juego online entre los jóvenes y adolescentes.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline, PubMed, Cuiden, Scielo, Google académico y en bibliografía especializada.

Palabras clave: adolescencia, juego online, ludopatía, adicciones, impulsividad, juego problemático.

Criterios de inclusión: publicaciones en castellano en los últimos veinte años.

4 Resultados

Según los estudios publicados, el juego online, al que los adolescentes acceden a edad cada vez más temprana a través de los dispositivos móviles, incrementa hasta en cuatro veces la probabilidad de tener problemas con el juego.

El juego online provoca una suerte de adicción sin sustancia; el cerebro libera dopaminas y endorfinas que facilitan que "el enganche" al juego sea mucho más rápido.

Según los estudios epidemiológicos publicados el juego se ha convertido en el principal de los comportamientos adictivos entre los adolescentes, con una relación clara y directa con la impulsividad y el juego problemático.

En nuestro país hay más de medio centenar de empresas con licencia para el juego online, la mayoría de las cuales no tributan en España sino en territorios de fiscalidad reducida.

Conforme a los datos publicados por la Dirección general de Ordenación del Juego en España (DGOJ), en 2018 las apuestas online movieron 63 millones de euros. El número de jugadores activos era de 828.006, lo que suponía un 21,3% más que en el año anterior. El 10% de los adolescentes españoles afirman que han jugado y apostado online alguna vez.

5 Discusión-Conclusión

Debido a las características y a la dinámica de la sociedad actual, el juego online se está convirtiendo en una práctica de riesgo para los adolescentes españoles.

La inmediatez en el acceso, la ubicuidad, el anonimato, la multiplicidad de las opciones de juego, la creencia en que se controla el azar y la ausencia de dinero en efectivo cuando se juega, hacen del juego online una práctica adictiva, con un elevado coste personal, familiar y social para los adolescentes y jóvenes.

De acuerdo con los estudios epidemiológicos, el juego problemático en adolescentes es entre dos y cinco veces mayor que entre los adultos. Según esos mismos estudios, los chicos tienen mayor probabilidad de desarrollar conductas patológicas con el juego que las chicas.

Sin caer en el alarmismo, se puede considerar que el juego online entre los adolescentes se está convirtiendo en un problema de salud pública que es preciso arrostrar, abordando, entre otras cuestiones, una regulación más estricta para evitar la facilidad en el acceso de los adolescentes al juego.

6 Bibliografía

- CARBONELL VAYÁ, E.J y MONTIEL JUAN, I (coord.) (2013): El juego de azar online en los nativos digitales. Valencia: Tirant lo Blanc.
- LAMAS ALONSO, J.J; SANTOLARIA GÓMEZ, R; ESTÉVEZ GUTIERREZ, A y JAUREGUI BILBAO, P (2018): Guía clínica específica. Jóvenes y juego online. La Coruña: Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados.
- MINISTERIO DE HACIENDA Y FUNCIÓN PÚBLICA. SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA (2017): Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno del juego en población clínica española. Madrid: Ministerio de Hacienda y Función Pública.
- PRINCIPADO DE ASTURIAS (2016): Programa para prevención de la ludopatía. Disponible en https://www.astursalud.es/documents/
- SECADES VILLA, R; MARTÍNEZ LOREDO, V; GRANDE GOSENDE, I y FERNÁNDEZ HERMINDA, J.R (2016): La relación entre impulsividad y el juego problemático en la adolescencia. Frontiers in Psychology, 7: 1931. Disponible en https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01931

Capítulo 840

LA POBREZA LESIONA GRAVEMENTE LA SALUD

JAVIER GRANDA ALVAREZ

1 Introducción

Como es sabido, la salud de las personas y de las comunidades, no solo depende de la calidad asistencial (en algunos casos de la posibilidad de acceso a la misma) sino que, en buena medida, está vinculada a una serie de factores y circunstancias que las rodean a lo largo de su existencia. Estos son los denominados determinantes de salud. El lugar de nacimiento, el extracto social, las posibilidades económicas, el empleo, el sexo, la edad o la etnia generan importantes desigualdades sociales en salud. Es conveniente recordar que la salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social de un individuo y no solo la ausencia de enfermedad. También es preciso señalar que los condicionantes sociales marcan los procesos biológicos desde la infancia y pueden dejar marcas indelebles en la salud.

Hay evidencias científicas que señalan que las personas integrantes de clases sociales desfavorecidas, las de etnias tradicionalmente marginadas (como los gitanos), las que residen en barrios marginales, las mujeres o la población inmigrante procedente de países subdesarrollados, tienen unas condiciones de vida que repercuten negativamente en su salud. Se podría afirmar que cuanto mayor es la desigualdad social mayores son los problemas de salud de la población, y que la pobreza (en sus distintas versiones) es, sin duda, el mayor enemigo de la salud.

2 Objetivos

Analizar el impacto de las desigualdades sociales y de la pobreza en la salud de la población.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline, PubMed, Cuiden, Scielo, Google académico y en bibliografía especializada.

Palabras clave: pobreza, exclusión social, desigualdades sociales, determinantes de salud, salud pública, salud comunitaria.

Criterios de inclusión: publicaciones en castellano en los últimos veinte años.

4 Resultados

Según los datos del 7 Informe Anual sobre el Riesgo de Pobreza y Exclusión realizado por la EAPN (2017), en España el 27,9 % de la población se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión, y el 6,4 % (2,9 millones de personas) viven en la pobreza severa (hogares cuyos ingresos totales por unidad de consumo es inferior a 342 euros al mes).

El 38,7 % de la población en España no tiene capacidad para afrontar gastos sobrevenidos y el 10% no puede hacer frente al gasto de calefacción.

En España, las personas entre los 16 y 29 años tienen la más alta tasa de pobreza y exclusión, alcanzado el 37,6 %, y situándose la de los menores de esa edad en un 31,7 %.

La correlación entre los indicadores de pobreza y el estado de salud de los individuos y de las comunidades está refrendado por los estudios científicos. El nivel de renta limita el acceso a la comida, a los medicamentos, a la vivienda, provocando un deterioro importante de la salud.
La pobreza o el bajo nivel socioeconómico son una de las causas más importantes de la morbilidad y la mortalidad prematura, reduciendo la esperanza de vida en más de dos años.

5 Discusión-Conclusión

Según los datos aportados por la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN), 1 de cada 5 españoles viven con menos de 1.552 euros al mes (parejas con dos hijos) o con 739 euros al mes en hogares unipersonales.

El 40% de las pensiones en España están por debajo del umbral de la pobreza.

Si se quiere mejorar la salud de la población debe ser prioritario la reducción de las desigualdades sociales y trabajar por la equidad en salud. A pesar de la cobertura universal, el nivel socioeconómico o el género condicionan el acceso a determinadas prestaciones asistenciales.

Abordar la erradicación de la pobreza debe ser uno de los elementos centrales de las políticas sociales y de salud pública, puesto que las personas vulnerables enferman más y fallecen antes que las que tienen un mayor nivel socioeconómico.

6 Bibliografía

- DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y SANIDAD EXTERIOR. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2009): Análisis de la situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades de salud en España. Disponible en https://www.mscbs.gob.es
- HERNANDEZ AGUADO, I; SANTOLAYA CESTEROS, M y CAMPOS ESTEBAN, E (2012): Las desigualdades en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 26 (S1).
- LLANO ORTIZ, J.C (2019): La desigualdad en la salud. Madrid: Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español. Disponible en https://eapn.es/
- LLANO ORTIZ, J.C (2019): El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2018. Madrid: Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español. Disponible en https://eapn.es/
- ORGANIZACIÓN MUNDAL DE LA SALUD (1991): Objetivos de salud: salud para todos en el año 2000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

Capítulo 841

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ESPECÍFICOS EN TRABAJOS DE PERSONAL DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.

ALEJANDRO RODRIGUEZ GARCIA

JOSÉ LUIS PARRA DÍAZ

1 Introducción

Recomendaciones y obligaciones del trabajador de mantenimiento para la prevención del riesgo laboral en entorno de trabajo hospitalario. Pueden ser riesgos biológicos, físicos, químicos, ergonómicos, psicosociales, riesgos para la reproducción y maternidad.

Para ello se seguirá la legislación existente:
•Real Decreto Legislativo 1/1994, del 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
•Decreto 204/1994, de 15 de septiembre, de Ordenación de la Gestión de Residuos Sanitarios.
•Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
•Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del Sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

• Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. Modificada por el RD Legislativo 5/2000. Modificada por la Ley 54 de 2003, de 12 de diciembre. Modificada por la Ley 50/1998, de 30 de noviembre. Modificada por la Ley 39/1999 de 5 de noviembre.
•Orden de 31 de enero de 1996, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, de desarrollo del Decreto 204/1994, de 15 de septiembre, de Ordenación de la Gestión de Residuos Sanitarios.
•Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. Modificado por el RD 780/1998. Modificado por el RD 298/2009.
•Real Decreto 413/1997. Protección operacional de los trabajadores externos con riesgos de exposición a radiaciones ionizantes por intervención en zona controlada.
•Real Decreto 485/1997, sobre disposiciones mínimas de señalización de seguridad y salud en el trabajo.
•Real Decreto 486/1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
•Real Decreto 487/1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas.
•Real Decreto 488/1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en trabajos con pantallas de visualización de datos.
•Real Decreto 575/1997, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.
•Real Decreto 664/1997, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
•Real Decreto 665/1997, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.
•Real Decreto 773/1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.
•Real Decreto 1215/1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.
• Ley 10/1998, de 21 de abril, de Residuos (BOE núm. 96, de 22/04/98)
•Real Decreto 374/2001, de 6 de abril, sobre la protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo.
•Real Decreto 783/2001, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.

•Real Decreto 1251/2001, de 16 de noviembre, por el que se reglan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo.
•Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo, por el que se establece la duración de los plazos para la resolución de los procedimientos administrativos para el reconocimiento de prestaciones en materia de Seguridad Social.
•Orden TAS/1040/2005, de 18 de abril, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes.
•Real Decreto 396/2006, de 31 de marzo, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud aplicables a los trabajos con riesgo de exposición al amianto.
•Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.
•Reglamento CE Nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 18 de diciembre de 2006 relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH)
• Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres.
• Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social.
•Reglamento CE nº 1272/2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas (Reglamento CLP•Orden TIN/971/2009, de 16 de abril, por la que se establece la compensación de gastos de transporte en los casos de asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales y de comparecencias para la realización de exámenes o valoraciones médicas.
•Real Decreto 1085/2009. Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico.
•Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de
Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal.
•Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de prevención de riesgos laborales a la Administración General del Estado.
•Real Decreto 486/2010, de 23 de abril, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a radiaciones
ópticas artificiales.
•Directiva 2010/32/UE, de 10 de mayo de 2010, que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes

en el sector hospitalario y sanitario.

Es importante la realización de talleres de reciclaje para que todos los trabajadores estén al día de las actualizaciones que se realicen. Se encargará de ello los directivos y el personal de prevención de riesgos laborales. Todo trabajador estará obligado a utilizar el material destinado a este uso.

Dentro del personal de mantenimiento del hospital serán las más importantes:
-Zona de trabajo limpias y ordenadas.
-Nunca dejar las herramientas de trabajo enchufada después de su uso.
-No instalar fuentes de calor cerca de productos inflamables o combustibles.
-Los productos inflamables deben estar en un recinto limpio y aislado y en la menor cantidad posible.
-Utilizar la ropa,guantes y gafas específicos para el trabajo a realizar.
-Respetar las señales de uso de equipos de protección personal (EPI).
- Conocer los diferentes tipos de contenedores de residuos y usarlos correctamente.
- Trabajo ergonómico.
Los técnicos de prevención de riesgos laborales se encargará de revisar que se utilice el material y los protocolos correctamente. Se encargará de analizar los factores de riesgo, evaluar, gestionar y realizar una intervención. El 50% de los accidentes laborales se deben a una ausencia en el uso de los materiales de seguridad, no seguir la normativa vigente o el mal uso del material provoca un aumento de mortalidad de 3 de cada 10 accidentes, aumentando el ingreso hospitalario, la baja laboral temporal o permanente.

Debido a las últimas estadísticas publicadas, es de vital importancia el conocimiento de las normas y protocolos, para establecer una vida laboral minimizando los riesgos en la medida de los posible.

2 Objetivos

- Conocer y utilizar todos los medios de protección personal y colectiva en relación con el trabajo a realizar por todos los trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Bibliografía

1. Seguridad-laboral.es. (2020). Cuidar al que cuida mediante la salud psicosocial. [online] Available at: http://www.seguridad-laboral.es/prl-por-sectores/sanitario/cuidar-al-que-cuida-mediante-la-salud-psicosocial
[Accessed 9 Feb. 2020].
2. Boe.es. (2020). BOE.es - Documento BOE-A-2007-6326. [online] Available at: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-6326
[Accessed 9 Feb. 2020].
3. Medlineplus.gov. (2020). Salud ocupacional de proveedores de salud: MedlinePlus en español. [online] Available at: https://medlineplus.gov/spanish/occupationalhealthforhealthcareproviders.html
[Accessed 9 Feb. 2020].
4. García, A., Delclòs, J., Domínguez, G., Fontcuberta, L., Mira, M. and Benavides, F. (2020). Archivos de Prevención de Riesgos Laborales en MEDLINE/PubMed. [online] Dialnet. Available at: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4072136
[Accessed 9 Feb. 2020].
5. Index-f.com. (2020). Index de Enfermeria. [online] Available at: http://www.index-f.com/index-enfermeria/v26n1-2/10798r.php
[Accessed 9 Feb. 2020].

Capítulo 842

RIESGOS INHERENTES AL TRABAJO CON PANTALLA DE VISUALIZACIÓN DE DATOS

LORENA ZAPICO GUTIERREZ

1 Introducción

En auxiliares administrativos se trabaja de forma continua con PVD, esto se combina con la lectura de documentos, atención telefónica y presencial. En el personal sanitario el uso habitual es de 20 horas semanales con equipos de PVD. Por ello, vamos a tratar en este artículo de conocer cuáles son los riesgos inherentes al trabajo con pantalla de visualización de datos, como se manifiestan y cómo podemos evitarlos.

Con el fin de acotar el terreno en el que se define el diseño del puesto de PVD que aquí se expone, es conveniente definir los tres elementos básicos: «pantalla de visualización», «puesto de trabajo» y «trabajador usuario» de PVD. El Real Decreto 488/1997 y la Guía Técnica elaborada con objeto de facilitar la aplicación del citado Real Decreto, abordan conceptualmente estos elementos.

• Pantalla de visualización (PVD): una pantalla alfanumérica o gráfica, independientemente del método de representación visual utilizado.

• Puesto de trabajo: el constituido por un equipo con pantalla de visualización provista, en su caso, de un teclado o dispositivo de adquisición de datos, de un programa para la interconexión persona/máquina, de accesorios ofimáticos y de un asiento y mesa o superficie de trabajo, así como el entorno laboral inmediato.

• Trabajador: cualquier trabajador que habitualmente y durante una parte relevante de su trabajo normal utilice un equipo con pantalla de visualización.

2 Objetivos

- Analizar y resumir los riesgos de salud en este tipo de puesto de trabajo, analizar las posibles soluciones o mejoras y valorar las formas optimas de prevenir dichos riesgos.
- Establecer pautas de actuación para el trabajador tanto físicas, ergonómicas como de descanso y mentales.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo a partir de una revisión bibliográfica recurriendo a las bases de datos Scielo, Dialnet y Elsevier.

Las palabras clave usados como descriptores son: pantalla de visualización, riesgos visuales, seguridad y trabajo en el puesto de auxiliar administrativo, prevención de riesgos laborales.

4 Resultados

1. Fatiga visual.
Se produce fundamentalmente como consecuencia del exceso de requerimientos de la pupila y del músculo que interviene en la acomodación del ojo, con el fin de adaptarse a diferentes iluminaciones y a diferentes distancias de los objetos, respectivamente. Se caracteriza por ser reversible.

¿Cómo se manifiesta?
- Molestias oculares: Picor, lagrimeo, pesadez de los párpados, enrojecimiento de los ojos, parpadeo….
- Trastornos visuales: Visión borrosa, dificultad para enfocar, imágenes doble transitoria….
- Trastornos extra oculares: Cefaleas, vértigos, epilepsia foto sensitiva, ansiedad….

2. Fatiga física.
¿Cómo se manifiesta?
- Dolores en cuello y nuca.
- Dolores de espalda.
- Lumbalgias.
- Contracturas.

- Hormigueos.
- Síndrome del túnel carpiano, con dolor y pérdida de sensibilidad en los dedos de mano, hormigueo…

3. Fatiga mental.
Estos síntomas pueden deberse al estrés, la monotonía, la insatisfacción en el trabajo.

¿Cómo se manifiesta?
- Trastornos neurovegetativos: Cefaleas, palpitaciones, trastornos digestivos, mareos…
- Perturbaciones psíquicas: Ansiedad, irritabilidad, estados depresivos, falta de concentración…
- Trastornos del sueño: Pesadillas, sueño agitado, insomnio….

CÓMO EVITAR ESTAS FATIGAS
1. Cómo evitar la fatiga visual.
- Recomendaciones de los factores extrínsecos.
• Características de visualización.- El usuario adaptará el equipo para que los caracteres estén bien definidos y configurados de forma clara y en dimensión suficiente, para que permita su visión correcta ojo-pantalla. La imagen serán estable. El usuario orientará la pantalla, evitará reflejos y regulará la luminosidad y el contraste en función del entorno.
• Características de la lectura.- Distancia ojo-pantalla será de 600-700 mm, nunca inferior a 400 mm. El borde superior de la pantalla no debe superar la línea horizontal de los ojos. La pantalla se colocará verticalmente o ligeramente inclinada para evitar reflejos. Para trabajar principalmente con documentos, el porta documento se colocará a igual distancia que la distancia ojo-pantalla.
• Características del entorno.- Debemos en este caso evitar tanto los deslumbramientos directos como los indirectos.

Las tareas que realiza un usuario de PVD exigen niveles de iluminación opuestos. La lectura del documento y teclado requieren un nivel ligeramente elevado de iluminación. La pantalla exige un buen contraste entre caracteres y el fondo, este contraste disminuye con el aumento de la iluminación. En general es suficiente con nivel de 200 a 400 lux en el local. Si el trabajo es fundamentalmente con pantalla es suficiente 200 lux.

Ninguna ventana se encontrará delante ni detrás de la pantalla. El eje principal de la vista del usuario será paralelo a la línea de las ventanas. Dentro del puesto

de trabajo, la pantalla se dispondrá en la zona más alejada de la ventana. Las ventanas dispondrán de persianas regulables. Si disponen de cortinas, estas serán tupidas, de color liso y suave (color pastel).

Se evitará en la superficie de trabajo materiales brillantes y los colores oscuros. Las paredes serán de colores pálidos.

- Recomendaciones de los factores intrínsecos.
• Las personas afectadas de defecto visual se fatigan más. La agudeza visual y la capacidad de acomodación disminuyen a partir de los 40 – 45 años.
Se precisa una adecuada corrección ocular, mediante un programa de vigilancia de la salud.
La elección de las gafas es decisiva. Las lentes bifocales limitan el campo de visión y concentrándose en la parte inferior de la lente; obligando a forzar la inclinación de la cabeza para obtener una visión correcta, provocando dolor de nuca y hombros. Se recomienda lentes unifocales.

2. Cómo evitar la fatiga física.
- Mobiliario ergonómico
• Mesa.- La superficie aconsejable es de 1200 mm de ancho por 800 mm de largo, será mate y de color suave, la distribución de los elementos vendrá definida en función de las tareas más frecuentes que realice el usuario con realización de la menor cantidad de esfuerzos musculares. La altura de la mesa debe permitir el confort de los miembros inferiores.
• Asiento.- Será estable, con asiento y respaldo regulables en altura. Acolchado recubierto de tela flexible y transpirable, con borde anterior inclinado con radio de inclinación.
Los respaldos bajos deben ser regulables en altura e inclinación para conseguir el correcto apoyo de las vértebras lumbares. Los respaldos altos permiten un apoyo total de la espalda
La silla será giratoria y con 5 patas para asegurar la estabilidad.
• El teclado.- Habrá espacio suficiente delante del teclado para que sirva a modo de reposamanos (5 - 10 cm), la segunda fila del teclado debe superar los 3 cm con relación a la superficie de la mesa, con una inclinación menor de 15o respecto a la horizontal. Si se usa el ratón frecuentemente, procurar evitar la inclinación excesiva de la muñeca.

- Postura ergonómica.
• Debemos acomodar el mobiliario para mantener:
El ángulo que forma el antebrazo con el brazo será aproximadamente de 90o

El ángulo que forma el muslo con la pierna será de 90o o ligeramente mayor, apoyando los pies en el suelo o reposapiés.

3. Cómo evitar la fatiga mental.
- Enriquecer la organización del trabajo con: más información, más responsabilidad, más control.
- Aumentar la variedad de las tareas.
- Rotación de los puestos.
- Introducir pausas.
- Suprimir las primas al rendimiento.

El empresario deberá organizar la actividad de los operarios de pantalla para interrumpir periódicamente el trabajo continúo con pantalla para realizar otra actividad distinta. Permitiendo el reposo de los mecanismos de acomodación y convergencia del ojo y relajar la musculatura en tensión.

5 Discusión-Conclusión

El empresario adoptará las medidas necesarias para que la utilización por los trabajadores de equipos con pantallas de visualización no suponga riesgos para su seguridad o salud o, si ello no fuera posible, para que tales riesgos se reduzcan al mínimo. Para ello deberá evaluar los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores, teniendo en cuenta en particular los posibles riesgos para la vista y los problemas físicos y de carga mental, así como el posible efecto añadido o combinado de los mismos. La evaluación se realizará tomando en consideración las características propias del puesto de trabajo y las exigencias de la tarea y entre éstas, especialmente, el tiempo promedio de utilización diaria del equipo, el tiempo máximo de atención continua a la pantalla requerido por la tarea habitual y el grado de atención que exija dicha tarea.

Además, el empresario garantizará el derecho de los trabajadores a una vigilancia adecuada de su salud, informará a los trabajadores sobre todos los aspectos relacionados con la seguridad y la salud en su puesto de trabajo y sobre las medidas llevadas a cabo y deberá garantizar que cada trabajador reciba una formación adecuada sobre las modalidades de uso de los equipos con pantallas de visualización, antes de comenzar este tipo de trabajo y cada vez que la organización del puesto de trabajo se modifique de manera apreciable.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 843

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE CALIDAD CON GDR: EVALUACIÓN COSTE DIAGNÓSTICO ERRÓNEO

FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA

1 Introducción

En el trabajo planteado, trataré de realizar una investigación sobre el coste que suponen los diagnóstios erróneos. La idea que se persigue es poder dilucidar el coste que tiene un paciente mal diagnosticado. Para ello trataré de analizar mediante el uso de GDR, las variables que influyen y que nos pueden ayudar a discernir el coste que supone los errores de diagnóstico más frecuentes.

Los resultados obtenidos pueden ayudar a incrementar la productividad de las unidades de atención clínica, puesto que un profesional sabría, según la dolencia de su paciente las alternativas de diagnóstico posibles y se tratarían en conjunto

2 Objetivos

- Identificar las variables que influyen en el coste que se dedica por paciente en las unidades de gestión clínica.
- Analizar las variables para optimizar el coste de atención indicado para cada paciente.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

-LOS GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO (GRD). Experiencia y perspectivas de utilización.
Autor: CASAS, Merce (dir.) / V.V.A.A. Ed. Masson. Barcelona, 1991.

Capítulo 844

LA PROTECCIÓN DE DATOS EN LA SALUD

CARLOS JAVIER IBAIBARRIAGA HERMIDA

1 Introducción

Entendemos, a la luz de lo recogido en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), por "datos de salud" aquellos datos relativos al estado de salud del interesado que dan información sobre su estado de salud física o mental pasado, presente o futuro. Se incluye la información sobre la persona física recogida con ocasión de su inscripción a efectos de asistencia sanitaria o con ocasión de la prestación de tal asistencia.

2 Objetivos

Establecer normas relativas a la protección de datos de carácter personal, tanto desde el punto de vista de los derechos de las personas físicas, como de las obligaciones de las personas y entidades que tratan derechos de carácter personal.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como son PubMed y Preevid.

- Criterios de inclusión que he empleado: documentos gratuitos escritos en castellano.

- Como criterios de exclusión: documentos publicados en idiomas distintos del castellano.

4 Resultados

Base de legitimación para el tratamiento de categorías especiales de datos y concretamente, datos de salud:
Quedan prohibidos el tratamiento de datos personales que revelen el origen étnico o racial, las opiniones políticas, las convicciones religiosas o filosóficas, la afiliación sindical, el tratamiento de datos genéticos, datos biométricos dirigidos a identificar de manera unívoca a una persona física, datos relativos a la salud o datos relativos a la vida sexual o las orientaciones sexuales de una persona física.

Por lo tanto, la normativa determina que, por regla general, está prohibido todo tratamiento que implique categorías de datos especiales. No obstante, no resultaría lógico que la ley inhabilitara de esa forma el tratamiento de esta tipología de datos dada su relevancia.

Existen excepciones aplicables a esta regla general. Dentro de los diferentes supuestos, podemos rescatar que el tratamiento será lícito cuando:
- Exista un consentimiento explícito para el tratamiento de dichos datos personales con uno o más fines especificados.
- El tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. Esto es, si un interesado acude a un centro médico para proceder al diagnóstico médico, no sería necesario y no tendría mucho sentido que el centro solicite el consentimiento para el tratamiento de datos de salud ya que el tratamiento se encuentra implícito en el propio servicio.

Asimismo, la Ley Orgánica de Protección de Datos establece que se podrá realizar el tratamiento cuando esté fundado en una norma de Derecho español y matiza que, en particular, dicha norma podrá amparar el tratamiento de datos en el ámbito de la salud cuando así lo exija la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, pública y privada, o la ejecución de un contrato de seguro del que el afectado sea parte.

En todo momento se procederá a informar a los interesados del tratamiento conforme con lo establecido en el artículo 13 del RGPD.

5 Discusión-Conclusión

El RGPD promueve un enfoque descentralizado para la protección de datos, centrado en la responsabilidad de los controladores de datos. Si este enfoque será efectivo para lograr un equilibrio efectivo para la protección de los derechos e intereses de las personas y la promoción de la innovación en el sector de la salud, sigue siendo una pregunta abierta.

6 Bibliografía

- www.grupoadaptalia.es/blog/artículos-explicativos-legales/ley-de-protección-de-datos-médicos.
- www.ayudaleyprotecciondatos.es/2016/07/25/cesion-de-datos-entre-profesionales-de-la-salud.
- www.rgpd.es
- García, E.D. (2018). La entrada en vigor del Reglamento Europeo de Protección de Datos como obstáculo a la investigación. DS: Derecho y Salud, 28(1), 231-238.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.murciasalud.es/preevid.php

Capítulo 845

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TRABAJO ADMINISTRATIVO

MARÍA LUISA PÉREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El término Burnout fue introducido en la literatura por el psicólogo neoyorkino Herbert Freudenberger y la psicóloga social Cristina Maslach de la Universidad de California. La imagen evocativa del término se hizo muy popular en América donde en periódicos, revistas, radio y televisión se escuchaba con frecuencia noticias sobre el Burnout. A principios de la década de los noventa se podían encontrar cerca de mil artículos y aproximadamente cien libros concernientes al estudio y frecuencia del síndrome.

El Burnout, cuya traducción al castellano equivaldría a la palabra "quemarse" hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado, específicamente, en aquellas profesiones donde existe una relación constante, directa e intensa con otras personas que, por lo regular, ofrecen algún tipo de servicios y ayuda.

Este síndrome suele aparecer, en la mayoría de los casos, en las personas que han elegido su oficio de manera vocacional y con menos frecuencia en trabajos que se desempeñan de forma obligatoria. Aunque al principio las manifestaciones y el malestar sólo se extienden a la vida laboral, finalmente también llegan a alcanzar, en casi todas las situaciones, la vida social y familiar del trabajador afectado.

Desde esta óptica, todo profesional que trabaje e interactúe con individuos, sería candidato a poder presentar el síndrome. De hecho, profesiones relacionadas con

el campo de la educación principalmente en docentes, también muestran importantes niveles de estrés asistencial que los ha llevado a "quemarse".

Tal como lo explican Maslach y Jackson, a las profesiones asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable de intensa relación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de perturbación emocional, frustración, temor o desesperación.

La tensión o estrés resultante puede tener un efecto de "deterioro emocional", que deja al personal administrativo vacío y con síntomas propios del Síndrome de Burnout. Es decir, que a los ya de por sí complejos requerimientos de la actividad asistencial, se añaden los requerimientos y demandas no sólo de los usuarios, sino también por parte de los jefes, coordinadores, compañeros de trabajo y personas afines.

2 Objetivos

Identificar la clínica principal del síndrome de Burnout. Estrategias de diagnóstico, prevención y tratamiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

SÍNTOMAS
Es necesario diferenciarlo claramente del estrés y tener presente que a diferencia del burnout, el estrés no es un trastorno. Es por ello que el burnout tendrá unas consecuencias y unos síntomas mucho más graves que el estrés como las siguientes:
• Agotamiento emocional: un desgaste profesional que lleva a la persona a un agotamiento psíquico y fisiológico. Aparece una pérdida de energía, fatiga a nivel

físico y psíquico. El agotamiento emocional se produce al tener que realizar unas funciones laborales diariamente y permanentemente con personas que hay que atender como objetos de trabajo.
• Despersonalización: se manifiesta en actitudes negativas en relación con los usuarios/clientes, se da un incremento de la irritabilidad, y pérdida de motivación. Por el endurecimiento de las relaciones puede llegar a la deshumanización en el trato.
• Falta de realización personal: disminución de la autoestima personal, frustración de expectativas y manifestaciones de estrés a nivel fisiológico, cognitivo y comportamiento

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS EN RIESGO
Una persona puede ser más propensa a experimentar Burnout si cumple varias de las siguientes características (en forma de señales o síntomas):
• Se identifica tan fuertemente con el trabajo que le falta un equilibrio razonable entre su vida laboral y su vida personal.
• Intenta ser todo para todos, asumir tareas y funciones que no corresponden a su cargo.
• Trabaja en empleos relacionados con actividades laborales que vinculan al trabajador y sus servicios directamente con clientes. Esto no significa que no pueda presentarse en otro tipo de labores, pero en general doctores, enfermeras, consultores, trabajadores sociales, maestros, vendedores puerta a puerta, encuestadores, oficiales de cobro y otros muchos oficios y profesiones tienen mayor riesgo de desarrollar la condición.
• Siente que tiene poco o ningún control sobre su trabajo.
• Su trabajo es especialmente monótono y no tiene sobresaltos

CAUSAS GENERALES
El agotamiento del trabajo presente en el Síndrome Burnout puede ser el resultado de varios factores y puede presentarse normalmente cuando se dan condiciones tanto a nivel de la persona (referentes a su tolerancia al estrés y a la frustración, etc) como organizacionales (deficiencias en la definición del puesto, ambiente laboral, estilo de liderazgo de los superiores, entre otros).
Las causas más comunes son las siguientes.
• La falta de control en cuanto a las decisiones que afectan a su trabajo
• Expectativas poco claras: Si no se está seguro sobre lo que los demás esperan de uno.
• Dinámica de trabajo disfuncional con compañeros conflictivos o que le ignoran.

• Diferencias en los valores entre empleador y empleado.
• Falta de apoyo social, sentirse aislado.
• El trabajo no se ajusta a sus intereses o habilidades
• Dedicar demasiado tiempo al trabajo hurtándolo a la vida familiar

CAUSAS ESPECIFICAS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO
El personal administrativo que está expuesto de manera continuada, entre otros, a altos niveles de estrés: carga de tareas excesiva, poca autonomía, malas relaciones en el trabajo y ausencia de apoyo en su entorno, falta de formación para desempeñar sus ocupaciones, etc, puede llegar a padecer un estrés crónico que acabe provocando el burnout, con lo cual, el vínculo entre el estrés y el burnout es muy fuerte en este caso.

MEDIDAS A TOMAR
El síndrome de burnout se caracteriza porque es un proceso que va creciendo de manera progresiva si no se toman medidas para impedirlo, lo que conlleva que tenga dificultades para resolver problemas y ejecutar tareas que antes le resultaban sencillas.
Algunas medidas que se pueden tomar para evitar este trastorno son:
• Intentar administrar los factores estresantes que contribuyen al agotamiento del trabajo. Una vez que se hayan identificado trazar un plan para resolverlos.
• Evaluar las opciones de que dispone para ver si se puede trabajar en conjunto con el jefe o empleador e intentar llegar a compromisos o soluciones.
• Analizar su propia actitud y tener en cuenta las formas de mejorar su perspectiva. Intentar volver a disfrutar de los aspectos agradables de su trabajo, establecer relaciones positivas con sus compañeros, etc.
• Buscar apoyo. Puede ser de los compañeros de trabajo, amigos, seres queridos u otras personas, el apoyo y la colaboración pueden ayudar a lidiar con el estrés laboral y la sensación de agotamiento.
• Evalúe sus intereses, habilidades y pasiones. Quizá deba empezar a valorar la idea de buscar un trabajo alternativo, tal vez que sea menos exigente o se ajuste mejor a sus expectativas.

5 Discusión-Conclusión

El término ”burnout” fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger en su libro “Burnout: The High Cost of High Achievement”, y podemos decir para resumir que es un trastorno que se produce a consecuencia de un estrés laboral crónico, y se caracteriza por un estado de agotamiento emocional,

una actitud cínica o distante frente al trabajo (despersonalización), y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas. A ello se suma la pérdida de habilidades para la comunicación.

También llamado "síndrome de estar quemado" o de desgaste profesional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido a su reconocimiento oficial como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), aprobada el año 2018 y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022, en la que se contempla también el abuso de videojuegos como trastorno adictivo.

La CIE define el universo de enfermedades, trastornos, lesiones y otros problemas de salud conexos, es el estándar internacional de clasificación diagnóstica que sirve para notificar enfermedades y afecciones con cualquier fin clínico o de investigación y constituye la base para seguir la evolución de la salud y obtener estadísticas mundiales. El Síndrome de Burnout se incluye así entre los principales problemas de salud mental y en la antesala de muchas de las patologías psíquicas derivadas de un escaso control y de la carencia de una prevención primaria de este síndrome y es la primera vez" que el desgaste profesional entra en esta clasificación.

En cuanto a su tratamiento, la conclusión más evidente es que debe centrarse fundamentalmente en la prevención. El burnout debe prevenirse principalmente desde la empresa. Por ello, el primer nivel tiene que venir de mano de la organización actuando sobre el ambiente laboral y teniendo en cuenta los diversos factores ambientales. Mediante la observación y análisis de recursos, la organización debe identificar y reducir el estrés y sobrecarga laboral.

Por otro lado, podemos señalar un segundo nivel de intervención preventiva sobre el propio grupo de trabajo, cuyo objetivo es detectar a las personas estresadas reduciendo las fuentes de estrés sobre ellos (por ejemplo mejorando las interacciones entre los grupos de trabajo). Además, se puede establecer algún tipo de mecanismo para recibir un feedback del resultado del trabajo, y que el empleado conozca el valor o utilidad de su labor y una vez logrados los objetivos anteriores es importante actuar sobre los efectos del estrés en el individuo o trabajador ofreciéndole la formación adecuada para ayudarle a prevenirlo (formación en emociones), conseguir un equilibrio en sus áreas vitales (familia, trabajo…), etc. Así como fomentar el trabajo en equipo e informar de posibles planes de promoción.

Y, para finalizar, como trabajadores a nivel individual también hemos de poner énfasis en la prevención de este desajuste emocional intentando, en la medida de lo posible:

- Ser asertivo, para evitar malos entendidos.
- Poner límites, bien porque no nos sintamos capacitados para determinados trabajos, bien porque lo consideremos "un abuso".
- Ajustar las expectativas, en lo que respecta a las expectativas no deben suprimirse pero debemos saber ajustarlas. La expectativa laboral nos debe ayudar a crecer, no a decrecer profesionalmente.
- Reciclarse para no sentirse estancado una buena opción es reciclarse y apuntarse a programas de formación para ampliar habilidades y perspectivas.
- Relajarse porque no siempre es fácil afrontar determinadas situaciones profesionales y algunas técnicas de relajación, como el yoga, pueden ayudar a controlar ese estrés.

6 Bibliografía

- Maslach y Leiter (1997) The truth about burnout. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1981): MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press
- De Pablo Hernández C., El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. Nursing. Elsevier. 2007. vol. 25, núm. 8. www.cgcom.es
(consejo general de colegios oficiales de médicos)

Capítulo 846

FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE TRABAJO

MARÍA LUISA PÉREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Un equipo de trabajo es un grupo de personas relacionadas para lograr un objetivo común. Sus miembros analizan objetivos, comparten y evalúan ideas, toman decisiones en conjunto e intentan alcanzar unas metas comunes.

El equipo se forma con la convicción de que las metas propuestas pueden ser conseguidas poniendo en juego los conocimientos, capacidades, habilidades, información y, en general, las competencias, de las distintas personas que lo integran. El término que se asocia con esta combinación de conocimientos, talentos y habilidades de los miembros del equipo en un esfuerzo común, es sinergía.

Significa que el resultado alcanzado por el trabajo de varias personas, es superior a la simple suma de las aportaciones de cada una de ellas. Este es el objetivo del trabajo en equipo. Tras la discusión en el equipo, cada componente puede aportar un conocimiento del que no disponen los demás. Igualmente, el resto puede tener ciertos conocimientos importantes de los que carecen los otros miembros.

Cada uno pone a disposición de los otros sus competencias; sus conocimientos, habilidades y capacidades en general. Así, y tras un diálogo abierto, se ayudan mutuamente hasta alcanzar una comprensión más nítida de la naturaleza del problema y de su solución más eficaz.

Alcanzar esta sinergia es un objetivo fundamental de un equipo de trabajo. No puede implementarse mediante una orden ni aparece por sí sola. Aparece cuando

al interés por el resultado del equipo se suma la confianza y el apoyo mutuo de sus miembros.

Respecto a las tareas que realizan los equipos de trabajo, su distribución entre los miembros y las pautas con la que las ejecutan, se pueden generalizar dos formas:
1.- Trabajos habituales y repetitivos
Se asignan funciones fijas e independientes para cada miembro del equipo, por ejemplo, los trabajadores de una línea de montaje.
2.- Trabajos conjuntos
Todos los miembros tienen funciones y procedimientos fijos, además deben trabajar de forma simultánea, por ejemplo los miembros de un departamento de contabilidad.
El trabajo en equipo se basa en la premisa de que el colectivo logra más que el individuo, ya que se unifican criterios y aumenta la capacidad mental y operativa de todos, terminan más rápido el trabajo y alcanzan los objetivos exitosamente.

El espíritu de colaboración es muy importante en los equipos de trabajo, es básico para cumplir las metas, especialmente si se fijan metas ambiciosas, se conocen los objetivos y cada miembro sabe cuál es su función.

2 Objetivos

- Identificar, señalar y destacar aquellos aspectos más propicios para el buen funcionamiento de un equipo de trabajo, de forma especial en el trabajo administrativo

3 Metodología

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

4 Resultados

Dinámica de funcionamiento:

• Construir un ambiente de confianza entre todos. Conociendo sus habilidades, conocimientos, funciones y sepan cómo colaborar.
• Presentar objetivos comunes, claramente establecidos y conocidos por todos.
• Tener alto sentido de pertenencia y saber que cada miembro es valioso para conquistar las metas.
• Tomar decisiones en conjunto, todos pueden participar con ideas, con esto se mantiene la motivación de todos y es más fácil implementar cambios.
• Brainstorming o lluvia de ideas .
• Rotar funciones, con esto se logra la empatía necesaria para comprender el trabajo de cada quien y fomentar la colaboración y el respeto.
• Compartir aciertos y desaciertos, esto motiva el compromiso mutuo y la responsabilidad.
• Destacar el trabajo individual y celebrar los éxitos del equipo.

¿Qué es la lluvia de ideas?
El Brainstorming o lluvia de ideas es una técnica creativa, ideada en 1939 por Alex Faickney Osborn, que se basa en la interacción entre los integrantes de un grupo para crear nuevas ideas sobre un tema en concreto.

Es un proceso didáctico y práctico mediante el cual se intenta generar creatividad mental respecto a un tema. Tal como dice su nombre, la lluvia de ideas supone pensar rápida y de manera espontánea en ideas conceptos o palabras que se puedan relacionar con un tema previamente definido y que, entonces puedan servir a diferentes fines. El proceso de lluvia de ideas es muy utilizado en espacios tales como reuniones laborales, en clases, en debates, etc.

Para Chris Trimble, experto en innovación y profesor de Tuck School of Business at Dartmouth, el Brainstorming, o lluvia de ideas resulta esencial puesto que "ayuda a resolver problemas de forma mucho más satisfactoria. Además, todo el equipo se involucra, lo que favorece un ambiente de trabajo mucho más relajado y la aceptación de los miembros del equipo con respecto a la solución determinada". En general, cada compañía o departamento es el que decide la forma en que se realizará, aunque existen ciertas reglas que, según Osborn, su creador, no se pueden romper. Estas son:
- Cantidad
En el Brainstorming la calidad se obtiene a través de la cantidad, por eso es importante que los participantes propongan el mayor número de ideas posibles. Al hacer un análisis posterior, aquellas ideas que parecían inviables pueden dejar de serlo, y encontrar un lugar útil en la resolución de problemas.

- Complementar
Lo ideal es que la lluvia de ideas se realice entre varias personas del mismo equipo, puesto que un concepto cuya materia prima es innovadora, pero no convence del todo, puede ser pulida por el resto de los participantes. Con la colaboración de otros, una idea puede transformarse en la punta de una madeja hacia una innovación valiosa y aplicable.
- Ambos lados del cerebro
La mayoría de las actividades de trabajo requieren de un mayor esfuerzo del hemisferio izquierdo del cerebro, por lo que el lado derecho tiende a quedar un poco rezagado. La idea es que con el apoyo de lápices de colores, perfumes, y objetos, se logre incentivar ambos hemisferios.
- Presión
Muchas personas son capaces de resolver grandes problemas cuando están presionados. El tiempo ideal para una lluvia de ideas va de los 10 a los 20 minutos. Quien dirige debe animar a tener un ritmo acelerado, incluso se recomienda asignar un cronómetro.
- Diversión
La presión no es contraria a la diversión, incluso puede ser un elemento que la determina. Piensa en una carrera, donde aquel que obtenga la mayor cantidad de conceptos, sin importar su complejidad, gana un premio.
- Nada es estúpido
Todas las ideas sirven. Aquellos que dirijan estas actividades deberán ser capaces de eliminar los prejuicios y los miedos de los participantes, dándoles seguridad de hablar y haciendo hincapié en que todos los aportes son valiosos.
- Evaluación y crítica
Ambos elementos inhiben la creatividad. Si sé que me van a juzgar, trato de limitar el desarrollo de mis ideas a lo que creo que los otros aprobarán. Por lo tanto, no exploro fuera del camino generalmente aceptado. Para el experto, suspender el juicio sobre las ideas que se dicen y anotarlas todas, alienta a los presentes a decir cosas que, de otro modo, hubieran reprimido.

Al hacer un Brainstorming se busca generar una gran cantidad de ideas, para luego escoger la mejor de todas ellas. Esto es así por dos motivos:
1. Al principio suelen aparecer en la mente las ideas más obvias y habituales, por lo que estas ideas no son innovadoras.
2. Cuantas más ideas se generen en la sesión, más se pueden elegir, combinar y adaptar para resolver el problema planteado al principio.

Los participantes en las tormentas de ideas, no solo contribuyen con sus pen-

samientos, sino que también puede sugerir mejoras o combinar las ideas que tienen los demás. Así, las ideas que tienen unos usuarios sirven de estímulo para los otros participantes.

5 Discusión-Conclusión

La consideración del trabajo en equipo ha ido en aumento a lo largo de los años. Ya no solo es visto como una vía para aumentar la motivación y mejorar el abordaje de la resolución de problemas. Actualmente, se les concede autoridad para tomar decisiones y gestionar los procesos de los que son protagonistas. Es así que las formas de trabajo en equipo, sus modalidades, se han extendido; desde los más círculos de calidad, hasta los equipos de proyecto.

En la actualidad, incluso se habla de «implementación del proceso de equipo»; como medio para generalizar, coordinadamente, en la organización esta forma de trabajar. Esta óptica exige la combinación de las distintas modalidades existentes de suerte que comprometa a toda la organización. Desde la base operativa, hasta la alta dirección.

Y de hecho el contexto organizacional es fundamental para el éxito de los equipos de trabajo. Así, es preciso:
• Que los sistemas de gestión de las personas, y en general las políticas de recursos humanos, sean consistentes con las características del trabajo en equipo.
• Un diseño organizacional que apoye el trabajo en equipo como enfoque de gestión. Permitiéndoles interactuar, facilitando los flujos de información, la coordinación y los recursos necesarios.
• Que la cultura de la organización valore el trabajo en equipo.

6 Bibliografía

- Trabajo en equipo; Jon R. Katzenbach
- http://www.innovaforum.com/
- https://www.emprendedores.es/
- Más allá de la idea : cómo desarrollar la innovación en cualquier tipo de empresa ; Vijay Govindarajan, Chris Trimble

Capítulo 847

LA RESILIENCIA EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SEILA MARTÍNEZ

1 Introducción

En el ámbito hospitalario hay que estar preparado para posibles catástrofes que puedan surgir en un momento dado como pueden ser: accidentes multitudinarios (tren, avión), inundaciones, terremotos, atentados terroristas, etc.

Por esto es muy importante que los auxiliares administrativos que trabajen en sanidad así como el resto de profesionales sean resilientes ya que sólo así podrán dar una respuesta adecuada y eficiente ene este tipo de situaciones.

La resiliencia es la capacidad de afrontar adversidades y lograr adaptarse ante las tragedias, los traumas, las amenazas o el estrés severo.

Todas las personas tenemos la capacidad de sobreponernos a un estímulo adverso pero el uso decidido y firme de esta capacidad es lo que nos hace realmente resilientes. Generalmente las personas logran adaptarse con el tiempo a las situaciones que cambian dramáticamente su vida y aumentan su estado de tensión. Para ello es fundamental haber desarrollado resiliencia.
Para ello debemos aprender una serie de conductas, pensamientos y acciones que cualquier persona puede desarrollar como son:
- Desarrollar un buen concepto de nosotros mismos , teniendo confianza en nuestras habilidades y capacidades.
- Poseer destrezas en la comunicación y en la solución de problemas.
- Tener capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes.

Para mejorar nuestra resiliencia necesitamos fortalecer las cualidades que nos permiten una adaptación positiva en una situación de adversidad.

Las personas resilientes tiene un buen concepto de sí mismas, conociendo sus fortalezas y potenciándolas y sus debilidades a las que se enfrentan. El autoconocimiento nos permite mejorar la capacidad de reconocer y expresar las emociones, lo que nos ayuda a afrontar situaciones dolorosas.

Entre las características de una persona resiliente, podemos destacar:
- Empatía: tener una actitud empática nos a ponernos en el lugar de los otros lo que hace que podamos ofrecerles un mejor apoyo y asistencia en momentos de tensión.
- Afrontamiento positivo de la adversidad: debemos evitar la queja y tomarnos las adversidades como aprendizajes positivos que nos ayudarán a evolucionar como personas.
- Tolerancia a la frustración: debemos aprender a lidiar con la incertidumbre para que nos cause el menor malestar posible y ser conscientes de que no podemos controlarlo todo y saber pedir ayuda ciando lo necesitemos.
- Sociabilidad: las personas resilientes poseen habilidades comunicativas que les ayudan a compartir sus experiencias traumáticas con otros siendo así menos dolorosas y ayudándoles a liberarse de ellas.
- Autonomía: debemos tener iniciativas y ser más autónomos creyendo en nosotros mismos y en nuestras habilidades y capacidades de resolución de problemas.

2 Objetivos

Objetivo General:
- Desarrollar resiliencia.

Objetivos específicos:
- Afrontar la adversidad.
- Resolver problemas.
- Tolerar la frustración.
- Ofrecer una buena atención en situaciones de tensión.
- Evitar colapsos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://hospitaldediaessalud.wordpress.com/2013/11/08/el-camino-a-la-resiliencia/
- http://www.vidaprofesional.com.ve/blog/la-verdad-de-la-resiliencia-y-como-ser-un-resiliente.aspx
- https://www.todobien.club/por-que-es-importante-desarrollar-la-resiliencia-aunqu-1818650330
- https://lamenteesmaravillosa.com/cuatro-claves-para-desarrollar-la-resiliencia/

Capítulo 848

BURN OUT.

CLARA ARACELI GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

El burnout o "síndrome de estar quemado" o de "desgaste profesional" ya tiene el reconocimiento oficial de enfermedad por la OMS como un problema asociado al empleo y también al desempleo. Aquí trataremos solo las relativas las personas en activo laboralmente.

2 Objetivos

- Tratar de identificar por uno mismo cuándo su actitud a su trabajo diario tiene los síntomas de un Burn Out para tratar mediante el uso de terapias adecuadas de superarlo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Concienciación individual y personal de las características de un Burn Out para poder solicitar ayuda a tiempo de cara a superarlo.

Principales indicadores de un Burn Out Profesional
- Despersonalización o actitud cínica o distante frente al trabajo.
- Sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas.
- Pérdida de habilidades para la comunicación.
- Sensación de agotamiento mental y falta de energía en el trabajo.
- Aparición de molestias físicas como dolores de cabeza y/o estómago y problemas intestinales.
- Bajo rendimiento laboral.Gran parte de los estudios concluyen que estas patologías aparecen con mayor frecuencia en profesiones relacionadas con la atención a las personas, citando de forma expresa médicos, enfermeras, cuidadores no profesionales, funcionarios de prisiones y las periféricas a estas. Parte de estos autores hacen hincapié en una mayor incidencia de esta enfermedad entre el sexo femenino.

5 Discusión-Conclusión

La doble situación de infradiaganóstico y escasez o ausencia legislativa (en España no se reconoce como enfermedad laboral sino como accidente de trabajo en el mejor de los casos) sitúan a los colectivos más afectados en una comprometida situación en la que cada individuo debe tomar conciencia de su situación y tratar de solventarla acudiendo a facultativos especialistas que le ayuden a superarlo sin preocuparse de los probables juicios de valor de su entorno profesional.

6 Bibliografía

- OMS 72ª Asamblea de Ginebra.
- Organización Médica Colegial de España-OMC. http://www.medicosypacientes.com
Artículo 'La OMS reconoce como enfermedad el burnout o "síndrome de estar quemado"
- El País. Sociedad. 28/05/2019. El 'burnout' toma peso en la lista de dolencias de la OMS.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- http://www.scielo.org.co
- https://www.medline.eu/es

Capítulo 849

PERCEPCIÓN DEL TRABAJO DEL CELADOR POR PARTE DE LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE SALUD

ANA BEATRIZ FERNÁNDEZ ABAD

1 Introducción

El trabajo de los celadores en Atención primaria ha evolucionado mucho en los últimos años. En principio sus funciones se limitaban al reparto de números para las consultas y poco más.

En la actualidad el celador desarrolla gran cantidad de acciones siendo un profesional valorado por sus compañeros, e importante dentro del funcionamiento adecuado de un Centro de Salud.
Lo que se pretende averiguar con este estudio es cual es la percepción que tienen los usuarios del centro respecto al trabajo de los celadores,si esa percepción es positiva o negativa, y si se ajusta a la realidad de sus obligaciones laborales en el presente.

2 Objetivos

-Saber cuales son las percepciones de los usuarios de un centro de salud respecto a los celadores y su trabajo.
-Conocer hasta qué punto se ajustan las opiniones de los usuarios al trabajo realmente ejercido.

3 Metodología

Se realizó una pequeña encuesta a la entrada de dos Centros de Salud en la zona central de Asturias, los días 10,11 y 12 de Diciembre de 2019. Se le realizó a personas que salían del Centro de Salud, y respondieron el cuestionario un total de 137 personas. No se recogieron datos estadísticos de los encuestados (edad, sexo, etc), todos ellos firmaron un consentimiento previo a la realización de la encuesta en el que se especificaba el total anonimato de las respuestas y el uso que se les daría.

Las preguntas fueron las siguientes:
- ¿Sabe quien es el celador de su Centro?
- ¿Sabe qué hace el celador?
- ¿Está satisfecho con su celador?

4 Resultados

26 personas no sabían identificar al celador, incluso no sabían la mayoría (23) que hubiese ese profesional en el centro de salud.

57 manifestaron estar satisfechos o muy satisfechos con el trabajo de los celadores, 11 no estar satisfechos, y el resto no sabían qué contestar al respecto.

En cuanto a las funciones del celador las respuestas lógicamente fueron muy variadas, por ejemplo:
- Ayudar al resto de trabajadores cuando se lo pidan.
- Llevar recados.
- Abrir la puerta a personas impedidas.
- Ayudar a los usuarios que lo necesiten.
- Dar información a los usuarios etc.

5 Discusión-Conclusión

Parece haber todavía un gran desconocimiento entre los usuarios sobre la figura del celador en Atención Primaria y sus funciones, parece necesario visibilizar esta figura entre los pacientes para que su trabajo repercuta en una atención más centrada en la calidad.

6 Bibliografía

-El celador y el trabajo en equipo AR Crespo, MAT ALAMILLO, BR ORTUÑO - 2012 - books.google.com
-PRACTICAS INNOVADORAS QUE REALIZA UN CELADOR, EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA MC González - congresos.cursosfnn.com
-Sistemas de información maduros para una atención primaria adulta: el proyecto GESHIP A Ruiz Téllez, F Alonso López - Medifam, 2001 - SciELO Espana

Capítulo 850

LAS RELACIONES SOCIALES Y EL LENGUAJE EN EL ENTORNO SANITARIO VIII LECCIONES EN SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL JAVIER ALVAREZ JAVATO

JAVIER ALVAREZ JAVATO

1 Introducción

Tanto en la vida social como en la vida laboral la comunicación y lenguaje es un aspecto fundamental en el ser humano para relacionarse con los demás, donde entran elementos tanto lingüísticos como no verbales entre el emisor y el receptor, siendo en el ámbito sanitario un elemento imprescindible para que el usuario se sienta el centro de todos los cuidados, transmitiendo la importancia de su enfermedad.

2 Objetivos

Analizar las estrategias para mejorar la comunicación y lenguaje en contextos clínicos y de la salud para mejorar la calidad de vida del paciente.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio basado en la búsqueda y consulta en diferentes bases de datos (Google Académico, Dialnet, Pubmed), revista Emergencias, y demás material usando los términos: comunicación, lenguaje.

4 Resultados

Para una adecuada comunicación y lenguaje en el ámbito sanitario se deben de incluir varios aspectos a tener en cuenta, entre ellos destacaremos: un lenguaje sencillo adecuado al nivel del paciente, alfabetización de terminología clínica compleja, ser empáticos con los usuarios, mostrar capacidad de escucha y asertividad, y crear instrumentos para evaluar habilidades y destrezas del profesional del campo de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Una comunicación y un lenguaje efectivo de los profesionales de la salud es de suma importancia en las organizaciones hospitalarias asociándose con mejores resultados en la salud del paciente con mejor orientación diagnóstica y mayor adherencia al tratamiento, además acelera los procesos de alta y rehabilitación para el paciente.

6 Bibliografía

-Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Agencia valenciana de Salut
-Las relaciones humanas, psicología social, teórica y aplicada. A. Ovejero. 1998
-Revista española de salud. PUB Vol. 71 nº 3
-El portal de información para pacientes Msdsalud.es

Capítulo 851

ACERCAMIENTO AL ESTRÉS LABORAL

DIEGO HUERTA GONZALEZ

1 Introducción

El estrés laboral, también conocido como “Burnout” es uno de los problemas de salud a los que se está prestando mayor atención. Esto se debe, fundamentalmente, a que cada vez conocemos más sobre la magnitud e importancia de sus consecuencias. Gestionarlo o prevenirlo nos ayudará a mantener un adecuado nivel de salud, tanto mental como físico.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del burnout o “síndrome de estar quemado” o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), aprobada el pasado año y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022, en la que se contempla también el abuso de videojuegos como trastorno adictivo.

2 Objetivos

-Conocer qué es el estrés laboral.
-Identificar factores producen el estrés laboral.
-Conocer algunas medidas para prevenir el estrés laboral.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha utilizado una metodología activa de búsqueda de información en diversos estudios clínicos y universitarios, así como en webs sanitarias y páginas de organizaciones institucionales.

4 Resultados

El estrés en el ambiente laboral es un aspecto que el trabajador percibe como nocivo y de carácter crónico, sintiéndolo como 'una amenaza' que desencadena un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas. En general, los estresores laborales se podrían dividir en cuatro categorías:
- Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto que se desempeña.
- Desempeño de tareas, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.
- Nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.
- Relaciones trabajo-familia (ambos aspectos no se compaginan).

Los profesionales con más tendencia a estresarse por el trabajo son personas empáticas, sensibles, 'humanas', con dedicación profesional excesiva, idealistas, altruistas, obsesivas, entusiastas, proclives a las enfermedades coronarias y a las alteraciones cardiovasculares, y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás.

Una mala relación con la gestión del tiempo es una de las causas más comunes de estrés laboral, pues puede acabar convirtiendo cada situación en poco más que sinónimo de prisa, fatiga o agitación. Para evitarlo, una forma eficaz es llevar a cabo la teoría del Cubo de Covey: "Tomemos un cubo e introduzcamos en primer lugar piedras grandes y, en segundo lugar, rellenamos los huecos que quedan con piedras pequeñas". Esto quiere decir que las piedras grandes representan las cosas importantes de la vida laboral, y que las pequeñas serían aquellas tareas del día a día, actividades cotidianas de menor magnitud.

De igual modo, sería deseable planificar la agenda para evitar la aparición de acontecimientos estresantes; dando prioridad a los asuntos que se consideren más importantes, y cubrir los huecos con actividades y recados que suponen más una obligación, que el hecho de conseguir una meta en sí misma.

Algunas recomendaciones para prevenir el estrés laboral son las siguientes:
• Decir sí a tus prioridades antes que a las de los demás.
• Programar periodos de descanso entre tus actividades.

• No comer en la mesa de trabajo ni saltarse las comidas.
• Darle importancia al tiempo que se a dedica a la familia.
• Programar actividades variadas.

5 Discusión-Conclusión

Las empresas deben de considerar que los trabajadores están inmersos día a día a diversas presiones por cumplir su trabajo en tiempo y forma y al mismo tiempo efectuarlas correctamente, lo cual conlleva a sufrir este tipo de problemas, es allí donde se deben de poner un especial cuidado para que el rendimiento de cada trabajador sea la adecuada y así poder alcanzar cada una de sus metas.

El estrés es una enfermedad que aqueja a la mayoría de los trabajadores hoy en día, ya que cada individuo es sometido a diversos tipos de presiones y situaciones ya sea dentro o fuera del ámbito laboral que en el cual afecta directamente al rendimiento de cada uno. Las empresas tienden a someter a cada empleado en diversas situaciones él en cual se le puede dificultar el trabajo llevándolo a una situación de estrés por no poder realizar sus tareas diarias correctamente. Por eso es importante poder identificar este tipo de situaciones para así poder atacarlos y tener una mayor eficiencia en las tareas diarias, al mismo tiempo aumentar la productividad del trabajador.

6 Bibliografía

- www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado
fundaciondelcorazon.com madridsalud.es
- https://www.gestiopolis.com/el-estres-laboral-ensayo/

Capítulo 852

EL CELADOR Y LOS PACIENTES TERMINALES.

PABLO MURCIA IGLESIAS

1 Introducción

Según la O.M.S. y la Asociación Española de Cuidados Paliativos (Secpal), podemos definir que un paciente terminal es: "aquel paciente con enfermedad muy avanzada activa en progresión y con pronóstico vital limitado, con esto podemos decir que conlleva la muerte en un tiempo generalmente inferior a 6 meses".
En estas situaciones no se trata de curar al enfermo, sino que se trata de cuidarlo tanto física como psicológicamente.

2 Objetivos

Describir las numerosas actuaciones que realiza un celador ante un paciente terminal.

3 Metodología

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

revisadas. Con las palabras clave “paliativos”, “paciente”, “terminal”. Como criterios de inclusión se ha empleado: idioma inglés y castellano y texto gratuito, de exclusión aquellos trabajos publicados previamente al año 2002.

4 Resultados

El papel de celador en este tipo de situaciones es muy importante ya que pertenece o forma parte del equipo (Médicos, Enfermeras, Auxiliares, Celadores), que son los encargados de proporcionar los cuidados paliativos , por ese motivo su trabajo a de ser cauteloso y muy profesional. El papel del celador debe de ir encaminado a mejorar la calidad de vida del paciente manteniendo la higiene tanto del enfermo como la de la unidad del paciente. El celador deberá de desarrollar su empatía y atender las necesidades psicológicas del paciente practicando la escucha activa.
Cabe decir que el celador debe de conocer las cinco etapas de duelo que son:
- Negación: Es la defensa del paciente ante la enfermedad.
- Ira: Fase de rabia, disgusto, irritabilidad etc.
- Negociación: El paciente se va mentalizando que se va a morir y querrá retrasar el desenlace lo máximo posible.
- Depresión: Fase de desaliento y desánimo.
- Aceptación: El paciente ya está preparado para el desenlace fatal.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que el celador, en este tipo de situaciones, es una pieza muy importante dentro de los profesionales que atienden al paciente terminal. Cabe destacar que el confort del paciente ha de ser el objetivo primordial y deberá de tratarse al paciente con tranquilidad, empatía, y siempre practicando la escucha activa

6 Bibliografía

- ”Actuación del celador en las unidades de cuidados paliativos”. Editorial MAD. Silvia Garcia, Luis/Gil Ramos Juan Manuel/Boceta Osuna, Jaime/García Bermejo María José. Año: 2011. ISBN: 978-84-676-5581-0.
- ”Competencias del celador en la unidad de cuidados paliativos”. Editorial MAD. Silvia Garcia, Luis/Boceta Osuna, Jaime/G. Año: 2015. ISBN: 978-84-576-8051-5.

- ”Counselling y cuidados paliativos”. Editorial: DESCLEE DE BROUWER. Esperanza Santos y Jose Carlos Bermejo. Año: 2015. ISBN: 978-84-330-2786-3.
- ”Los últimos días: razón y práctica de los cuidados paliativos”. Editorial: DIGITAL REASONS SC. Manuel Serrano Martínez. Año: 2019. ISBN: 978-84-120-8880-9.

Capítulo 853

RIESGOS ERGONÓMICOS DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ

PABLO ASENSIO ÁLVAREZ

1 Introducción

Según la Asociación Española de Ergonomía se conoce como ergonomía al "conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, seguridad y bienestar". De esta definición se extrae la idea de que su finalidad es que en el medio laboral, los materiales y el entorno de desarrollo del trabajo se adapte a las capacidades y posibilidades del trabajador.

El conocimiento de los distintos elementos de trabajo y su uso adecuado es esencial para la prevención de los riesgos asociados al puesto del personal administrativo, así como el análisis de sus efectos negativos sobre la salud de los mismos para reconocer los síntomas asociados a las posibles patologías derivadas de las tareas a realizar convirtiéndose así, en la mejor herramienta para una salud laboral óptima.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgos existentes en el puesto del trabajo del personal administrativo así como las causas que los originan.
- Analizar sus efectos negativos sobre la salud del personal administrativo.
- Determinar las medidas de prevención adecuadas.

3 Metodología

Para llevar a cabo la presente publicación se ha realizado un proceso de investigación documental. A través de las fuentes documentales y la consulta de la pertinente bibliografía, se ha procedido a una recopilación sistematizada de los datos necesarios para el análisis de la información que aquí se expone.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se identifican los principales factores de riesgo asociados al puesto de trabajo del personal administrativo, así como las causas que los originan y sus efectos negativos sobre la salud de los trabajadores. Se agrupan en tres categorías:

- Fatiga física postural o alteraciones músculo-esqueléticas: se encuentran íntimamente relacionadas con los trabajos que requieren movimientos repetitivos o que exigen posturas estáticas para el desempeño de las tareas. Dependiendo del órgano afectado se puede padecer un tipo u otro de lesión. Las más comunes son:

• Síndrome del túnel carpiano: es la comprensión que afecta a los nervios situados en la mano y la muñeca. Los principales síntomas son dificultad para hacer puño, dificultad para agarrar objetos, dolor y/o adormecimiento en manos, sensación de hormigueo en los dedos, sensación de hinchazón en los dedos, ardor o cosquilleo en los dedos.

• Tendinitis y Tenosinovitis: cuyos síntomas son la inflamación de los músculos y tendones.

• Osteoporosis: que origina deterioro de cartílagos y huesos.

• Lumbalgia: dolor en la región inferior de la espalda, donde están las vértebras, las terminaciones nerviosas, músculos y ligamentos.

- Fatiga visual: Se produce como consecuencia de un trabajo continuado durante gran parte de la jornada con pantallas de visualización de datos. Produce molestias oculares como sensación de ojos cansados, pesadez de párpados, picores, quemazón, aumento de parpadeo ocular, somnolencia, así como trastornos visuales como la borrosidad de los caracteres.

- Carga y fatiga mental: La principales causas que lo originan son la carga de trabajo, complejidad de la tarea, ritmos de trabajo, monotonía y/o repetitividad de las tarea, etc. Este tipo de fatiga tiene gran incidencia en el trabajo del personal administrativo y sus síntomas van desde los trastornos del sueño: pesadillas, insomnio, pasando por perturbaciones psíquicas como la ansiedad o estados depresivos, hasta los trastornos neurovegetativos como las cefaleas y alteraciones psicosomáticas.

Se ha identificado que para prevenir los factores de riesgo en el desarrollo de las tareas del personal administrativo se precisa el conocimiento de los componentes adecuados a su puesto de trabajo, especialmente el uso de pantallas de visualización de datos (PVD) así como la observación de hábitos posturales saludables. Analizamos a continuación y de forma individual cada uno de los elementos del equipo de trabajo, así como las condiciones ambientales que se deben cumplir y establecemos las medidas adecuadas para una óptima salud postural, que permitirán reducir o minimizar riesgos si se siguen las siguientes recomendaciones.
Elementos del puesto:
- Pantalla de visualización de datos (PVD): Debe ser móvil en tres direcciones para poder ser orientada en relación a la iluminación y evitar deslumbramientos y reflejos. Siempre situada en la línea horizontal de visión, frente al operador, a una distancia acorde a su agudeza visual (30-80cm). La imagen de la pantalla deberá ser estable, sin destellos.
Los ojos deben estar al nivel del borde superior del monitor o algo por debajo. El cuello en posición recta, los hombros relajados y antebrazos, muñecas y manos en línea recta. La postura correcta frente a la misma será con piernas y muslos, muslo y espalda, brazos y antebrazos formando un ángulo de 90º o algo más. Los hombros relajados, codos pegados al cuerpo y pies pegados al suelo o sobre un reposapiés.
- Silla: La silla debe ser estable y completamente ajustable mientras el usuario está sentado. La altura de la silla debe ajustarse de forma que transfiera el peso corporal a través de las nalgas, no de los muslos. Los respaldos deben ser ajustables de arriba abajo y de adelante hacia atrás o flexionarse con el movimiento corporal para que proporcionen un buen soporte lumbar. El respaldo de la silla

debe estar fabricado con un material que absorba la transpiración. Si es necesario el movimiento, las sillas deben tener ruedas. Es preferible que las sillas tengan cinco patas, ya que mejoran la estabilidad. La parte frontal de la silla debe ser curva hacia abajo, ya que así se alivia la presión sobre los muslos y se favorece la circulación sanguínea. Cuando esté sentado los pies han de estar firmemente apoyados en el suelo. Si no se llega a él se debe utilizar un reposapiés.

- El teclado: Su diseño debe cumplir las especificaciones de la Guía Técnica del INSHT para prevenir el mal uso del mismo. Será desplazable, inclinable e independiente del monitor. Su superficie será mate para evitar reflejos. Algunos teclados llevan incorporados un reposamuñecas que favorecen la alineación correcta de la muñeca y ayudan a evitar la fatiga y cansancio por su uso prolongado.
- Ratón: Es otro elemento clásico en la introducción de datos, que se emplea en combinación con el teclado, provocando su uso continuado dolores en los dedos, muñecas, brazos y hombros. El diseño del ratón, el lugar donde se coloca y la manera de emplearlo pueden facilitar el trabajo y prevenir molestias y fatiga. El ratón debe ajustarse a la mano, y los dedos deben rodearlo de modo confortable. Su diseño debe impedir colocar el talón de la mano sobre la mesa. Son más adecuados los de forma irregular y que soportan la mano. El sitio de los botones es importante. Estos no deben estar ni demasiado cerca ni distantes uno del otro. La presión de los botones no debe generar fatiga en los dedos. Es necesario también evitar botones demasiado sensibles. El ratón y el teclado deben estar sobre la misma superficie de trabajo. Debe haber suficiente espacio para poder variar la posición del brazo. Es necesario emplear siempre una alfombra concebida para el ratón y garantizar que está firme.
- La mesa o superficie de trabajo: La mesa debe de tener espacio suficiente para colocar los elementos del puesto de trabajo, siendo recomendables los colores mate para evitar los reflejos molestos. Deben evitarse cajones encima de las rodillas o cualquier otro elemento que restrinja su movimiento debajo de la mesa. Los bordes y esquinas de la mesa deben ser redondeados.

Condiciones ambientales:

- Iluminación: El nivel de iluminación mínimo recomendable es de 500 lux, las fuentes de luz artificial deberán evitar deslumbramientos y reflejos molestos en la pantalla. La iluminación natural es la más adecuada, pero en ocasiones suele ser insuficiente. Por tanto, es recomendable aumentarla con luz artificial.
- Ruido: según la Guía Técnica, el nivel sonoro continuo para las tareas difíciles y complejas no debería ser superior a las 55dB, entendiendo que se refiere a aquellas tareas que requieren concentración.
- Ambiente térmico: la temperatura adecuada está entre 19ºC y 24ºC y la humedad

entre el 40% y el 70%.

Medidas para una óptima salud postural:
- Manténgase erguido para conservar la curvatura natural de la espalda. Estar encorvado aumenta la tensión en la espalda y también puede hacer que sienta menos energía.
- Utilice una buena postura al estar sentado. Relaje los hombros, mantenga los pies planos sobre el suelo y evite inclinarse para acercarse a las tareas sobre su escritorio. Gire el cuerpo entero hacia la tarea en lugar de torcerse.
- Mantener la misma posición mucho tiempo causa fatiga. Sentarse correctamente es importante, pero también lo es moverse o levantarse cada cierto tiempo para evitar la fatiga.

5 Discusión-Conclusión

A simple vista parece que las actividades que se desarrollan en la oficina no entrañan ningún tipo de riesgo, sin embargo resulta cada vez más frecuente las lesiones entre los trabajadores que realizan tareas administrativas. Esto no sólo repercute en la salud física y mental del trabajador, sino que también compromete la calidad asistencial, disminuye la productividad y el rendimiento teniendo una fuerte influencia en el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Por ello, la ergonomía en el trabajo de oficina es muy importante ya que ayuda a evitar riesgos provocados por el mal uso de los equipos de trabajo y por las malas posturas. Las mejoras ergonómicas reducen las demandas físicas del trabajo dando como resultado menos lesiones o dolencias reduciendo el absentismo laboral y optimizando los recursos humanos y económicos. Otro efecto beneficioso de la ergonomía es que, al mejorar el diseño del entorno laboral, se consigue incrementar la eficiencia y la productividad.

6 Bibliografía

- Real Decreto 488/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.
- F. Javier Llaneza Álvarez, editorial Lex Nova, “Ergonomía y Psicosociología Aplicada. Manual para la formación del especialista”.
- Cortés Díaz J.M., editorial Tébar, “Técnicas de prevención de riesgos laborales”.

- A. Bustamante, editorial Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. "La silla en el puesto de trabajo terciario".
- Guía técnica de Evaluación y prevención de los Riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- http://www.ergonomos.es/
de la Asociación Española de Ergonomía
- https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/
sobre riesgos relacionados con la ergonomía.
- https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_602.pdf.
Sobre Norma Europea UNE 81-425-91 "Principios ergonómicos a considerar en el proyecto de los sistemas de trabajo"

Capítulo 854

EL SECRETO PROFESIONAL DEL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA ANGELINA GARCÍA RUBIO

ARAMI GARCÍA BORJAS

JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ

PATRICIA MONTES GAMEZ

ROSA MARÍA VALDÉS DÍAZ

1 Introducción

Entre las diferentes tareas que tiene encomendadas el celador, está la de tramitar o conducir documentos e historias clínicas de los pacientes de un lugar a otro, en el ámbito hospitalario. Por ejemplo; Cuando por petición expresa del facultativo se ha de acceder a los datos de la historia clínica en el departamento de archivos; Para ingresos hospitalarios de pacientes acompañando historial clínico; Para trasladar un paciente a realizar prueba de escáner con el correspondiente consentimiento informado, etc.

2 Objetivos

- Cumplir con la obligación de guardar el secreto profesional respetando el Art. 10 de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

El secreto profesional hace referencia al compromiso de no revelar información obtenida por nuestro acceso como profesionales, sobre el estado de salud de un paciente. Es el medio por el que se garantiza la confidencialidad sobre el estado de salud de un paciente y su derecho a la intimidad. Nos obliga a no difundir la información sobre el estado de salud que sobre éstos pacientes hemos obtenido por nuestra calidad de profesional y que, de no ser así, no hubiéramos accedido a ella.

3 Metodología

Búsqueda sistematizada en distintas bases de datos. Legislación. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

4 Resultados

El personal celador que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones, queda sujeto al deber de secreto. El incumplimiento por parte del celador de guardar el debido secreto sobre la historia clínica de un paciente, conlleva la aplicación de una infracción de carácter grave o muy grave, del deber de secreto, según regula el Art. 10 de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.
De recabar datos especialmente protegidos sin la autorización del afectado.

Como se indica claramente en el Art. 7.2 de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.
Sólo con el consentimiento expreso y por escrito del afectado, podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión y creencias.
Con la aplicación de la ley, éstas sanciones están entre 300.506,00 € y 601.012,10 €.

5 Discusión-Conclusión

Actuar con la debida cautela y prudencia en el manejo y tratamiento de los datos de carácter personal de los pacientes en el ámbito hospitalario para evitar este tipo de infracciones al celador.
Ampliar conocimientos sobre la legislación en materia de protección de datos.

6 Bibliografía

- https://www.lopd-proteccion-datos.com/infracciones-y-sanciones

Capítulo 855

ERGONOMIA: LA MUJER Y LOS RIESGOS MUSCO-ESQUELÉTICOS

NURIA GUTIÉRREZ ARREAL

SILVIA VARELA SANCHEZ

JAVIER GARCIA SANCHEZ

ROCÍO GONZÁLEZ SOMOANO

SUSANA VALDES SUAREZ

1 Introducción

Ergonomía es el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las limitaciones físicas y mentales de la persona. El objetivo de esta disciplina es adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del ser humano.
Actualmente, muchos de los trabajos obligan a los profesionales a permanecer sentados o, por el contrario, mantenerse en pie, durante gran parte de la jornada laboral.

2 Objetivos

- Identificar, analizar y reducir los riesgos laborales.
- Adaptar el puesto de trabajo y las condiciones a las características del trabajador.

- Establecer prescripciones ergonómicas para la adquisición de útiles, herramientas y materiales diversos.
- Contribuir a la evolución de las situaciones de trabajo, con el fin de que la tarea pueda ser realizada, salvaguardando la salud y la seguridad, con el máximo de satisfacción, confort y eficiencia.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Iea.cc hospital del trabajador.cl.
- SatirNet Safety.
- Seguridad-laboral.es.

Capítulo 856

LA CONSECUCIÓN DE UN ENTORNO LABORAL SEGURO EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA CRISTINA ESCOBAR MARTÍNEZ

ESTEFANIA MARTÍN ARAGONÉS

CRISTINA GARCÍA ARGÜELLES

1 Introducción

Es de vital importancia para los trabajadores del ámbito sanitario la concienciación sobre los riesgos existentes en los puestos de trabajo y la necesidad de adoptar medidas preventivas adecuadas al riesgo. Esto resulta ser un factor clave para conseguir una reducción de la siniestralidad, un aumento de la cultura preventiva y en definitiva una mejor calidad de vida en el trabajo.

El sector sanitario es fundamental en lo que entendemos como nuestro estado del bienestar. En él trabajan miles de personas especializadas o no que se ven sometidos diariamente en el desarrollo de su trabajo a unos riesgos laborales que es necesario tener en cuenta. La misión de las distintas administraciones públicas y de los empresarios en el caso de entidades privadas es la de velar por su salud y porque las condiciones en las que se desarrolla sus trabajos sean las mejores.

La sanidad puede que sea, entre todos los existentes, uno de los sectores laborales donde más riesgos y de diferente naturaleza se concentran en un mismo lugar de trabajo. En nuestro día a día podemos encontramos riesgos biológicos,

químicos, físicos, ergonómicos, psicosociales, etc., que desembocan en la mayoría de las ocasiones en enfermedades profesionales que no aparecen de manera inmediata, sino a veces años después de haber desempeñado una determinada actividad e incluso después de haber cesado en ella. Desarrollamos nuestro trabajo en laboratorios, lavanderías, talleres, depósitos de gases, consultas, hospitalización, quirófanos, centrales de esterilización, radiología, urgencias, cocinas, archivos, bibliotecas, centrales de transformación eléctrica, calderas, almacenes, departamentos administrativos, etc.

Estamos predispuestos a accidentes de trabajo debidos a caídas, golpes, contactos eléctricos, contactos térmicos, incendios, explosiones, atrapamientos, golpes con vehículos, salpicaduras, agresiones, sobreesfuerzos, cortes, pinchazos. etc. También somos propensos a contraer enfermedades profesionales, ya sean producidas por agentes físicos (ruidos, vibraciones, radiaciones), agentes biológicos, agentes químicos. También acarrearnos otro tipo de enfermedades relacionadas con el trabajo, causadas por los peligros de origen ergonómico y psicosocial: la carga física, la carga mental, la insatisfacción, la turnicidad, la nocturnidad, los elevados ritmos de trabajo, la precariedad laboral, la mercantilización de la sanidad, etc.

A lo largo del trabajo, iremos exponiendo todos los riesgos que son específicos de nuestro sector para saber identificarlos, combatirlos y minimizarlos. Los riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos y psicosociales. Mención aparte son los riesgos para la reproducción y la maternidad ya que el nuestro es un sector ocupado en su mayoría por mujeres y la turnicidad y nocturnidad por la forma de trabajo que se sigue en centros de trabajo que están abiertos las 24 horas del día todos los días del año.

2 Objetivos

Objetivo principal
- Conseguir unas condiciones óptimas de seguridad y salud laboral que eliminen aquellas situaciones que supongan un riesgo para la salud de los trabajadores.

Objetivos secundarios
- Analizar los riesgos a los que se enfrentan diariamente los profesionales de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas.
- Determinar las medidas de protección individual y colectiva para la prevención tanto de enfermedades profesionales como de accidentes laborales.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica entre diferentes bases de datos recopilando información tanto a través de guías y manuales físicos como en páginas de internet. Se utilizó sobre todo el buscador Google Académico utilizando como descriptores las palabras protección, individual, colectiva, riesgo y prevención. Se consultaron artículos tanto en castellano como en inglés. También se consultaron libros y revistas acerca del tema disponibles gratuitamente en diferentes páginas de Internet.

4 Resultados

En España la Norma básica que regula en la actualidad la materia de Prevención de Riesgos Laborales es la Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. De acuerdo con ella entenderemos como enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley. Mediante el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Este cuadro esta constituido por 6 grupos de enfermedades profesionales:

- Grupo 1: las causadas por agentes químicos.
- Grupo 2: las causadas por agentes físicos.
- Grupo 3: las causadas por agentes biológicos.
- Grupo 4: las causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados
- Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
- Grupo 6: enfermedades causadas por agentes carcinogénicos.

Por otro lado, tomando como referencia el artículo 156 del RD82015 de 30 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, se entiende como accidente de trabajo: “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”.

Teniendo en cuenta estas definiciones y estos conceptos primordiales para entender tanto la enfermedad como el accidente laboral llegamos a la conclusión de

que los profesionales sanitarios están expuestos a situaciones que llevan asociados riesgos para la salud. Los más significativos son: físicos, biológicos, químicos y psicológicos así como los ergonómicos o posturales.

1. Riesgos físicos

Las condiciones físico-ambientales influyen positiva o negativamente en el estado de salud de los trabajadores. Hay una serie de factores que hay que señalar y entre ellos están:

- El local. La estructura arquitectónica y la distribución de espacios se deben estudiar y adaptar para que no sean causantes de fobias, angustias o problemas en el rendimiento de los profesionales.
- Aireación. Factor directamente relacionado con la concepción arquitectónica del edificio. Se debe elegir entre los diferentes sistemas de ventilación:

Natural: a través de puertas, ventanas, claraboyas etc. El único problema de este sistema son los cambios bruscos de temperatura y que no garantiza una temperatura constante, se generan corrientes y expande la contaminación dentro del local.

Mecánico: mediante la introducción de aire fresco que se va renovando continuamente a través de un sistema de aspiración. Resulta muy útil cuando el ambiente exterior está cargado de polución.

Aire acondicionado: nos permite contar con una temperatura constante y una humedad y además nos renueva el aire del local.

- Ambiente térmico. El ambiente térmico en el que se trabaja depende del trabajador, de su metabolismo orgánico y de la ropa que lleve puesta y también del medio ambiente laboral en cuanto a la temperatura, humedad del aire y velocidad del viento. El ambiente término que más se ajusta a unas condiciones favorables sería un ambiente térmico neutro, en el que la producción de calor metabólico está en equilibrio con la perdidas de calor orgánico, calor respiratorio y transpiración insensible. Por otro lado, la temperatura de los locales donde se realicen trabajos sedentarios estaría entre 17ºC y 27ºC; por el contrario si los trabajos a realizar son ligeros la temperatura debería oscilar entre 14ºC y 25ºC. La humedad relativa recomendable estaría entre el 30 y el 70% excepto si tenemos electricidad estática que sería inferior al 50%. Finalmente, los trabajadores no deben estar nunca expuestos a corrientes de aire reguladas en función del sedentarismo del trabajo y de la mayor o menor caloricidad del ambiente.
- Ambiente sonoro. El sonido es la vibración de un medio material y que puede ser detectada por el oído humano. El ruido es un sonido fuerte, generalmente molesto para la actividad humana. Para medir la contaminación sonora se utiliza el decibelio y se les practica a los trabajadores una audiometría. El ruido tiene

efectos negativos para la fisiología del organismo y afecta al rendimiento psíquico del trabajador. Dentro de un hospital se acepta como límite 65 db durante el día y 55 db durante la noche.

- Iluminación. La iluminación natural no suele ser suficiente por sí misma y la artificial puede incidir negativamente en los trabajadores. Es muy importante que si es directa un 90% se dirija hacia abajo y el 10% hacia arriba. Si es indirecta, por el contrario, el 40-60% es hacia abajo y el 10-40% hacia arriba. Resulta obligatorio contar con iluminación de seguridad que permita una evacuación rápida en caso de corte del suministro.
- Vibraciones. Son movimientos rápidos y ruidosos de intensidad variable que se transmite directa o indirectamente al cuerpo del trabajador y que pueden producir lesiones. Muy frecuentemente se detectan en las manos lo que hace desarrolla lesiones vasculares y afectaciones óseas a nivel del carpo, mialgias y parestesias.
- Radiaciones. Son una forma de propagación de la energía a partir de una fuente o centro emisor. Pueden ser electromagnéticas (se propagan en forma de ondas) y corpusculares (formadas por partículas electrizadas. Todas tienen efectos importantes en la salud del trabajador afectando primordialmente a tejidos y órganos, sobre todo a piel y faneras, órganos reproductores, órganos hematopoyéticos, ojos, etc.

Riesgos biológicos

Se define el Riesgo Biológico como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, motivada por la actividad laboral. Su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas. Constituye uno de los principales riesgos laborales a que están expuestos los trabajadores de Centros Sanitarios, afectando a todas las categorías. Están especialmente expuestos a la transmisión por vía sanguínea por los profesionales de enfermería, médicos y el personal de limpieza y lavandería.Las medidas de prevención irán encaminadas a impedir la transmisión del agente biológico, siendo fundamental seguir las precauciones estándar siguientes:

- Vacunación. Será obligatoria frente, por ejemplo, a la Hepatitis B para el personal que tenga contacto directo o indirecto con la sangre u otros fluidos de los pacientes (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de limpieza). Otras vacunas recomendadas en el medio laboral pueden ser: Gripe, Tétanos, Varicela, Rubéola, Triple vírica (Sarampión, Rubeola, Parotiditis).
- Normas de Higiene Personal: cubrir heridas y lesiones de las manos con apósito impermeable. Lavado de manos.

No comer, beber ni fumar en el área de trabajo. No debe realizarse pipeteo con la

boca. Utilizar elementos de protección de barrera
- Los trabajadores de la salud deben utilizar rutinariamente los elementos de protección apropiados cuando realicen actividades que los pongan en contacto directo con la sangre o los fluidos corporales de los pacientes. Entre ellos destacamos: guantes, de uso obligatorio cuando el trabajador sanitario presente heridas o lesiones cutáneas, si maneja sangre, fluidos corporales o instrumentos contaminados con sangre. Mascarillas, en la atención a pacientes con enfermedades de transmisión por vía aérea (TBC), por gotas (Meningitis) o riesgo de aerosoles. Protección ocular, en procedimientos con riesgo de salpicaduras. Bata. Cuidado con los objetos cortantes y punzantes
- Se deben tomar todas las precauciones necesarias para reducir al mínimo las lesiones producidas en el personal por pinchazos y cortes. Para ello es necesario: no encapsular agujas ni objetos cortantes o punzantes. Depositarlos en los contenedores adecuados, que deberán estar siempre en el lugar de trabajo, evitando su llenado excesivo. El personal sanitario que utilice estos objetos cortantes y punzantes se responsabilizará personalmente de su correcta eliminación.
Desinfección y Esterilización correcta de instrumentales y superficies. A través del empleo de productos químicos de amplio espectro de actividad y una acción rápida e irreversible y también llevando a cabo una esterilización total para lograr la destrucción de todos los gérmenes, incluidos esporas bacterianas, a través de métodos por calor húmedo (autoclave), calor seco, radiaciones ionizantes etc.

Actuación ante un accidente biológico:
Ante un accidente con riesgo de transmisión de microorganismos vehiculizados por la sangre se debe actuar de una forma rápida y eficaz. El 90% de las exposiciones accidentales son inoculaciones percutáneas, de las cuales el 87% son pinchazos. El principio básico es que la sangre y otros fluidos corporales deben considerarse potencialmente infecciosos.
Ante una exposición casual con sangre y/o fluidos corporales se procederá del siguiente modo:
- Lavado con agua y jabón, dejando sangrar la herida, aplicar un desinfectante (Povidona yodada) y tapar con un apósito impermeable. Si la exposición es mucosa, lavado prolongado con agua corriente o suero fisiológico.
- Notificación inmediata del accidente, poniéndose en contacto con el Servicio de Prevención del hospital, para la aplicación del correspondiente protocolo de actuación, que incluye necesariamente:
1. Identificación de la fuente, siempre que sea posible, para proceder a su estudio serológico, previo consentimiento informado del paciente.
2. Estudio serológico del trabajador accidentado, previa valoración de su estado

vacunar.

Riesgo químico
Los trabajos pertenecientes al sector sanitario, ya sea en hospitales, laboratorios, consultorios, o en otros espacios de atención al paciente, tienen riesgos laborales específicos originados por actividades, instalaciones y equipos específicos del sector sanitario. Los establecimientos de salud utilizan habitualmente decenas de compuestos químicos que pueden ser peligrosos tanto para el ambiente como para la salud de los trabajadores y de la comunidad. Algunos de ellos se han relacionado, entre otras enfermedades con malformaciones congénitas, cáncer y asma. Todos los agentes químicos son capaces de producir efectos negativos sobre la salud de los trabajadores si los agentes químicos se encuentran en determinadas cantidades y si los trabajadores están expuestos a ellos el tiempo suficiente.

El efecto tóxico de estas sustancias está condicionado por una serie de factores:
1. La vía de entrada del contaminante en el organismo.
2. El tiempo que permanezca el trabajador expuesto al agente contaminante, o tiempo de exposición.
3. La dosis, o cantidad de contaminante que logra penetrar en el organismo.
4. La susceptibilidad individual, o las especiales características de cada persona, que le diferencian del resto.

Los efectos producidos por los contaminantes químicos son muy variados y pueden ir desde una simple irritación local hasta el cáncer. La principal medida para la prevención de los efectos tóxicos de los agentes químicos es la identificación de la exposición a los mismos. Es necesario conocer cuáles son las sustancias químicas que están presentes en el medio ambiente de trabajo, o que utilizamos con frecuencia para realizar distintas operaciones. Para conocer las sustancias con las que trabajamos, es muy importante disponer del etiquetado de los productos químicos. Todos los preparados químicos deben estar provistos del etiquetado correspondiente y de las fichas de seguridad, que proporcionan toda la información y las instrucciones necesarias tanto para manipular el producto con las debidas medidas de seguridad como para hacer frente a posibles medidas de emergencia, si fuesen necesarias.

Riesgo psicosocial
Los riesgos psicosociales son los factores de riesgo para la salud que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico, emocional, cognitivo y conductual. Pueden ser precursores de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración. Tanto el personal sanitario

como el personal no sanitario se encuentran sometidos a una fuerte tensión laboral que les convierte en un sector notablemente sensible a este tipo de riesgos. Las horas de trabajo, el consumo de drogas, las propias exigencias emocionales, el agotamiento laboral y factores relacionados con el estrés y la violencia e intimidación así como una carga elevada de trabajo y presión por cumplir los plazos, una falta de control sobre el trabajo, un ambiente organizativo deficiente además de la realización de tareas con fuerte carga emocional pueden desencadenar toda una serie de problemas de salud e inconvenientes al trabajador entre los que podemos nombrar:

1. Problemas físicos: trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, musculares, dermatológicos, inmunológicos, sexuales y otros.
2. Problemas psicológicos: alteraciones del sistema nervioso, trastornos del sueño, depresión, ansiedad, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos alimenticios, drogodependencias,…
3. Consecuencias laborales: bajas, absentismo, incapacidades laborales (incluso discapacidades permanentes), además de un incremento en el número de accidentes por las dificultades añadidas de mantener la concentración necesaria

Riesgos ergonómicos o posturales

La ergonomía se define como el desarrollo aplicado a la fisiología y de la piscología del trabajo. Es la ciencia de la adaptación del trabajo al hombre. Como consecuencia de la actividad laboral son muchas las posturas que adoptan los trabajadores que pueden lesionar algunas estructuras orgánicas con el paso del tiempo, de ahí que sea necesario corregir y trabajar el diseño del mobiliario y de otros materiales que eviten o amortigüen esos efectos. Actualmente, la ergonomía tiene carácter interdisciplinar, ya que se nutre de diversos campos del saber científico: ciencias biomédicas, ingeniería, psicología, sociología, matemáticas, física, economía, mecánica etc. A través de estas disciplinas podemos contribuir al estudio de las medidas del cuerpo humano, ocuparnos del estudio fisiológico de los sentidos, estudiar la aplicación de las fuerzas humanas al desarrollo de la actividad laboral. También podemos intervenir en cuanto que analizaremos la conducta humana y estudiar las colectividades humanas.

Según sea el campo de actuación de la Ergonomía se puede clasificar en:

1. Ergonomía geométrica: se ocupa del estudio de la relación entre el ser humano y las condicione métricas de su puesto de trabajo en lo relativo a su comodidad y confort estático, tanto en posiciones de pie como sentado, pie-sentado etc. Su finalidad es conseguir que las dependencias, despachos, habitaciones, mesas y sillas, mandos para la manipulación de instrumentos etc., tengan un diseño y dis-

posición que garanticen la seguridad del trabajador, eviten esfuerzos superfluos, eviten la fatiga muscular, psicológica etc.
2. Ergonomía ambiental: establece la relación entre la persona (trabajador) y las condiciones medioambientales. Se trata de prevenir la aparición de enfermedades profesionales y conseguir el máximo bienestar posible para el trabajador. Se cuidan de manera especial las condiciones del medio donde se trabaja para garantizar el mayor confort posible y sensación de bienestar Es necesario para ello cuidar la temperatura, grado de humedad, sonoridad del ambiente, luz, presión atmosférica en caso de aire acondicionado, característica de la pintura existente en paredes, decoración, etc.
3. Ergonomía temporal: se ocupa sobre todo de estudiar la relación entre la fatiga producida en el trabajo y el tiempo dedicado al descanso. Tiene importancia para facilitar el descanso y evitar la fatiga y psicológica, una distribución de las horas laborales semanal en jornadas con horario limitados y descansos intermedios que eviten la fatiga. Surge así la necesidad de estudiar, en función de las características del trabajo desarrollado (físico, intelectual, intensidad, biorritmos, etc.), el tipo de jornada laboral: jornada partida, continua, a turnos, etc.

5 Discusión-Conclusión

La prevención es clave para evitar los riesgos laborales dentro del sector sanitario. Por lo tanto, se deberá cuidar y motivar al trabajador lo que conducirá a un aumento de su productividad. A su vez, con ello se evitan en gran medida las enfermedades, en especial y sobre todo aquellas que se encuentran directamente relacionadas con las condiciones laborales que no son beneficiosas.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. Modificada por el RD Legislativo 5/2000. Modificada por la Ley 54 de 2003, de 12 de diciembre. Modificada por la Ley 50/1998, de 30 de noviembre. Modificada por la Ley 39/1999de 5 de noviembre.
- Instituto asturiano de prevención de riesgos laborales a través del portal www.asturias.es.
- CCOO, Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el Sector Sanitario, Federación de Castilla y León.
- Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. J.J. Gestal Otero. Ed. Interamericana.McGraw-Hill. 2003.

- Guía de Prevención de Riesgos Laborales en el Sector Sanitario. Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid. 2007.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) (http://www.insht.es).
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo(http://osha.europa.eu/es
- Ministerio de Sanidad y Política Social (http://www.msc.es
- Todo sobre las bajas laborales (http://www.todosobrelasbajaslaborales.com
- Junta de Castilla y León (http://www.trabajoyprevencion.jcyl.es).
- Scientific Electronic Library Online (http://www.scielo.org)
https://www.riojasalud.es/profesionales/prevencion-de-riesgos/
https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/especial-master-prevencion/agentes-quimicos-centros-sanitarios/

Capítulo 857

ENTORNO PSICOSOCIAL Y ESTRÉS EN EL TRABAJADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN

1 Introducción

El escenario de salud de las últimas décadas se ha caracterizado por una dinámica de constante cambio, motivado principalmente por importantes modificaciones en el perfil de la población (sociales, demográficas y epidemiológicas) y por la vertiginosa innovación tecnológica en los servicios. Estos cambios y sus implicancias en los sistemas sanitarios generan nuevos desafíos y exigencias para los trabajadores del sector dado que provocan: mayor complejidad de las tareas, necesidades de actualización de competencias, incremento en la demanda de asistencia, nuevas formas de organización de los procesos asistenciales, prolongación de jornadas de trabajo, inestabilidad del empleo, afectación de las relaciones sociales y familiares, y también una modificación en el perfil de salud de los propios trabajadores, donde asumen especial relevancia los problemas de origen psicosocial.

En este contexto se observa un interés creciente en la investigación de los factores psicosociales, que son condiciones presentes en situaciones laborales relacionadas con la organización del trabajo, el tipo de puesto, la realización de la tarea, e incluso con el entorno, que afectan al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras.2 Los factores psicosociales pueden favorecer o perjudicar la actividad laboral y la calidad de vida laboral de las personas. En el primer caso fomentan el desarrollo personal de los individuos, mientras que cuando son

desfavorables perjudican su salud y su bienestar, configurando un riesgo psicosocial que es fuente de estrés laboral, o estresor, y que tiene el potencial de causar daño psicológico, físico, o social a los individuos.

Se ha postulado que el trabajador, dependiendo de sus características individuales (tipo de personalidad, educación, edad, experiencia, grado de motivación, etc.) va a percibir y asumir los efectos de los riesgos psicosociales de diferentes maneras, por lo que la exposición a este tipo de riesgos no deteriora necesariamente la salud del trabajador, aunque, y debido a que se ha demostrado que los riesgos psicosociales en el trabajo suelen tener carácter crónico, la exposición a los mismos supone una tensión continua, que se manifiesta a través de alteraciones fisiológicas y psicológicas, conocidas comúnmente como estrés laboral, que conduce a un deterioro de la salud de las personas durante el desempeño de su trabajo e incluso fuera de él.

2 Objetivos

- Implementar actuaciones concretas de prevención para reducir los riesgos psicosociales y promover la salud de los trabajadores.
- Concientizar sobre el impacto físico y psicológico que causan los riesgos psicosociales en las personas y en la organización.
- Propender a mejorar las condiciones de trabajo, incentivando a las empresas a mejorar sus procesos internos.Determinar que los factores psicosociales afectan a la motivación y a la satisfacción, generando estrés y por ende disminuyendo la productividad.

3 Metodología

Los riesgos psicosociales y el estrés relacionado con el trabajo se han medido de distintas formas. Se utilizan mucho los cuestionarios de autoevaluación, que suelen contener preguntas sobre la presencia de factores de riesgo en el entorno de trabajo, porque son muy económicos y fáciles de analizar. La limitación intrínseca de los cuestionarios de autoevaluación es que proporcionan mediciones “subjetivas” y representan las percepciones de estrés laboral de cada trabajador. Las evaluaciones “objetivas” se basan en estrategias de observación, incluyendo los datos de archivo (por ejemplo: bajas por enfermedad, medición del rendimiento, accidentes) y mediciones biológicas.

Como el estrés activa el sistema cortical pituitario-suprarrenal, los marcadores biológicos se suelen utilizar como mediciones objetivas para valorar el alcance y la gravedad del estrés laboral. Mediciones del ritmo cardíaco (variabilidad) y presión arterial, así como mediciones bioquímicas de ácido úrico, azúcar en sangre, hormonas esteroides.(por ejemplo, cortisol), colesterol sérico, catecolaminas (por ejemplo: adrenalina y noradrenalina, epinefrina o norepinefrina), también se consideran formas sólidas y fiables para medir las respuestas al estrés . Sin embargo, la mayoría de evaluaciones biológicas son invasivas (por ejemplo muestras de sangre) o están sujetas a fluctuaciones por una serie de motivos que no siempre están relacionados con los niveles de estrés (por ejemplo mediciones intermitentes de la presión arterial.)

En consecuencia, la medición del estrés suele incluir una variedad de evaluaciones. Parece ser que las evaluaciones objetivas más precisas del estrés relacionado con el trabajo son una combinación de pruebas hormonales físicas, mediciones de la carga de trabajo objetivas y observaciones de las condiciones de trabajo.

4 Resultados

Los síntomas de estrés más frecuentemente referidos por los sujetos fueron, en ese orden: trastornos del sueño, cefaleas, ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga o debilidad y acidez o ardor estomacal. Exceptuando el primero y el último, los restantes síntomas relacionados fueron significativamente más frecuentes en los profesionales del nivel primario de atención, y no se hallaron diferencias relacionadas con la profesión desempeñada.

Las fuentes de estrés más frecuentemente identificadas fueron, en orden: necesidad de actualización de la información para mantener la competencia profesional, conflictos con los superiores, sentir máxima responsabilidad en los resultados de la atención a los pacientes, bajo reconocimiento por parte de la población asistida, incertidumbre en el manejo de información con el paciente o sus familiares y cuidar de las necesidades emocionales de los pacientes.

La respuesta sobre bajo reconocimiento fue significativamente mayor en los enfermeros de atención primaria; el sentimiento de máxima responsabilidad con los pacientes y el manejo de la información con estos y sus familiares fueron mayores en los médicos, sin distinción del nivel de atención. Los

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos psicosociales encontrados en los siete estudios, son muy similares, no se evidencian diferencias significativas por variables culturales y/o socio políticas, con respecto a estos factores de riesgo, Se observa mayor predominio en todos los estudios en orden descendente, los siguientes riesgos psicosociales:
– Riesgos organizacionales y laborales, se encuentran factores como: alta exigencia y responsabilidad, Largas jornadas de trabajo, competencia profesional desleal, conflictos con los superiores, falta de reconocimiento, poca organización, estilos inadecuados de liderazgo, malas relaciones laborales, falta de apoyo por parte de los compañeros de trabajo y jefes, falta de organización laboral, largas jornadas de trabajo, son factores que pueden influenciar en la aparición de alteraciones físicas, mentales en los funcionarios y pone en riesgo la capacidad de rendimiento del empleado, generando un trabajador completamente desmotivado.

Estilos de dirección con altos niveles de exigencia y coerción afectan de manera importante el clima organizacional e influye en la conducta y motivación de los trabajadores, lo cual se ha asociado con el incremento del absentismo laboral y accidentes de trabajo.

– Riesgos personales con 37,2%. A los que se asocian factores como la edad, género, tiempo de desempeño laboral, antigüedad en el cargo, adicciones, estrategias de afrontamiento.

– Riesgos extra laborales un 10,6% como pocas actividades recreativas y conflictos familiares.

Los efectos producidos por los riesgos psicosociales son:
– Efectos físicos como fatiga, cefalea, ulceras, trastornos gastrointestinales, dolores musculares, tendinitis y enfermedades cardiovasculares.
– Efectos mentales, emocionales y conductuales encontramos: trastornos de sueño, desmotivación, cansancio emocional, ansiedad, depresión, estrés laboral, Síndrome de Burnout, conflictos de familia, agresividad, adicciones, aislamiento.

6 Bibliografía

- Lange, A.H., Taris, T.W., Kompier, M.A.J., Houtman, I.L.D. y Bongers, P.M. (2003). Entorno psicosocial de trabajo: exigencias control-apoyo The very best of the Millennium: Longitudinal research and the Demand- Control-(Support) model.

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 858

EL TRATO DEL CELADOR CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA

MANUEL GARCÍA TORRES

1 Introducción

Tradicionalmente se ha considerado que las tareas de relación-trato con el cliente correspondían al personal facultativo o de Enfermería, ya que tienen una mayor relación con los enfermos. Aún así, este personal no es el único que establece un trato directo con los pacientes y sus familias. En este sentido, el celador cumple un papel importante y es necesario que desarrolle unas habilidades que le permitan tener una comunicación efectiva con los clientes, así como gestionar distintas situaciones que puedan surgir en el día a día.

2 Objetivos

- Conocer aquellas características que son fundamentales para tener un trato adecuado con el paciente.
- Explicar las expectativas de trato del paciente y su familia.
- Establecer los puntos que deben tenerse presentes a la hora de transmitir una información.
- Determinar unas pautas de actuación ante situaciones conflictivas.
- Indicar consejos útiles a la hora de decir ”No”.

3 Metodología

Para realizar el presente capítulo, se ha llevado a cabo un investigación minuciosa y exhaustiva a través de distintas fuentes bibliográficas. Se han seleccionado aquellos elementos que se consideran claves para la investigación y se han ordenado de manera lógica y estructurada, de forma que clarifiquen el resultado final.

4 Resultados

De las múltiples características que se deben tener en la relación-trato con el paciente, hay tres que se consideran fundamentales:
1. Calidez: se entiende como el trato humano y subjetivo hacia la persona con el fin de que se sienta cómoda y segura. Se consigue evitando juzgar las palabras del paciente, tratándolo de forma personalizada y escuchándolo atentamente.
2. Empatía: consiste en la capacidad de ponerse en el lugar de otra persona. Los pasos que se deben seguir para ser una persona empática son: escuchar activamente al paciente, entender por qué se siente de una forma determinada y repetir lo que ha dicho con palabras propias.
3. Congruencia: se trata de comprender y aceptar los problemas tal y como los muestra el paciente, actuando acorde a ello.

Tanto el paciente como su familia poseen unas expectativas de trato no solo por parte del celador, sino de toda la institución. Algunos de los aspectos más importantes que deben considerarse son la seguridad, la confianza, el respeto, la presentación de información veraz, la amabilidad, la cortesía y el sentido de la justicia.

No debemos olvidar que el celador es parte del personal informador. En este sentido debe transmitir el mensaje de manera clara y precisa, empleando para ello un vocabulario sencillo y haciendo pausas entre los distintos contenidos, de forma que el paciente y su familia puedan asimilar la información. Al celador le corresponde informar acerca de aspectos como los distintos servicios del centro y sus horarios. No obstante, puede conocer el estado de un paciente debido a su movilidad y relación con los distintos miembros de la institución. En dicho caso, debe guardar silencio acerca de lo que sabe y dirigir a la familia hacia el personal facultativo en el caso de que sea requerido por la misma.

En ocasiones, el celador debe intervenir en situaciones conflictivas como la quejas de los clientes. Ante este tipo de situaciones, la respuesta más adecuada es la

asertividad. Esta cualidad implica tener seguridad en uno mismo y ser respetuoso con el punto de vista de la otra persona, además de manejar hábilmente la situación. En este sentido, un comportamiento no verbal adecuado es muy importante, utilizando una postura relajada y un tono de voz sólido y modulado. En el caso de que la situación conflictiva se desborde, se puede optar por llevar al cliente a una zona apartada para que se sienta menos molesto y el resto de personas no presencien una situación desagradable. Si esto no funciona, se puede pedir ayuda a un responsable como última alternativa.

Para finalizar esta investigación, se aportan unos consejos que pueden ser útiles cuando el celador no puede atender ciertas demandas y por lo tanto tiene que plantear una negativa al cliente:

- Escuchar activamente al cliente para demostrarle que hemos entendido su petición, puntualizando su demanda.
- Explicar con claridad el porqué de nuestra negativa.
- Escuchar las objeciones y proponer alternativas siempre y cuando sea posible. Es importante no generar falsas expectativas que no se puedan cumplir.

5 Discusión-Conclusión

Una buena comunicación es necesaria no sólo en la institución sanitaria, sino en todas las áreas de nuestra vida. Por ello, es necesario que el celador y todos los trabajadores de la institución establezcan una relación-trato adecuada con los pacientes y sus familias. Esto repercute en una mejora directa del ambiente general del centro y, por tanto, en un mejor desempeño de nuestras funciones. Es necesario esforzarse cada día por tratar a cada persona con respeto, comprensión y empatía. No obstante, es muy importante no tomarse las quejas de una forma personal y tener paciencia con cada persona, ya que no todo el mundo actuará según lo que se espera. En este sentido, la resiliencia y la capacidad de hacer frente a las adversidades son aspectos muy importantes en nuestro día a día.

6 Bibliografía

- Habilidades de comunicación interpersonal en las Unidades de Atención al Usuario del S.A.S. (Borrador)
- León Rubio, J.M; Medina Anzano, J.S. Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario. 1ª Edición. Sevilla. Secretariado de Recursos

Audiovisuales y Nuevas Tecnologías (Universidad de Sevilla). 1997. Págs 26, 27.
- Talavera Pleguezuelos, Clemente. Atención al usuario de la Administración Pública. Págs 82-122.

Capítulo 859

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL MINDFULNESS

ANA SUÁREZ COBO

1 Introducción

El personal auxiliar administrativo está sometido a fuerte presión y estrés y su desgaste es muy común.
La atención al paciente (hospitalario o ambulatorio) ha cambiado mucho en los últimos años y han surgido problemas de tipo convivencial, incluyendo agresiones físicas y/o verbales que han alterado en algunos casos el correcto trato entre personal sanitario y paciente.

El uso de la atención plena para reducir la angustia emocional y prevenir el desgaste ha demostrado ser muy eficaz para afrontar estas situaciones.

2 Objetivos

- Implementar técnicas para que el personal auxiliar administrativo sepa cómo afrontar con las herramientas debidas este tipo de problemas de estrés, ansiedad y depresión.
- Conocer con más detalle el mindfulness.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las más importantes bases de datos científicas y en buscadores especializados como Google Scholar, Dialnet. Hemos uti-

lizado para nuestra búsqueda los términos: “Auxiliar administrativo”, “estrés”, “sanidad”, “mindfulness” y “”, “depresión”, “meditación”.

Se han empleado como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito

4 Resultados

El mindfulness o atención plena es una técnica psicológica nacida en EstadosUnidos allá por los años 70 del pasado siglo, consiste básicamente en un método que permite prestar atención al momento presente, evitando huidas mentales, tanto al pasado como al futuro, y suspendiendo los juicios. Esto es, centrándose en el momento actual y huyendo del runrún mental, tan molesto y tan inevitable a veces.

Para su práctica solamente se requiere voluntad personal y una cierta disciplina diaria. Algunos estudiosos recomiendan realizar un protocolo inicial de unas ocho semanas, aunque cada persona adaptará el método de forma distinta y se propone una pequeña práctica semanal o bimensual.

Se ejercita con actividades de contemplación y meditación y dos tipos de técnicas: formales (sentado o tumbado, con guía adecuado) e informales (se aplican a actividades cotidianas). En ambos casos, se trata de mantener la mente alerta y en la tarea, sin utilizar el piloto automático.

- Aplicaciones clínicas

La técnica tiene muchas y variadas aplicaciones clínicas y ya se ha implementado su uso en hospitales estadounidenses, sobre todo en unidades del dolor y oncológicas.

Con estas técnicas se trabaja para optimizar el funcionamiento del cerebro en sus áreas ejecutivas, repercutiendo así en todo el sistema neuronal de forma positiva y global.

El profesional administrativo/sanitario encontrará así la forma de relacionarse con el paciente, liberándose de pensamientos y emociones afectivas, haciendo aparecer la afectividad positiva y la afectividad.

El Mindfulness ayuda a varios niveles:

- Primero a no juzgar tanto a uno mismo y a los demás.
- Segundo, a regular las emociones y, por último a cuidarse mejor a uno mismo.

No se debe olvidar que la técnica se implantó en origen para reducir el estrés

de los pacientes con cáncer y dotarles de una mejora en su calidad de vida. Estudiosos del tema afirman que se produce un estado de serenidad, desdramatización y concentración. Añadiendo además, el aumento de la confianza, entendida como aceptación de la incertidumbre. También puede puede contribuir a facilitar la toma de decisiones a los profesionales, ya que produce un estado mental de claridad y rebajando la reactividad emocional y haciéndola más estable. Evita el auto-engaño, lo que permite al personal terapéutico a tomar decisiones clínicas más conscientes y acertadas. Todo ello ayudará a los profesionales a empatizar mejor con los pacientes. Con la mente relajada se notan una serie de beneficios evidentes:

- Físicos: potencia el sistema inmunitario y la producción de anticuerpos, deviniendo en un estado más vitalista y relajado.
- Mentales: aportando serenidad, concentración y calma.
- Emocionales: genera empatía y restablecimiento del equilibrio emocional. Favorece estados de ánimo positivos.
- Relacionales: conocimiento de uno mismo a través de la propia experiencia

5 Discusión-Conclusión

Se puede asegurar, que el conocimiento de esta disciplina puede contribuir a la empatía profesional/paciente, facilitando un continuo contacto interpersonal e incluso, interior.

Sin olvidar que todas estas técnicas mejoran la comunicación con el paciente, porque está demostrado que la calidad de la actuación terapéutica y profesional está íntimamente unida al estado interior de los profesionales.

Si están con la mente equilibrada, atenta, compasiva y despierta, las condiciones son las idóneas para tratar con un paciente/usuario. El conocimiento del mindfulness por los profesionales sanitarios redunda en ventajas para atender las necesidades del paciente/usuario.

La compasión hacia este (sin olvidar familiares y allegados) y hacia sus experiencias y acciones debería ser un objetivo fundamental de la relación terapéutica.

6 Bibliografía

- Loro, Juani. “Entrevista a Marta Alonso y Andrés Martín”. Revista Balance sociosanitario. 10/04/2016.

Kabat-Zinn,J. Mindfulness para aliviar el dolor, Kairós, Barcelona, 1918.

Capítulo 860

ESTRÉS LABORAL EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

MARIA LUISA ALONSO SUAREZ

PATRICIA RODRÍGUEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Existe la creencia por parte de la mayoría de la sociedad que el estrés laboral o el riesgo de padecerlo en la administración pública es de riesgo mínimo, afecta a un porcentaje de trabajadores ínfimo, es inapreciable o simplemente que no existe.

El estrés es una enfermedad definida como patología por la Organización Internacional del Trabajo, que aumenta en la sociedad del siglo XXI de los países desarrollados y se ha convertido en la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea.

Al analizar este tema, estamos obligados a mencionar el Síndrome de Burnout o "síndrome del trabajador quemado", un tipo de estrés laboral que se caracteriza por la progresión de agotamiento físico y mental, que se da con más frecuencia en los trabajadores que desempeñan su trabajo en contacto con terceras personas, como son los administrativos de centros sanitarios entre otros.

Por la importancia y aumento de esta enfermedad se debe analizar y evaluar el alcance de afectación de la misma, con una información pública de los resultados, ya que el reconocimiento y aceptación por parte de la ciudadanía va a suponer una reducción del sufrimiento de los que la padecen.

2 Objetivos

- Eliminar o reducir el riesgo de padecer este síndrome de estrés.
- Comprender a las personas que lo padecen, aquí aparece la relación entre sentimiento de culpa y el síndrome de Burnout.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras lecturas de las últimas tesis y varias estadísticas podemos citar como:
El síndrome de Burnout se define como el Síndrome de estar Quemado por el Trabajo es decir, el estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado

Posibles causas del síndrome de Burnout:
- Carga de trabajo y exceso de responsabilidad.
- Inestabilidad laboral.
- Situación de ambiente desagradable con jefes, compañeros, mabinga.
- Malas condiciones físicas, ruidos, luminosidad..etc.
- Conciliación familiar.
- Expectativas de carrera profesional.

Síntomas:
- Dolores de espalda y musculares.
- Aumento de tensión y ritmo cardiaco.
- Dolor de cabeza e insomnio.
- Problemas estomacales.
- Depresión, ansiedad.
- Accidentes laborales.

- Bajada sistema inmunitario.

Pasos a seguir para la reducción del estrés:
- Identificar aquello y situaciones que nos estresan.
- Vida saludable y no combatirlo con alcohol.
- Realizar ejercicio al aire libre y técnicas de relajación.
- Eliminar el sentimiento de culpa.
- Desconectar fuera del trabajo.
- Hablar con superiores.

5 Discusión-Conclusión

Debido a los estudios, análisis y seguimiento La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido recientemente el 'Síndrome de Burnout' en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un problema asociado al empleo. Por otro lado se prevé una marea de profesionales de la administración pública "quemados o Burnout" por lo que es realmente necesario el apoyo a su investigación para evitar un absentismo laboral de excelentes profesionales, ya que según la OMS en el 2020 el Burnout puede llegar a ser motivo de baja laboral.

6 Bibliografía

- www.blog.aulamagna.es
ww.blog. formacionalcala.es
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo
- Evidencia científica binomio Burnout/Situación laboral, Eva pilar Lopez Garcia 2019

Capítulo 861

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA HISTORIA CLÍNICA: UN BREVE ACERCAMIENTO

ANA SUÁREZ COBO

1 Introducción

Los auxiliares administrativos tienen entre sus funciones el uso y tratamiento de las historias clínicas, es por ello que vamos a hacer un breve repaso sobre el acceso a dicha información y los problemas médicos, personales, e incluso judiciales, que comporta su utilización.

2 Objetivos

- Establecer las principales funciones que el o la auxiliar administrativo deben realizar en relación a la historia clínica del paciente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las más importantes bases de datos científicas y en buscadores especializados como Pubmed, Google Scholar, Dialnet. Hemos utilizado para nuestra búsqueda los términos: “Auxiliar administrativo”, “historia clínica”, “hospital”, “archivo” “confidencialidad”.

Se han empleado como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

El historial se va configurando mediante documentos escritos, gráficos, sonoros y digitales. Contienen, en resumen, los datos, valoraciones e informaciones de cualquier
índole sobre la situación y evolución clínica del paciente.

La implantación de las nuevas tecnologías ha dado como resultado la llamada "historia clínica electrónica", compilación de la información de un paciente en un programa o soporte informático.
Todas estas cuestiones se refieren, básicamente, a un fin primordial: la obligación de mantener y conservar la información de salud suministrada por el paciente y la salvaguarda de la intimidad del paciente.

Características de la historia clínica:
- Debe ser única por cada centro.
- Segura, esto es, debe contener todos los documentos relativos a los procesos asistenciales de los pacientes.
- Auténtica, en la medida que debe garantizar su contenido y los cambios operados en ella.
- Debe ser confidencial, evitando el acceso indebido.
- Disponible para las personas legitimadas en su consulta.
- Legible y ordenada.

Finalidad:
Su finalidad es la de garantizar una asistencia adecuada al paciente. Adquiere además gran importancia como medio legal de prueba de las actuaciones de los profesionales médicos.

Conservación de la historia clínica:
Debe ser protegida, ya que jurídicamente son datos de especial protección. Evitando en lo posible su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado. De ello, deriva el sometimiento del responsable del fichero al secreto profesional de los datos y al deber de guardarlos. Es imprescindible archivar, conservar y proteger la documentación de los pacientes, estableciéndose legalmente las siguientes obligaciones.
- Cada centro archivará las historias, cualquiera que sea el soporte, garantizando su seguridad, conservación y recuperación de la información.
- Las administraciones sanitarias garantizarán la autenticidad de su contenido y los cambios que se produjeran en la misma.

- Las CCAA aprobarán disposiciones para que los centros sanitarios puedan archivar y proteger dichas historias clínicas, evitando su pérdida o destrucción accidental.

Por otra parte, los datos relacionados con el nacimiento del paciente, incluyendo los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre, no se destruirán y serán enviados a los archivos de la administración correspondiente.

La documentación clínica se conservará a efectos judiciales y cuando existan razones epidemiológicas, de investigación u organización, evitando la posible identificación del paciente.
La administración central ha puesto el requisito de la conservación durante cinco años, si bien las CCAA han establecido plazos diferentes para la conservación de dichos datos, variando entre dos y veinte años, dependiendo de la importancia de los mismos. La gestión de la historia clínica en los hospitales se realizará a trav'es de la unidad de admisión, integrándolas en un solo archivo.

Contenido de la historia clínica:
Solamente contendrá información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del paciente (autorización de ingreso, exploración física, evolución, anestesia, cuidados de enfermería, informe de alta, etc.). Asimismo, contendrá información para identificar al paciente, con un número de identificación único, incluyendo contenidos como la identificación clara del centro, identificación exhaustiva del paciente (edad, sexo fecha de nacimiento, nacionalidad, número de habitación y cama, etc.). También incluirá el médico o profesional responsable y la identificación del proceso de atención sanitaria.

El derecho de acceso:
El Tribunal Constitucional garantiza el derecho a requerir el previo consentimiento para la recogida y uso de datos personales y el derecho a acceder, rectificar y cancelar dichos datos.
La legislación nacional establece los siguientes supuestos:
- El acceso por profesionales asistenciales (es decir, por médicos y profesionales que estén asistiendo al paciente y no por otros).
- El acceso por profesionales de administración y gestión.
- El acceso con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación y docencia.
- El acceso por personal sanitario acreditado, en funciones de inspección, evaluación, etc.

- El acceso del paciente mayor de edad. Tendrá derecho a la documentación de la historia y a obtener copia de los datos que figuran ella. Este derecho se ejercerá por el propio interesado, o en su defecto por un tercero que acredite la representación o conformidad del propio paciente.
- El acceso por menores de edad. Los mayores de catorce años podrán acceder a los datos, si bien esta norma colisiona con la mayoría de edad sanitaria que se fijó en dieciséis. El menor de edad a partir de los 14 años ejercitar por si solo el derecho de acceso a la historia clínica. Los titulares de la patria potestad también lo podrán hacer, y no podrá oponerse el menor al acceso de los mayores, salvo que lo reconociera una norma con rango de ley. En el supuesto de padres separados o divorciados, salvo privación de patria potestad, contempla el acceso de cualquiera de ellos.
- El acceso por personas incapacitadas. En este caso, el derecho lo ejercerá el tutor o cuidador, o por el representante designado.
- El acceso a historias clínicas de personas fallecidas. Solamente se facilitarán a las personas vinculadas al fallecido, salvo que el finado lo hubiese prohibido expresamente. Por personas vinculadas se entiende al cónyuge, ascendientes y descendientes de primer grado.

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica es el documento o soporte donde se conservan los datos de salud importantes para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.

Por afectar a la intimidad y confidencialidad del paciente, la información debe estar protegida debidamente por la Administración, el centro sanitario y los profesionales administrativo que están en contacto con ella. El acceso indebido a la historia acarrea una responsabilidad civil, administrativa o penal.

6 Bibliografía

- GALÁN CORTÉS, J.C., "Relevancia jurídica de la historia clínica", Salud Rural,1997; 14(7): 83-89.
- GONZÁLEZ GARCÍA, L., "Derecho de los pacientes a la trazabilidad de los accesos a sus datos clínicos", Derecho y Salud, Vol. 24 Extraordinario XXIII Congreso 2014, 274-285.
- SAIZ RAMOS, M. Y LARIOS RISCO, D., "El derecho de acceso a la historia clínica por el paciente: propuesta para la reserva de anotaciones subjetivas", Derecho y

Salud, Volumen 18. Nº 1, Enero-Junio 2009, 21:41.
- SÁNCHEZ CARO, J. Y ABELLÁN GARCÍA, F., Manual de casos prácticos del área de bioética.
- VIGUERAS PAREDES, P.,"La historia clínica: acceso, disponibilidad y seguridad", CEBES, Nº 6, 2017, 1-20.

Capítulo 862

LA IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL ENTORNO DE LA SANIDAD

LORENA HEVIA ÁLVAREZ

1 Introducción

Las habilidades sociales son el conjunto de destrezas y aptitudes de que disponemos y que ponemos en práctica para relacionarnos con los demás.

Es evidente que, tanto en el plano personal como en el profesional, resulta imprescindible disponer de esa competencia social ya que nos permitirá comunicarnos, manifestar nuestros deseos y sentimientos, controlar nuestras emociones, etc.

Hay personas que nacen más predispuestas hacia las habilidades sociales, mientras que otras no, pero estas se aprenden en interacción con las demás personas, desde que se nace.

2 Objetivos

- Conocer las habilidades sociales de las que debe disponer el personal auxiliar administrativo dentro del entorno de la sanidad.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda de guías sobre habilidades sociales en el personal administrativo en diferentes páginas de organismos públicos, en las cuales se han identificado cuáles son las competencias necesarias para llegar a tener unas buenas habilidades sociales.

4 Resultados

De toda la documentación consultada se ha visto que las habilidades sociales de las que debe disponer el personal auxiliar administrativo son las siguientes:
• Escucha activa: consiste en escuchar y atender la comunicación desde el punto de vista de la persona que habla.
• Asertividad: es la conducta que permite a una persona actuar con base a sus intereses más importantes, defender sin ansiedad, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales, sin negar los derechos de los otros.
• Empatía: es la actitud o capacidad de una persona para ponerse en el lugar de otra y que requiere actitud de predisposición, sensibilidad especial y alta capacidad de comprensión.
• Resolución de conflictos. Los conflictos son situaciones en las que dos o más personas (o partes) entran en oposición o desacuerdo a causa de la incompatibilidad de sus intereses, necesidades, deseos o valores.

5 Discusión-Conclusión

Todas estas competencias son las más importantes de las que debe disponer el auxiliar administrativo en el entorno de la sanidad. Estas habilidades han de ser aprendidas, y la mejor manera para ello es practicarlas durante toda la vida, tanto en el entorno laboral, como en el social y el familiar.

6 Bibliografía

- www.asturias.es/iaap
- www.administración.gob.es
- www.mscbs.gob.es
- www.who.int

Capítulo 863

EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

RUFINA RODRIGUEZ DIAZ

1 Introducción

El paciente ya tiene la enfermedad avanzada, progresiva e incurable, no responde al tratamiento y por lo tanto es la fase final de la vida. No tiene cura posible y la muerte es el único final posible. Las enfermedades terminales son de gran impacto social, tanto del paciente como la familia.

Los cuidados al enfermo terminal se llevan a cabo en los centros hospitalarios en las unidades de cuidados paliativos y también en el domicilio por su médico y la familia deberá colaborar y formará parte del equipo, necesitando apoyo por el desgaste emocional que conllevará el cuidar de un enfermo de estas características.

Algunas enfermedades que se pueden asociar al concepto terminal son: el cáncer, enfermedades neurológicas y las insuficiencias orgánicas especificas.

2 Objetivos

- Analizar la importancia de la actuación con los pacientes en la fase final.
- Identificar los procesos para aliviar el dolor físico y mental y poder llevar una calidad de vida lo mejor posible.
- Buscar las posturas optimas para su mejor descanso.
- Dar apoyo a los familiares del enfermo.

3 Metodología

Se hace uso de diferentes bases de datos que se encuentran a disposición pública, revistas científicas, páginas web: Pubmed, medlineplus, OMS. Las palabras claves que se utilizaron son: paliativos, terminal, fallecido, cuidados.

4 Resultados

La atención al enfermo no es de curación sino de los cuidados físicos y psicológicos hasta su muerte. Lo más importante y principal ante un enfermo en fase terminal son los cuidados paliativos, al que se le deben proporcionar cuidados de confort y para ello hay que mantener la buena imagen del enfermo (higiene profunda tanto del enfermo como de la cama, sabanas limpias y estiradas). Proporcionar un ambiente agradable, sin olores, con bienestar tanto físico, emocional, social y espiritual. Atención individualizada, integral y continua. Desarrollar la autonomía del paciente. Mejorar la calidad de vida del paciente. Proporcionar a los familiares cuidados psicológicos.

Elizabeth Kübbler Ross (1926 – 2004) describe la aceptación de la muerte en 5 etapas.
1-Negación. Que es la defensa del paciente ante la enfermedad.
2-Ira: desaprobación, rabia, descontento, disgusto.
3-Negociación. Va aceptando la idea de que se va a morir, sin embargo intentara el desenlace.
4-Depresión. Es la fase de desaliento y desánimo, puede ser:
Reactiva: reacción del paciente al recibir la mala noticia.
Preparatoria: la lucha entre la vida y la muerte.
5-Aceptación. El paciente ya esta preparado para la muerte.

En el momento del fallecimiento el celador se lo dice al medico , para que certifique certifique el fallecimiento y rellene el parte de defunción, posteriormente se procede al amortajamiento antes de que comience a surgir el rigor mortis. Una vez introducido en el sudario por la auxiliar de enfermería con ayuda del celador es trasladado por este hasta el servicio de mortuorios para que pueda ser velado el cadáver por la familia.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una parte del equipo de médicos, auxiliares de enfermería, psicólogos, enfermeras, etc. Todos ellos ayudan a los cuidados paliativos o cuidados de confort en los pacientes terminales. El celador deberá ser correcto, respetuoso, colaborador y se mostrará empático respeto al paciente y a los familiares, escuchara al paciente, compartirá sus sentimientos respetando sus creencias y necesidades religiosas.

El celador será cauteloso con los comentarios que hace y nunca dará respuestas evasivas a las preguntas del enfermo y familiares. Muy importante es que el celador tenga una correcta comunicación verbal, cuidando los gestos, utilizando un dialogo veraz y comprensible ante el paciente y sus seres queridos. Informarles, apoyo emocional, reducir miedos y cuidarlos.

Una información en cuidados paliativos sería de gran ayuda para el correcto trato profesional al paciente terminal y a su familiares por parte del celador y de todo el equipo sanitario.

6 Bibliografía

- https://essaeformacion.com/blog/noticias-essae/celador-pacientes-terminales
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-23.html
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/cuidados_paliativos.htm
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600008
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm
- http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap027terminal.pdf
- https://revistamedica.com/celador-paciente-terminal/

Capítulo 864

LA COMUNICACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

LORENA HEVIA ÁLVAREZ

1 Introducción

Según la RAE, la comunicación es el acto, gesto o actitud que permite trasladar mensajes entre los miembros de un grupo social o entre diversos grupos sociales. Otras definiciones de comunicación son las siguientes:

• Proceso por medio del cual una persona se pone en contacto con otra a través de un mensaje, y espera que esta última dé una respuesta, sea una opinión, actividad o conducta (Alberto Martínez).

• Manera de establecer contacto con los demás por medio de ideas, hechos, pensamientos y conductas, buscando una reacción al comunicado que se ha enviado (Abraham Nosnik).

• Proceso de interacción social, a través de signos y sistemas de signos, producto de las actividades humanas. Los hombres en el proceso de comunicación expresan sus necesidades, aspiraciones, criterios, emociones, etc. (Fernando González Rey).

• Proceso de pasar información y comprensión de una persona a otra. Por lo tanto, toda comunicación influye por lo menos a dos personas: el que envía el mensaje y el que lo recibe (Idalberto Chiavenato).

• Proceso de interacción social de carácter verbal o no verbal, con intencionalidad de transmisión y que puede influir, con y sin intención, en el comportamientos de las personas que están en la cobertura de dicha emoción (Antonio Hernández Mendo y Oscar Garay Plaza).

Todo el personal auxiliar administrativo que está en atención al paciente debe tener una habilidades comunicativas que le permita comunicarse con los pacientes y sus familias, de forma clara, directa y sencilla para que sea entendía la información dada.

2 Objetivos

- Identificar diferentes aspectos que puedan mejorar la comunicación del auxiliar administrativo en la atención al paciente.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en Internet de bibliografías científicas con base en datos sanitarios, sobre todo enfocados en el personal administrativo sanitario, en los que se busca información para la mejora de la comunicación en atención al paciente.

4 Resultados

Los resultados obtenidos han sido que es importante tener una buena habilidad comunicativa por parte del auxiliar administrativo ya que hará, según las bibliografías consultadas, que los pacientes y familiares que han tenido que acudir al servicio de atención al paciente, si el auxiliar administrativo tenía buenas habilidades comunicativas salían satisfechos, pero si carecía de habilidades comunicativas correctas, salían desconcertados, desorientados, y en ocasiones enfadados.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal del auxiliar administrativo en atención al paciente es la de crear entornos de humanización, donde los pacientes y sus familiares sientan un trato cercano y seguro, y donde se sientan escuchados, entendidos y comprendidos, pero también donde sientan que son informados de forma correcta, educada, delicada y comprensible.

Para que todo esto sea así, el auxiliar administrativo debe adquirir las habilidades comunicativas necesarias que puede conseguir mediante formaciones enfocadas

en su adquisición, ya que esto es necesario para poder dar una atención al paciente de mayor calidad.

6 Bibliografía

- Libro “Atención y comunicación con el cliente” (McGraw-Hill).
- www.scielo.org
www.medlineplus.gov

Capítulo 865

EL KAROSHI EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARIA JOSE GONZALEZ GARCIA

LIDIA GARCIA

DAVID LAPRESA ARRANZ

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ESTRADA

BEATRIZ ALVAREZ JIMENEZ

1 Introducción

El Karoshi es una palabra japonesa que significa muerte por exceso de trabajo y presión por parte de su cultura empresarial y aunque parezca una leyenda urbana, existe. Lleva reconocido desde 1987 han sido muchos casos de japoneses que han tenido derrames cerebrales, infartos, enfermedades mentales y muertes después de intensas horas de trabajo. Por muchos esta considerado como un asesino silencioso.
En Japón están luchando contra este mal se han creado listas de escarnio publico de las empresas a las que, tras un fallecimiento, que se relacione con las condiciones laborales, se decretan indemnizaciones forzadas a las familias por parte de los responsables. Para acreditarse como karoshi, el trabajador debe haber hecho mas de 100 horas extra al mes o 80 en dos o mas consecutivos sin descansos.

Hay tres causas de muerte que reconocen las autoridades japonesas por Karoshi, el suicidio, los accidentes cardiovasculares y cerebrovascuales. Cada empleado

somatiza de una manera diferente. Hay casos de eccema, ceguera por hipertensión, que remiten tras una baja.
Según estadísticas oficiales, se reconoce que en los últimos tiempos mueren entre 1000 y 2000 personas por karoshi cada año, aunque las cifras reales podrían ser mucho mas, ya que algunas empresas o familiares procuran borrar todo rastro de muerte por sobrecarga laboral. En la cultura nipona, mucha gente piensa que alguien que no pueda aguantar el ritmo de trabajo nipon es una persona con un fracaso personal hacia la comunidad.

En los medios japoneses salen cada poco casos de fallecidos por karoshi con nombres y apellidos contando su modo de vida, con el fin de concienciar a la gente de lo peligroso que es esa practica.
Aquí en España no hemos llegado a esos extremos, pero el estrés y el nivel de vida que llevamos es preocupante. Puede afectar a todo el mundo pero es mas frecuente en trabajos de responsabilidad.

Las enfermedades profesionales son las reconocidas en una lista y no hay mas. La empresa puede alegar que una cosa no esta relacionada con la otra.

Cuando las jornadas son de 12 horas comes mal, duermes peor, dejas de hacer deporte, empiezas a fumar… y todo ello son factores de riesgo. Las empresas creen que basta con tener un plan de prevención de riesgos laborales pero no es así.

2 Objetivos

Crear conciencia de que los hábitos laborales y la salud de grupos de trabajadores sanitarios y no sanitarios que trabajan mas de 55 horas a la semana pueden tener mas probabilidad de tener un infarto y de otras enfermedades en comparación con los que trabajaban 40 horas a la semana.

3 Metodología

Para la elaboración de este capitulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en medios digitales sobre el tema. Se han consultado artículos en las principales bases de datos como PUBMED, que es un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de referencias bibliográficas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. Es ofrecido por la biblioteca nacional de Medicina de los Estados Unidos.

También se busco referencias al Karoshi en MEDlLINE, que es posiblemente la base de datos de bibliografía médica más amplia que existe. También producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos y por ultimo la web SCIELO, que es un proyecto de biblioteca electrónica y permite la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas. Las palabras clave usadas fueron: Karoshi, muerte por trabajo. Los criterios de inclusión son artículos en castellano sin límite de años.

4 Resultados

Trabajar 55 horas semanales o más aumenta el riesgo de sufrir un infarto o algún otro tipo de enfermedad coronaria, según un macroestudio llevado a cabo por el University College de Londres (Reino Unido) y recogido por la revista The Lancet. Los resultados son tan claros como alarmantes: las personas que trabajaban 55 horas o más a la semana tenían un riesgo 1,3 veces mayor de sufrir un infarto, en comparación con las personas con jornadas laborales normales (entre 35-40 horas semanales) y un 13% más de riesgo de padecer una enfermedad coronaria. Los profesionales de salud y en realidad todos los trabajadores deberían ser conscientes de que trabajar muchas horas está asociado a un incremento significativo del riesgo.

La ausencia de conciliación de la vida laboral y familiar es una de las causas de este fenómeno.
España ya esta poniendo medidas sobre ello en la adaptación del puesto de trabajo. Hasta el año 2019, la única posibilidad para adaptar la jornada de trabajo para conciliar la vida laboral y familiar era solicitar una reducción de jornada por cuidado de un hijo o familiar.
Pero, tras el Real Decreto 6/2019 existe otra posibilidad recogida en el artículo 34 del Estatuto de los Trabajadores. El apartado 8º de este artículo recoge el siguiente derecho: Las personas trabajadoras tienen derecho a solicitar las adaptaciones de la duración y distribución de la jornada de trabajo, en la ordenación del tiempo de trabajo y en la forma de prestación, incluida la prestación de su trabajo a distancia, para hacer efectivo su derecho a la conciliación de la vida familiar y laboral.

Este derecho, hay que dejarlo claro, es un derecho de solicitar, no de exigir. Es decir, el trabajador tiene la posibilidad de solicitar a la empresa una adaptación de la jornada, sin necesitar reducirla, para conciliar la vida laboral y familiar. No es un derecho absoluto y la empresa puede negarse si existen razones para ello.

La novedad de esta nueva posibilidad, regulada en el decreto, es que obliga a la empresa a negociar y a, en caso de negativa, tener que razonar y justificar por que niega la solicitud del trabajador. En cuanto a la negativa, la legislación da bastante margen de maniobra a la empresa por lo que cualquier razón objetiva podrá ser válida.

Por último, será de suma importancia, lo que establezcan en cuanto a la negociación de este derecho todos los convenios colectivos, pero en la actualidad poco o nada dicen al ser un derecho totalmente nuevo. Se espera que en las nuevas negociaciones de los convenios empiece a estar presente.

Ahora bien, hay un matiz en el decreto que concreta que, en el caso de que solicite la adaptación de la jornada para conciliar la vida familiar con hijos a cargo del trabajador, este derecho se puede solicitar sólo hasta que los hijos o hijas cumplan doce años.

Concretando, se puede solicitar siempre que se necesite conciliar la vida laboral y familiar para cuidar a otros familiares de hasta segundo grado (hijos menores de doce años, abuelos, padres o hermanos). No es posible solicitarla para una cuestión personal, por ejemplo, no se desea trabajar la mañana para estar más tiempo con la pareja.

La ventaja más clara es evidente, al no existir reducción de jornada, no existe reducción de salario. Se cobra lo mismo, puesto que se trabajan las mismas horas.

La única desventaja es que no se goza de la protección que se tiene con una reducción de jornada. El despido no va a ser declarado nulo por estar disfrutando de una adaptación de la jornada. Es decir, aunque no se tenga causa, se podrá despedir al trabajador abonando en su caso la indemnización por despido improcedente.

Otra de las causas de la aparición de este fenómeno es España es la mala gestión del tiempo y la poca organización del trabajo.

"Nuestro tiempo en parte nos lo roban, en parte nos lo quitan, y el que nos queda, lo perdemos sin darnos cuenta" Séneca, año 55 d.C.
La gestión del tiempo en el trabajo es la mejor manera de tener un control sobre el límite de tiempo que se dedican a actividades específicas para aumentar la eficiencia, la efectividad y la productividad. Si esto se gestiona de forma adecuada, se alcanzará el éxito profesional y se dispondrá de tiempo para la familia y los amigos.

Los principales problemas de la gestión del tiempo en las empresas proceden de:
- Falta de consciencia.
- Falta de objetivos.
- "Reunionitis".
- Abuso o mal uso de herramientas como el correo electrónico.
- Interrupciones excesivas.
- Falta de planificación de citas y tareas.
- Incapacidad de priorizar aquello que es importante de lo que es urgente.
- Insuficiente delegación de tareas.

Reconocer el conflicto es el primer paso para ponerle solución. Y esta solución pasa por medir cómo trabajamos y optimizar nuestro tiempo. De esta forma es posible reconocer más fácilmente a las actividades que más valor aportan para poner todo nuestro foco y atención en ellas, renunciando a recurrir a la falta de tiempo como excusa. Solo nosotros somos dueños de nuestro tiempo, está en nuestras manos empezar a gestionarlo y dejar de intentar robarle minutos.

5 Discusión-Conclusión

La Prevención en el Trabajo ya no aborda la Salud como la mera ausencia de daño. Ahora hablamos de Bienestar, que es algo que la empresa debe proporcionar: la realización, en un entorno gozoso si cabe, de las capacidades profesionales del individuo"

6 Bibliografía

- https://scielo.org/es/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.cuestioneslaborales.es/jornada-trabajo-descansos-segun-estatuto-los-trabajadores/#adaptacion
- https://www.muyinteresante.es/salud/articulo/trabajar-en-exceso-mata-541440162913
- https://es.workmeter.com/blog/350769/gestion-del-tiempo-en-el-trabajo-como-mejorar

Capítulo 866

EL CELADOR Y EL EQUIPO PORTÁTIL DE RAYOS X

MARIA OCHOA VARELA

MARIO TORO LORENZO

1 Introducción

El transporte del equipo portátil es tarea del celador, que irá ayudando al técnico de rayos en las tareas de movilización de pacientes, garantizando la seguridad y la calidad asistencial de los pacientes. Este equipo de rayos X portátil se utiliza sobre todo en pacientes que no pueden acudir al servicio de radiodiagnóstico. El celador velará por el cuidado de este equipo.

2 Objetivos

- Saber cómo transportar el equipo de rayos X junto con el técnico de rayos por las unidades asistenciales que les requieran.

3 Metodología

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

seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además, se incluye la experiencia laboral en el Hospital Universitario Central de Asturias. Se han utilizado palabras clave como “celador y ”portátil”.

4 Resultados

Una vez que han llamado a los técnicos de rayos, estos avisarán al celador para que les ayude a llevar el portátil donde se les requiera. Generalmente estos equipos tienen un importante peso pero, gracias a las nuevas tecnologías, su transporte y manejo es sencillo. Una vez llegados a la unidad donde nos han solicitado el portátil, el celador ayudará al técnico a la movilización y colocación del paciente. Este celador tiene que tener conocimientos básicos de protección radiológica, ya que este equipo emite radiación y hay que protegerse frente a ella. El celador una vez realizada la placa, retirará el detector y el portátil, pudiendo colaborar en las tareas de desinfección del equipo ya que esta parte es responsabilidad del técnico de rayos. Una vez acabada la radiografía, el celador llevará el equipo portátil de rayos X a su lugar correspondiente y deberá conectarlo a la toma de corriente para su alimentación.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a los celadores, el personal de rayos tiene una ayuda extra a la hora de mover al paciente y de transportar este equipo. El celador está bajo las órdenes del técnico de rayos que bajo su responsabilidad garantizara las medidas de protección radiológica al celador y a todo el personal que haya en ese departamento o unidad asistencial.

6 Bibliografía

- Editorial mad, el celador de instituciones sanitarias.
- Melero, M. T. Unidad Cuidados Intensivos Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- Martínez, M. J. A., Fabo, C. M. B., Puerta, D. M., Sánchez, V. G., Castañer, C. L., Cardiología, S., & de Albacete, C. H. U. ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DRENAJE TORACICO.
- Palabras clave: Unidad portátil de rayos x, celador de rayos.

Capítulo 867

LA IGUALDAD DE GÉNERO EN EL ÁMBITO LABORAL

ANA BELÉN LÓPEZ CANCIO

1 Introducción

En la mayor parte de los países occidentales, la discriminación que a lo largo de la historia han padecido las mujeres ha sido objeto de muy distintas acciones desde las políticas públicas, sensibles a las situaciones de desigualdad y discriminación que, por razón de sexo, se repiten y perduran en todos los ámbitos de la vida.

En la Constitución española de 1978, en su artículo 14 se recoge que "Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social". En su artículo 35, "Todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia, sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo".

Una vez aprobada la Constitución se inició una actividad legislativa significativa para el desarrollo del principio de igualdad. En el ámbito laboral se aprobó el Estatuto de los trabajadores, el cual ha ido evolucionando hasta llegar al actual, el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Se han aprobado leyes para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de los/las trabajadores y trabajadoras, así como para promover la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

2 Objetivos

- Conocer la realidad y actualidad de la igualdad o no igualdad de género en el ámbito laboral para poder actuar sobre aquellos aspectos relevantes que nos pueden ayudar a conseguir que la igualdad de género sea una realidad en el ámbito laboral.
- Identificar los mecanismos que reproducen las desigualdades entre hombres y mujeres.
- Formular propuestas de intervención concreta para ayudar a un cambio estructural de modelo que permita la superación de las desigualdades entre mujeres y hombres.

3 Metodología

Analizar los efectos de la desigualdad entre mujeres y hombres en términos de eficiencia. A través de la evaluación del desempeño podemos hacer un estudio de la eficiencia por género, por categorías, por edades, etc. A través del estudio de demanda de los diferentes mecanismos puestos a disposición del personal para la conciliación de la vida laboral y familiar, véase: flexibilidad horaria, reducción de jornadas, excedencias, etc., podremos conocer por género quienes buscan o demandan una mayor conciliación.

También resulta muy interesante y esclarecedor conocer el género en las distintas categorías laborales. Estudiar el género de nuestra pirámide poblacional laboral nos aportará cantidad de información sobre la igualdad o no de género. Habilitar un canal a través del cual se puedan denunciar aquellas situaciones que sean discriminatorias por razón de género, donde no se produzca igualdad de trato y oportunidades en el ámbito laboral, nos aportará información sobre la realidad. Asimismo nos dará la oportunidad de trabajar sobre aquello que no está funcionando como debiera y actuar de una forma concreta sobre aquellas situaciones de desigualdad que se denuncien. Formación sobre igualdad de género a todas las categorías laborales. La formación y la información son las mejores herramientas para prevenir y luchas contra la desigualdad de género.

4 Resultados

A partir de la información y el conocimiento de las desigualdades se pueden construir propuestas cuya finalidad sea la promoción y el fomento de la igualdad

de género.

La sociedad está cada día más necesitada de soluciones que reconozcan la igualdad recogida en las leyes y permitan a las personas desarrollarse en libertad y en todos los ámbitos de la vida. Nuestros/as trabajadores necesitan poder atender a sus familias y poder desarrollarse profesionalmente. No se puede castigar al trabajador/a cuando intenta promocionar en su carrera profesional por querer o necesitar conciliar su vida laboral y familiar.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos un marco normativo, en el que se recogen no sólo derechos, sino que se recogen y describen aquellas conductas que resultan una infracción por resultar una discriminación.

La tradicional concepción de la división de los roles de los hombres y las mujeres en la sociedad hace que sigan existiendo situaciones de desigualdad que deben ser corregidas mediante la implantación de acciones positivas que compensen esos desequilibrios.

Debemos aunar esfuerzos para que todos esos derechos que nuestra legislación recoge y desarrolla sean una realidad y perseguir aquellas situaciones y conductas que resulten discriminatorias.

Las nuevas tendencias en materia de gestión de recursos humanos y de organización empresarial introducen como elementos fundamentales, entre otros, la formación continua, la motivación, el desarrollo de un buen clima laboral o la conciliación de la vida familiar, laboral y personal, que se convierten en factores básicos para mejorar la productividad, pero también para atraer y mantener a personal cualificado.

6 Bibliografía

- Constitución española.
- Estatuto de los trabajadores http//www.inmujer.gob.es/actualidad
- Comisión europea: “Informe sobre la igualdad entre mujeres y hombres 2009”.
- https://blog.oxfamintermon.org/
- https://elpais.com/economia/2019/02/21/actualidad

- Informe sobre la aplicación del principio de igualdad. Secretaría Técnica Undad de Igualdad año 2012.
- Un paso decisivo hacia la igualdad de género. CCOO 2019.

Capítulo 868

BURNOUT EN EL CELADOR

JORGE RODRIGUEZ ANTUÑA

1 Introducción

El mundo laboral ha experimentado una transformación importante en las últimas décadas en nuestro contexto sociocultural. Así, las nuevas exigencias del trabajo y el desajuste entre los requisitos del puesto de trabajo en las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto han originado la aparición de nuevos riesgos denominados psicosociales, entre ellos el Síndrome de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal en el trabajo), cuya prevalencia se ha ido incrementando y que ha venido a constituirse en un problema social y de salud pública que conlleva, por tanto, un gran coste económico y social por lo que cualquier esfuerzo para su estudio debe ser bienvenido.

Dentro de los riesgos psicosociales relacionados con el excesivo nivel de exigencia laboral, sobresale como fuente de enfermedad, aparte de la adicción al trabajo y el estrés laboral, el Síndrome de Burnout. Este concepto normalmente es conocido y utilizado como sinónimo de fatiga por un porcentaje importante de encargados de recursos humanos o gerentes, pero en general sigue siendo desconocida su naturaleza más compleja, en la cual es posible describir una serie de síntomas asociados a la condición, causas favorecedoras y finalmente, medidas sistemáticas que pueden prevenir su ocurrencia en la empresa. El presente capítulo busca explicar de la naturaleza de la enfermedad y su prevalencia en los profesionales de los servicios sanitarios.

Trabajar en contacto con los pacientes hace que los profesionales de la salud,entre ellos los celadores, estén expuestos con frecuencia a riesgos psicosociales como

conflictos interpersonales, conflictos y ambigüedad de rol, percepción de la inequidad social, agresiones, etc.

2 Objetivos

- Conocer y comprender en profundidad al Síndrome de Burnout y las causas que lo desencadenan.
- Describir las medidas preventivas y terapéuticas que se utilizan actualmente.
- Establecer cómo afecta a los profesionales celadores.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica acerca del Síndrome Burnout. Para ello se ha recurrido a la búsqueda de información científico-tecnico sanitario en bases de datos, publicaciones y libros relacionados.

4 Resultados

El Síndrome de Burnout, también conocido como síndrome del quemado, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes, emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo. Edelwich y Brodsky (1980) lo describen como una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, mientras que otros estudiosos en el campo de la psicología organizacional lo ubican como un estado de desgaste emocional y físico (Pines, Aronson, 1981) o en su definición comúnmente más conocida, como una condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, que se da en ocupaciones con contacto directo y constante con gente (Maslach, 1981). Independientemente de la definición particular de los diferentes estudiosos en el campo, lo cierto es que el burnout es una condición que llega a quemar o agotar totalmente a la persona que lo sufre. Actualmente, el burnout es una enfermedad descrita en el índice internacional de la Organización Mundial para la Salud ICD-10, como ”Z73.0 problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”, dentro de la categoría más amplia Z73 de “problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida”, lo que llega a denotar la importancia de este padecimiento a nivel mundial.

Personas en riesgo de sufrirlo

Las personas pueden ser más propensas a experimentar burnout si cumple varias de las siguientes características (en forma de señales o síntomas):
- Se identifica tan fuertemente con el trabajo que le falta un equilibrio razonable entre su vida laboral y su vida personal.
- Intenta ser todo para todos, asumir tareas y funciones que no corresponden a su cargo.
- Trabajar en empleos relacionados con actividades laborales que vinculan al trabajador y sus servicios directamente con clientes. Esto no significa que no pueda presentarse en otro tipo de profesiones, pero en general profesionales de la salud, trabajadores sociales, maestros,profesionales de la hostelería y otros muchos oficios y profesiones tienen mayor riesgo de desarrollar la condición.
- Facilitadores/moduladores.

Son elementos variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora sobre la acción de los estresores que más adelante se citarán. Los principales son:
- Variables demográficas.
- Variables de personalidad.
- Estrategias de afrontamiento.
- Apoyo social en el trabajo.

Síntomas principales
- Agotamiento emocional: un desgaste profesional que lleva a la persona a un agotamiento psíquico y fisiológico. Aparece una pérdida de energía, fatiga a nivel físico y psíquico. El agotamiento emocional se produce al tener que realizar unas funciones laborales diariamente y permanentemente con personas que hay que atender como objetos de trabajo.
- Despersonalización: se manifiesta en actitudes negativas en relación con los usuarios/clientes, se da un incremento de la irritabilidad, y pérdida de motivación. Por el endurecimiento de las relaciones puede llegar a la deshumanización en el trato.
Falta de realización personal: disminución de la autoestima personal, frustración de expectativas y manifestaciones de estrés a nivel fisiológico, cognitivo y comportamiento.
- El agotamiento del trabajo presente en el Síndrome Burnout puede ser el resultado de varios factores y puede presentarse normalmente cuando se dan condiciones tanto a nivel de la persona (referentes a su tolerancia al estrés y a la frustración, etc) como organizacionales (deficiencias en la definición del puesto, ambiente laboral, estilo de liderazgo de los superiores, entre otros).

Las causas más comunes
1. La falta de control. Una incapacidad de influir en las decisiones que afectan a su trabajo: como su horario, misiones, o la carga de trabajo que podrían conducir a agotamiento del trabajo.
2. Expectativas laborales poco claras. Si no estás seguro sobre el grado de autoridad que tenga o de su supervisor o los demás esperan de ti, no es probable que se sienten cómodos en el trabajo.
3. La dinámica de trabajo disfuncional. Tal vez usted trabaja con una persona conflictiva en la oficina, se siente menospreciada por los compañeros o su jefe no le presta suficiente atención a su trabajo.
4. Las diferencias en los valores. Si los valores difieren de la forma en que su empleador hace negocios o atiende las quejas, la falta de correspondencia puede llegar a pasar factura.
5. Mal ajuste de empleo. Si su trabajo no se ajusta a sus intereses y habilidades, puede llegar a ser cada vez más estresante en el tiempo.
6. Los extremos de la actividad. Cuando un trabajo es siempre monótono o caótico, necesita energía constante para permanecer centrado, lo que puede contribuir a niveles más altos de fatiga y agotamiento del trabajo.
7. La falta de apoyo social. Si usted se siente aislado en el trabajo y en su vida personal, usted puede sentirse más estresado.
8. Desequilibrio entre la vida laboral, familiar y social. Si su trabajo ocupa gran parte de su tiempo y esfuerzo y no tiene suficiente tiempo para estar con su familia y amigos, se puede quemar rápidamente.

Causas más comunes en los celadores
- Proporción muy alta de enfermos a los que debe atender (movilización, inmovilización, traslados, rasurar, etc.).
- Horario irregular debido a la relación de turnos. Exceso de horas en personal temporal.
- Conflicto y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Contacto continuo con enfermos que exigen un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda.
- Conflictos con pacientes, familiares, colegas y superiores.
- Relación de la asistencia prestada: convivir con el dolor, el sufrimiento y la muerte, convivir con los sentimientos de pacientes y familiares.

Efectos psicológicos en la salud :
- El estrés excesivo.

- Fatiga.
- Insomnio.
- Un desbordamiento negativo en las relaciones personales o vida en el hogar.
- Depresión.
- Ansiedad.
- El alcohol o abuso de sustancias.
- Deterioro cardiovascular.
- El colesterol alto.
- Diabetes, sobre todo en las mujeres.
- Infarto cerebral.
- Obesidad.
- Vulnerabilidad a las enfermedades.
- Úlceras.
- Pérdida de peso.
- Dolores musculares.
- Migrañas.
- Desórdenes gastrointestinales.
- Alergias.
- Asma.
- Problemas con los ciclos menstruales.

Terapia, tratamiento y consejos
- Administrar los factores estresantes que contribuyen al agotamiento del trabajo. Una vez se haya identificado lo que está alimentando los síntomas de burnout, puede hacer un plan para resolver los problemas.
- Evaluar sus opciones. Discuta las preocupaciones específicas con su supervisor. Tal vez puedan trabajar juntos para cambiar las expectativas o llegar a compromisos o soluciones.
- Ajustar la actitud. Tener en cuenta las formas de mejorar la perspectiva. Volver a descubrir los aspectos agradables de su puesto. Establecer relaciones positivas con los compañeros para lograr mejores resultados. Tomar descansos cortos durante todo el día. Pasar tiempo fuera de la oficina y haga las cosas que le gustan.
- Buscar apoyo. Ya sea que llegue a los compañeros de trabajo, amigos, seres queridos u otras personas, el apoyo y la colaboración pueden ayudar a lidiar con el estrés laboral y la sensación de agotamiento. Si usted tiene acceso a un programa de asistencia al empleado, aproveche los servicios disponibles.
- Evaluar los intereses, habilidades y pasiones. Una evaluación honesta puede ayudarle a decidir si debe considerar un trabajo alternativo, como por ejemplo

uno que es menos exigente o que mejor se ajusta a sus intereses o valores fundamentales.
- Hacer algo de ejercicio. La actividad física regular como caminar o andar en bicicleta, puede ayudarle a lidiar mejor con el estrés. También puede ayudarle a desconectar fuera del trabajo y dedicarse a otra cosa.

5 Discusión-Conclusión

El sector de la sanidad, al ser uno de los más afectados por el Síndrome Burnout hace necesaria la concienciación y acción tanto de la identificación de los riesgos,como de la evaluación e intervención

Los administradores de recursos humanos en el ámbito de la sanidad deben ser conscientes de que la primera medida para evitar el síndrome de quemarse por el trabajo es formar al personal para conocer sus manifestaciones. Pero, además de considerar programas que impliquen la adquisición de conocimientos, los intentos de intervención deben incorporar otras acciones. Las estrategias para la intervención deben contemplar tres niveles:
- Considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo- conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia (nivel individual).
- Potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales (nivel grupal).
- Eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome (nivel organizacional).
- En el nivel individual, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita su aparición. Dentro de las técnicas y programas dirigidos a fomentar las primeras se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y del entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo.

6 Bibliografía

- Guia: cuestiones que delegados/as de prevención han de saber sobres riesgos psicosociales,secretaria de salud social y medio ambiente.UGT.CEC,2016.
- Gallar,M; promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente; parainfo:2001

- Pedro D. Gil Monte. El síndrome de quemarse por el trabajo(BURNOUT). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Ediciones pirámide.2005.
- Gil Monte,P.R(2000) aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout) monográfico. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones.
- Martínez M, Guerra,M.P, Síndrome de burnout. El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y cambios 1988.
- Roger Forbes Alvarez. Consultor CEGESTI.
- Martin ,Ramos Campos y Contador Castillo (2006) "Resiliencia y modo Burnout-engagement en cuidadores.formales de ancianos". Psicothema,vol18 n91.
- Gil Monte,P.R. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud publica(2009).83(2).
- Ruiz,C.O,y Rios,F.L. El Burnout o sindrome de estar quemado en los profesionales sanitarios. Revisión y perspectiva. Int J.Clin Healt Psychol (2004). 4(1).137-60.

Capítulo 869

EL ACOSO LABORAL, MOBBING

ANA BELÉN LÓPEZ CANCIO

1 Introducción

El acoso laboral, popularmente conocido con el término de mobbing, se define como el conjunto de acciones continuadas de violencia psicológica injustificada (gritos, amenazas, insultos, humillaciones en público, menosprecios, aislamiento, discriminación, difusión de rumores, etc.), y a veces incluso intimidaciones físicas o sexuales, que superiores, compañeros de trabajo o la propia empresa ejercen sobre la víctima.

Todas estas conductas se realizan de forma consciente, abusiva y premeditada con el objetivo de degradar el clima laboral de la víctima de modo que sienta miedo al ir a trabajar y que acabe por abandonar su puesto de trabajo.

En la mayoría de las ocasiones, el acoso laboral se ejerce sin que haya testigos, aprovechando encuentros personales para verter amenazas o insultar, difundiendo falsos rumores, menospreciando el trabajo realizado por la víctima, sobrecargándola de trabajo o asignándole tareas intrascendentes alejadas de su capacidad profesional, sometiéndola a medidas disciplinarias por hechos inexistentes o banales, aislándola de sus compañeros, obstaculizando su vida familiar con horarios abusivos o negándole permisos y vacaciones en fechas adecuadas.

El principal problema, cuando se es objeto de una situación de acoso laboral, es que la víctima, en ocasiones no es consciente de serlo o no sabe identificar la situación y cuando lo hace, ya es demasiado tarde. Si la víctima no detecta el mobbing se sitúa en una posición de especial vulnerabilidad, ya que el acosador o acosadores pueden lograr su objetivo sin que nadie se percate de ello.

Existe más de una clasificación de tipos de acoso laboral. Hay que tener en cuenta que no son tipologías excluyentes entre sí, ya que puede ocurrir que una conducta de acoso laboral sea encuadrable en más de un tipología.

Acoso laboral según la posición jerárquica:
- Mobbing horizontal: cuando acosador y acosado se encuentran en un mismo nivel jerárquico dentro de la estructura laboral de la empresa.
- Mobbing vertical: es el que se da entre personas de distinto nivel jerárquico dentro del escalafón laboral. Por ejemplo, el bossing es un tipo de acoso laboral vertical, en que un superior jerárquico acosa a un subordinado. Pero también lo sería si ocurriera a la inversa, aunque es menos habitual.

Acoso laboral según el objetivo:
- Mobbing estratégico: es un tipo de acoso laboral que responde a una estrategia prevista de forma expresa por la empresa para obtener un objetivo predefinido, como puede ser la dimisión voluntaria del trabajador o su salida a un coste más reducido.
- Mobbing de gestión o dirección: este tipo de acoso se realiza desde la dirección de la empresa, y puede perseguir diversos objetivos. Puede ser que se busque tener atemorizada a la plantilla para que sea más sumisa y no se atreva a cuestionar nada por miedo a perder su puesto de trabajo, o usando el miedo como medio para conseguir que la plantilla sea más productiva, o para prescindir de aquellas personas que no se amolden a lo que la empresa impone, etc.
- Mobbing perverso: es un tipo de acoso, desde el punto de vista de la jerarquía laboral de la empresa, vertical descendente u horizontal, que no tiene una finalidad de tipo laboral, sino responde más bien a la forma de ser del acosador que suele ser una persona muy manipuladora que ejerce el acoso por motivos que no responden a un interés empresarial. En estos casos, el acosador suele ser alguien seductor, capaz de agradar a quien le interese y hundir a quien se proponga y manipulador, mediante conductas muy estudiadas cuidando de que no haya testigos ni otras pruebas que pudieran delatarle. Es muy difícil reconducir este tipo de situaciones si no es sacando de la organización al acosador o al acosado. Aunque si es el acosado quien se marcha, el acosador buscará otro objetivo.
- Mobbing disciplinario: el motor es el miedo. Se trata de un tipo de acoso que se ejerce mediante una política laboral basada en las amenazas constantes de ser sancionado o despedido, buscando siempre generar un miedo a sus víctimas y buscando un ambiente laboral elemento de ejemplaridad para generar un ambiente laboral en que los demás empleados no se atrevan a salirse de la norma ante la posibilidad de ser sancionados o despedidos.

En ocasiones, se realiza como represalia a trabajadores/as que ejerzan sus derechos laborales derivados de maternidad y paternidad, denuncien o demanden a la empresa o, simplemente, por estar de baja médica.

2 Objetivos

- Destacar los daños que pueda producir el mobbing para así poder reconocerlo y evitarlo.
- Saber reconocer las medidas que se deben tomar ante acoso laboral.
- Analizar aquellas medidas que debe tener una empresa para prevenir el acoso laboral.

3 Metodología

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

4 Resultados

Podemos afirmar que el sufrir acoso laboral afecta directamente a la salud de quien lo padece, provocando sintomatología física (como malestar, dolor, enfermedad) y psicológica (ansiedad, insomnio y depresión grave) y por consiguiente una pérdida de salud a nivel global.

El mobbing no afecta a una única faceta de la vida del trabajador, sino que los daños que ocasiona, repercuten no solo en su vida laboral, sino en su vida familiar, en su salud mental, en la forma en que se relaciona con otras personas. Afecta a su presente y a su futuro.

Entre otros se destacan los siguientes daños:
- Daño psicológico y pérdida de autoestima: el acoso laboral mina lentamente la fortaleza física y psíquica de la víctima. Los problemas emocionales iniciales dan paso a un trastorno de estrés postraumático, en el que se empiezan a somatizar las situaciones de acoso. Poco a poco la víctima va perdiendo la autoestima, aparecen

sentimientos de culpa al no poder cumplir con las expectativas de otros y las suyas propias, y aparecen los primeros síntomas de una posible depresión grave y un trastorno de ansiedad generalizado, caracterizado por conductas de evitación, miedo a ir al trabajo, aislamiento, etc. En los casos más graves, se llega a pensar en el suicidio.
- Efectos sobre el resto de la salud: la somatización es una de las consecuencias más inmediatas del acoso laboral, generando un importante impacto sobre la salud de la víctima, que se traduce en trastornos del sueño, problemas gastrointestinales frecuentes, alteraciones del sistema nervioso autónomo, migrañas, debilitación del sistema inmune, problemas metabólicos…
- Daños en la vida familiar: la víctima del acoso laboral al principio no cuenta a su familia lo que ocurre en el trabajo o lo hace relatando los hechos como si fueran cosas puntuales, pero acaba por caer en una dinámica de retraimiento, con silencios prolongados, cambios de humor, inhibición sexual y otros comportamientos que afectan tanto a la relación de pareja como a los hijos.
- Consecuencias en la actividad social: lo mismo ocurre con su vida social y es frecuente que las víctimas del acoso laboral acaben por dejar de frecuentar a sus amigos, aislándose, o los pierdan por desarrollar conductas agresivas.
- Degradación de la actividad profesional: el acoso laboral no sólo puede llevar a la víctima a abandonar su trabajo, sino que además luego tienen serias dificultades para integrarse cuando acceden a un nuevo puesto de trabajo.

La empresa está obligada a detener este tipo de conductas y tomar medidas para prevenirlas. Es recomendable:
- Adoptar protocolos de prevención y procedimientos de actuación en casos de denuncia.
- Fomentar el apoyo entre trabajadores frente al aislamiento o la competitividad.
- Definir claramente los puestos de trabajo, tareas, objetivos y margen de autonomía de cada trabajador.
- Promover la negociación en conflictos laborales.
- Proporcionar información, formación y tiempo para que los trabajadores ejerzan sus tareas.
- Garantizar respeto y trato justo a todos los trabajadores.
- Ignorar la personalidad del acosador. Está demostrado que los acosadores necesitan un público que aplauda sus actos.
- Si la situación no se resuelve, cambiar de puesto al acosador.
- No cambiar de puesto a la víctima sin que esta no lo haya solicitado previamente.

El trabajador que sufre acoso en primer lugar, se recomienda reconocer que hay

un problema y hacerle frente, si se puede, al acosador, pues en muchos casos no espera que el acosado reaccione de esa forma y es posible que inhiba su conducta acosadora. Otras medidas que puedes tomar son las siguientes:
- Evitar reacciones agresivas, porque serán tomadas en su contra.
- Llevar un registro de todas las acciones que se consideren parte de las agresiones.
- Comunicar a los compañeros, jefes, directivos y familiares las agresiones recibidas.
- Proteger los datos de su trabajo para evitar que sean manipulados por el acosador.
- Solicitar asesoramiento psicológico y legal para hacer frente al problema.
- Responder a las calumnias sin pasividad ni agresividad.
- Evitar el aislamiento social.

5 Discusión-Conclusión

El acoso psicológico en el trabajo está expresamente prohibido en las leyes españolas (comenzando por la Constitución), pues viola los derechos a la dignidad personal, a la igualdad y la no discriminación, a la integridad física y moral, a la libertad ideológica y religiosa, al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen.

El Código Penal Español define el acoso laboral como "el hostigamiento psicológico u hostil en el marco de cualquier actividad laboral o funcionarial, que humille al que lo sufre, imponiendo situaciones de grave ofensa a la dignidad".

De probarse que existe acoso laboral, se pueden aplicar penas de un año y nueve meses a tres años de prisión, o una multa de 18 a 24 meses.
La Ley de Prevención de Riesgos Laborales también protege al trabajador contra este tipo de acciones. En este caso, puede tomar medidas contra el empresario al ser este responsable de prevenir, frenar y corregir estos daños. O en su defecto, ser el responsable directo por acción u omisión de los casos.

La víctima también puede actuar por la vía civil y penal contra los compañeros de trabajo que incurran en mobbing laboral. «El empleador que oculte casos de mobbing laboral puede ser acusado de responsable directo»

¿Basta con la legislación actual? Aparentemente no. Se precisa una legislación más específica y una mayor concienciación por parte de la sociedad, que no

olvidemos que está formada por compañeros de trabajo, jefes, amigos, familiares… de esas personas, trabajadores y trabajadoras, que sufren mobbing.

6 Bibliografía

- Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Iñaki Piñuel. 2013.
- Constitución Española. Código Penal. Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- Riesgos psicosociales, como prevenir el acoso laboral. Affor.es
- El acoso laboral antes llamado mobbing. ENRIQUE JOSE CARBONELL VAYA. 2008 https://www.das.es/blog/acoso-laboral-pruebas/
- https://www.eleconomista.es/economia/noticias/569715/05/08/Mobbing-la-pesadilla-que-sevive-en-el-trabajo.html
- https://www.cuestioneslaborales.es/el-acoso-laboral-opciones-del-trabajador/
- https://www.psicolegalmente.es/acoso-laboral-mobbing/

Capítulo 870

”LAS COSAS QUE OCURREN NO SON LAS QUE TE PERTURBAN, SINO LA OPINIÓN QUE TIENES DE ELLAS”. SÍNDROME DE BURNOUT

ANA BELÉN LÓPEZ CANCIO

1 Introducción

”Las cosas que ocurren no son las que te perturban, sino la opinión que tienes de ellas”.
Epicteto.

Actualmente no es infrecuente que se de una combinación de varios factores de riesgo en un puesto de trabajo: alta responsabilidad, turnicidad, una elevada disponibilidad a través de las guardias, la exigencia de pacientes y sus familiares, el contacto diario con el dolor, la muerte y la enfermedad, etc. que dan como resultado elevados niveles de estrés en el trabajo. Si además se suma la insatisfacción, puede llegar a aparecer el burnout laboral.

- Definición
El burnout laboral, también llamado síndrome del quemado o síndrome de quemarse en el trabajo, es un trastorno emocional de estudio y conocimiento reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida de la persona empleada.

Este síndrome puede tener consecuencias muy graves para quien lo padece, tanto

a nivel físico como psicológico. Los síntomas más comunes son depresión y ansiedad, motivos muy frecuentes de bajas laborales.
Cuando una persona empleada está expuesta de manera continua a diversos factores como, entre otros: altos niveles de estrés, elevada e incluso excesiva carga de trabajo, escasa autonomía, malas relaciones en el trabajo (con compañeros y compañeras, superiores…), ausencia de apoyo en su entorno, falta de formación para desempeñar las tareas, etc., puede llegar a padecer un estrés crónico que acabe provocando el burnout. El vínculo entre el estrés y el burnout es muy intenso.

Aunque al principio las manifestaciones y el malestar sólo se extienden a la vida laboral, finalmente también llegan a alcanzar, en casi todas las situaciones, a la vida social y familiar del trabajador o trabajadora afectados.

Síntomas
Las principales manifestaciones de este síndrome son:
- Cansancio, sensación de estar al límite de nuestras fuerzas.
- Sentimiento de fracaso e impotencia.
- Problemas digestivos, falta de apetito.
- Baja autoestima.
- Poca realización personal.
- Estado permanente de nerviosismo.
- Dificultad para concentrarse y trastornos de memoria.
- Comportamientos agresivos.
- Dolor de cabeza.
- Taquicardia.
- Insomnio.
- Bajo rendimiento.
- Absentismo laboral.
- Aburrimiento.
- Impaciencia e irritabilidad.
- Comunicación deficiente y evitación de la interacción social.

2 Objetivos

- Conocer el síndrome, sus síntomas para trabajar en su prevención y tratamiento.

3 Metodología

- Prevención:
Las empresas y organizaciones laborales tienen una gran responsabilidad tanto en la prevención como en el tratamiento de las patologías asociadas al trabajo, especialmente si tenemos en cuenta que los y las trabajadoras son el verdadero motor de la empresa.

La prevención del síndrome del trabajador quemado debe comenzar en la organización laboral. La primera medida que se debe tomar es evaluar las situaciones que generan el estrés y la ansiedad en los trabajadores y las trabajadoras, tomar decisiones y realizar las modificaciones necesarias para intentar reducirlas. Desde el punto de vista más egoísta del empleador y desde una perspectiva económico-organizativa, no sólo se reducirían los niveles de absentismo laboral, con todo el coste económico que supone: se mejoraría, además, la calidad de atención a los pacientes y usuarios de los servicios.

Se deben mejorar la organización y proveer de herramientas necesarias para que los trabajadores y las trabajadoras puedan realizar sus tareas de forma adecuada y así paliar la sobrecarga laboral.

También, es aconsejable que las trabajadoras y los trabajadores modifiquen las expectativas que tienen en el trabajo. No se trata de que renuncien a sus ambiciones y aspiraciones, sino que deben buscar un punto medio que se acerque más a la realidad y ver la situación como una oportunidad para aprender y crecer en otros ámbitos diferentes a los que se habían propuesto en un principio.

A través de la información y la formación podemos dar herramientas a los trabajadores y trabajadoras de la sanidad para que sepan identificar las causas y síntomas de esta enfermedad. El síndrome de burnout se caracteriza porque es un proceso que va creciendo de manera progresiva si no se toman medidas para impedirlo.

- Tratamiento:
Pudiera ser necesaria ayuda farmacológica y/o psicológica, aunque no entraremos a valorar, por ser los y las profesionales de la medicina y la psicología quienes las deberán prescribir. En este trabajo sólo se pretende dar pequeñas recetas que están al alcance de todos y todas y que nos pueden ayudar.
Ejercicio físico, clave para eliminar el estrés.

El ejercicio físico diario nos permite manejar mucho mejor las situaciones de es-

trés que se nos presentan día tras día. Nos ayuda a despejar la mente de los problemas y nos permite llegar más cansados y relajados a casa, esquivando situaciones complejas en nuestra mente. La actividad que libera más endorfinas (morfina natural producida por nuestro organismo) es sin duda el deporte, ya que sus efectos pueden perdurar incluso durante varias horas después del esfuerzo.

Reforzar las relaciones sociales.
La familia, los amigos y amigas, son una parte fundamental ante cualquier problema o situación complicada que se presente. Proporcionan apoyo social y plantean soluciones. Las relaciones sociales ayudan enormemente a desestresarse.

Cuidar la alimentación.
Alimentación sana. Una mala alimentación hace sentirse más cansado y con menos actividad.

Los grupos de autoayuda.
Los grupos de autoayuda tienen en común que ofrecen reconocimiento, consuelo, ayuda, comprensión y compañerismo. Pueden variar en cuanto a su formalidad, lo ideal es que sean coordinados por un moderador y que permitan discutir preocupaciones inmediatas de los participantes en el grupo.

Técnicas de relajación y meditación.
Las técnicas de relajación ayudan a controlar los niveles de estrés y ansiedad. Son técnicas como la técnica de la respiración profunda, la visualización, relajación muscular progresiva.

4 Resultados

El síndrome de burnout se caracteriza porque es un proceso que va creciendo de manera progresiva si no se toman medidas para impedirlo.

Esto puede provocar que el desgaste laboral evolucione y alcance otros aspectos más personales. A medida que avanza, el trabajador puede tener dificultades para resolver problemas y ejecutar tareas que antes le resultaban sencillas, lo cual provocará inseguridad y baja autoestima.

Si el trabajador está mal, se verá afectado todo su entorno tanto el familiar como el laboral.

Es imprescindible trabajar la prevención siempre y el tratamiento cuando ya sea necesario.
Los beneficios se disfrutarán en el ambiente laboral.

5 Discusión-Conclusión

Se ha planteado el tratamiento desde el punto de vista de la persona que padece el síndrome, pues es algo en lo que podemos incidir. Podemos solicitar que se mejore la organización del servicio en el que trabajamos o podemos solicitar que se contrate a más personal, podemos desear que los pacientes sean menos exigentes…pero como decía Epicteto, no podemos cambiar el decorado, pero si la percepción que nosotros tenemos de él.

No es fácil, pero es posible.

6 Bibliografía

- Prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Ediciones Pirámide.
- Estrés y trabajo: el síndrome del burnout. DE LA GÁNDARA J J. Ed. Cauce editorial, 1998.
- Síndrome de burnout en la práctica médica. R Carrillo-Esper, K Gómez 2012 - Academia.edu
- El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Pedro R. Gil-Mont.
- Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. MNV Thomaé, EA Ayala, Revista de Posgrado 2006. med.unne.edu.ar.
- Estrategias de prevención del burnout desde los recursos humano.Laura Lorente Prieto, Marisa Salanova Soria, Isabel María Martínez Martínez.

Capítulo 871

DISTINGUIR EL MOBBING O ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.

SERGIO MARTÍNEZ CUESTA

ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ

ANTONIO CÁNDANO JIMÉNEZ

1 Introducción

Distinguir el mobbing en el lugar de trabajo, concretamente en el ámbito sanitario, lugar con una fisionomía y características únicas, es una tarea difícil. Una de las causas de esta dificultad es la confusión o identificación de un conflicto laboral, en el que pueden darse características como situaciones de tensión verbal, llegando a calumnias o injurias y el mobbing propiamente dicho, que requiere de una intencionalidad clara y manifiesta.

En el acoso laboral, hay una marcada intencionalidad, que no ha de confundirse con el estrés laboral ni problemas puntuales, y en él hay una exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas a una persona o colectivo, que se dilatan en el tiempo - según Lehman durante más de 6 meses – y son habituales y reiteradas.

Conocer, de un modo preciso, qué es el mobbing ayuda a reconocer sus síntomas en el lugar de trabajo, evaluarlos, atajarlos y prevenir su repetición.

2 Objetivos

- Distinguir el mobbing o acoso laboral del conflicto laboral.

- Identificar sus distintas tipologías en el ámbito laboral.
- Conocer las herramientas legales que tenemos contra el acoso laboral.

3 Metodología

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

4 Resultados

El análisis bibliográfico y las múltiples muestras de materiales presentes en las webs de colectivos sanitarios nos llevan a poder distinguir claramente las características del mobbing en el ámbito sanitario, así como que elementos dentro del mismo son más susceptibles de padecerlo. Las distintas definiciones del acoso laboral tienen en común el hostigamiento o persecución contra una persona o colectivo, el carácter intenso de la violencia psicológica , su dilatación en el tiempo y su objetivo : dañar al trabajador , marginarlo en su entorno laboral, obligarlo en muchos casos a abandonar su trabajo o lugar de trabajo.

Mediante la observación de los diversos patrones de comportamiento de acosadores y acosados, analizando aquellos puntos corregibles desde un punto de vista de gestión laboral , podremos llegar a dotar a acosados de herramientas para evitar , rechazar o denunciar el acoso , así como prevenir que estos hechos ocurran detectando a tiempo.

La aplicación de métodos como el sistema de análisis triangular del acoso (Sata) que analiza la interacción entre la figura del afectado, la del acosador y el marco organizacional, así como las corrientes dinámicas que hay entre ellos, nos permiten detectar si hay situaciones de mobbing en un ambiente laboral. Las características del ambiente sanitario, su organización, los factores de estrés (guardias, responsabilidad….) , la turnicidad, el trabajo nocturno, la necesidad de formación contínua , la indefinición de las responsabilidades o tareas que corresponden a cada colectivo, hacen que el sanitario sea un colectivo de alto riesgo y muy susceptible de padecer acoso laboral. Especialmente médicos y personal de enfermería.

Pero se da en todos los ámbitos sanitarios. Saber qué es mobbing y estudiar su presencia nos ayuda a evitar su cosificación en el lugar de trabajo.

Objetivos.
El acoso laboral no ha de confundirse con el conflicto laboral. El conflicto puede ser verbalmente agresivo, pero su objetivo es resolver un problema. En el acoso, el acosador no trata de resolver nada: Quiere destruir la presencia y opiniones del acosado.

En el acoso hay intencionalidad clara, es sistemático y se dilata en el tiempo (Según Leymann, al menos una vez por semana y más de seis meses) y su objetivo es una comunicación hostil y desprovista de ética contra el acosado. El objetivo final es hacerle desaparecer.

Para que exista acoso laboral, una persona o grupo han de ejercer violencia psicológica de carácter extremo durante un período largo de tiempo en el lugar de trabajo, incluyendo conductas ofensivas o humillantes o intrusiones en su vida privada.
Hay varios tipos de acoso laboral.
- Horizontal: El que se presenta entre compañeros de trabajo sin relación de jerarquía, con puestos similares .
- Vertical: El que se da entre trabajadores entre los que hay una relación de jerarquía . Puede ser , y de hecho es el más habitual, el descendente- de jefe a empleado- , pero también puede ser ascendente – subordinado a superior-
- Mixto: suele comenzar como horizontal, pero el o los superiores colaboran en el acoso no ejerciendo ninguna medida. También puede comenzar como el acto de un superior que es imitado a modo de espejo de un modo horizontal por los compañeros del acosado.

Hay otras modalidades de acoso
- Por razón de sexo (hostigamiento a personas que ejerzan sus derechos a realizar tareas consideradas como patrimonio de otro sexo distinto del suyo, la discriminación por razón de sexo)
- Institucional: Un grupo hostiga a un miembro o colectivo para conseguir un beneficio grupal.
- Discriminatorio: racial, por orientación sexual…
- Acoso sexual: Atentar contra su dignidad.

Ejemplos de acoso laboral:
- Dejar al trabajador sin ocupación real o incomunicado sin causa alguna o darle

labores improductivas.
- Represalias por haber presentado quejas.
- Insultar repetidamente o menospreciar a la víctima.
- Reprenderlo reiteradamente en público
- Dar órdenes de imposible cumplimiento.

El exponerse a acoso laboral tiene los siguientes síntomas : baja moral de trabajo, insomnio, pérdida de apetito, ausentismo laboral , abandono del trabajo, depresión, y puede ser un elemento colaborador en patologías graves. Para defendernos del acoso laboral, en muchos hospitales se está experimentando con las técnicas de coaching , pero la primera medida a tomar es la mejora del clima organizacional , un ambiente claro en el que se resuelvan los conflictos , con apoyo , dándoles a los profesionales sanitarios todos los recursos y el respaldo que necesitan, así como una sano ambiente de retos. Se hace necesaria una dirección por valores.

En caso de acoso, el primer paso es denunciar ante la empresa o superiores los hechos. En caso de ser necesario acudir a los servicios legales, el acosado ha de acudir a su abogado, sindicato, usar los servicios de los servicios sanitarios (psicólogos , psiquiatras), y tras ello, recurrir a la inspección de trabajo.

Podemos denunciar por la vía civil, penal y laboral. Los funcionarios tienen la vía contencioso administrativa. El acoso laboral es un delito que puede, según su gravedad, conllevar penas de prisión de seis meses a tres años o multa de 12 a 14 meses.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral se puede prevenir si conocemos su naturaleza y actuamos con asertividad y eficacia ante la agresión, especialmente si conocemos las medidas legales a nuestra disposición para combatirlo.

6 Bibliografía

1. Rey Rey N. Acoso laboral en el ámbito sanitario. [La Guardia de Jaén]: Formación Continuada Logoss; 2015.
2. Pinche de cocina del Servicio de Salud de Osakidetza. [San Sebastián]: [Kloter XXI]; 2006.
3. Celador del Servicio de Salud de Castilla y León. Temario y test. Volumen 1.

4. Lanzuela R, González San José M. Acosos en el ámbito laboral. 2011.

Capítulo 872

EL CELADOR EN EL ORDEN Y TRASLADO DE DOCUMENTOS, MATERIALES Y EQUIPOS DE UN CENTRO SANITARIO

URBANO SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

Las funciones generales realizar por los celadores vienen recogidas en la orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por el que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. n° 174 de 22 de julio de 1971).

El celador, en las instituciones sanitarias, se constituye en personal básico en los servicios de apoyo de las demandas del paciente, familias y del resto del personal sanitario; siendo el eje vertebrador entre el paciente o usuario y los profesionales. Actuando, por tanto, como parte integradora de un equipo multidisciplinar, siendo:

- Facilitador y cuidador de las tareas y actividades del equipo.
- Apoyo de forma permanente y activa en el cuidado del enfermo y sus familias.
- Actúa como enlace entre las distintas unidades sanitarias.

Las tareas que realiza un celador son fundamentales para que tanto las enfermeras como las auxiliares de enfermería puedan realizar sus funciones correctamente y sin ningún tipo de contratiempo, actualmente sus labores están claramente definidas en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del

personal estatutario de los servicios de salud y delimita claramente qué corresponde hacer a cada miembro del personal del hospital.

2 Objetivos

- Ordenar los documentos recibidos en los servicios generales del centro sanitario, clasificándolos por servicios para identificarlos con agilidad y poder trasladarlos al lugar de destino.
-Trasladar el material y los equipos sanitarios y no sanitarios bajo la supervisión del responsable de los mismos, de forma segura en su traslado y colocándolos en su lugar de destino adecuado, para garantizar su disponibilidad.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo del libro, se ha llevado a cabo un análisis consistente en una revisión bibliográfica y normativa, sobre las funciones de los celadores en el traslado de documentos, materiales y equipos dentro de las instituciones sanitarias. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las leyes de aplicación. Normativa de prevención de riesgos laborales. Técnicas de primeros auxilios básicos. Catálogo de normas de los servicios dependientes. Manual de los equipos para su conservación.
Búsqueda en distintas páginas web de Internet usando como palabras clave: Medios de transporte. Ayudas técnicas de movilización. Equipos de protección, traslado y transferencias. Equipos sanitarios.

4 Resultados

-El celador recibe la documentación, correspondencia y comunicaciones verbales por medio de la solicitud de aquellos servicios que la requieran para trasladarla posteriormente al destino fijado.
-El celador traslada las comunicaciones verbales y la documentación, con la mayor brevedad posible, a sus puntos de destino para la utilización por parte del personal que lo requiera.
-El celador clasifica los impresos, la documentación y la correspondencia de acuerdo a las normas internas establecidas, para distribuirlas posteriormente a los departamentos.

-El celador comprueba los datos de los impresos y documentos, verificando la concordancia y cumplimentación de los mismos para trasladarlos a su destino.
-El celador distribuye la documentación y correspondencia, teniendo en cuenta el circuito de tramitación establecido para que llegue a su destinatario.
-El celador ordena los archivadores con la documentación o correspondencia de cada servicio para su posterior distribución.
-El celador fotocopia y encuaderna los impresos y documentación, utilizando las máquinas existentes a tal fin, para tener cubiertas las necesidades del centro sanitario.
-El celador identifica el medio utilizado para el transporte, en función del material sanitario y no sanitario a trasladar, para asegurar su desplazamiento con seguridad, atendiendo a la normativa de riesgos laborales.
-El celador traslada los aparatos sanitarios, maquinaria y ayudas técnicas, teniendo en cuenta sus características, para colocarlos en su lugar de destino y evitar situaciones de riesgo, atendiendo a la normativa de riesgos laborales.
-El celador traslada los preparados, sueros y unidosis en los carros destinados a tal fin, a cada una de los servicios o plantas, para ser utilizados por el servicio que lo solicite.
-El celador recuenta, almacena y distribuye el material de almacén y farmacia, en colaboración con el personal destinado en dichos servicios, según la organización de los mismos para su posterior entrega al servicio que lo solicite y para comprobar el stock.
-El celador distribuye los pedidos según la solicitud y demanda realizadas por los supervisores/as de los servicios, por medio de vales de pedido para entregarlos en su destino.
-El celador traslada la lencería en los carros destinados a tal fin para depositarlos en el lugar correspondiente.
-El celador pone en conocimiento del responsable de la unidad para su reparación, las anomalías o deficiencias observadas en la dotación del servicio encomendado, mediante los protocolos establecidos.

5 Discusión-Conclusión

En la realización de la funciones de traslado de documentación, equipos y materiales se deberá tender a usar el método de transporte adecuado y la inclusión de las nuevas tecnologías: Las nuevas tecnologías deberán estar presentes en el desarrollo de estas actividades laborales; en este campo se incidirá especialmente

en el tema siguiente: Mejora de los equipos de traslado, con la aportación de los avances tecnológicos en las carros mecánicos, grúas de movilización, etc.

El manejo y el levantamiento de cargas son las principales causas de lumbalgias. Estas pueden aparecer por sobreesfuerzo o como resultado de esfuerzos repetitivos. Otros factores como son el empujar o tirar de cargas, las posturas inadecuadas y forzadas o la vibración están directamente relacionados con la aparición de este trauma.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 1790/2011, de 16 de diciembre, por el que se complementa el Catalogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, de la familia sanitaria. «BOE» núm. 16, de 19 de enero de 2012, páginas 4312 a 4371 https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/12/16/1790.
2. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. «BOE» núm. 301, de 17 de diciembre de 2003. https://www.boe.es
3. Ley 31/1995, Ley de Prevención de Riesgos Laborales. (BOE 269, 10-Nov-1995). http://www.boe.es.
4. NTP 477: Levantamiento manual de cargas. Instituto Nacional de Seuridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).
5. Celador/a. Instituto Catalán de Salud (ICS). Editorial Cep. Edic 2018.
6. Garcia C., Chirivella C., Page A., Moraga R., Jorquera J. Método ERGO IBV. Evaluación de riesgos laborales asociados a la carga física. Instituto de Biomecánica de Valencia, 1997.

Capítulo 873

FEEDBACK EN LA COMUNICACIÓN SANITARIA: AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

COVADONGA VEGA AGUIRRE

GEMMA GARCIA PEREZ

MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ

M.TERESA HERRERO COTERO

1 Introducción

El feedback o retroalimentación es la respuesta que transmite un receptor al emisor, basándose en el mensaje recibido, siendo ésta una comunicación bidireccional entre dos personas, donde definimos un emisor y un receptor, siendo la comunicación la forma que tenemos para relacionarnos, para transmitir información, enseñar conocimientos. Sería inviable el feedback sin la comunicación.

Marco teórico.
Para favorecer el feedback (retroalimentación) hay que tener en cuenta que la relación entre el emisor (profesional sanitario) y receptor (paciente y/o familia) es asimétrica, el emisor tiene el poder de conocer y de estar altamente cualificado y si no utiliza un lenguaje claro puede crear interferencias en la comunicación, por ello debe tener en cuenta:
- Clima adecuado: El paciente o usuario se tendrá que sentir cómodo para que pueda comprender con tranquilidad las recomendaciones y las pautas.

- Claridad: Lenguaje sencillo evitando tecnicismos y si utilizamos palabras técnicas, se deberá explicar su significado.
- Orden de la Información: Estructurada y ordenada.
- Ilustración: Si un mensaje es acompañado de imágenes o ejemplos es más fácil de comprender.
- Brevedad: Deberemos de omitir información innecesaria para que el mensaje sea recibido con éxito.
- Información completa: El mensaje no puede quedarse a la mitad, tiene que ser breve, pero completo.
- Información del retorno: Para comprobar que el mensaje ha llegado correctamente es esperar una respuesta (feedback) por parte del receptor (paciente).
- Escucha Activa: captar con atención la totalidad del mensaje que se emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo e indicándole mediante retroalimentación lo que creemos que hemos entendido. No es lo mismo oír que escuchar.
- Observación: Debemos observar a la persona que nos emite el mensaje, tener en cuenta su comunicación verbal y no verbal.

2 Objetivos

Promover una comunicación que resulte eficaz y que los mensajes lleguen al receptor/es con claridad evitando que se produzca una interferencia, como por ejemplo, si hay dificultades con el canal o con el emisor. El personal sanitario (emisor) deberá comunicarse con sus pacientes (receptor) de manera clara.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el III Fórum de Entidades de Pacientes "Innovando y Compartiendo" que se celebró en Barcelona, el 11 de mayo de 2017, se realizó una workshop con las asociaciones de pacientes asistentes a dicho acto, para valorar la comunicación en el centro hospitalario (personal sanitario- paciente), así como aportar nuevas mejoras. Participaron 43 responsables de asociaciones de pacientes y valoraron que es muy importante enseñar a informar y ser capaces de dar malas noticias de manera clara y empática para conseguir una comunicación efectiva.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación no es simétrica porque el paciente (receptor), se encuentra con una desventaja en cuanto a conocimientos, así como a nivel psicológico, teniendo en cuenta que nos referimos a cuestiones de salud y enfermedad, por lo tanto el mensaje que hay que transmitir será claro y conciso para que haya un buen feedback y tener empatía.

6 Bibliografía

- Kee JW, Khoo HS, Lim I, Koh MY. Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. Health Professions Education. 2017.
- Cófreces P, Ofman D, Dorina S. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. Revista de Comunicación Y Salud. 2014; 4, 19–3
- Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes. Instituto Universitario de Pacientes. Cátedra Gestión Sanitaria y Políticas de Salud.

Capítulo 874

EL PAPEL DEL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS EN LA CORRECTA GESTIÓN DE RESIDUOS EN SU ÁMBITO LABORAL.

JORGE MARTÍNEZ GARCÍA

MARIA CASTRO GARCÍA

RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

Son muchas y fuertemente contrastadas las evidencias de que la actividad antropogénica en la mayoría de sus ramas tiene consecuencias negativas para el medio ambiente.

Una de ellas, a la que poco a poco se le está intentado poner solución (o al menos mitigar sus efectos) es la generación de residuos. Prácticamente todas las actividades realizadas por el ser humano conllevan la generación de residuos de muy diferentes tipos y en muy diferentes cantidades.

El sector sanitario y en concreto la actividad sanitaria que se lleva a cabo en centros hospitalarios es un foco de generación de residuos nada desdeñable. Tanto por la naturaleza de los mismos como por los volúmenes.

Es por ello que resulta de especial interés la participación de todo el personal

sanitario y no sanitario, en especial del personal de gestión y servicios en la correcta gestión de estos residuos hospitalarios.

2 Objetivos

- Concienciar acerca de la importancia de realizar una correcta gestión de los residuos cualquiera que sea su naturaleza.
- Dar visibilidad al papel que el personal de gestión y servicios sanitarios tiene en cuento a la gestión de residuos.
- Concienciar y sensibilizar sobre la necesidad de gestionar correctamente los residuos en el trabajo por parte del personal de gestión y servicios para minimizar su impacto ambiental.

3 Metodología

Análisis de documentación de diferentes bases de datos especializadas buscando los términos “residuos”, “sanitarios”, “reciclaje”, “personal”, “gestión y servicios”, “medioambiente”, “sostenibilidad”.

4 Resultados

Aunque cada vez más, debido a las evidencias que día a día se pueden apreciar en materia de degradación del medio ambiente, esta problemática no es algo que haya surgido ni mucho menos ahora.

En concreto en el Principado de Asturias se empezó a mostrar interés por parte de la administración hacía los años 80. La aparición del SIDA y los ya evidentes problemas ambientales en la época hizo que se iniciara en 1989 una evaluación de la gestión de residuos en centros sanitarios para poner en marcha el plan integral de residuos sanitarios.

Cuando hablamos de residuos sanitarios o concretamente de residuos hospitalarios es común pensar automáticamente en aquellos que por su particularidad son específicos o característicos del sector sanitario. Estamos hablando de agujas, sangre, restos humanos, etc. Parece lógico pensar así, teniendo en cuenta el riesgo que estos residuos pueden entrañar, sobre todo aquellos que se pueden catalogar como infecciosos. Los residuos infecciosos, especialmente los cortos

punzantes, presentan un riesgo para quienes puedan entrar en contacto con ellos. De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 40% de los casos de hepatitis y el 12% de los casos de VIH en el mundo se deben a la exposición en el ámbito de trabajo.

No hay que olvidar que los hospitales también generan residuos químicos y radioactivos, que requieren un manejo especial.
Sin embargo el grueso en cuanto a volumen de residuos por tipo que se va a generar en un hospital no entraría dentro de las categorías anteriores. Los residuos más comunes como pueden ser papel y cartón, tóners de impresora, residuos de comida, envases o vidrio, se van a generar en todas las áreas hospitalarias, desde las zonas de administración, pasando por la cocina o áreas de descanso del personal trabajador, muchas veces derivados de la propia actividad sanitaria y en otras muchas ocasiones derivados simplemente por la mera presencia de personas y sus actividades cotidianas; trabajadores, familiares de pacientes, etc.

Hay datos que estiman que éste tipo de residuos, quizás no tan identificados con la actividad hospitalaria puede llegar suponer el 80% del total. A tenor de este dato, parece que el papel de todo el personal, y en concreto del personal de gestión y servicios, en lo que se refiere a la gestión de residuos adquiere importancia.

5 Discusión-Conclusión

Queda patente que los hospitales son un gran generador de residuos de todo tipo, y en especial de residuos sólidos asimilables a urbanos. Dentro de esta categoría de residuos diferenciamos varias clases en función del tipo de material cuya gestión debe hacerse correctamente en el contenedor adecuado para cada uno.

Parece entonces de vital importancia que todo el personal trabajador de un hospital, y en especial el personal de gestión y servicios debe tener una formación mínima en este sentido, así como cierto grado de concienciación y sensibilización. Por una lado una correcta gestión de los residuos reducirá el riesgo de sufrir accidentes laborales y por otro lado y no menos importante, ayudará a minimizar el impacto sobre el medio ambiente que ya por defecto estos residuos van a ejercer.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

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

Capítulo 875

EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS Y LAS CAUSAS DE LAS AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS

JORGE MARTÍNEZ GARCÍA

MARIA CASTRO GARCÍA

RAMIRO MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

Las agresiones en centros sanitarios por parte de los usuarios al personal, tanto sanitario como no sanitario son un fenómeno emergente que se da cada vez con mayor incidencia, tanto en España como en el resto de países europeos.

Se entiende por agresión el comportamiento cuyo objetivo es la intención de hacer daño u ofender a alguien, ya sea mediante insultos o comentarios hirientes, o bien físicamente, a través de golpes, violaciones, lesiones, etc.
Los datos referentes a agresiones al personal del sector sanitario son cuando menos complejos a la hora de su análisis, existiendo un tanto por cierto muy elevado de agresiones que quedan en el olvido sin ser denunciadas. Debemos recordar que no solo debemos entender por agresión aquella que se produce de manera física o que trae consigo algún tipo de secuela para el agredido si no que, insultos o comentarios hirientes han de considerarse también como tales.

2 Objetivos

- Analizar las causas por las que se producen las agresiones al personal del sector sanitario.
- Visibilizar el problema de las agresiones al personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Análisis de documentación de diferentes bases de datos especializadas buscando los términos "agresión", personal "gestión y servicios", "violencia laboral", "sector sanitario".

4 Resultados

El hecho de que las agresiones en el entorno de trabajo por parte de los usuarios o clientes sea un fenómeno al alza nos lleva a pensar que podemos estar ante un problema general de la sociedad en la que vivimos y a tenor de las evidencias así es. Si bien es cierto que las características y particularidades del sector sanitario agravan más si cabe esta problemática.

El mero hecho de acudir a un centro sanitario puede suponer para algunas personas un estado de estrés y alteración. Según los datos las agresiones muchas veces no se producen por el propio paciente si no que suceden por parte de sus familiares y/o acompañantes. Según los datos el 49.8% de las agresiones tienen por responsables a familiares y/o acompañantes frente a un 47.3% atribuible a los propios pacientes.
Son muchas las causas que pueden generar una agresión:
• La masificación del sistema sanitario, masificación que se hace patente en salas de espera llevando consigo el aumento de la tensión emocional.
• La necesidad de los pacientes de una atención rápida y eficaz.
• Pacientes con problemas mentales.
• Problemas de drogadicción.
• Retrasos en la realización de pruebas.
• Largas listas de espera para consultas.
• Malestar por el tiempo de espera para ser atendido.
• Y como hablábamos, un aumento de la violencia generalizado en la sociedad actual.

Todos estos motivos, de manera individual o en conjunto pueden desencadenar en un aumento de la tensión que desencadene una agresión.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente que las agresiones en los centros sanitarios son un problema real, actual y con una tendencia a la alza. Algunas de sus causas pueden ser subsanables por parte del sistema sanitario. El dotar al sistema de recursos suficientes tanto materiales como personales. Reducir los tiempos de espera, formación del personal y en definitiva generar un clima de satisfacción que minimice al máximo estas conductas agresivas y en concreto las agresiones al personal.

Todo el personal del sector, desde médicos pasando por enfermeros/as hasta el personal de gestión y servicios (celadores/as, auxiliares administrativos/as, etc.) es susceptible de sufrir algún tipo de agresión por lo que se debe adecuar y reforzar todos aquellos aspectos que configuran la integridad del sistema sanitario con el fin de proteger al personal en su conjunto.

6 Bibliografía

- Estrategia de mejora de la confianza y seguridad de los profesionales del SESPA. Astursalud.es
- Agresiones a trabajadores sanitarios: estrategia de actuación. D.Carlos A Arenas (Director gerente del Departamento de Salud de Orihuela-Vega)
- Agresiones en el sector sanitario. Personal de gestión y servicios. FYSA formación.

Capítulo 876

LOS DISTINTOS TIPOS DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS UTILIZADOS EN LA ADMINISTRACION PÚBLICA

MARIA LUISA ALONSO SUAREZ

PATRICIA RODRÍGUEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La actividad administrativa engloba la relación entre la ciudadanía física o jurídica y la administración pública, las relaciones de actos entre departamentos dentro de la misma administración, así como las actuaciones entre las distintas Administraciones Públicas. Esta actividad se caracteriza por su naturaleza documental, es decir, por plasmarse en documentos que constituyen justificante y testimonio de la mencionada actividad. Los documentos administrativos son el soporte en el que se materializan los distintos actos válidamente emitidos por los órganos de la Administración Pública, la forma externa de dichos actos.

En su definición ya apreciamos que los documentos administrativos son la base de la actividad diaria en las entidades públicas y la importancia que tiene el conocimiento y estudio de las funciones de los distintos tipos que existen.

La mayoría de las relaciones entre las personas físicas o jurídicas con los múltiples organismos públicos se realizan mediante comunicaciones escritas el documento oficial que en multitud de ocasiones se pone de manifiesto a través de

la cumplimentación de impresos preestablecidos disponibles tanto en las sedes electrónicas como en las oficinas de registro de las distintas administraciones.

2 Objetivos

- Conocer la clasificación general de los documentos nombrados de uso más corriente y habitual en la Administración.

3 Metodología

Para la averiguación e indagación de este tema vamos a realizar por una vía accesos a las sedes electrónicas y también recogeremos personalmente impresos oficiales en los puestos y controles de información en varios edificios públicos en los que exista oficina de registro. sede.seg-social.gob.es sedemovil.asturias.es
www.agenciatributaria.es
www.sepe.es
www.tributaenaturias.es

4 Resultados

Antes, con el propósito de mejorar el entendimiento de la ordenación, diremos que son dos las funciones primordiales de los documentos administrativos:
- Función de constancia, soporte material. Se garantiza así la conservación de los actos y la posibilidad de demostrar su existencia, sus efectos y sus posibles errores o vicios, así como el derecho de los ciudadanos a acceder a los mismos.
- Función de comunicación, medio de comunicación, ésta puede ser interna (entre las unidades de la organización administrativa) o externa (entre la Administración con los ciudadanos y con otras organizaciones).

Y que las características que califican a un documento como administrativo son:
- Producen efectos frente a terceros o en el ámbito de la propia Administración.
- Son emitidos por órganos administrativos.
- Su emisión es válida (cumple los requisitos formales y sustantivos de las normas reguladoras de la actividad administrativa).

1. Documento de decisión: declaración de voluntad de un órgano administrativo sobre materias de su competencia.

- Acuerdo: lo podemos encontrar en la iniciación y tramitación de un procedimiento, reuniendo las decisiones adoptadas por los órganos competentes de las mencionadas fases.
- Resolución: hablamos de un documento de la fase que pone fin a un procedimiento. Puede ser positiva o negativa.

2. Documentos de transmisión: documentos que comunican la existencia de hechos o actos a personas, órganos o entidades; y tenemos: comunicaciones internas y externas.
- Comunicaciones internas: éstas se caracterizan porque el emisor y el receptor son órganos o unidades administrativas, aunque no tienen que ser de la misma Administración. Si estamos hablando de diferentes Administraciones Públicas, órganos superiores o departamentos hablamos de oficio, en caso contrario de nota interior.
- Comunicaciones externas: estos documentos administrativos se diferencian porque se dirigen a entidades privadas o ciudadanos. Son comunicaciones externas la notificación (comunicación a los interesados de una resolución o acuerdo a través de correo postal, fax, correo electrónico) y publicación (anuncio de un acto administrativo en un tablón de anuncios, Boletín Oficial, Diario oficial, etc.)

3. Documentos de constancia: documentos que constatan el conocimiento de un órgano administrativo para acreditar actos, hechos efectos.
- Acta: este es el documento que justifica hechos, juicios, acuerdos, circunstancias
- Certificado: en este caso lo que se acredita son los actos o situaciones administrativas con destino a una persona, entidad u órgano que pretende producir efectos en un procedimiento.

4. Documentos de juicio: los documentos mencionados contienen una valoración, una declaración de juicio sobre cuestiones o particularidades de un hecho o de un derecho ya sea bien por una persona o entidad pública o privada o un órgano administrativo.
- Informes: proporcionan valoraciones, opiniones a los órganos administrativos para clarificar sus acuerdos y resoluciones. (Estudio, Nota Informativa, Análisis, etc.). Existe una numerosa tipología, preceptivos, facultativos, vinculantes, no vinculantes, internos, externos, etc.

5. Documentos de los ciudadanos: herramienta que utiliza el ciudadano para relacionarse con la actividad de las Administraciones Públicas.
- Solicitud: documento de peticiones de un ciudadano al órgano administrativo para producir su acción.

- Denuncia: mediante este tipo de documento cualquier ciudadano pone en conocimiento de un órgano administrativo un hecho (cumpliendo una obligación legal o no) que puede originar la iniciación de un procedimiento administrativo.
- Alegación: el interesado o interesados aporta, presenta a los órganos con responsabilidad para su consideración, valoraciones, datos, evaluaciones de carácter fáctico o jurídico.
- Recursos: impugnación de acto administrativo por afectación de los derechos o intereses del ciudadano. Pueden ser de lazada, potestativo de reposición, extraordinario de revisión o contencioso administrativo.

6. Documentos dirigidos por la administración a los particulares:
- Resoluciones y providencias: las resoluciones ponen fin al procedimiento y las providencias no, son decisiones de tramitación. Determinan los asuntos planteados o iniciados de oficio.
- Notificaciones: documento por el que se comunica, se pone en conocimiento la resolución o acuerdo adoptado a los interesados particulares. Existen notificaciones personales, por cédula o por edicto.
- Requerimiento: se utiliza para citar al administrado a que acuda a presentarse ante la autoridad administrativa competente, el requerimiento puede ser potestativa o facultativa.
- Certificaciones: acreditan la existencia de cualquier hecho.

7. Documentos dirigidos por los particulares a la administración:
- Instancias y solicitudes: se utilizan para tomar parte de oposición o concurso, para iniciar un expediente o solicitar la declaración de incompetencia.
- Declaraciones: éstas pueden ser escritas o verbales y simples o juradas. Son las manifestaciones de hechos a la administración por parte de los particulares.
- Recursos: derecho de impugnación de resoluciones o actos de la Administración que le ocasiona una lesión al administrado.
- Reclamación: acto por el cual el particular solicita que la Administración le reconozca un derecho o anule un acto administrativo.

8. Documentos administrativos de régimen interior:
- Traslado: envío de documento o expediente entre órganos administrativos.
- Informes: se solicita un criterio, un parecer de otro órgano administrativo. Se clasifican en facultativos (no obligan) y preceptivos (de obligada solicitud).
- Propuestas: se puede definir como el proyecto de resolución de un expediente que se envía al órgano decisorio.
- Mutua: copia literal del escrito o documento.

- Notas inferiores: notas interiores dentro de un mismo organismo, es de gran utilidad en el trabajo diario.
- Asiento: toma de razón de un hecho en un libro o documento.

5 Discusión-Conclusión

Existe una extensa variedad de documentos administrativos dependiendo del acto administrativo en el que nos encontremos. La distinción del documento administrativo que se tiene que elaborar y la interpretación del que hemos recibido será facilitada por el saber de la organización y clasificación que hemos expuesto.

El Ministerio de Administraciones Públicas, en el marco de sus de programas de normalización documental de la Administración General del Estado facilita el Programa PROA de ayuda para la elaboración de documentos administrativos y un Catálogo de Modelos de documentos administrativos.

El MAP ofrece información sobre cada uno de los documentos y las instrucciones para su cumplimentación, y permite su visualización en pantalla, su impresión o descargarlo en el ordenador propio.

Una vez examinados todos los documentos expuestos, concluimos observando que todos los documentos administrativos comparten una estructura similar. Constan de encabezamiento, cuerpo y pie.
- Encabezamiento (información básica, inmediata y sintetizada del mismo), abarca la cabecera impresa, el título, datos identificativos del documento y destinatario.
- Cuerpo: contenido explicativo y específico del documento.
- Pie: finalización del documento en la que se refleja el tiempo, el lugar y formalización. Antefirma, Rúbrica y Nombre completo. Debemos hacer una especial mención a la firma electrónica que ha cambiado el tradicional pie que acabamos de describir.

6 Bibliografía

- "Manual de documentos administrativos". Elaborado por equipo de funcionarios públicos coordinado por la Subdirección General de Simplificación Administrativa y Programas de Atención al Ciudadano, integrada en la Dirección General de Inspección, Simplificación y Calidad de los Servicios del Ministerio de Administraciones Públicas Gestión de la documentación empresarial. Módulo: Documentación administrativa Profesor: Jesús Gómez Fernández-Cabre.

- Temario parte especifica 2. Auxiliar administrativo. Editorial MAD.

Capítulo 877

ATENCIÓN A LOS FACTORES FÍSICOS Y MECÁNICOS EN EL TRANSPORTE DE PACIENTES

MARIA JESUS FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

Todo paciente al ser trasladado se encuentra sometido a una serie de incidencias fundamentalmente mecánicas. Estos cambios fisiológicos que se pueden producir en el paciente vienen determinadas por un conjunto de factores. Los principales factores físicos y mecánicos que pueden influir en el transporte del paciente son la aceleración- desaceleración, vibraciones, ruidos, temperaturas y cinetosis.

Según el problema o patología del paciente, la posición del traslado puede contribuir a reducir estos efectos. En condiciones normales el paciente se trasladará en decúbito supino con la camilla completamente paralela con respecto al suelo de la ambulancia (sin ningún grado de inclinación).

Independientemente del lugar del suceso o del tipo de traslado la decisión de trasladar a un paciente a un centro sanitario, actúan sobre el una serie de elementos externos que van a afectar al personal asistencial, al material y a las técnicas utilizadas. Estos elementos externos van a determinar cambios fisiológicos que, aunque no son importantes en personas sanas, sí pueden tener graves consecuencias graves en determinados pacientes además de modificar las propiedades de instrumentos (monitores, sistemas de perfusión, etc.) y dispositivos utilizados en el traslado, así como la perfusión y composición de determinados medicamentos.

2 Objetivos

- Informar a los profesionales sanitarios sobre los factores físicos y mecánicos que pueden influir al paciente durante su transporte en ambulancia.
- Conocer las medidas preventivas existentes para contrarrestar los efectos de los factores físico-mecánicos.
- Actualizar y promover continuamente los protocolos de transporte de pacientes en ambulancias y sus medidas de seguridad.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática desde los últimos cinco años en bases de datos científicas como Pubmed, Scielo, Lilacs, Google Académico y en tesis doctorales de Teseo. Para ello se utilizaron distintos descriptores de ciencias de la salud y se consultaron varias guías de transporte sanitario, ambulancias y medidas preventivas durante el transporte de pacientes. Se encontraron una totalidad de 33 estudios interesantes, de los cuales se escogieron 10 por su interés específico con este tema. Descriptores: factores, físicos, mecánicos, transporte y pacientes.

4 Resultados

El personal sanitario deberá conocer todas las medidas preventivas que figuran en su cartera de prevenciones y riesgos laborales para prevenir y/o en su caso actuar ante ellas. Se tomarán medidas específicas como sujetar al paciente con cinturones de seguridad a la camilla, asegurar adecuadamente todo el material dentro de la ambulancia, supervisar continuamente los sistemas de suspensión y amortiguación para que estén en perfecto estado, usar cascos reductores del nivel de ruido para el paciente e instalar medios de diagnóstico digitalizados (monitores) para controlar las constantes hemodinámicas, etc. Además de todas estas medidas, resulta imprescindible vigilar el impacto psicológico que se genera en un paciente cuando se transporta en una ambulancia, el cual va a vivir esta situación como estresante, por lo que deberemos dar una explicación adaptada a su situación.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, los dispositivos de transporte que existen en los distintos centros sanitarios y hospitalarios han mejorado considerablemente, adaptándose a las necesidades de los usuarios.

Las medidas preventivas que se están instaurando para prevenir los efectos indeseables y el empeoramiento de la situación físico-psicológica del individuo transportado, se han perfeccionado exponencialmente y han favorecido la seguridad del paciente y del personal sanitario durante un transporte de urgencia/emergencia y/o traslado.

El avance tecnológico ha hecho posible que se lleve a cabo este tipo de transportes y que su eficiencia posibilite la supervivencia del individuo pese a las circunstancias.

6 Bibliografía

- Gómez, GE; Vázquez, BA; Villegas, CS. Alteraciones posturales en los profesionales de enfermería, consecuencias de esfuerzo físico: (Tesina de grado).
- Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. 2017.
- Bravo Gaspar., d. "Uso de la mecánica corporal en el traslado de Pacientes en el sistema de transporte asistido de Emergencia – ESSALUD. 2016.
- Dirección URL del informe: http://bdigital.uncu.edu.ar/8629.
Pérez Salvador P., Campuzano Fernández-Colina JA. Manual de técnicos de transporte sanitario. Arán Ediciones S.L. 3o Edición. 2009. ISBN: 978-84-96881-76-1.
- Mora Pérez F. Manual de formación y consulta para técnico sanitario en emergencias y primeros intervinientes. Arán Ediciones S.L. 2008. ISBN: 978-84-96881-42-6.

Capítulo 878

HABILIDADES SOCIALES DEL CELADOR EN LA COMUNICACIÓN

MIGUEL FERNANDEZ UNZUA

1 Introducción

En la comunicación se articulan múltiples elementos, tanto verbales como no verbales, que determinan la eficacia del mensaje que se quiere transmitir al paciente. Así, el mensaje debe de ser claro, sencillo, con palabras simples que el paciente y familiares puedan entender con facilidad. Mayor importancia adquiere la habilidad en la comunicación cuando hay que dar información importante.

2 Objetivos

Determinar los factores que ayudan a relacionarse con los demás de forma efectiva y mutuamente satisfactoria.

3 Metodología

Mediante la revisión de documentación y publicaciones científicas en la web y bibliografía especifica.

4 Resultados

Los Celadores son unos de los profesionales que tiene el primer contacto con el paciente y es en ese momento donde el usuario tiene unas espectativas de

atención que se pueden ver truncadas debido a una mala comunicación. Esencial relevancia adquiere las habilidades sociales en la comunicación en áreas de urgencias donde el manejo de la información se debe realizar con extremo cuidado

5 Discusión-Conclusión

Es importante adquirir habilidades en la comunicación. Estas pueden desarrollarse y adquirirse con la práctica mediante herramientas como la presencia de una escucha activa con un alto grado de empatía y de respeto hacia el otro. Se obtiene así un bajo nivel de reactividad con una adecuada utilización de silencios por parte del profesional, una elevada bidireccionalidad y en una comunicación no verbal que favorece el apoyo narrativo y el clima empático. No solo se consigue una mayor fluidez y eficacia, también, puede mejorar la evolución en la salud del paciente.

6 Bibliografía

- Aguirre Raya, D. 2005. Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. Educ. Med. 19 (3): 25-34.
- Borrell Carrió, F. 2011. "Empatía, un valor troncal en la práctica clínica". Med Clin (Barc). 136 (9): 390-397.

Capítulo 879

EL TRABAJO A TURNOS EN LA SANIDAD: UN RIESGO INEVITABLE, PERO CON SOLUCIÓN

LUIS ORDAS MEDIO

1 Introducción

Dentro de los múltiples riesgos laborales existentes en el ámbito sanitario, el trabajo a turnos se engloba dentro de los riesgos de ergonomía temporal, que se ocupa sobre todo de estudiar la relación entre la fatiga producida en el trabajo y el tiempo dedicado al descanso. Esta es la consecuencia directa de que el trabajo hospitalario implica un servicio ininterrumpido, durante las 24 horas del día y todos los días del año, con la obvia existencia de trabajo a turnos y nocturno. Las repercusiones que este tipo de organización del tiempo de trabajo puede tener sobre la salud de las personas merecen especial atención.

Existen tres sistemas de distribución de turnos:
• Sistema discontinuo: el trabajo se interrumpe por la noche y el fin de semana (mañana/ tarde).
• Sistema semicontinuo: la interrupción se produce una vez a la semana. Tres turnos, mañana, tarde y noche. Descanso los domingos.
• Sistema continuo: el trabajo se realiza de forma ininterrumpida, quedando cubiertas las 24 horas del día, todos los días de la semana.

2 Objetivos

El objetivo consiste en realizar una serie de recomendaciones dirigidas a trabajadores/as sanitarios, que sirvan como instrumento para conocer e identificar las posibles situaciones de riesgo y la adopción de las medidas necesarias.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se han consultado una serie de artículos, cursos y guías de prevención de riesgos laborales sobre todo relacionadas con el ámbito sanitario.

4 Resultados

Los efectos del trabajo a turnos sobre la salud se centran especialmente sobre la:
• Alteración de los ritmos circadianos (ritmos biológicos día/sueño; noche/trabajo). Lo que provoca fatiga, sueño insuficiente, trastornos nerviosos y digestivos.
• Alteración de los hábitos alimentarios y digestivos. Modificación de los horarios de comidas y sobre las propias comidas (calidad y cantidad, comidas rápidas, etc.…), provocando trastornos nutricionales (hiperglucemia, hiperlipemia), trastornos digestivos (ardores, estreñimiento, ulceras, etc…).
• Alteración del sueño. Disminuye tanto la cantidad como la calidad del sueño.
• Alteración de la vida socio familiar. Dificulta las relaciones sociales debido a la falta de coincidencia con los demás, no solo de la comunidad sino también de los miembros de la familia.
• Alteración de la conducta. Se incrementa la irritabilidad, el nerviosismo, la apatía. Incluso puede aparecer la astenia psíquica: cansancio psíquico, dificultad de realizar esfuerzos intelectuales, con sensación de "cabeza vacía", dificultad para concentrarse y cuesta trabajo recordar las cosas
• Alteración en la actividad profesional. Acumulación de errores, dificultad para mantener la atención y percibir correctamente la información, lentitud en los reflejos y dificultad para actuar con rapidez, lo que puede provocar un aumento en el número y la gravedad de los accidentes.

5 Discusión-Conclusión

De todo lo expuesto anteriormente podemos concluir que el trabajo a turnos puede suponer un grave riesgo laboral, por ello debemos concluir este capítulo dando una serie de medidas preventivas o factores de mejora:
• Reducir las jornadas de trabajo. Procurar que los turnos de tarde y los de noche nunca sean más largos que los de la mañana, sino más cortos.
• Las necesidades de cada persona se tendrán en cuenta a la hora de confeccionar los turnos, consensuando el calendario de trabajo con la misma.
• Conocer el calendario acordado con suficiente antelación. De esta manera, los trabajadores podrán conciliar la vida familiar con el trabajo y poder realizar cambios con sus compañeros.
• Respetar las horas del ciclo de sueño. No comenzar el turno de mañana a horas tempranas. Establecer unos márgenes de tiempo en el cambio de turnos de trabajo.
• Incrementar los tiempos de descanso y/o sueño durante la jornada laboral.
• Tener comedores y salas de descanso para los trabajadores, así como ofrecerles comida caliente y equilibrada.
• Reducir la carga de trabajo en el turno de noche.
• Al conformar los equipos, procurar que no exista rotación entre sus miembros para favorecer la relación entre los mismos. Si puede ser, permitir que los trabajadores participen en la formación de los equipos.
• Facilitar a los trabajadores un sistema de comunicación de incidencias para que el cambio de turno no suponga una falta de transferencia de información entre los distintos equipos de trabajo.
• Limitar la edad del trabajador que realiza los turnos o reducir el número de años computados. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) recomienda que a partir de los 40 años el trabajo nocturno continuado sea voluntario.

6 Bibliografía

- Miguel López Berral, médico del Servicio de Prevención de Telefónica. (2005). Efectos del trabajo a turnos sobre la salud.
- Ana María Rodríguez Fernández (2009). Curso Prevención de Riesgos Laborales para Celadores. IAAP.
- Temario para celador. OPE del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Editorial MAD. Agosto 2018.

- Conclusiones jornadas trabajo a turno: inevitable, pero sano y seguro. UGT Andalucía. Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. 2005.
- https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/el-trabajo-a-turnos-inconvenientes-y-medidas-preventivas/

Capítulo 880

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE EXTRANJERO DESDE LOS SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL CENTRO DE SALUD Y HOSPITALES.

VANESA FERNANDEZ VILLAR

1 Introducción

Los centros de salud y los servicios de urgencias de los hospitales son los primeros puntos de acceso al sistema sanitario y donde primero acuden los inmigrantes cuando necesitan solucionar sus problemas de salud.

Una vez allí el personal administrativo es la primera cara que se encuentran y por ello es importante que reúnan una serie de habilidades que faciliten la comunicación con este tipo de pacientes ya que a veces el desconocimiento del idioma, las creencias culturales, el lenguaje así como las costumbres y usos de su país de origen pueden ser motivo de suspicacias y malos entendidos.

2 Objetivos

- Hacer hincapié en la importancia que tiene una buena comunicación entre el personal administrativo y el paciente inmigrante.
- Destacar la necesidad de conocer unas normas básicas para comunicarse con este tipo de pacientes.
- Insistir en la necesidad de trabajar y potenciar con los profesionales de la administración habilidades comunicacionales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes inmigrantes deben tener acceso a un entorno acogedor, por ello la actuación del personal administrativo debe ser cuidadosa y respetuosa. Los profesionales administrativos deben ser conscientes de la influencia que tiene en la comunicación con estos pacientes el lenguaje verbal y no verbal. Es fundamental que estos profesionales muestren empatía e interés hacia el paciente inmigrante, ofreciéndole toda su atención y consideración.

La comunicación debe ser abierta y directa, utilizando un lenguaje sencillo con palabras y gestos que el paciente pueda entender bien. Hay que hablar despacio y teniendo cuidado de no interrumpir al paciente. A veces debido al desconocimiento del idioma algunos colectivos reclaman la presencia de un traductor.

5 Discusión-Conclusión

La barrera idiomática repercute directamente en la calidad de la asistencia prestada a la población inmigrante, la utilización de recursos y medios facilitadores como pictogramas o traductores pueden mejorar el proceso comunicativo entre la población inmigrante y los profesionales administrativos.

Ante una sociedad multicultural, la formación lingüística y cultural de los profesionales son una necesidad para ofrecer una atención de calidad.

El acceso y la utilización de los recursos sanitarios por la población inmigrante puede mejorar a través de una mejor información.

La actuación del personal administrativo ante los pacientes inmigrantes debe estar presidida por el respeto, la empatía y el sentido común.

6 Bibliografía

- Jansá JM.,García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gaceta Sanitaria. 2004.18 (Supl).
- Atención al inmigrante: Del aluvión a la solución razonable. Barcelona: Sociedad Española De Medicina Familiar y Comunitaria. 2002.
- García Humberto.Adroher,Salomé. Blanco María Rosa. Minorías étnicas. Educación Social. Editorial CCS.1996. https://www.semg.es
https://www.aecs.es.
Revista Española de Comunicación en Salud. Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante.

Capítulo 881

EL CELADOR ANTE LOS AGENTES BIOLÓGICOS

JESUS COTELO MENENDEZ

1 Introducción

Las funciones del celador son múltiples y variadas. Dentro de ellas están el transporte de pacientes o de residuos biológicos, o el contacto directo con los enfermos ya que colaboran junto con personal sanitario en su aseo y movilización. Debido a esto es inevitable que estén, en muchas ocasiones, bajo riesgo biológico, es decir, expuestos a cualquier agente que pueda provocarles algún tipo de enfermedad, en algunos casos graves.

2 Objetivos

- Conocer que es un riesgo biológico y su clasificación.
- Determinar las medidas preventivas que debe adquirir el celador a la hora de exponerse a cualquier tipo de agente biológico, ya sea por contacto directo con los enfermos o por manipulación y transporte de cualquier tipo de residuo susceptible de causar alguna enfermedad o infección.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica informatizada y también a través de libros y artículos científicos.

A la hora de utilizar las bases de datos informáticas, se han utilizado palabras clave como: agentes biológicos, celador ante agentes biológicos, prevención ante agentes biológicos, almacenamiento de agentes biológicos, etc.

4 Resultados

Se entiende como riesgo biológico aquel que está asociado con la exposición a agentes biológicos (microorganismos, cultivos celulares y endoparásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad).

Los agentes biológicos se pueden clasificar según su grado de peligrosidad. En el artículo 3 del RD 664/1997, se tienen en cuenta los siguientes criterios: grado de infectividad, facilidad de propagación de la enfermedad y existencia o no de posible vacuna o tratamiento.

En función de ello, se clasifican en:
- Agente biológico del grupo 1: es aquel que resulta poco probable que cause una enfermedad en el hombre.
- Agente biológico del grupo 2: es aquel agente patógeno que puede causar una enfermedad en el hombre y que puede suponer un peligro en los trabajadores; es poco probable que se propague a la colectividad, existe generalmente profilaxis o tratamientos eficaces. Por ejemplo virus de la gripe.
- Agente biológico del grupo 3: es aquel agente patógeno que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta una serie peligro para los trabajadores. Existe el riesgo que se propague a la colectividad pero existe generalmente profilaxis o tratamientos eficaces. Por ejemplo el virus de la hepatitis B.
- Agente biológico del grupo 4: es aquel agente patógeno que causa enfermedad grave en el hombre y supone un grave peligro para los trabajadores. Existen muchas probabilidades de que se propague a la colectividad. No existe generalmente profilaxis o tratamientos eficaces. Por ejemplo el virus del Ébola.

Para proteger la seguridad en el trabajo de los celadores se ha de evitar todo lo posible la exposición a este tipo de agentes biológicos y en el caso de que esto no sea posible reducir al máximo la exposición.

Sin duda todo el trabajo que está relacionado con este tipo de agentes debe realizarse de manera correcta y minuciosa, siguiendo en todo momento las normas establecidas tanto a nivel del propio trabajador como de las instalaciones del centro sanitario.

- Medidas higiénicas adecuadas.
- Manipulación y transporte seguro de los agentes biológicos.
- Almacenamiento y evacuación de residuos de manera correcta incluyendo el uso de recipientes que corresponda a cada tipo de agente biológico.

1. Medidas de higiene adecuadas:
- Prohibición en las zonas de trabajo que existe riesgo biológico de comer, beber o fumar.
- Utilización de los EPIS necesarios: guantes, mascarillas, protecciones oculares, batas o delantales.
- Disponer de aseos que incluyan productos de limpieza y antisépticos apropiados.
- Los celadores deberán de quitarse la ropa de trabajo o EPIS que puedan estar contaminados por agentes biológicos antes de salir de la zona de trabajo. Nunca llevarán a su domicilio dicha ropa para su lavado, descontaminación o destrucción.

2. Manipulación y transporte:
Uno de los riesgos en la manipulación de los residuos biológicos aparece durante su carga y descarga y en su transporte por parte del celador. Algunas de las precauciones a tomar serán las siguientes:
- No sacar las bolsas de su soporte antes de cerrarlas.
- No comprimir las bolsas de residuos con el pie o con la mano.
- No arrastrar las bolsas por el suelo.
- Se deberán coger los envases o bolsas por la parte superior y transportándolos alejados del cuerpo.
- El transporte se realizará mediante carros, a través de circuitos prefijados. Estos deben estar diseñados adecuadamente impidiendo la caída de las bolsas al suelo o sobre el trabajador.
- El horario de transporte debe realizarse evitando lo máximo posible la presencia de usuarios en el recinto.

3. Almacenamiento:
- La zona de almacenamiento será un local separado de la actividad sanitaria y de uso exclusivo con acceso restringido y debidamente señalizado. Estarán en zonas que permitan el fácil acceso a los vehículos de recogida y de personal de seguridad o bomberos en caso de emergencia.
- El almacén dispondrá de una adecuada ventilación e iluminación.
- Se debe limitar la cantidad de residuos almacenados y tener un inventario actualizado.

- Deberá haber diferentes áreas de almacenamiento para cada tipo de residuo.

Es muy importante que todas estas medidas preventivas se lleven a cabo de manera estricta ya que la consecuencia de un posible fallo puede ser realmente peligrosa, tanto para el propio celador como para los demás usuarios. Por ello, se ha de incidir con especial atención en la formación correcta de todo el personal y de cómo actuar en el caso de que se produzca algún tipo de error a lo largo de las distintas etapa de manipulación, ya que las consecuencias pueden llegar a ser muy graves.

5 Discusión-Conclusión

Dentro del ámbito sanitario, uno de los problemas más importantes son aquellos que están relacionados con los riesgos biológicos. Toda persona que trabaja en un recinto sanitario es susceptible de contagio por algún tipo de agente biológico, ya sea más o menos grave. Entre este personal se encuentra la figura del celador que en muchas ocasiones tiene un contacto directo o indirecto con posibles patógenos. La causa de una mala manipulación o contaminación puede tener consecuencias muy graves tanto a nivel personal como general, por lo tanto se debe estar muy formado en todas las medidas preventivas, en el uso de ropa y EPIS adecuados, en las medidas higiénicas que se deben tomar y de cómo garantizar una manipulación correcta, además de un almacenaje adecuado.

6 Bibliografía

- Unión Sindical de CC.OO de Castilla y León, Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario, Secretaria de salud laboral Castilla y León, 2011
- Servicio andaluz de salud. Consejería de salud, Prevención riesgos laborales celadores. Riesgos en seguridad, higiénicos, psicosociales y organizativos, Junta de Andalucía
- Academia Tamargo, Temario celador Servicio de salud del Principado de Asturias (Tema19), Academia Tamargo S.L.U, 2018
- Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

Capítulo 882

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO, UNA PIEZA CLAVE EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE.

VANESA FERNANDEZ VILLAR

1 Introducción

Cada día es mayor el número de personas que se quejan de la ausencia de humanidad en el entorno sanitario. Es evidente que los avances tecnológicos han disminuido considerablemente la importancia del contacto personal entre el paciente y el personal administrativo que prácticamente no levanta la vista del ordenador cuando se le requiere para el ejercicio de cualquiera de sus funciones (dar citas, facilitar información a los pacientes, etc.). A todo ello hay que añadir la saturación y organización del propio sistema sanitario, que impide al personal administrativo desarrollar su labor en un marco más personalizado y humanizado.

2 Objetivos

- Aportar ideas sobre cómo podrían los profesionales administrativos cumplir sus funciones de atención a los pacientes de una forma más afectiva y personalizada.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando el paciente llega al centro se salud o al hospital con su malestar y preocupación, el primer contacto con el personal administrativo puede ya favorecer su alivio o por el contrario aumentar su angustia. Es por ello que hay una serie de actitudes que el personal administrativo debería entrenar para desarrollar sus funciones de atención a los pacientes de una manera más humana y acogedora:

- Saludar de forma amable y con una sonrisa.
- Explicar de forma clara los trámites a la llegada o salida del centro, a quienes puedan tener mayores dificultades para entender como las personas mayores.
- Mostrar empatía hacia la circunstancia personal de cada paciente.
- Si la atención es telefónica, mantener una actitud de interés y escucha, sin prisas, así como una voz amable.
- Procurar llamar al paciente por su nombre.
- Ser capaz de mantener una actitud relajada y tranquilizadora a pesar de las colas o la carga de trabajo.
- Tener un lenguaje claro.
- Mostrarse amable y servicial.

5 Discusión-Conclusión

El personal administrativo es el primer eslabón en el proceso de humanización de la atención al paciente, ya que son estos profesionales los primeros que atienden al paciente a su llegada al centro de salud u hospital. La carga de trabajo o saturación no debe ser una excusa para ofrecer una atención más amable y humana. Por último, para ofrecer una atención de calidad, los profesionales administrativos tendrían que reflexionar sobre cómo es la atención que ellos mismos

reciben en otros lugares, para no cometer los mismos errores o por el contrario poner en práctica las actitudes amables y empáticas que reciban.

6 Bibliografía

- www.administrativosdelasalud.com.
- https://www.seaus.net.
- https://www.actasanitaria.com
(otro aspecto de la humanización asistencial. Jacinto Bátiz Cantera-2019.
- https://www.educaweb.com.

Capítulo 883

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA SOCIEDAD

ANA MARÍA ÁLVAREZ LUEJE

1 Introducción

La comunicación, es un proceso de interacción social, que nos permite intercambiar información con quienes nos rodean. Para que la comunicación sea posible, son necesarios una serie de elementos: Emisor, es la persona que transmite un mensaje codificado, empleando signos comunicativos para el receptor; receptor, es la persona que recibe el mensaje, traduciéndolo o descodificándolo; código, es un elemento muy importante en la comunicación, se trata de un sistema de signos, señales y reglas que son identificadas tanto por el emisor, como por el receptor; mensaje, es el contenido de la información; canal, medio por el que se transmite el mensaje; contexto, lugar donde se efectúa la comunicación (ambiente físico y emocional). Para que fluya la comunicación, el receptor al obtener la información a través del mensaje, responde al receptor. A este proceso, se le denomina: feedback o retroalimentación. Se diferencia dos tipos de comunicación: verbal, emplea el lenguaje, que puede ser hablada (vocal) y escrita (no vocal).

2 Objetivos

- Identificar la comunicación, los tipos de comunicación, los elementos importantes que intervienen y a los individuos según el tipo de conducta que adquieran y la importancia en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Durante el proceso de comunicación, es muy importante la intensidad o el volumen de la voz, la entonación y la velocidad y el ritmo empleado. También influyen, los movimientos corporales de nuestro cuerpo. La kinesia, es la ciencia que se encarga de estudiar éstos movimiento. Cualquier gesto, puede ser interpretado durante una comunicación, de una manera u otra: movimientos de cabeza, la expresión facial, la mirada, posición de brazos y manos. La distancia que mantenemos durante la conversación, dice mucho del tipo del nivel de confianza que puede haber entre los interlocutores. La escucha activa, es un elemento primordial, para que la comunicación sea eficaz. Se entiende por escucha activa, oír, entender y comprender lo que se está diciendo en una comunicación. Para escuchar activamente, debemos de mostrar empatía, poniéndonos en el lugar de la otra persona; mostrar interés; mantener el contacto visual; observar su lenguaje corporal; realizar gestos de afirmación; mantener una postura corporal activa.

Debemos de tratar de evitar, entre otras cosas: no emitir juicios y de tener prejuicios, no interrumpir y de evitar distracciones. Otro aspecto a destacar, son las habilidades sociales, que se definen como un conjunto de conductas que emitimos cuando interactuamos con otras personas y que nos ayudan a relacionarnos con los demás, de manera efectiva. Las conductas que se generan en la interacción personal, se pueden dividir en: conducta pasiva, se caracteriza por no defender los derechos o deseos propios, puede ser porque no saben expresar correctamente sus opiniones o por inseguridad. Éste tipo de conducta, aparece en personas con baja autoestima, que suelen evitar la mirada, hablan bajo, tienen movimientos corporales nerviosos; la conducta agresiva, se caracteriza por la manera agresiva que utilizan al expresarse. Se puede identificar, porque emplean un volumen alto de voz, hablan sin escuchar, miran de una manera retadora, emplean ofensas verbales; la conducta asertiva, es considera un tipo de conducta positiva, ya que

respetan el derecho de los demás. Una persona asertiva, es tolerante, trasmite cordialidad y acepta opiniones.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario, tratamos diariamente con pacientes. Como profesionales, es muy importante, que sepamos mantener una conversación fluida y que sepamos desenvolvernos ante situaciones que pueden surgir en nuestro día a día. Identificar la conducta del paciente con el que estamos tratando, es primordial, para saber cómo debemos de actuar en todo momento.

6 Bibliografía

- https://www.todamateria.com/que-es-la-comunicacion/
- https://definicion.de/feedback/
- https://concepto.de/que-es-la-comunicacion/
- https://www.psicologia-online.com/diferencias-entre-comunicacion-verbal-y-no-verbal-3922.html
- https://www.emagister.com/blog/kinesia-entender-lenguaje-corporal/
- https://www.divulgaciondinamica.es/blog/escucha-activa/
- https://comunicacionencambio.com/escucha-activa/
- https://blog.neuronup.com/habilidades-sociales-cuales-son-ejemplos-para-que-sirven/
- https://grupolasmimosas.com/mimoonline/consiste-la-escucha-activa/
- https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/BBF448C9-11C6-48B3-A574-558618E4E4F2/138615/Cap_04_97122.pdf

Capítulo 884

PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD Y GESTIÓN DEL CONFLICTO.

VANESA FERNANDEZ VILLAR

1 Introducción

La definición de conflicto indica que es un desacuerdo entre partes implicadas y que es percibido por éstas como una amenaza a sus necesidades, intereses o preocupaciones.

Debido a las circunstancias en las que el personal administrativo desempeña su labor, rigidez organizacional, largas esperas, sensación se vulnerabilidad por parte del paciente o la despersonalización tanto del paciente como del personal, el conflicto es algo cosustancial a su trabajo y hay que aprender a vivir con él y tratar de gestionarlo de manera constructiva para que se convierta en un elemento orientado al cambio y al aprendizaje.

2 Objetivos

- Ayudar a reconocer los elementos que influyen en la aparición del conflicto entre los pacientes y el personal administrativo.
- Reconocer los tipos de pacientes conflictivos.
- Conocer qué técnicas pueden ayudar en el trato con pacientes conflictivos.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la actualidad han aumentado las situaciones conflictivas entre el personal administrativo y los pacientes o familiares y acompañantes de éstos ya que son las primeras personas con las que tienen contacto a su llegada al centro sanitario.

Muchas veces, el paciente está sometido a situaciones tensas debido al dolor, miedo, incertidumbre por la falta de información o las largas esperas y por ello lo que al principio era una actitud tranquila y razonable se puede convertir en hostilidad o ira.

Se pueden reconocer diferentes tipos de pacientes conflictivos:
- El enfadado: éste es el tipo de paciente difícil más común. Estar molesto es bastante frecuente en las consultas médicas ya sea por las largas esperas o por nerviosismo ante la consulta.

- El agresivo: este tipo de paciente no sólo está enfadado sino que se muestra agresivo tanto con el personal que le está atendiendo como con lo que le rodea. Puede agredir tanto verbalmente con a nivel físico.

- El manipulador: este tipo de paciente es el que utiliza el llanto, la pena o ”hacerse la víctima” para conseguir lo que quiere (adelanto de una cita, por ejemplo).

A diario el personal administrativo de los centros sanitarios tienen que tratar con estos pacientes difíciles e intentar solucionar los conflictos que puedan generarse. Para ello existen una serie de técnicas que pueden ayudar a tratar con este tipo de pacientes.

- A la hora de tratar con pacientes conflictivos lo primero que hay que hacer es saber reconocerlos para intentar evitar el conflicto.

- Es muy importante mostrar una actitud empática y tratar de comprender cómo se siente esa persona e intentar entender su punto de vista.

- Practicar la escucha activa, es decir hay que dejar que el paciente se explique y procurar no dar nuestro punto de vista o interrumpirle antes de que termine su queja.

- Mantener el contacto visual es fundamental ya que de lo contrario el paciente puede interpretar que no se le está prestando atención y aumentará su hostilidad.

- Intentar mantener una actitud tranquila y serena.

- Una vez escuchado el paciente, es necesario ofrecer información veraz y tratar de dar una solución o pedir disculpas si es necesario. No se debe quitar importancia a las quejas.

- Hay que saber controlar las propias emociones y no dejarse llevar por la ira.

- Si a pesar de todo la discusión continúa y no se puede controlar la situación es necesario pedir ayuda a un compañero y evitar ponerse a gritar y discutir con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El conflicto es inherente a la especie humana y forma parte de la vida cotidiana, por ello el personal administrativo de los centros sanitarios debe comprender que es algo cosustancial a su trabajo.

Determinadas características del sistema sanitario como la propia organización y gestión de los centros sanitarios, las largas esperas, la frialdad del entorno o escasez de recursos pueden favorecer la aparición de conflictos.

La heterogeneidad de las personas que interaccionan en el ámbito sanitario así como el entorno del que proceden, el lugar en el que viven y sus circunstancias personales pueden influir en su forma de ser y comportarse lo que va hacer que el conflicto surja de manera natural.

En ocasiones el propio personal administrativo no actúa de forma correcta ante el paciente, bien por inexperiencia o por falta de empatía lo que provoca conflictos.

Se debe formar al personal administrativo para reconocer y gestionar de forma constructiva las situaciones conflictivas.

Por último, es importante tener en cuenta que no siempre será posible resolver el conflicto planteado en el primer contacto con el paciente lo que puede desgastar y desmotivar al profesional administrativo.

6 Bibliografía

- https://www.seaus.net.
- https://revistamédica.com.
- https://www.deustosalud.com.

Capítulo 885

AFECTACIÓN DE LA NUEVA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MACARENA ARRESEIGOR MELENDEZ

PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO

PATRICIA OTERO PITEIRO

1 Introducción

En los últimos años la sociedad ha evolucionado vertiginosamente en un sinfín de ámbitos, y en concreto, en lo concerniente a las nuevas tecnologías, poniendo en entre dicho, y en ocasiones disparando todas las alarmas ante la falta de protección de datos de carácter personal.

Por ello, se ha hecho necesario modificar diversos aspectos de la ley que legislaba y velaba por la salvaguardia de los datos. El derecho a la protección de datos personales deriva directamente del derecho fundamental a la intimidad, que se recoge en el Título I (De los derechos y deberes fundamentales), Capítulo segundo (derechos y libertades), Sección 1ª (De los derechos fundamentales y de las libertades públicas), artículo 18.4 de la Constitución Española; en el cual se establece que "la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos".

Asimismo, este derecho es reconocido por el Tribunal Constitucional en la STC 292/2000.

En el fundamento jurídico quinto de la sentencia se confirma la interpretación conforme a la cual el artículo 18.4 de la Constitución Española, incorpora un nuevo derecho fundamental a la protección de datos.-"Este derecho fundamental a la protección de datos, a diferencia del derecho a la intimidad del artículo 18.4 de la Constitución Española, con quien comparte el objetivo de ofrecer una eficaz protección constitucional de la vida privada personal y familiar, atribuye a su titular un haz de facultades que consiste en su mayor parte en el poder jurídico de imponer a terceros la realización u omisión de determinados comportamientos, cuya concreta regulación debe establecer la ley, aquella que conforme al artículo 18.4 de la Constitución Española debe limitar el uso de la informática , bien desarrollando el derecho fundamental a la protección de datos (artículo 81.1 de la Constitución Española), bien regulando su ejercicio (artículo 53.1 de la Constitución Española).

En el fundamento jurídico sexto de la reseñada sentencia, se señala que el objeto de protección del derecho a la protección de datos alcanza, "cualquier tipo de dato personal, sea o no íntimo, cuyo conocimiento o empleo por terceros pueda afectar a sus derechos, sean o no fundamentales, porque su objeto no es sólo la intimidad individual, que para ello está la Protección que el artículo 18.1 de la Constitución Española otorga, sino los datos de carácter personal. Por consiguiente, también alcanza a aquellos datos personales públicos, que, por el hecho de serlo, de ser accesibles al conocimiento de cualquiera, no escapan al poder de disposición del afectado porque así lo garantiza su derecho a la Protección de datos.

Se trata por tanto de un derecho fundamental recogido por nuestra Constitución Española y reconocido por nuestro más alto Tribunal, que es desarrollado por la legislación española. Actualmente entró en vigor la Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales; actualmente vigente en España; que adapta la legislación española a las disposiciones del Reglamento Comunitario de la Unión Europea de 2016, al que posteriormente se hará mención, introduciendo novedades y mejoras en la regulación de este derecho fundamental en nuestro país.

El marco legislativo europeo también reconoce este derecho a la protección de datos y obliga a todos los Estados miembros a garantizarlo a sus ciudadanos. El artículo 8 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea en sus apartados 1 y 2 establece:

1.Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que la conciernan.

2. Estos datos se tratarán de modo leal, para fines concretos y sobre la base del consentimiento de la persona afectada o en virtud de otro fundamento legítimo previsto por la ley. Toda persona tiene derecho a acceder a los datos recogidos que la conciernan y a su rectificación".

El artículo 16 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea en sus apartados 1 y 2 establece:

1. Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que le conciernan.

2. El Parlamento Europeo y el Consejo establecerán, con arreglo al procedimiento legislativo ordinario, las normas sobre protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos de carácter personal por las instituciones, órganos y organismos de la Unión, así como por los Estados miembros en el ejercicio de las actividades comprendidas en el ámbito de aplicación del Derecho de la Unión, y sobre la libre circulación de estos datos.

Por su parte la Unión Europea ha desarrollado este derecho a la protección de datos a través de diversas directivas, como la Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respeta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Después de un laborioso proceso por las Instituciones Europeas, origino que el14 de abril de 2016 el Parlamento Europeo diese el visto bueno a la normativa europea de protección de datos; que concluye con la aprobación del REGLAMENTO DE LA UNION EUROPEA 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE. Ello implica un reforzamiento del derecho de protección de datos de la UE, que se constituye como un pilar básico de las garantías y libertades de Europa.

Estas normativas afectan a los profesionales sanitarios y no sanitarios que operan en el ámbito de la salud. En este caso en particular, la normativa en protección de datos se complementa con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, la cual se encarga de regular los derechos y las obligaciones en

materia de información y documentación clínica en la que se regula su historial.

Cuando nos referimos al derecho a la intimidad personal y al derecho a la confidencialidad, estos derechos adquieren una especial relevancia en el ámbito sanitario, donde la información sobre los pacientes es una herramienta fundamental para proporcionar una asistencia de calidad. De hecho, para poder prestar atención sanitaria los pacientes tienen que proporcionar datos sobre su estado físico o sobre su salud y, cuando no están disponibles, han de colaborar en su obtención, lo que implica que las organizaciones sanitarias y los profesionales son depositarios de datos personales especialmente sensibles, como pueden ser los relativos a las creencias, la filiación, la opción sexual, los datos de enfermedades, hábitos.

2 Objetivos

- Reflejar y aclarar cuáles son los aspectos nuevos que afectan, concretamente, al sector sanitario y que debe ser estudiado por todos los integrantes de la sanidad, incluidos los auxiliares administrativos, para realizar un correcto tratamiento de los datos.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio hemos realizado búsquedas bibliográficas, en revistas, y bases de datos como scielo, pubmed, y elservier. También nos hemos basado en la legislación vigente, anivel nacional e internacional.

Para realizar la búsqueda se utilizan los siguientes descriptores: confidencialidad, ley protección de datos, sentencia, ámbito sanitario, auxiliar administrativo, secreto médico, consentimiento informado, datos sensibles, asistencia sanitaria. Idioma

4 Resultados

Con la incorporación del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la Unión Europa y la nueva Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales de Protección de Datos (LOPDGDD), se han visto modificados algunos aspectos de la normativa legislativa española en relación al tratamiento de datos.

Veamos desde una perspectiva sanitaria los aspectos más relevantes del marco normativo actual en materia de protección de datos, destacando todos aquellos en los que puedan existir diferencias con la legislación, o bien adquieran especial interés para el ámbito sanitario.

1. Tratamiento de datos de personas fallecidas.

La nueva Ley de Protección de datos, en el artículo 3, apartado primero establece en relación a un fallecido, que las personas vinculadas al mismo por razones familiares o de hecho, así como sus herederos podrán dirigirse al responsable o encargado del tratamiento al objeto solicitar el acceso a los datos personales de aquella y, en su caso, su rectificación o supresión.

Como excepción, estas personas no podrán acceder a los datos del causante, ni solicitar su rectificación o supresión, cuando la persona fallecida lo hubiese prohibido expresamente o así lo establezca una ley.

2. El deber de confidencialidad y secreto profesional

El artículo 5 de la ley LOPDGDD en su apartado 1 establece que los responsables y encargados de tratamiento de datos, así como todas las personas que intervengan en cualquier fase de este, incluidos los de carácter sanitario, estarán sujetas al deber de confidencialidad al que se refiere el *artículo 5.1.f del Reglamento (UE) 2016/679.

En el ámbito sanitario la relevancia del deber de secreto profesional resulta más que evidente; pensemos por un momento en las obligaciones deontológicas que en este sentido deben asumir todos los profesionales sanitarios, y no sanitarios, o en las graves responsabilidades penales.

3. Consentimiento de los menores de edad.

Otro aspecto especialmente delicado en el ámbito sanitario, y sobre el que se pronuncia la LOPDGDD objeto de comentario, es el relativo al tratamiento de datos personales de los menores de edad. La Ley en su artículo 7 fija en 14 años la mayoría de edad en relación con la protección de datos de carácter personal, de modo que el tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de 14 años. En el mismo apartado se hace constar que se exceptúan los supuestos en que la ley exija la asistencia de los titulares de la patria potestad o tutela para la celebración del acto o negocio jurídico en cuyo contexto se recaba el consentimiento para el tratamiento.

4. Derecho de acceso del interesado

La LOPDGDD, en su artículo 15 establece que el responsable del tratamiento fa-

cilitará de forma gratuita una copia de los datos personales objeto de tratamiento. Aún asi establece que el responsable también podrá percibir cualquier otra copia solicitada por el interesado un canon razonable basado en los costes administrativos. Cuando el interesado presente la solicitud por medios electrónicos, y a menos que este solicite que se facilite de otro modo, la información se facilitará en un formato electrónico de uso común. Esta premisa, trasladada al ámbito sanitario supone que no se podrá exigir al paciente y/o usuario un canon económico por la obtención de una copia de historia clínica, salvo las excepciones anteriormente comentadas.

5. Delegado de protección de datos
En materia sanitaria una de las principales novedades es la obligación de designar un Delegado de Protección de Datos. Esta persona, que puede ser interna o externa a la organización, deberá de velar obligatoriamente por el mantenimiento de las historias clínicas de los pacientes. Esta medida afecta a organizaciones como los colegios y consejos profesionales, centros docentes, o los centros sanitarios. La norma exime a los profesionales de la salud que actué a título individual. Es decir, en clínicas privadas donde solo haya un médico al frente. Estos delegados deben de tener conocimientos fundamentados en el derecho.

6. Tratamiento de los datos de la salud
En la disposición decimoséptima de esta ley hace referencia al tratamiento de los datos de la salud. En su apartado 2 de la referida disposición adicional se detalla el tratamiento de estos datos con fines de investigación en salud, estableciendo como regla general, que el tratamiento de datos con estas finalidades exige que el interesado haya otorgado su consentimiento. En todo caso, para llevar a cabo un tratamiento con fines de investigación en salud pública, el legislador obliga a realizar una evaluación de impacto que determine los riesgos derivados del tratamiento, someter la investigación científica a normas de calidad, y adoptar medidas dirigidas a garantizar que los investigadores no accedan a datos de identificación.

A partir de este escenario, la citada disposición adicional distingue entre: a) Tratamiento de datos sanitarios por autoridades sanitarias con competencias en vigilancia de la salud pública. b) Reutilización de datos personales con fines de investigación. c) Seudonimización de datos personales con fines de investigación en salud.

Por último, cabe señal que, en la disposición final novena, modifica el apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Conforme a esta nueva

redacción, el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación, o de docencia, obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente separados de los datos de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, queda asegurado el anonimato salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

5 Discusión-Conclusión

Cuando los profesionales, tanto si son sanitarios como si no lo son, conozcan legítimamente datos de una persona en el ejercicio de sus funciones, no deben revelarlos sin el consentimiento del paciente, ya se trate de datos estrictamente sanitarios o de otros datos personales (domicilio, puesto de trabajo, creencias, opción sexual, etc.). Esta obligación de secreto persiste incluso cuando finaliza su actividad profesional y sólo puede ceder en aquellos supuestos previstos legalmente. No existirá incumplimiento de la obligación de sigilo o reserva si se da alguno de los supuestos siguientes:

- Cuando se actúa en cumplimiento de un deber procesal-penal como puede ser la obligación de denunciar un delito o el deber de testificar. El auxiliar administrativo de la salud juega un papel fundamental en la tramitación, gestión y organización de los componentes de la historia clínica de cada paciente.

Un error en su actuación a la hora de ejecutar su labor puede derivar en un perjuicio al usuario de carácter (leve, moderado, e incluso grave). Es por lo tanto esencial que el auxiliar administrativo tenga una continuada formación en cuanto a las tecnologías aplicadas para la gestión de la historia clínica, así como un amplio conocimiento y actualización de las leyes estatales y autonómicas que le afecten en su día a día, tales como (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales), y (la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), entre otras. Todo ello, con el fin de respetar y cumplir con los principios básicos del derecho a la intimidad, y con los deseos explícitos de cada paciente con el tratamiento de la información.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- La STC 292/2000 del Tribunal Constitucional https://www.scielo.org/es/
https://medlineplus.gov/spanish/
https://ayudaleyprotecciondatos.es/2016/04/24/datos-sanitarios-seguridad/
https://revistamedica.com/tratamiento-datos-sanidad/#RESULTADOS

Capítulo 886

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SALUD

MACARENA ARRESEIGOR MELENDEZ

PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO

PATRICIA OTERO PITEIRO

1 Introducción

El síndrome de desgaste, denominado ”burnout” fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, en su libro “Burnout: The High Cost of High Achievement” Por lo general, el trastorno es consecuencia de un estrés laboral crónico, y se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo.

Se trata de un conjunto de conductas en el que están implicados valores personales y laborales. Esta desmotivación como consecuencia de las condiciones laborales afecta negativamente la calidad de vida del trabajador y, por consecuencia, la calidad asistencial del mismo. Los profesionales de la salud, y en concreto el auxiliar administrativo, es uno de los grupos con mayor riesgo para desarrollar síndrome de Burnout porque se encuentran en actividades que propician el incremento de los niveles de estrés. En este ámbito, la salud mental requiere una especial atención, debido a que existen diferentes factores que limitan el desarrollo personal y del trabajo de los empleados, entre ellos: horarios de trabajo,

atención a usuarios que en ocasiones enfrentan crisis nerviosas, así como las crecientes demandas de las personas que no quedan satisfechas con los servicios recibidos. Dichos factores actúan directamente sobre el individuo y el grupo de trabajo, provocando un malestar que puede manifestarse en fuertes cargas negativas, estrés e insatisfacción entre otras, lo cual genera una deficiente calidad de la atención hacia el enfermo y en el trabajador de la salud puede producirse un estado de agotamiento por estrés, también llamado Síndrome del Burnout.

España como Estado miembro de la Unión Europea adoptó a través de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales la normativa comunitaria y así, en su artículo 18.1.a) estableció que el empresario adoptará las medidas adecuadas para que los trabajadores reciban todas las informaciones necesarias en relación con los riesgos para la seguridad y salud en el trabajo.

De igual forma y como desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, se aprobó por Real Decreto en Enero 1997, el Reglamento de los Servicios de Prevención y en su Sección 1ª que trata sobre la evaluación de los riesgos, establece en su artículo 3.1.a), que el empresario deberá eliminar o reducir el riesgo, mediante medidas de prevención en el origen, organizativas, de protección colectiva, de protección individual o de formación e información a los trabajadores.

2 Objetivos

El objetivo principal es establecer las posibles causas, consecuencias y medidas preventivas vinculadas al estrés laboral en el ámbito sanitario debido a la importancia de la labor que ejecuta tanto el personal sanitario y no sanitario en los centros de salud, hospitales, etc. El bienestar de los trabajadores es un fundamental para dar un servicio de calidad y conseguir una atención directa personalizada a cada usuario.

3 Metodología

Se han revisado multitud de estudios relacionados con la paptología de Burnout, así como revistas científicas vinculadas al mundo sanitario, desechando aquellos artículos incompletos o carentes de rigor científico. Para estas búsquedas se han utilizado entre otras las siguientes bases de datos: Scielo, Csic…

Además, como palabras claves se han empleado: Burnout, agotamiento emocional, despersonalización, profesionales de la salud, etc.

4 Resultados

Estudios recientes demostraron que el síndrome de desgaste en el área de la salud alcanza cifras alarmantes; siendo los síntomas principales son: agotamiento emocional, deshumanización, negativismo, falta de realización personal en el trabajo e, incluso, cinismo hacia los pacientes. Esta patología es motivo de preocupación por sus repercusiones en el ámbito personal y laboral.

En el Síndrome del Burnout podemos destacar tres características fundamentales:
1. Agotamiento emocional: El profesional facultativo y no facultativo como los auxiliares administrativos sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo por lo que comienzan a manifestar actitudes inadecuadas que corren el riesgo de volverse crónicas.
2. Despersonalización: En este caso los trabajadores del ámbito sanitario, desarrollan sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas los demás. Se produce un endurecimiento afectivo y sus conductas son vistas por los usuarios de manera deshumanizada.
3. Baja realización personal en el trabajo: Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales. Muchas veces, las actitudes de defensa, no permiten hacer conciencia de las situaciones emocionales que le están ocurriendo a los trabajadores.

Desde el punto de vista psicológico existen características o rasgos en la personalidad de los trabajadores de la salud que los predisponen a la manifestación del síndrome:
- los que tienen dificultad para manejar grupos;
- las personas que se perciben débiles, impacientes, intolerantes, hostiles;
- los de baja tolerancia a la frustración;
- los que tienen poca confianza en sí mismos;
- los que tienen dificultad para expresar sentimientos y dar afecto;

Además, el estrés crónico puede conllevar una serie de consecuencias a los profesionales, tales como:
• Fatiga crónica.
• Alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo.
• Conducta despersonalizada
• Cambios bruscos de humor, incapacidad de concentración.
• Ansiedad.

• Sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración
• Disminución de la capacidad de trabajo.
• Disminución del compromiso.
• Bajo rendimiento y menor eficacia.

5 Discusión-Conclusión

Como el origen de esta patología puede ser múltiple, también las medidas preventivas para eliminar o reducir el estrés laboral pueden ser múltiples; y por tanto, se intervendrá sobre el trabajador y sobre la organización.

A través de distintas técnicas se puede dotar al trabajador de recursos de afrontamiento del estrés laboral cuando las medidas organizativas no dan resultados. Hay que hacer ejercicio, evitar la ingesta de excitantes como el tabaco, el café o el alcohol, y evitar comunicaciones de tipo pasivo o agresivo, desarrollando tolerancia y respetando a los demás.

La base para reducir el estrés consiste en mejorar la comunicación, aumentar la participación de los trabajadores en las decisiones respecto al trabajo, mejorar las condiciones ambientales; también debe considerarse la variedad y estimulación en las tareas de trabajo.

Un aspecto importante para la prevención del estrés crónico es el aumento del apoyo social en las organizaciones, favoreciendo la cohesión de los grupos de trabajo y formando a los supervisores para que adopten una actitud de ayuda con los subordinados, ya que el apoyo social no sólo reduce la vulnerabilidad al estrés sino también sus efectos negativos.

Considerando que el estrés es uno de los principales riesgos para la salud y la seguridad, sería prudente incluir indicadores del mismo en la vigilancia de la salud laboral e invertir en prevención del estrés.

6 Bibliografía

- http://www.medicosypacientes.com
- https://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2016/re161a.pdf
- https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017

Capítulo 887

LA AFECTACIÓN DEL MOBBING EN LOS TRABAJADORES FACULTATIVOS Y NO FACULTATIVOS DE LA SANIDAD

MACARENA ARRESEIGOR MELENDEZ

PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO

PATRICIA OTERO PITEIRO

1 Introducción

Cuando se utiliza la expresión acoso laboral, se suele hacer referencia a lo que en términos algo más concretos se conoce como «acoso moral o psicológico en el trabajo» –en su terminología inglesa, «mobbing»–. Es a este tipo de acoso, al que se referirá exclusivamente el Acuerdo sobre el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado de 5 de mayo de 2011. Este fenómeno puede ser enmarcado, a su vez, en un marco conceptual más amplio como es el de la violencia psicológica en el trabajo, en el que podemos incluir también toda una serie de conductas, indeseables e inaceptables en el ámbito laboral.

A los efectos de este protocolo se considera como «acoso psicológico o moral «la exposición a conductas de Violencia Psicológica intensa, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo hacia una o más personas, por parte de otra que actúan frente a aquélla desde una posición de poder –no necesariamente jerárquica sino en términos psicológicos–, con el propósito o el efecto de crear un entorno hostil o humillante que perturbe la vida laboral de la víctima.

Por su parte, La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el mobbing como el comportamiento agresivo y amenazador de uno o más miembros de un grupo, hacia un individuo en el ambiente de trabajo. Este acoso tiene como objetivo producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador hasta que éste renuncie o sea despedido.

En esta línea la OMS señala que tienen que darse varios factores para que se pueda llamar mobbing:

1. Que no sea un suceso puntual y que al menos se prolongue seis meses.
2. Que sea frecuente y suceda, como mínimo, una vez a la semana.
3. Que exista una víctima concreta, es decir, que no sea simplemente una situación de mal ambiente laboral generalizado.
4. Que el acoso perpetrado no sea consecuencia de la conducta de la víctima.
5. Que el acosado no muestre un trastorno de personalidad previo con historial de conflictividad.

Por su parte, el Código Penal recoge en su artículo 173, apartado 1, que se impondrá la pena de prisión de seis meses a dos años, a los que en el ámbito de cualquier relación laboral o funcionarial y prevaliéndose de su relación de superioridad, realicen contra otro de forma reiterada actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, supongan grave acoso contra la víctima.

El entorno sanitario no se libra del acoso laboral. En España se pronuncian cientos de denuncias anuales en este sector generando efectos indeseables en la salud y autoestima de los profesionales afectados, en su compromiso y en la calidad de la atención que prestan, pero por si fuera poco todo ello incide negativamente en la calidad o en los costes de la atención sanitaria, reduciendo la seguridad de los procesos asistenciales.

2 Objetivos

Objetivos:
- Esclarecer cuales son las pautas necesarias para detectar el abuso laboral.
- Indicar cuales son los factores de riesgo.
- Establecer medidas de actuación y prevención para su erradicación.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio hemos visualizado numerosos artículos relacionados con el acoso laboral, así como la legislación vigente en la materia a nivel nacional e internacional, desechando aquellos artículos carentes de rigor científico. Para estas búsquedas se han utilizado entre otras las siguientes bases de datos: Scielo, Csic… Además como palabras claves se han empleado: acoso laboral, "mobbing", estrés laboral, acoso psicológico, Código Penal, OMS, protocolo de actuación.

4 Resultados

Sufrir acoso laboral es difícil de afrontar y reconocerlo. La mayoría de los trabajadores que sufren acoso no son conscientes del mismo hasta que pasa cierto tiempo. Reconocer, aceptar y asumir la propia situación suele llevar algún tiempo, fundamentalmente por dos motivos:

- El primero es la escasa información que se tiene del problema. En España y en Europa el acoso laboral es relativamente desconocido en todas sus dimensiones e implicaciones frente a, por ejemplo, otras formas de violencia similares como el acoso sexual.

- La segunda es su curso. En un primer momento el acoso puede pasar desapercibido ya que las conductas de agresión comienzan siendo, normalmente, esporádicas y de baja intensidad para ir aumentando progresivamente. Cuando el trabajador advierte que la situación es insostenible es ya difícil pararlo.

Por eso es importante saber reconocerlo en sus etapas iniciales. Para ello, lo mejor es entender por un lado su curso y las estrategias que lleva a cabo el agresor y, por otro, identificar sus consecuencias. Nos vamos a enfocar en las conductas de agresión que lleva a cabo el acosador en cada fase.

1. Primera fase
El comienzo del acoso puede venir precedido por un conflicto o, por el contrario, comenzar sin un motivo aparente. En este segundo caso, el agresor irá "ensayando" con cautela las conductas de agresión. Una reprimenda en público, algunos comentarios despectivos, indirectas, una broma en público, sembrar un rumor, etc. También es posible que esta fase tenga como origen un conflicto una situación particular. Un conflicto que la organización no resuelve y que el agresor utilizará como excusa recurrente para justificar su comportamiento. Si el agresor

es un superior serán también frecuentes las quejas acerca del trabajo, la imposición de tareas imposibles.

2. Segunda fase
En una segunda fase, el agresor desplegará un repertorio de conductas heterogéneo en función de su maldad, de poder, de sus capacidades, del apoyo implícito o explícito de los testigos y de la tolerancia que perciba en la propia organización. Obviamente existen infinidad de conductas agresivas. Algunas de ellas serían amenazar, insultar, criticar, desprestigiar, hostigar, ignorar, incordiar, difamar, ridiculizar, dificultar la tarea, silenciar, etc. Los estudios apuntan a que todo ese amplio abanico de conductas destructivas responde a cuatro tipos de estrategias: a. La intimidación b. La incomunicación de la víctima c. El desprestigio laboral y el desprestigio personal d. Impedir el progreso profesional

Una de las características principales de este tipo de violencia es su continuidad en el tiempo. El trabajador sanitario puede soportar este maltrato durante años. Obviamente, esta prolongación en el tiempo tiene unas consecuencias destructivas para la salud mental y física del trabajador.

Siguiendo los principios de la acción preventiva que se recogen en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el primer objetivo que hemos de plantearnos a la hora de abordar la prevención de cualquier riesgo es intentar evitarlo, si ello es posible; y de no serlo, ha de evaluarse el riesgo existente y actuar sobre el origen del mismo, para procurar minimizarlo.

La actuación preventiva frente al acoso laboral debe plantearse de la siguiente manera:
Evaluación y prevención de situaciones de acoso laboral. Es generalmente admitido que una organización inadecuada del trabajo, si bien no tiene por qué generar necesariamente conductas de acoso, suele ser el «caldo de cultivo» que favorecer la aparición de estas conductas. De ahí que la primera y fundamental vía para la prevención del acoso laboral sea un adecuado diseño de dicha organización, tal y como se recomienda para la prevención de los riesgos psicosociales, en general. Diseño que debe ser complementado con un adecuado sistema de evaluación y control de dichos riesgos psicosociales.

Elaboración de estrategias de sensibilización y formación. A este respecto, cada Departamento, organismo o entidad pública, a través de las Unidades competentes (habitualmente Unidades de Personal/Formación/Recursos Humanos) y con la colaboración de los Servicios de Prevención, deben promover y ejecutar

programas específicos dirigidos a:
- Establecer instrumentos de identificación precoz de conflictos y procedimientos para la resolución de los mismos.
- Proporcionar una formación adecuada en prevención y resolución de conflictos, especialmente dirigida a responsables de equipos de personas, para que puedan reconocer y atajar los posibles conflictos en su origen.
- Integrar en la formación continua de los mandos una definición clara de conductas «obligatorias» y de conductas «prohibidas», tanto en su propia función de mando como en la conducta de sus subordinados.
- Organizar actividades formativas específicas para colectivos de responsables de Unidades u órganos involucrados en la prevención y gestión de los casos de acoso, por un lado, y para representantes sindicales, por otro, en las que se suministre información suficiente para dar a conocer la filosofía asumida por la Administración en cuanto a la no tolerancia de determinados comportamientos vinculados al acoso laboral y en cuanto a los procedimientos que se establezcan para su prevención y/o resolución.
- Integrar los códigos éticos y los compromisos de la Administración, de forma transversal, en toda la formación continua.
- Difundir información a través de las intranets y de otros medios de comunicación.
- Elaborar documentos divulgativos sobre el riesgo y las medidas preventivas y hacer una amplia difusión.
- Realizar sesiones de información para los empleados públicos para explicarles sus derechos, los reglamentos y las leyes que los protegen, las sanciones establecidas y el procedimiento para activar el protocolo.
- Proporcionar información de la existencia del protocolo de acoso y de la web donde lo podrán encontrar.
- Proporcionar información sobre el procedimiento administrativo contra el acoso.
- Hacer difusión dirigida y adaptada a los diferentes colectivos y categorías laborales.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que la administración se preocupe de que no exista acoso laboral en el ámbito sanitario, así mismo que se trabaje el clima laboral con el fin de evitar situaciones de este tipo, ya que además de afectar directamente la

productividad, el daño psicológico de un profesional de la salud acosado puede afectar su desarrollo profesional de por vida.

Afortunadamente, cada vez más las empresas implementan programas internos para denunciar este tipo de problemáticas y existen instituciones que protegen los derechos de los trabajadores, que tiene la misión de asesorarte y, de ser necesario, representarte gratuitamente en juicio, además de proponer soluciones a los trabajadores y empleadores.

Cada vez existen más mecanismos para prevenir las situaciones de acoso y abuso laboral, aunque todavía tenemos una gran tarea por delante. En primer lugar, considerar que todo acoso laboral es prevenible, y no negar la existencia a una realidad tan presente en las instituciones sanitarias. Es fundamental una actitud de tolerancia cero ante el abuso, una adecuada formación a los profesionales, una mentalidad de trabajo en equipo, un liderazgo que promueva un ambiente laboral saludable y el diseño de intervenciones y mecanismos que contribuyan a una resolución adecuada de los conflictos que puedan surgir en la actividad profesional.

6 Bibliografía

- https://www.boe.es/boe/dias/2011/06/01/pdfs/BOE-A-2011-9529.pdf
- Revistamedica.com
- Manual de autoayuda. Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo.
- Elrinconlegal.com www.iberly.es
- Consalud.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 888

ACOSO LABORAL EN SANIDAD

SONIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

ANA BELÉN SÁNCHEZ PERICACHO

MARIA VANESSA MARGOLLES GARRIDO

FLOR MARIA HERRERO LOSADA

ANA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El acoso laboral, conocido comúnmente a través del término inglés ”mobbing” se considera una violencia psicológica sistemática y recurrente durante un tiempo prolongado y que puede llegar a agresiones físicas en los casos más graves. La persona o grupos de personas reciben una violencia psicológica injustificada a través de actos hostiles y negativos dentro o fuera del trabajo. Supone un atentado contra el derecho a la vida, a la seguridad, a la libertad, y la dignidad de las personas.

Lo primero que vamos a ver son una serie de términos cuyo significado deben quedar claros:
• Autoestima. Valoración interna que cada ser humano realiza de sí mismo.
• Agotamiento emocional. Sentimiento de estar emocionalmente agotado, exhausto e imposibilidad de ofrecer a los demás debido al trabajo realizado.
• Adicción al trabajo. Excesiva dedicación laboral siendo el único fin de la vida del trabajador.

• Ambigüedad de rol. El papel del profesional y los objetivos de su trabajo no están correctamente definidos y se desconoce el grado de aceptación de su comportamiento por parte de la organización.
• Carga de trabajo. Conjunto de requerimientos psicofísicos a los que está obligado el trabajador durante su jornada laboral.
• Violencia en el trabajo. Riesgo al que se ve sometido aquella persona que interrelaciona con otras en el desempeño de su trabajo. Incluye agresiones físicas, conductas verbales amenazantes, intimidatorias y abusivas.

La situación de acoso laboral requiere determinados componentes objetivos (presión continuada, relación de causalidad con el trabajo, falta de amparo en el poder de dirección y gravedad en la conducta empleada) y subjetivos (intencionalidad denigratoria y carácter individualizado del destinatario), requisitos que son imprescindibles para diferenciar el acoso de otros problemas asociados al trabajo, como el síndrome de burnout o del quemado (manifestación patológica laboral donde la persona está desgastada por circunstancias actitudinales o características inherentes a la profesión, generando en el trabajador una intensa demanda en el aspecto emocional; y suele ser frecuente entre profesores o enfermeros), el estrés laboral avanzado (que se caracteriza por síntomas de cansancio emocional y sentimiento de inadecuación o frustración profesional); o el mobbing subjetivo o falso, en los que las percepciones personales del trabajador no se corresponden con los datos -objetivos y subjetivos- que están presentes en el desarrollo de su actividad laboral, en la que faltan los referidos elementos que caracterizan el acoso moral. (1)(2)(4)(5)

El acoso laboral o mobbing es la acción encaminada a producir malestar, miedo o terror en una persona o grupo de personas respecto de su lugar de trabajo, que afecta a la dignidad de los trabajadores y a su derecho a la intimidad. (1) Los mecanismos del mobbing admiten multitud de formas que van desde las actitudes más groseras y violentas (bullying) a las técnicas de mayor sutileza como medidas organizativas del trabajo que resulten peyorativas para el afectado, actitudes de aislamiento en el seno de la empresa, críticas, rumores o subestimaciones.

En el Código Penal Español, el acoso laboral está tipificado dentro de los delitos de torturas y contra la integridad moral. Se entiende por tal: “El hostigamiento psicológico u hostil en el marco de cualquier actividad laboral o funcionarial, que humille al que lo sufre, imponiendo situaciones de grave ofensa a la dignidad”, y es constitutivo de delito si se realiza con prevalimiento de una relación de superioridad y es grave. (6)

El acoso Sexual es aquella situación en que se produce cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico de índole sexual, con el propósito o intención de atentar contra la dignidad de una persona, y provoca en la víctima una situación intimidatoria, hostil, degradante, humillante u ofensivo afectando al empleo y a las condiciones de trabajo.

El término mobbing proviene de la ciencia que estudia el comportamiento de los animales, etología, y en concreto de la ornitología, donde la conducta defensiva de un grupo de pequeños pájaros consiste en el atosigamiento continuado a un enemigo más grande. Estos comportamientos en la naturaleza terminan frecuentemente con la huida o bien con la muerte del animal acosado. Del verbo inglés "to mob", ser atropellado o atacado por la multitud.

- Según las particularidades del sujeto pasivo, el acoso puede ser:

• Acoso ordinario: cuando no responde a una circunstancia personal del sujeto pasivo que merezca particular consideración para el ordenamiento jurídico

• Acoso cualificado o discriminatorio, cuando es consecuencia de una singularidad del sujeto pasivo que el ordenamiento considera de especial vulnerabilidad. A su vez, tiene dos variantes

Acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual

Acoso relacionado con el sexo de la persona, que, a su vez, puede ser acoso sexual o acoso por razón de sexo.

- Según la posición laboral ocupada por el sujeto activo o acosador puede ser

• Acoso vertical-descendente cuando el sujeto activo es un superior o el empresario del trabajador/a (en la Administración solo puede hablarse de un superior, como es evidente). El rechazo de la víctima a la proposición sexual o la reacción negativa al acoso no sexual tiene consecuencias negativas para la víctima. Es por ello que la reacción de la víctima frente al hostigamiento, no puede considerarse determinante a la hora de valorar si la conducta en cuestión merece o no la consideración de acoso.

• Acoso vertical-ascendente en la que el sujeto activo ocupa una posición inferior al de la víctima. En este caso la víctima sufre bossing: acoso de un jefe o sus representantes, para deshacerse de un empleado incómodo

• Acoso horizontal (entre iguales: cuando el agresor ocupa igual o similar en el organigrama empresarial o de la Administración). Esto es lo que podríamos denominar acoso ambiental laboral, caracterizado porque con carácter general la reacción del sujeto pasivo frente a la persecución no tendrá implicaciones directas en su relación laboral, en el bien entendido de que, en la medida en que el

agresor no puede adoptar represalias laborales contra él, su reacción habrá de ser valorada de un modo diverso, pudiendo ser más razonable en estos casos exigir cierta oposición de la víctima para poder hablar de acoso.

Que haya diferentes tipos de mobbing o acoso laboral provoca que, muchas veces, el acoso pase inadvertido o se interprete como algo que entra dentro de la normalidad. La consecuencia para la víctima pueden desembocar en problemas psicológicos serios (ansiedad, depresión, estrés, etc.), desmotivación laboral, alteración del ejercicio de sus labores y, en la mayoría de los casos, un daño en la reputación de ésta. Cuanto más persiste esta situación, peor es el malestar que se genera.

2 Objetivos

- Definir el concepto de acoso laboral así como el origen del término.
- Establecer las fases, el diagnóstico y los efectos del acoso así como las opciones que tienen las víctimas.

3 Metodología

Se trata de una investigación de carácter descriptivo, basado en una revisión bibliográfica. Para conocer el estado actual del tema se realizó la obtención de la información relevante mediante una búsqueda en las bases de datos seleccionadas: PubMed, ScienceDirect y en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS).
Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión de artículos pertenecientes a estudios y libros relacionados con el tema tratado a través de bases de datos como Medline, Scielo, y Dialnet. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: acoso laboral, acoso moral, psicoterror, hostigamiento laboral, persecución encubierta, intimidación en el trabajo, maltrato psicológico, violencia psíquica, ninguneo. También fue realizada la búsqueda en Google Académico con las mismas palabras clave.

Los criterios de inclusión utilizados han sido artículos basados en la evidencia científica, así como ensayos y estudios sobre acoso laboral. La búsqueda ha sido realizada desde el año 1995 hasta la actualidad (2020). Se escogieron artículos publicados , con acceso al texto completo, con idioma de publicación tanto en inglés, como en español, estudios realizados en personas de ambos sexos, mayores de 18 años, relacionados con el ámbito sanitario.

4 Resultados

Aunque el mobbing es un fenómeno antiguo, no fue hasta la década de los 80, cuando Heinz Leymann, un psicólogo y profesor alemán que residía en Suecia, lo aplicó no solo a la psicología laboral, sino a todo tipo de acoso en las organizaciones. La definió en 1992 como "comunicación hostil y sin ética, dirigida de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, que es así arrastrado a una posición de indefensión y desvalimiento, y activamente mantenido a ella. Estas actividades tienen lugar de manera frecuente (como criterio estadístico, por lo menos una vez a la semana) y durante largo tiempo (por lo menos seis meses). A causa de la elevada frecuencia y duración de la conducta hostil, este maltrato acaba por resultar en considerable miseria mental, psicosomática y social".

Inició una investigación sobre este tipo de comportamientos en el lugar de trabajo tras varios casos de intento de suicidio producidos entre enfermeras y cuyo origen parecía ser laboral. Leymann publicó un inventario que identificaba las conductas morales que tenía que soportar el individuo sometido a acoso psicológico en el entorno laboral y lo denomino Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT).(10) Logró que el estudio e investigación del mobbing alcanzaran una amplia divulgación a nivel internacional y desarrollo además un cuestionario dicotómico de 45 ítems donde se analiza las 45 posibles causas o formas de acoso laboral, denominado Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT). "En las sociedades de nuestro mundo occidental altamente industrializado, el lugar de trabajo constituye el último campo de batalla en el que una persona puede matar a otra sin ningún riesgo de llegar a ser procesada ante un tribunal".

Leymann diferenciaba cinco conductas que, reproducidas con frecuencia, pueden llegar a hacer enfermar psicológicamente a una persona:
1. Limitar la comunicación (no se le da toda la información que debiera tener).
Actividades de acoso para reducir las posibilidades de la víctima de comunicarse adecuadamente con otros, incluido el propio acosador:
1. El jefe o acosador no permite a la víctima la posibilidad de comunicarse.
2. Se interrumpe continuamente a la víctima cuando habla.
3. Los compañeros le impiden expresarse.
4. Los compañeros le gritan, le chillan e injurian en voz alta.
5. Se producen ataques verbales criticando trabajos realizados.
6. Se producen críticas hacia su vida privada.
7. Se aterroriza a la víctima con llamadas telefónicas.
8. Se le amenaza verbalmente.

9. Se le amenaza por escrito.
10.Se rechaza el contacto con la víctima (evitando el contacto visual, mediante gestos de rechazo, desdén o menosprecio, etc.).
11.Se ignora su presencia, por ejemplo dirigiéndose exclusivamente a terceros (como si no le vieran o no existiera).

2. Limitar el contacto social (se le aísla físicamente de sus compañeros).
Actividades de acoso para evitar que la víctima tenga la posibilidad de mantener contactos sociales:
12. No se habla nunca con la víctima.
13. No se le deja que se dirija a uno.
14. Se le asigna a un puesto de trabajo que le aísla de sus compañeros.
15. Se prohíbe a sus compañeros hablar con él.
16. Se niega la presencia física de la víctima.

3. Desprestigiar a la persona ante sus compañeros (por medio de bromas desagradables sobre su persona, por ejemplo).
Actividades de acoso dirigidas a desacreditar o impedir a la víctima mantener su reputación personal o laboral:
17. Se maldice o se calumnia a la víctima.
18. Se hacen correr cotilleos y rumores orquestados por el acosador.
19. Se ridiculiza a la víctima.
20. Se atribuye a la víctima ser una enferma mental.
21. Se intenta forzar un examen o diagnóstico psiquiátrico.
22. Se fabula o inventa una supuesta enfermedad de la víctima.
23. Se imitan sus gestos, su postura, su voz y su talante con vistas a poder ridiculizarlos.
24. Se atacan sus creencias políticas o religiosas.
25. Se hace burla de su vida privada.
26. Se hace burla de sus orígenes o de su nacionalidad.
27. Se le obliga a realizar un trabajo humillante.
28. Se monitoriza, anota, registra y consigna inequitativamente el trabajo de la víctima en términos malintencionados.
29. Se cuestionan o contestan las decisiones tomadas por la víctima.
30. Se le injuria en términos obscenos o degradantes.
31. Se acosa sexualmente a la víctima con gestos o proposiciones.

4. Desprestigiar y desacreditar su capacidad profesional y laboral (no se valora el trabajo que realiza o no se le encarga trabajo).

Actividades de acoso dirigidas a reducir la ocupación de la víctima y su empleabilidad mediante la desacreditación profesional:
32. No se asigna a la víctima trabajo ninguno.
33. Se le priva de cualquier ocupación, y se vela para que no pueda encontrar ninguna tarea por sí misma.
34. Se le asignan tareas totalmente inútiles o absurdas
35. Se le asignan tareas muy inferiores a su capacidad o competencias profesionales.
36. Se le asignan sin cesar tareas nuevas.
37. Se le hace ejecutar trabajos humillantes.
38. Se le asignan tareas que exigen una experiencia superior a sus competencias profesionales.

5. Comprometer la salud (bien sea con amenazas físicas más o menos violentas o destrozando sus pertenencias).
Actividades de acoso que afectan a la salud física o psíquica de la víctima:
39. Se le obliga a realizar trabajos peligrosos o especialmente nocivos para la salud.
40. Se le amenaza físicamente.
41. Se agrede físicamente a la víctima, pero sin gravedad, a título de advertencia.
42. Se le agrede físicamente, pero sin contenerse.
43. Se le ocasionan voluntariamente gastos con intención de perjudicarla.
44. Se ocasionan desperfectos en su puesto de trabajo o en su domicilio.
45. Se agrede sexualmente a la víctima.

Posteriormente se desarrolló otro instrumento de medida, LIPT-60, una adaptación del cuestionario de Leymann realizada por González de Rivera y Rodríguez-Abuin en 2003, denominado Cuestionario de Estrategias de Acoso psicológico. La diferencia con el LIPT original es que se le añaden quince conductas de acoso relativamente frecuentes en España, además de cambiar el tipo de respuesta dicotómica por una escala Likert. Al tiempo añade tres parámetros globales para la medida del acoso psicológico: número total de estrategias de acoso, índice global de acoso e índice medio de acoso pero conservando los mismos criterios de frecuencia y duración de las conductas establecidas por Leymann.(11)

Fases del acoso:
1. Fase de conflicto o de incidentes críticos
En un momento determinado, se produce un cambio repentino en la relación personal o profesional, que suele estar motivado por la envidia, los celos, la competi-

tividad, el ansia de ascensos, o la inclusión de una nueva persona en el grupo a la que se le ve como competidora. La "victima" comienza a ser criticada y perseguida por la forma de hacer su trabajo y se utilizan por parte del "acosador" todo tipo de incidentes, tretas, calumnias y vejaciones, tanto personales como profesionales. Siempre hay una mecha en el origen del mobbing.

2. Fase de acoso y estigmatización
La "victima" comienza a quedar excluida en lo personal y apartada en lo social, y en lo profesional se la asignan tareas insignificantes o humillantes. Se consolida el conflicto convirtiéndose en una campaña de hostigamiento. El "acosador" busca el apoyo del grupo, bien por inclusión o por omisión. La labor de ocultamiento no es fácilmente identificable, y no resulta fácil obtener pruebas. En muchas ocasiones, ni siquiera la víctima es consciente, al principio, de la campaña en su contra.

3. Fase de intervención de la empresa
Tras un tiempo, a veces interminable, la empresa toma cartas en el asunto. Las medidas suelen consistir en rotaciones de puestos, cambios de departamento, intentos de arreglo amistosos, o bien, directamente el despido. Los compañeros de la "victima", en un principio, se solidarizan con ella; tras pasar la barrera de esta fase, la abandonan a su suerte, "no vaya a ser que les toque pagar a ellos también. En la "victima" se generan sentimientos de culpabilidad y remordimiento: "tendrán razón los demás…"; "sin duda es culpa mía…"; "debo cambiar…". Si no se solicita ayuda externa, la "victima" no puede resolver el problema. Sencillamente está desbordada. De no solucionarse esta fase satisfactoriamente, comienzan los efectos indeseables, perjudicando la salud de la "victima".

4. Fase de solicitud de ayuda y diagnósttico.
La "víctima" queda totalmente aislada y derrotada y sufre inexorablemente un periodo de deterioro de su salud. De seguir en la empresa, comienzan las bajas laborales, cada vez más largas, se enferma (problemas psicológicos, físicos, sociales, familiares) y la situación se agrava día a día. La "víctima" puede llegar incluso al SUICIDIO. Por ello es primordial que el diagnóstico del proceso se realice de forma correcta y cuanto antes, pues los efectos son más perjudiciales cuanto más tiempo pase.

Perfil del acosado.
- Las personas atípicas, diferentes o en minoría en el ámbito laboral. Factores como el género femenino, homosexuales, personas con minusvalías o defectos físicos, pertenencia a diferente clase social o de etnia… aquí hablaremos clara-

mente de discriminación.
- Personas con fuerte personalidad o demasiado autónomos.
- Los que no se someten. Por ejemplo los empleados demasiado honestos, escrupulosos y dinámicos.
- Los trabajadores aislados.
- Trabajadores menos competentes, suelen ser atacados por sus propios compañeros.
- Los trabajadores especiales como:
– Delegados de sindicatos.
– Personas mayores de 50 años.
– Embarazadas.
– Personas con minusvalías
- Personas en periodo de prácticas laborales.
- Trabajadores en situaciones de trabajo precario.
- Trabajadores jóvenes o con poca experiencia laboral.
- Personas demasiado competentes, o que llaman demasiado la atención, pudiendo ser una amenaza para el acosador.
- Mujeres.
- Características que hacen referencia a elementos relativos a la experiencia, la apariencia o las actitudes, como:
– La falta de conocimientos y destrezas en el puesto de trabajo.
– La existencia de conductas desagradables y actitudes antisociales hacia los demás.
– La falta de habilidades de resistencia psicológica.

Para el Doctor Piñuel y Zabala (12):
- Personas con elevado nivel de ética.
- Honradez, rectitud y alto sentido de la justicia.
- Autónomo, independiente y con iniciativa.
- Alta capacidad profesional.
- Popular entre sus compañeros.
- Alto sentido cooperativo para el trabajo en equipo.
- Persona sensible, de personalidad estable y con situaciones personales y/o familiares positivas.

No se puede afirmar que exista un perfil psicológico que predisponga a una persona a ser víctima de acoso psicológico en su lugar de trabajo. Cualquier persona, en cualquier momento, puede ser víctima, lo único que se requiere es que

se perciba como amenaza por parte de un agresor y que se encuentre en un ambiente laboral favorable para la aparición del fenómeno.

Perfil del acosador
Si bien no existe un único tipo de acosador y todos ellos tienen características que los hacen diferentes entre sí, existen una serie de factores que tienden a ser comunes en casi todos los casos. Diferentes estudios muestran diferencias dependiendo del país. Así, en los estudios realizados en los Países Escandinavos (Leymann, 1990; Einarsen y Skogstad, 1996), los acosadores eran tanto superiores como profesionales del mismo nivel jerárquico y en menor medida subordinados. Sin embargo en los estudios realizados en el Reino Unido (Rayner, 1997; Hoel et al., 2001), los acosadores ocupaban principalmente una posición superior en la jerarquía laboral.

Por lo que se refiere al número de acosadores la mayor parte de los estudios muestra que entre el 20% y el 40% de los casos existe únicamente una persona que acosa a la víctima, mientras que entre el 15% y el 25% habían cuatro o más acosadores. Otros estudios muestran que cuando el mobbing es de larga duración, participa mayor número de acosadores y las conductas negativas ocurren con mayor regularidad (D. Zapf et al., 2003)

Para Sánchez Carazo, vicepresidenta de la Asociación Española contra el Mobbing, "los acosadores psicológicos son personas psicopáticas que humillan a sus víctimas y les impiden producir normalmente, dándoles trabajos de inferior categoría, que no sirven para nada o que son irrealizables".

Por otra parte el español Pedro Rodríguez López en su libro del año 2004 "El Acoso moral en el trabajo", identifica a los acosadores como personas resentidas, frustradas, dañinas, envidiosas, celosas, cuyo objetivo es aparentar una imagen de grandiosidad para ascender a costa de sus víctimas. Las organizaciones deben generar cierto control para identificar los rasgos de los posibles acosadores, proporcionando espacios para que el acoso no se propague, fomentando una dinámica estructurada en la organización del trabajo, estilos de liderazgo adecuados y una cultura de trabajo en equipo estable que genere un adecuado ambiente laboral.

Características del acosador:
- Capacidad de encanto y simulación.
- Mentiras sistemáticas y de forma compulsiva.
- Capacidad de manipulación y distorsión.

- Envidia y celos profesionales.
- Ausencia de empatía.
- Incapacidad para el trabajo en equipo.
- Personalidad controladora con ausencia de capacidades para la escucha y la comunicación.
- Incapacidad para afrontar el fracaso.
- Complejo de inferioridad.

Para el Doctor Piñuel y Zabala(12):
- Personas con una personalidad psicopática, con alteración del sentido de la norma moral.
- Ausencia del sentimiento de culpabilidad.
- Cobarde si se le hace frente.
- Mentiroso compulsivo, con gran capacidad de improvisación.
- Profesional mediocre, con complejo de inferioridad.
- Necesita del secreto, la vergüenza de la víctima y los testigos mudos, ciegos y sordos.

Iñaki Piñuel menciona que los acosadores laborales son "asesinos en serie" dentro de las organizaciones, son personas altamente peligrosas que sufren complejo de inferioridad lo cual los lleva a arremeter contra sus víctimas para de esta manera compensar sus carencias. Piñuel señala que la mayoría de los comportamientos de los acosadores no son hechos aislados, sino que ha encontrado una prevalencia en estos, cuya conducta tiende a repetirse a lo largo de su historia de vida. Expresa que los acosadores no lo son solo en su ámbito laboral sino que también lo fueron en su época escolar, también señala que muchos de los acosadores exhiben trastornos de la personalidad; estos trastornos son el narcisista, el cual posee un sentido de autoimportancia muy elevado, se aprovecha de los logros de los demás y los toma como suyos explotando al máximo a sus víctimas. El paranoide, donde su desconfianza constante implica la inspección, sospecha, injuria y calumnia hacia sus víctimas, aprovechándose del poder; y el disocial o psicópata, cuyo proceder aparentemente es encantador y seductor, es sumamente manipulador y calculador sobre todo con los más vulnerables.

Muchas de las técnicas que utilizan los hostigadores suelen ser muy sutiles, no levantan sospechas ya que el objetivo es desprestigiar a su víctima frente a la organización para provocar su salida por medio de calumnias, rumores mal intencionados, ridiculizándola, burlándose, criticándola, amenazándola verbalmente o por escrito, invadiendo su privacidad, ofreciendo trabajos imposibles de cumplir

o negándole a realizar ciertas tareas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los factores de riesgo y desencadenantes del acoso laboral no recaen sobre una única causa, es un fenómeno multicausal en el cual intervienen numerosas variables.

Figura: Modelo multifactorial explicativo del acoso laboral modificado. Fuente: Zapf et al., 2003.

Ante cualquier situación de acoso se debe poner en conocimiento del superior para que se pueda evaluar el caso y tomar las medidas correctoras oportunas. Un recurso posterior que se puede llevar a cabo es la denuncia legal ante la Inspección de Trabajo, o acudiendo a la jurisdicción social o penal.

Se deben llevar a cabo una serie de actuaciones:

• No dudar en acudir a la persona de referencia o superior para contar la situación vivida.
• Mostrar la disconformidad con las conductas constitutivas de acoso.
• No tolerar ninguna conducta que pueda derivar en acoso.
• Acudir al servicio psicológico o medico si es necesario.
• No sentirse culpable.
• No dudar en denunciar.

Se debe denunciar los hechos ante la dirección de recursos Humanos o bien ante el director de la empresa, por escrito, y recibiendo una copia que certifique que se ha informado de la situación. La empresa debe llegar a cabo las acciones necesarias para resolver dicha situación. Al tiempo, debe comunicar el trato degradante recibido al Comité de Seguridad de Salud, al Comité de Igualdad o bien al representante legal de los trabajadores

Se debe realizar un escrito de solicitud de intervención que deberá contener como mínimo:

1. Nombre del solicitante y datos para contactar con el mismo (teléfono, domicilio, correo electrónico, etc…).
2. Identificación de las personas que presumiblemente están sufriendo las conductas de acoso.
3. Descripción cronológica y detallada de los hechos.
4. Nombres de los testigos, si existen, que el denunciante solicita sean escuchados por el Departamento de Relaciones Laborales.
5. Copia de documentos y de cualquier otra información que se considere pertinente.

6. Las partes que intervienen tendrán derecho a ser asistidos por representantes o asesores, o de delegados de prevención.
La solicitud se formulará por escrito ante la Dirección de Relaciones Laborales. La Dirección de Relaciones Laborales, comunicará la misma al Departamento de Planificación y Prevención de Riesgos Laborales y al Comité de Seguridad y Salud
Así mismo, es muy importante contar en el centro con una persona de referencia asignada a la víctima, que, en un primer momento se buscará una resolución amistosa o informal, que hará de intermediario entre el acosador y la víctima en las fases iniciales, si ceden las conductas de acoso el procedimiento termina ahí.
También, es muy importante que recopilemos todas las pruebas posibles para identificar el problema; y redactando unas conclusiones que serán conocidas por la persona afectada y presunto acosador, empresa y aquellas personas que tengan que disponer de dicha información, siempre con garantías de confidencialidad.
A la vista del informe de valoración inicial, que se acompañará de las actuaciones practicadas, la Dirección de la empresa, deberá actuar en consecuencia. De las resoluciones tomadas por la Dirección de la Empresa u Órgano Competente en la toma de decisiones, así como de los resultados, se informará a través del Área de Recursos Humanos a los implicados en el proceso y al Comité de Seguridad y Salud. Guardando en todo momento la confidencialidad.

Por último, se puede y se deben interponer acciones legales, por vía civil y penal contra el acosador o contra la organización si se puede demostrar que conocía los hechos y no tomo las medidas oportunas para evitarlos.
1. Vía penal: el acoso laboral implica delitos de coacción, agresión o amenazas. También se puede demandar a la empresa cuando ésta no haya tomado medidas para prevenir o minimizar los daños causados a la víctima una vez conocidos los hechos.
2. Vía civil: se establecen acciones de responsabilidad extracontractual contra el agresor o empresario.
3. Vía contencioso-administrativa: cuando la víctima es un funcionario público y el acosador alguno de sus superiores o compañeros de trabajo. Para ello deberá reclamar a sus superiores jerárquicos que tomen medidas para evitar el daño, prevenirlo y repararlo. Si en el plazo de tres meses no le han respondido afirmativamente, podrá interponer una denuncia ante la jurisdicción contencioso-administrativa para solicitar la ejecución de esas medidas y la indemnización por daños y perjuicios que le corresponda.
4. Seguridad Social: si el acoso laboral ha causado en la víctima una enfermedad laboral que le incapacita para trabajar, tendrá derecho a que la Seguridad Social le reconozca la pensión correspondiente.

6 Bibliografía

1. Diccionario del español jurídico. RAE y CGPJ
2. STS, 3.ª, 16-II-2011, rec. 593/2008.
3. Revista Jurídica de Castilla y León. número 38. enero 2016 ISSN: 2254-3805. Derecho administrativo.
4. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.(TREBEP)
5. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
6. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
7. Urrutikoetxea Barrutia, M., Acoso laboral y lesión de derechos fundamentales, Bomarzo, Albacete, 2014.
8. Velasco Portero M.ª T. (Dir.), Mobbing, acoso laboral y acoso por razón de sexo, Tecnos, Madrid, 2010.
9. Navarrete, C., «La palabra de la ley penal se hace realidad: el acoso moral laboral "por razón de género" como delito contra la integridad personal», Revista Centro de Estudios Financieros, núm. 277, 2006.
10. LEYMANN, H.; The content and development of mobbing at work. Rev. European J. of Work and Organitzational Psichology 2. 1996. http://acosolaboral.net/pdf/LeymannEI.pdf
11. González de Rivera, JL., & Rodríguez-Abuín, M. (2003). Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: El LIPT-60. Psiquiatría.com, 7(5),2.
12. Iñaki Piñuel y Zabala, Araceli Oñate Cantero. La evaluación y diagnóstico del mobbing o acoso psicológico en la organización: el barómetro Cisneros. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones = Journal of work and organizational psychology, ISSN 1576-5962, Vol. 22, Nº 3, 2006 (Ejemplar dedicado a: Acoso Psicológico en el Trabajo), págs. 309-332 https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2229701

Capítulo 889

ASPECTOS FUNDAMENTALES SOBRE LOS RIESGOS LABORALES Y LA ERGONOMÍA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

JUAN PABLO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La ergonomía es definida por el diccionario de la Real Academia de la Lengua española (2019) como el estudio de la adaptación de las máquinas, muebles y utensilios a la persona que los emplea habitualmente, para lograr una mayor comodidad y eficacia.

La International Ergonomics Association o Asociación Internacional de Ergonomía la define como la ciencia encargada del estudio de la relación entre las personas y otros elementos propios de un determinado sistema. También se entiende como una rama profesional encargada de aplicar todos aquellos principios teóricos y métodos prácticos que permitan maximizar el bienestar de las personas. De esta manera, dichos profesionales evalúan los puestos de trabajo y tareas encomendadas a diferentes trabajadores para adaptarlos a sus habilidades, necesidades y limitaciones (International Ergonomics Association, 2019).

La OMS cifra el número de trabajadores sanitarios en 59 millones (Organización Mundial de la Salud, 2019). Según el último Boletín Estadístico del personal al servicio de las Administraciones Públicas publicado, con fecha de enero de 2019,

las Instituciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud cuenta con 510.224 trabajadores sanitarios (Subdirección General del Registro Central de Personal y Secretaría General de Administración Digital del Ministerio de Política Territorial y Función Pública, 2019).

Los trabajadores de los Servicios de Salud están expuestos durante su jornada laboral a una serie de riesgos de diverso carácter, entre los que se encuentran los ergonómicos, por el hecho de levantar objetos pesados, por ejemplo. Además, también existen riesgos biológicos (tuberculosis, hepatitis, VIH/SIDA, o SARS); químicos, por la exposición a glutaraldehído u óxido de etileno; físicos, por el ruido o la posibilidad de tener resbalones, caídas o tropiezos; radiológicos; y psicosociales, derivados del trabajo a turnos o el padecimiento de estrés o violencia por parte de pacientes y/o compañeros; por último, existen también riesgo de incendio y explosión, por el uso de oxígeno o geles desinfectantes con alcohol, así como riesgos eléctricos derivados del uso de aparataje electrónico que pueda estar en mal estado (Organización Mundial de la Salud, 2019; Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Institute for Occupational Safety and Health, Division of Standards Development and Technology Transfer, 1988).

Hay que tener en cuenta que todos estos riesgos conllevan, en alguna ocasión, un daño para el trabajador, lo cual se traduce en una incapacidad temporal. De hecho, se calcula que aproximadamente entre un 15 y un 20% de las situaciones de incapacidad temporal tienen origen en el centro de trabajo (Quijano y Gandarillas, 2008). Además, cuando en el puesto de trabajo se produce un daño, generalmente se produce una situación de insatisfacción para el trabajador, que también puede dar lugar a una baja por enfermedad (Bockerman e Ilmakunnas, 2008).
Según la VI Encuesta Europea sobre las condiciones de trabajo, llevada a cabo por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2017), el 38% de los trabajadores de nuestro país creen que su puesto de trabajo afecta a su salud de un modo negativo.

En Europa la Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, se encarga de la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. De esta forma, recoge en su artículo número 6 la obligación de los empresarios de adaptar los puestos de trabajo a la persona, como medida para la protección de la salud de sus trabajadores (Directiva 89/391/CEE del Consejo).

En nuestro ordenamiento jurídico se le concede gran importancia a la protección

de la salud de los trabajadores. Tal es así, que la Constitución Española recoge en el artículo 40 la obligación de los poderes públicos de velar por la seguridad e higiene en el trabajo (Constitución Española, 1978). Para dar proyección normativa a este mandato constitucional, se elaboró la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales. El artículo 14 de dicha norma reconoce el derecho de los trabajadores a la protección de su salud en el trabajo. Dicho derecho se configura asimismo con un deber de los empresarios y de las Administraciones públicas, en relación a los riesgos laborales de sus trabajadores (Ley 31/1995). Por lo que se refiere concretamente al tema que nos ocupa, esto es, la ergonomía o adaptación del puesto de trabajo al empleado, el artículo 15 trata sobre esta cuestión, estableciendo en el apartado 1.d) la obligación de los empresarios de adaptar el puesto del trabajo a las condiciones específicas de cada persona, teniendo en cuenta, especialmente, que los equipamientos y métodos de trabajo se diseñen para evitar daños en la salud de los trabajadores (Ley 31/1995), del mismo modo que lo hacía la Directiva del Consejo.

Por lo que se refiere a los trabajadores de los Servicios de Salud, se encuentran protegidos específicamente por lo dispuesto en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. El artículo 17.1.d) establece el derecho de este colectivo a la protección de su salud en el trabajo, así como en lo relacionado con los riesgos derivados de su trabajo. Además, trata el derecho a recibir formación en materia de prevención de riesgos laborales (Ley 55/2003).

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es el de analizar la bibliografía existente en materia de riesgos laborales y ergonomía relativa a los trabajadores de los Servicios de Salud.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó un trabajo de búsqueda de la bibliografía existente sobre ergonomía y riesgos laborales de los trabajadores sanitarios. Dicha tarea se efectuó en los meses de diciembre de 2019 y enero de 2020. Para ello, se utilizaron diferentes bases de datos, como Clinicalkey, Pubmed o Google Académico. Los términos de búsqueda o descriptores utilizados, fueron los siguientes, en castellano y en inglés: Ergonomía / Ergonomics; Salud Labo-

ral / Occupational Health; Servicios de Salud / Health Services. Para efectuar la búsqueda se combinaron dichos términos con el boleano AND.

Se incluyeron estudios publicados a texto completo en castellano e inglés. Se analizaron los textos legales encargados de regular la salud de los trabajadores. Además, se incluyó la información recopilada por guías y documentos relacionados con el tema a tratar.

Como criterios de exclusión, se han tenido en cuenta los siguientes: opiniones de expertos, proyectos de investigación, cartas al editor y ensayos clínicos.

4 Resultados

La adaptación del puesto de trabajo a las características personales de cada trabajador es considerada como un principio básico de la prevención de riesgos laborales, teniendo especialmente en cuenta la adaptación del espacio de trabajo, incluyendo mobiliario como sillas, mesas y otras instalaciones. Además, hay que hacer especial mención a los casos en que los trabajadores tienen determinadas características que les hace ser más sensibles a determinados riesgos, como puede ser el caso de personas con discapacidad, en caso de embarazo o lactancia, etc. (Secretaría de Salud Laboral, Medio Ambiente y Cambio Climático de UGT Región de Murcia, 2010).

Es una cuestión de suma importancia debido a que la falta de adaptación de los puestos puede dar lugar a situaciones de incapacidad laboral que, en caso de prolongarse en el tiempo, puede provocar una disminución en la calidad de vida del trabajador, además de una afectación del rol social correspondiente a las personas trabajadoras (Agra Viforcos, 2008). Así lo pone de manifiesto un estudio realizado por Vaquero Álvarez, et al. (2017), según el cuál un 17% de las situaciones de incapacidad laboral por enfermedades comunes se relacionan con un ambiente laboral inadecuado. Además, según el mismo, en el sector sanitario las condiciones laborales se consideran directamente relacionadas con la incapacidad temporal de forma significativa.

Debido a la multiprofesionalidad existente en los Servicios de Salud, parece interesante centrarse en la prevención de aquellos riesgos que pueden estar presentes en la mayor parte de sus trabajadores, como es el caso de los riesgos denominados ergonómicos, relacionados con la manipulación de cargas o el uso de pantallas electrónicas como instrumento de trabajo, o los riesgos de tipo psicoso-

cial.

Por lo que se refiere a la manipulación de cargas, hay que tener en cuenta que en el ámbito sanitario, los trastornos musculoesqueléticos son uno de los problemas de salud más prevalentes en Europa, según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2019). Dichos trastornos se producen con mayor frecuencia en la espalda, sobretodo a nivel dorsal y lumbar, y los miembros superiores (NIOSH, 1997).

Como parte de las recomendaciones que se hacen a los trabajadores sanitarios para evitar lesiones en la manipulación de cargas, además de realizar una correcta higiene postural, se recomienda el uso de ayudas de tipo mecánico (Secretaria de Salud Laboral de Comisiones Obreras de Castilla y León, 2011), como son las grúas, sillas de ruedas, camillas regulables, etc. (Secretaría de Salud Laboral, Medio Ambiente y Cambio Climático de UGT Región de Murcia, 2010).
Además, se recomienda que los instrumentos de trabajo se encuentren a una altura adecuada para que el trabajador no tenga que realizar posturas forzadas para alcanzarlos.

Sobre la adaptación del puesto de trabajo en materia de manipulación de cargas destaca un estudio llevado a cabo en nuestro país en el que se evaluó una intervención consistente en la reforma de los baños de las habitaciones de un hospital con el objetivo de disminuir el riesgo de sufrir lesiones musculoesqueléticas por parte del personal encargado de realizar la higiene diaria de los pacientes durante su ingreso. Este estudio evidencia la eficacia de dicha medida a la hora de reducir el riesgo de los trabajadores (Villarroya López, 2017).

La historia en papel ha sido sustituida por la historia clínica electrónica. Ello conlleva el uso de ordenadores como instrumento imprescindible en el trabajo diario de la mayor parte de los trabajadores de los Servicios de Salud. Esto puede originar diversos problemas de salud, como son la fatiga muscular derivada de una mala postura frente al ordenador, la fatiga mental, la tendinitis de Quervain, entre otros. Para evitar tales dolencias, se recomienda realizar pausas de entre 10 y 15 minutos de duración cada hora y media de trabajo frente al ordenador (Secretaría de Salud Laboral, Medio Ambiente y Cambio Climático de UGT Región de Murcia, 2010).

Por último, en lo relativo a los riesgos de carácter psicosocial derivados, entre otras cosas, del contacto permanente que tenemos con personas enfermas, con la afectación emocional que ello conlleva y que puede derivar en problemas como

ansiedad o estrés, síndrome del quemado o Burnout, cefalea, dificultad de concentración, pérdida de memoria o problemas de sueño (Secretaria de Salud Laboral de Comisiones Obreras de Castilla y León, 2011). Es importante la formación de los trabajadores sanitarios para aprender a abordar situaciones que les puedan causar cualquier tipo de conflicto emocional.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo expuesto con anterioridad, se puede afirmar que el trabajo desempeñado por el personal de los Servicios de Salud supone un riesgo de carácter variado de sufrir algún tipo de daño o problema de salud. Para evitar su aparición, es fundamental que las Administraciones sanitarias, como empleador, adapten los puestos de trabajo y las infraestructuras a las características concretas de cada uno de sus trabajadores, imperativo legal recogido en diferentes normas tanto comunitarias (Directiva 89/391/CEE del Consejo), como estatales (Ley 31/1995 y Ley 55/2003). Además, la formación de los trabajadores se configura como esencial para aprender a desempeñar su trabajo de una manera más segura.

6 Bibliografía

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2019). Trastornos musculoesqueléticos. Recuperado de: https://osha.europa.eu/es/themes/musculoskeletal-disorders
- Agra Viforcos, B. (2008). La tutela de los trabajadores especialmente sensibles a los riesgos en el desarrollo de su relación laboral. Pecvnia, 7; 1-24.
- Bockerman, P., e Ilmakunnas, P. (2008). Interaction of working conditions, job satisfaction, and sickness absences: Evidence from a representative sample of employees. Social Sci Med, 67,520-528.
Constitución Española. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 29 de diciembre de 1978, núm 311.
- Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Luxemburgo, 29 de junio de 1989, núm 183.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2017). Vida y trabajo en España. Recuperado de: https://www.eurofound.europa.eu/es/country/spain

- Guideline for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers [Internet]. Washington DC: U.S Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Institute for Occupational Safety and Health, Division of Standards Development and Technology Transfer. DHHS (NIOSH) Publication No. 88-119 [cited 2013 November 12]; September 1988. Available from: http://www.cdc.gov/niosh/docs/88-119/
- International Ergonomics Association. (2019). What is Ergonomics? Definition and Domains of Ergonomics. Recuperado de: https://www.iea.cc/whats/index.html
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 10 de noviembre de 1995, núm 269.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 17 de diciembre de 2003, núm 301.
- NIOSH (1997). Musculoskeletal Disorders (MSDs) and Workplace Fac-tors. Cincinnati, OH: National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH) Publication núm. 97-141.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Health workers. Health worker occupational health. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf
- Quijano, F., y Gandarillas, M. (2008). Atención primaria y salud laboral. La medicina familiar y comunitaria ante las enfermedades del trabajo y la incapacidad laboral. La Mutua, 19, 85-109.
- Real Academia Española. (2019). Ergonomía. En Diccionario de la lengua española. Recuperado de: https://dle.rae.es/?id=G1kAF4l
- Secretaría de Salud Laboral, Medio Ambiente y Cambio Climático de UGT Región de Murcia. (2010). Manual de Prevención de Riesgos Laborales en centros Sanitarios. Recuperado de: http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_manualprlcentros_sanitarios/2010%20manual%20prl%20centros%20sanitarios.pdf
- Secretaria de Salud Laboral de Comisiones Obreras de Castilla y León (2011). Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el Sector Sanitario. Recuperado de: http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/doc142620_Guia_Basica_de_riesgos_laborales_en_el_sector_sanitario.pdf
- Subdirección General del Registro Central de Personal y Secretaría General de Administración Digital del Ministerio de Política Territorial y Función Pública. (2019). Boletín Estadístico del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas. Registro Central de Personal. Enero 2019. Madrid: Ministerio de Política

Territorial y Función Pública. Recuperado de: https://www.hacienda.gob.es/CDI/Empleo_Publico/Boletin_rcp/bol_semestral_201901_completo.pdf
- U.S Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Institute for Occupational Safety and Health, Division of Standards Development and Technology Transfer. (1988). Guideline for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers. Washington DC: U.S Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Institute for Occupational Safety and Health, Division of Standards Development and Technology Transfer. Recuperado de: http://www.cdc.gov/niosh/docs/88-119/
- Vaquero Álvarez, M., Álvarez Theurer, E., y Romero Saldaña, M. (2017). Influencia de las condiciones de trabajo sobre la incapacidad temporal por contingencias comunes. Aten Primaria, 50(4),238-246.
- Villarroya López, A. (2017). Actuaciones de Mejora en los baños de las habitaciones de un hospital para facilitar la movilización de los pacientes. En Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo (INSSBT),
- O.A., M.P. (Eds.), Intervención ergonómica en centros hospitalarios: casos prácticos (pp 63-80). Madrid: INSSBT.

Capítulo 890

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN CELADOR-PACIENTE

JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

Hoy en día en los profesionales sanitarios y no sanitarios, como en este caso es el celador, es importante que además de las competencias profesionales que puedan adquirir, posean competencias comunicativas y habilidades sociales. Una formación humana que les sirva para relacionarse en el entorno de trabajo.

Se puede definir comunicación, como un proceso social por el que se intercambia información, sentimientos, ideas, entre dos o más personas.

2 Objetivos

- Mejorar la calidad de vida del paciente, haciéndole sentir el centro de los cuidados y del proceso de enfermería y trasmitiéndole que su enfermedad es la más importante para el profesional. De este modo, la persona atendida se siente escuchada, pero sobre todo acompañada a la hora de enfrentarse a una patología.

3 Metodología

Lectura de varios artículos sobre el ser humano, comunicación y habilidades sociales, Se han elegido los más útiles de cara a este trabajo, utilizando palabras

clave, como comunicación, paciente, asertivo.

4 Resultados

La comunicación además de la función de intercambio de información, también tiene otras funciones como función de mando y receptiva.

Es posible encontrar barreras en la comunicación, que pueden ser personales, físicas, semánticas. Las primeras se encuentran en la propia persona, influenciadas por sus emociones, malos hábitos, valores, Las segundas se dan en el ambiente donde se desarrolla la comunicación, como por ejemplos ruidos. Y las últimas se refieren a las diferencias en la interpretación del mensaje, cuando a veces el significado de las palabras no es el mismo para quien lo emite que para quien lo recibe.

Se diferencian también tres estilos de comunicación:
1. Agresivo, donde las ideas con expresadas de forma directa sin respetar a los demás, se agreden los derechos de los demás, con tal de defender los propios.
2. Inhibido, la manifestación de los sentimientos es indirecta, se caracteriza por la sumisión, la falta de atrevimiento. No es posible mediante este estilo conseguir los objetivos.
3. Asertivo, dentro de los tres, el más acertado es el estilo asertivo, mediante este modelo se muestran los sentimientos e ideas abiertamente, siempre con respeto y consideración hacia la otra persona. Este estilo posee unos efectos positivos, como son, sentirse bien con uno mismo, mejorar las relaciones con los demás. No es una garantía para la ausencia de conflictos utilizar la asertividad pero si se expresan las ideas respetando a las personas, será más fácil que estos hagan lo mismo.

Otro factor importante en la comunicación es la escucha activa, no solo se debe oír, sino comprender y entender los mensajes. Es tan importante saber hablar como saber escuchar con atención lo que las personas dicen. Para ello existen una serie de pautas, como por ejemplo, mostrar amabilidad con los demás, mantener un contacto visual, usar un tono de voz adecuado, no interrumpir mientras la persona está hablando, no juzgar a la persona por lo que esté contando, no anticipar respuestas, no abusar de la contrarréplica. Se debe utilizar la escucha activa cuando se quiera conseguir una motivación por parte del interlocutor, calmar, tranquilizar. Mediante la escucha pasiva el celador demuestra que ha comprendido y entendido el mensaje a través de gestos, como una sonrisa.

Por parte del celador es necesario:
– Conocer el entorno del paciente, debe utilizar un lenguaje claro.
– Estar atento, saber escuchar y demostrar interés por el paciente
– Facilitar la comunicación con el paciente.
– No interrumpir al paciente cuando trata de expresar alguna preocupación,
– El paciente no debe notar indiferencia en los celadores.

El celador debe evitar emitir cualquier opinión o juicio.
– El tono de voz debe agradable
– Tener en cuenta las necesidades del paciente.
– Adaptarse a los diferentes pacientes, debido a la clase y peculiaridad de la enfermedad.

Se producen tres fases en la relación celador-paciente.
– Fase de contacto, primer encuentro entre el celador y el paciente, en esta fase el celador debe interpretar las necesidades del enfermo.
– Fase de ejecución, aquí el celador ya ha comprendido la información recibida y debe saber cómo actuar.
– Fase de conclusión, en este momento el celador ya ha prestado la ayuda necesaria al paciente, ayudándolo a mejorar su estado físico y psíquico.

El celador debe mostrar siempre respeto, intentar obtener la confianza del paciente, ser sincero, mostrar empatía, preciso en el desarrollo de su trabajo y todo ello de una manera asertiva.

5 Discusión-Conclusión

La forma de comunicarse se va aprendiendo a lo largo del tiempo con la práctica, de igual manera que se aprende a nadar, conducir, etc.

Una buena comunicación con el paciente influye en el bienestar de este. El paciente necesita ser escuchado, busca en el profesional no solo una asistencia terapéutica sino afectividad, cercanía, empatía, implicación e incluso también consuelo. Todo ello forma parte hoy en día de la calidad asistencial.

6 Bibliografía

- https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/07/Habilidades-sociales-comunicacion.pdf

- El proceso de la comunicación (introducción a la teoría y la práctica). Kenneth, Berlo David

Capítulo 891

EL CONFLICTO DE COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS CENTROS SANITARIOS

PABLO ASENSIO ÁLVAREZ

MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

El personal administrativo de los centros sanitarios desarrolla una gran variedad de competencias, entre las que se encuentran algunas que no se ajustan a su categoría profesional, lo que conlleva en ocasiones dificultades organizativas y problemas de rendimiento, dada la falta de preparación que puede existir para una función específica o la inseguridad que puede generar en el trabajador estar realizando una tarea sin la certeza de que esta le corresponda.

2 Objetivos

- Observar las competencias del personal administrativo de los centros sanitarios, focalizándose en aquellas tareas que por las necesidades específicas de su centro de trabajo, deben realizar aun sin corresponder a su categoría profesional.
- Determinar el origen de este conflicto de competencias y barajar las posibles soluciones para alcanzar una realidad en la que el auxiliar administrativo de los centros sanitarios pueda desempeñar todas sus funciones acorde a lo que le corresponde y dando a su vez plena cobertura a las necesidades específicas del centro.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, consultando artículos en bases de datos , así como publicaciones de periódicos y revistas digitales relacionadas con el entorno sanitario, en los que se trate el desarrollo competencial del personal administrativo de los centros sanitarios

Se ha revisado la legislación estatal que regula las funciones genéricas de los auxiliares administrativos de los centros sanitarios, realizando una comparativa de dichas funciones con las ejercidas realmente por el personal de la categoría.

Se ha consultado a auxiliares administrativos, tanto de atención primaria como de especializada, para contrastar las competencias que ejercen en los diferentes centros y realizar la comparativa con lo estipulado en la legislación vigente.

4 Resultados

La figura del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario desempeña labores muy diversas dependiendo del centro en que se encuentre. Este desarrollo competencial tiene dos vertientes, nutriéndose por un lado de lo estipulado en la legislación y normativa específica, y por otro, del propio funcionamiento y necesidades concretas del centro sanitario en cuestión.
Esta distinción entre vertientes, tiene su origen en la disfunción existente en las leyes que regulan las competencias del personal no sanitario de los servicios de salud, tratándose de normativas antiguas, cuyo contenido se ha quedado parcialmente obsoleto al no estar adecuadamente adaptado a las necesidades actuales dentro de los centros sanitarios.

De esta necesidad de actualización de las leyes vigentes, surgen las dificultades a las que en ocasiones se enfrenta el personal administrativo a la hora de desempeñar sus funciones, encontrándose situaciones en las que se le requiere para cuestiones que según la normativa no son de su competencia, pero que en su centro sanitario sí están asignadas a su categoría profesional.

Actualmente, la normativa vigente que regula las funciones del personal administrativo de los centros sanitarios es la Orden de 28 de mayo de 1984, modificando la Orden de 5 de julio de 1971, derogada por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, pero que en su disposición transitoria sexta y en su disposición derogatoria, en lo que respecta a las funciones del personal no sanitario nos vuelve a remitir a la Orden, de 5 de

julio de 1971 y sus posteriores modificaciones, en tanto no se produzca una regulación específica en cada servicio de salud. Por tanto, nos encontramos ante una legislación que no está adaptada a los cambios del entorno sanitario producidos en las últimas décadas.
Las competencias que generan controversia son variadas, pudiendo deberse a diferentes motivos.

Nos encontramos por ejemplo, en los centros de salud, en los que el paciente es derivado al mostrador de entrada para la obtención de las recetas, quedando en manos del auxiliar administrativo el deber de conocer e identificar qué medicamentos son los que están sujetos a visado de inspección, sin tener una formación y una preparación específica en la materia. También en centro de salud, puede presentarse un paciente sin cita, siendo en muchos centros el propio auxiliar administrativo el que consulta al paciente el motivo por el que requiere atención, realizado algo similar a un triaje, de forma que se facilite la organización en consulta del médico que le vaya a atender; competencia que no corresponde a su categoría profesional, pero que en el centro por practicidad se prefiere realizar de ese modo.

Otra competencia que es objeto habitual de controversia, es el acceso por parte del personal administrativo a la documentación clínica de los pacientes, como informes médicos; materiales que, según el puesto que desempeñe el auxiliar administrativo, forman parte de su entorno de trabajo, y que por petición del médico o consulta de algún paciente, pueden requerir el acceso a algún dato concreto de ese material.

5 Discusión-Conclusión

La solución de este conflicto competencial pasa por una actualización legislativa, en la que a la hora de determinar las funciones de esta categoría profesional se tengan en cuenta las necesidad reales de los centros sanitarios, acompañándolo de una formación profesional que prepare adecuadamente al personal administrativo para el desarrollo de las mismas.

Una legislación actualizada, serviría de guía para el desempeño de sus funciones a los auxiliares administrativos del entorno sanitario, despejando las dudas existentes en la realización de su trabajo. Para cualquier trabajador es importante tener claramente delimitadas sus funciones, para qué tareas está capacitado y cómo debe de hacerlas. Con esto se lograría tener un personal con más seguri-

dad en el ejercicio de sus funciones, evitándose además malos entendidos tanto a nivel interno como con los usuarios del centro.

6 Bibliografía

- Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Orden de 28 de mayo de 1984, por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.
- Tras el mostrador. «Funciones del administrativo sanitario, ¿dónde están reguladas?». Tras el mostrador, 11 de febrero de 2017. Disponible en: http://administrativosanitario.blogspot.com/2017/02/funciones-administrativo-sanitario.html

Capítulo 892

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE CELADORES

MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ

PABLO ALVAREZ MURCIANO

NURIA SANCHEZ LOBO

MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ

1 Introducción

La seguridad del paciente es una de las magnitudes clave de la calidad asistencial y un derecho de los pacientes reconocido por organismos como la Organización Mundial de la Salud y el Comité de Sanidad del Consejo de Europa que junto con muchas agencias y organismos internacionales aconsejan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de sus políticas sanitarias, incitándoles a plantear planes y actividades de mejora así como admitir medidas legislativas para que en cada institución con la participación de los profesionales se puedan reducir los eventos adversos evitables.

Construir una cultura de seguridad en un centro sanitario es básico para conseguir que la seguridad del paciente forme parte de la metodología de trabajo de mejora de la calidad en los servicios asistenciales, para ello es necesario conocer cuál es la situación de partida a fin de saber cuáles son los aspectos que conviene priorizar

La seguridad del paciente es un problema dificultoso y multifactorial debido a factores como la condición humana, las nuevas tecnologías, las comorbilidades de los pacientes y el hecho de que no existan sistemas capaces de prevenir los eventos adversos.

Una de las herramientas que se ha mostrado útil para hacer que los sistemas sanitarios sean más seguros consiste en la promoción de una adecuada cultura de seguridad del paciente entre los profesionales sanitarios. La formación de los mismos es el primer paso para cambiar dicha cultura. De este modo, se contribuye a la mejora de conocimientos y posturas para promover una práctica clínica más segura. Su medición permite identificar cuáles son las debilidades de tal manera que se pueda establecer estrategias de mejora que contribuyan a una reducción en el número de eventos adversos sobre los pacientes, mejorando así la calidad asistencial y reduciendo además los costes generados por dichos eventos adversos.

La Cultura de seguridad debe ser revaluada frecuentemente para valorar la efectividad de las acciones realizadas, así como para replantear nuevas estrategias.

2 Objetivos

- Identificar la forma de mejorar la seguridad del paciente.
- Conocer cómo influyen los celadores en la seguridad del paciente

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Dialnet, con las palabras claves" seguridad", "celador", "ambiente sanitario", "sanidad". Idioma castellano e inglés, y texto gratuito; de exclusión: aquellos trabajos publicados previamente al año 2003.

4 Resultados

Las intervenciones de mejora que hemos analizado en la revisión bibliográfica se basan en:mayor dotación de recursos humanos; actitud más pro activa por parte de la Gerencia; mayor coordinación entre Unidades/Servicios; incrementar la formación de los profesionales no sanitarios en materia de seguridad; fomentar un

ambiente no punitivo para favorecer la notificación de los eventos adversos; abordar los problemas relacionados con la seguridad del paciente de manera conjunta y no de forma individual; mayor comunicación entre los líderes de las distintas Unidades/Servicios; favorecer la estabilidad laboral y la super-especialización del personal.

La reducción y prevención de los incidentes de seguridad del paciente requiere que los profesionales del ámbito sanitario, específicamente los celadores, tengan la capacidad de analizar sus procesos de decisión y de hacer frente a situaciones problemáticas que puedan surgir en sus actividades diarias.

Por su beneficio potencial en múltiples vertientes, deben fomentarse y reconocerse de manera expresa, todas aquellas iniciativas para mejorar la calidad de actuaciones que se llevan a cabo en este nivel asistencial. Es estratégico fomentar la notificación de errores, facilitar la identificación y recogida de información acerca de incidentes, ello debe abordarse con la participación de todos los profesionales del equipo huyendo de la búsqueda de responsabilidades individuales, planteando la discusión acerca de las causas del incidente con total transparencia, compartiendo toda la información disponible en el grupo de trabajo o comisión de seguridad clínica y en condiciones de comunicación constante con el objetivo de que la organización aprenda de los errores para no volver a cometerlos.

Debemos pensar que la seguridad del paciente es un elemento más de la atención sanitaria, tener la convicción de que ésta necesita estar integrada en todas las acciones que las instituciones sanitarias promueven en los servicios clínicos, como la adopción de actitudes proactivas en seguridad clínica, la facilitación de la notificación de eventos adversos, el manejo de la comunicación traducido en la práctica diaria en hablar de las condiciones latentes detectadas, informar de los resultados que se derivan del evento, las actuaciones para evitar su reproducción y discutirlo entre los profesionales. Tenemos que asimilar que la evolución favorable del paciente y de la organización no es una tarea individual, sino de integración de trabajo de todos los que participan en la asistencia sanitaria, fomentemos la responsabilidad compartida.

Es recomendable que este ejercicio sobre el conocimiento de la cultura de seguridad sea realizado en cada servicio de urgencias, y en cualquier otro servicio y unidad sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

La sensación de los profesionales del ámbito hospitalario sobre seguridad del paciente es buena en general, aunque se puede mejorar. Las debilidades reconocidas son principalmente por parte de dotación de personal, apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente desencadenados más a menudo por los cambios de turno y transición entre servicios del mismo centro, y afecta a la percepción de seguridad del paciente y sus familiares y acompañantes.

Es por ello, que se debe de fomentar la formación de seguridad del paciente en todos los profesionales del ámbito hospitalario, incluyendo a los celadores, pues son los profesionales que trasladan a los pacientes y a sus historias en todo momento durante su estancia en los hospitales y centros sanitarios.

6 Bibliografía

- https://scholar.google.es/schhp?hl=es
- https://dialnet.unirioja.es/
- https://scielo.org/es/
- https://www.latindex.org/latindex/inicio
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://library.fiu.edu/CINAHL/cinahlspanish
- http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/
- https://lilacs.bvsalud.org/es/

Capítulo 893

EL USO NO SEXISTA DEL LENGUAJE ADMINISTRATIVO

ANA BELÉN LÓPEZ CANCIO

1 Introducción

El sexismo lingüístico es el uso discriminatorio que se hace del lenguaje por razón de sexo. El sexismo no está en la lengua en sí misma sino en los usos que hacemos de ella, los cuales, al ser reflejo de la cultura machista en la que vivimos, muestran que el sexo comúnmente más discriminado es el femenino.

Las políticas públicas desarrolladas por la administración han tenido como eje central el principio de igualdad, lo que nos ha permitido experimentar, en las últimas décadas, una transformación social, que hace que la igualdad total entre hombres y mujeres esté cada vez más cerca.

En la construcción de las políticas de igualdad se ha tenido y debe tenerse en cuenta la importancia de las políticas lingüísticas. No se puede legitimar el uso discriminatorio en nuestra lengua ya que supondría dar protagonismo y validez a la ideología que lo justifica y fomentar la existencia de más obstáculos a la igualdad real entre mujeres y hombres.

Desde que existen políticas públicas de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, se ha puesto énfasis en lo necesario, por su importancia, de adoptar usos no sexistas del lenguaje. Así, por ejemplo, desde Europa se han emitido diferentes recomendaciones instando a los gobiernos a adoptar estrategias para el uso de lenguaje incluyente y no discriminatorio, y que a su vez se apoyaban en recomendaciones de otras instancias internacionales.

2 Objetivos

- Toda lengua, como instrumento de comunicación que es, requiere, para cumplir esta función, adaptarse a las necesidades de quienes la usan. El lenguaje es un instrumento esencial en la formación de la identidad social de las personas y de la sociedad que configuran, y demandamos una sociedad donde mujeres y hombres tengan los mismos derechos.
Uno de nuestros mayores objetivos es adoptar un lenguaje no excluyente que permita crear referentes femeninos ya que visibiliza a las mujeres, nombra correctamente a hombres y mujeres, rompe estereotipos y neutraliza los prejuicios sexistas que afectan a unos y a otras.

3 Metodología

Actualmente tenemos un marco jurídico de ámbito internacional, estatal y autonómico potente y claro en materia de igualdad que insta y justifica, sin lugar a dudas, la utilización de un lenguaje no sexista en la administración.

La administración debe proporcionar a sus trabajadores y trabajadoras información, formación y herramientas suficientes para poder integrar la perspectiva de género en su actividad diaria

Decálogo de uso del lenguaje no sexista:
1- Rectificar el enfoque machista de las expresiones y buscar un lenguaje que sea igualitario.
2- Es compatible el uso de las normas gramaticales y estilísticas con el uso no sexista de la lengua.
3- Evitar el uso de tratamientos de cortesía innecesarios. En el caso de incluirlos, se utilizarán los siguientes: “don y señor” para varones y “doña y señora” para mujeres. Nunca se utilizarán nombramientos que impliquen relaciones de dependencia o subordinación.
4- El uso innecesario o abusivo del masculino genérico es una traba a la igualdad real entre hombres y mujeres porque oculta a las mujeres y produce ambigüedad. Se evitará su utilización en documentos, cartas, impresos…
5- Para sustituir el masculino genérico se emplearán términos genéricos colectivos, abstractos o vocablos no marcados, perífrasis o metonimias.
Cuando no produce ambigüedad, se puede omitir la referencia directa o bien utilizar infinitivos o pronombres.

6- Se usarán, siempre que sea posible, las denominaciones de cargos, profesiones y titulaciones en femenino, mediante el morfema de género y/o el artículo. Cuando su uso se haga en plural, se evitará el uso del genérico masculino.
7- En los casos en los que el texto se refiera a quien posee la titularidad de una entidad, área o institución, el lenguaje se adecuará al masculino o al femenino en función de si se trata de un hombre o una mujer. El español tiene marca de género por lo que los cargos ocupados por mujeres deben recogerse en femenino.
8- Los documentos y cartas que deban dirigirse a los y las pacientes o usuarios y usuarias del servicio de salud se harán con fórmulas que nombren específicamente a las mujeres cuando se conoce su sexo.
Cuando se desconoce quién será la persona destinataria, se usarán fórmulas que engloben a ambos sexos, evitando el uso del masculino genérico.
9- El uso de dobletes mediante barras (Ej.: El/la solicitante) queda limitado a los formularios de carácter abierto y a determinados encabezamientos, no utilizándose en ningún caso en otro tipo de redactados.
10- No podrá utilizarse, en ningún documento, la arroba @, porque no es un signo lingüístico, y no permite su lectura.

Fomentar, en textos jurídicos, educativos y de la administración pública, el uso de terminología acorde con el principio de igualdad entre los sexos. Promover la utilización de un lenguaje libre de sexismo en los medios de comunicación. Los diferentes recursos que utilizamos a lo largo de un documento tienen que estar cohesionados y equilibrados, siendo necesario que se utilicen de manera coordinada y se mantengan en todas las partes del mismo. Hay que tener presente no solo la forma sino también el fondo del mensaje.

4 Resultados

Se debe poner en conocimiento de todo el personal al servicio de la ciudadanía, el decálogo de uso del lenguaje no sexista, y se les debe apoyar con la formación e información que sea necesaria.
Los estados deben comprometerse e incorporar iniciativas para promover un lenguaje no sexista, que tenga en cuenta la presencia y situación de las mujeres en la sociedad.

5 Discusión-Conclusión

Las lenguas se caracterizan por su riqueza y disponen de múltiples recursos lingüísticos que nos permiten escoger entre varias alternativas y aquellas posibilidades más adecuadas para hacer un uso inclusivo del lenguaje.

El lenguaje inclusivo busca modificar los hábitos y usos discriminatorios desde las posibilidades que ofrece la gramática sin alterar el significado y atendiendo al contexto comunicativo en que se utilizan.
El lenguaje no puede quedarse obsoleto ante los avances sociales conseguidos en nuestra sociedad. Si se adaptan a la evolución tecnológica, con más motivo se debería mostrar voluntad para modificar usos y prácticas que no son igualitarias y democráticas para las mujeres y que no se corresponden con la realidad.

La economía lingüística nunca se puede anteponer a la corrección gramatical o a la representación fidedigna de la situación comunicativa.

La correcta utilización del lenguaje igualitario requiere de formación previa. El lenguaje no sexista es mucho más que poner la a, que duplicar o separar con la barra (/). Es necesario informarse y formarse para entenderlo en su complejidad y poder hacer un uso correcto dependiendo de los diferentes contextos y teniendo en cuenta todas las posibilidades que ofrece.

Aunque, muy posiblemente, algunos usos del lenguaje que hayamos aprendido a lo largo de nuestra vida sean sexistas y a pesar de que estos usos no sean deliberados ni malintencionados, es importante cambiarlos y hacerlos más igualitarios ya que mientras nuestra habla cotidiana siga haciendo invisibles a las mujeres, no conseguiremos conformar una sociedad igualitaria.

Muchas veces no se da importancia a la necesidad de utilizar un lenguaje no sexista, y se considera que hay cosas más importantes de las que ocuparse, es necesario tener en cuenta que el lenguaje es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para intervenir en la realidad.

Hacer un uso inclusivo del lenguaje puede tener un impacto en el público al que nos dirigimos en el sentido de favorecer el sentimiento de integración, el reconocimiento y la participación de mujeres y hombres en todos los campos en los que se desarrolla su vida.

El uso de un lenguaje no sexista en las administraciones está perfectamente regulado y se trata, por tanto, en última instancia, de una cuestión de cumplimiento

con la legalidad en la función pública.

6 Bibliografía

- Nombra en femenino y en masculino. La representación del femenino y el masculino en el lenguaje. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. Madrid. 1995
- Guía de tratamiento no sexista de la información y la comunicación en la Universidad Jaume I. Fundación Isonomia.
- Recomendaciones para un uso no sexista del lenguaje. Servicio de lenguas y documentos. UNESCO. París. 1999.
- En dos palabras, en femenino y en masculino, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, 2003.
- Manual de lenguaje no sexista en la universidad politécnica deMadrid,2010.
- GUÍAS PARA EL USO NO SEXISTA DEL LENGUAJE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Lenguaje no sexista. Tips para evitar el uso sexista del lenguaje cotidiano. Oxfam Intermón

Capítulo 894

EL CELADOR EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ

PABLO ALVAREZ MURCIANO

NURIA SANCHEZ LOBO

MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ

1 Introducción

La humanización se entiende como la aproximación del sistema sanitario al paciente en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía y el abordaje integral. El paciente es la razón de ser del sistema sanitario y sus profesionales, y debe ser tratado como un ser humano, no como una enfermedad.

Humanizar la asistencia significa hacerla digna del ser humano. Si bien es verdad que para el sistema sanitario humanizar la asistencia es una cuestión prioritaria; no es menos cierto que para ello se requiere un cambio de actitud de los profesionales.

Tradicionalmente, la formación continuada recibida por los profesionales de la salud se ha centrado en mejorar sus conocimientos y habilidades técnicas (aptitudes), pero ha olvidado fomentar sus actitudes.

2 Objetivos

- Fomentar la cultura de humanización entre el personal celador.
- Formar al personal celador para promover la humanización de la atención.
- Cambiar la actitud de las/los celadores hacia la atención integral u holística de pacientes y usuarios.
- Garantizar una atención eficaz y de calidad partiendo de valores como la empatía, el respeto, la amabilidad.
- Prestar una asistencia personalizada, dando respuesta no sólo a sus necesidades físicas, sino atendiendo también su esfera emocional, social y espiritual
- Cuidar a los profesionales que los atienden, favoreciendo una comunicación adecuada, fomentando la participación, reconociendo esfuerzos, promocionando la formación y capacitación; en definitiva, poner en valor la profesionalización y vocación.

3 Metodología

Búsqueda de bibliografía en distintas publicaciones especializadas, libros y bases de datos, como son: - google académico, dialnet„ scielo, latindex, medline, cinahl, cuiden, lilacs. Los descriptores utilizados fueron: celador, humanización, hospital, asistencia, calidad. Se han empleado como criterios de inclusión: textos en idioma español e inglés, y de exclusión: aquellos con acceso gratuito.

4 Resultados

Ser reconocido el paciente como un ser humano único y especial. Con un nombre, una familia y una historia y no como un órgano lesionado.

El celador es el profesional olvidado, pero tiene una gran responsabilidad con el paciente. La aplicación y despliegue de estos planes en nuestros magníficos centros sanitarios, re-humanizar espacios, procesos y personas. Es una nueva forma de ver al individuo enfermo con una dimensión holista, con una visión que nos haga más humanos a los que les servimos y más dignos a los que solicitan nuestra ayuda.

5 Discusión-Conclusión

La promoción del proceso de humanización es un compromiso del sistema sanitario, pero su aplicación es responsabilidad de los profesionales. La formación continuada es una buena estrategia de sensibilización para humanizar la asistencia y mejorar la satisfacción de pacientes y usuarios.

En consecuencia, la humanización debe cuidarse desde la formación continuada de los profesionales de la salud durante toda su vida laboral. Cuando un paciente acude a un centro hospitalario entra el cuerpo, pero a veces la persona se queda fuera. Y ya decía una frase de Einstein "Se ha vuelto espantosamente obvio que nuestra tecnología ha superado nuestra humanidad "

6 Bibliografía

- La Humanización de la Asistencia Hno Pierluigi Marchesi O.H.
- Claves para planificar un servicio de atención al cliente de calidad. http://www.puromarketing.com/13/18037/
para-planificar-servicio-atencion-cliente-calidad.html
- Calidad total en la atención al cliente. Pautas para garantizar la excelencia en el servicio http://www.ideaspropiaseditorial.com/documentos_web/documentos/978-84-9839-068-1.pdf
- Calidad en la atención al cliente. http://es.slideshare.net/jcfdezmxvtas/calidad-en-la-atencin-al-cliente
- E. Fernández Rico y L. Fernández Verde (2010). Comunicación empresarial y atención al cliente.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 895

¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN HUMANA?

ANA BELÉN LÓPEZ CANCIO

1 Introducción

La comunicación humana es considerada como un proceso innato a la persona, así como un fenómeno intrínsecamente social. Desde las primeras comunidades humanas (el clan, la tribu…) el ser humano ha tenido necesidad de comunicarse para interactuar en su grupo social y así resolver los retos que desde siempre le ha planteado la supervivencia. Por eso se dice, que la comunicación es un proceso que ayuda a la persona en su propia supervivencia.

La comunicación está guiada por los sentimientos y por la información que trasmitimos y comprendemos y nos sirve para establecer contacto y vínculo con las personas. De esta manera podemos dar o recibir información, expresar o comprender lo que pensamos, trasmitir nuestros sentimientos, comunicar alguna idea, experiencia o información…

1. Definición, elementos y funciones
La comunicación es un acto de relación humana en el que una persona transmite un mensaje mediante un lenguaje o forma de expresión. Este mensaje puede hacer referencia a informaciones, ideas, conocimientos, sentimientos, necesidades… Para que se produzca un proceso comunicativo, es necesario e imprescindible que estén presentes los siguientes elementos:
- El emisor: persona que transmite el mensaje
- El receptor: persona que recibe e interpreta el mensaje
- El mensaje: contenido de la información que el emisor transmite al receptor.

- El código: conjunto de signos que se combinan entre sí mediante ciertas reglas para formar el mensaje. Tanto el emisor como el receptor deben conocer el código.
- El canal: medio físico a través del cual se emite el mensaje
- El contexto: lugar y conjunto de circunstancias que rodean el acto de la comunicación y que ayudan a comprender mejor el mensaje.

2. Diferencia entre comunicación e información:
La información es la acción y efecto de informar, es decir, dar a alguien noticia de alguna cosa. La información aumenta el conocimiento, comunica novedades. La información complementa la comunicación. La diferencia fundamental entre ambas reside en el feedback, ya que mientras que la información no lo precisa, la comunicación si lo necesita para poder seguir produciéndose. El valor de la información depende de otras características: modo, velocidad, frecuencia, validez, fiabilidad…

Los atributos de la información son:
- Finalidad: la información debe tener una finalidad en el momento de ser transmitida.
- Modo y formato. Los modos de comunicar información al ser humano son sensoriales. Se recibe la mayor parte de la información en formato de material verbal o documental.
- Redundancia/eficiencia: la redundancia es el exceso de información transmitida por unidad de datos.
- Velocidad: la velocidad de transmisión o recepción de información es el tiempo que uno tarda en entender un problema en particular.
- Frecuencia: repercute en el valor de la información.
- Costo: es necesario evaluar constantemente el valor de la información su costo.
- Validez: mide el grado en que la información representa lo que pretende representar.
- Actualidad: indica la antigüedad de la información.
- Densidad: es el volumen de información presente en un informe o mensaje.

3. Atención al público: acogida e información al usuario
La atención personalizada al ciudadano comprenderá las funciones siguientes:
- De recepción y acogida a los ciudadanos, al objeto de facilitarles la orientación y ayuda que precisen en el momento inicial de su visita, y, en particular, la relativa a la localización de dependencias, servicios y funcionarios.
- De orientación e información, cuya finalidad es la de ofrecer las aclaraciones

y ayudas de índole práctica que los ciudadanos requieran sobre procedimientos, trámites, requisitos y documentación para las actuaciones o solicitudes que precisen realizar, así como colaboración en la cumplimentación de impresos o solicitudes.
- De gestión, en relación con los procedimientos administrativos, que comprenderá la recepción de la documentación inicial de un expediente cuando así se haya dispuesto reglamentariamente, así como las actuaciones de trámite y resolución de las cuestiones cuya urgencia y simplicidad demanden una respuesta inmediata.
- De recepción de las iniciativas o sugerencias formuladas por los ciudadanos, para mejorar la calidad de los servicios, incrementar el rendimiento o el ahorro del gasto público, simplificar trámites o suprimir los que sean innecesarios, o cualquier otra medida que suponga un mayor grado de satisfacción de la sociedad en sus relaciones con el servicio de salud. Aquellas que se presenten en las oficinas y centros de Información Administrativa se tramitarán mediante las hojas del Libro de Quejas y Sugerencias.
- De recepción de las quejas y reclamaciones de los ciudadanos por las tardanzas, desatenciones o por cualquier otro tipo de actuación irregular que observen en el funcionamiento de las dependencias administrativas.
- De asistencia a los ciudadanos en el ejercicio del derecho de petición, reconocido por los artículos 29 y 77 de la Constitución. Las unidades de información administrativa orientarán a los ciudadanos sobre la naturaleza y el modo de ejercer este derecho, así como sobre las autoridades y órganos a los que hayan de dirigir sus escritos; sin perjuicio de ello, estas unidades deberán elevar a los órganos competentes las peticiones que reciban, en las que no figure el destinatario o conste erróneamente.

2 Objetivos

- Influir y conseguir cambios en las personas
- Dar y obtener apoyo
- Satisfacer y ayudar a satisfacer necesidades
- Solucionar problemas
- Transmitir toda la información necesaria para la toma de decisiones.
- Influir en la actitud de todas las personas para que sus objetivos y actividades estén en armonía con los objetivos y operaciones propios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Si la comunicación es buena conseguiremos feedback o retroalimentación.
La diferenciación entre emisor y receptor no es real, en realidad, dos personas que están comunicándose están lanzando mensajes y recibiéndolos simultáneamente. Este hecho que define la comunicación y que implica que el receptor lanza señales que influyen en el emisor, se denomina feedback o retroalimentación, y si se interrumpe de forma prolongada, se interrumpe la comunicación. Sin esta información de retorno no sabríamos si nuestro mensaje ha llegado. El feedback ayuda a adaptar y a regular la comunicación entre los dos interlocutores.

Con la ayuda del feedback, cada interlocutor:
- Sabe si su mensaje le está llegando o no al otro.
- Sabe cómo le está afectando al otro su información. Sus gestos, la expresión de su cara, su postura corporal…
- Tiene la oportunidad de continuar la comunicación por la vía que discurre o decidir cambiar su trayectoria.

Para que el feedback resulte efectivo, debe ser:
- Descriptivo.
- Específico y concreto.
- Inmediato, siempre que sea el momento adecuado.
- Discriminativo.
- Destacando aspectos positivos.
- Orientado a los aspectos a mejorar.

Toda retroalimentación transmitida adecuadamente debe tener los siguientes efectos:
- Mejorar la transmisión de lo que se comunica: dado que las personas involucradas en el acto comunicativo, van verificando si están comunicando lo que se

desea comunicar
- Aminorar la distorsión o aumentar la precisión de lo que se comunica, a través de una constante verificación y retroalimentación, en caso de existir errores.

Finalmente, para que la comunicación sea efectiva deben darse los siguientes procesos:
- Escucha activa.
- Empatía
- Comprensión del lenguaje no verbal.
- Asertividad.
- Habilidades para resolver diferencias
- Respeto.
- Credibilidad

5 Discusión-Conclusión

El hombre y la mujer son seres sociables, lo que saben, lo que piensan y lo que sienten lo transmiten a los demás.

La vida en sociedad solo es posible gracias a la transmisión de información que realizan las personas entre sí. Todo individuo se encuentra inmerso en una gran cantidad de sistemas de comunicación a lo largo de su existencia cotidiana: señales luminosas, la radio, la televisión, señales de tráfico, mensajes en los teléfonos móviles… Nos estamos interrelacionando constantemente a lo largo de toda la jornada. En el trabajo nos comunicamos con nuestros compañeros, nuestros superiores, con compañeros de otros departamentos o servicios, con los usuarios de los servicios de salud… de forma verbal, escrita, a través del teléfono, de una carta… El diálogo es la forma más universal de comunicación. La sociabilidad el ser humano nace del deseo de hablar con otros.

Hablar, es el vehículo idóneo para orientar, disuadir, convencer a otros … En una sociedad democrática la habilidad para expresar ideas es muy importante y la impresión que el ser humano causa en los demás dependerá en muchas ocasiones de la capacidad, agilidad y viveza de su charla, de la forma en que se dirija al otro. Podemos transmitir un mismo mensaje de diferentes formas y al final estaremos transmitiendo distintos mensajes. Podemos indicar a un usuario que debe esperar cinco minutos con una sonrisa mostrándole donde puede sentarse o podemos decírselo serios sin siquiera mirarle a la cara y su percepción será contraria en ambos casos, probablemente en el primer caso no le importe esperar y

en el segundo le ofenda terriblemente que le hagan esperar.

6 Bibliografía

- Fundamentos de la comunicación humana. ROBERTO DE MIGUEL PASCUAL
- Proceso de comunicación humana. Los Recursos Humanos.com
- Introducción a las Teorías de la Comunicación y la Información. JUAN MIGUEL AGUADO. Universidad de Murcia 2004
- Sobre la Comunicación. WOLTON, D. Madrid, Acento (1999).
- El médico y la comunicación humana. SANDRA HEINZE. accessmedicina.mhmedical.com
- Teoría de la comunicación humana. LUIS CIBANAL https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7569.pdf
- La comunicación y el lenguaje
- https://previa.uclm.es/profesorado/agcano/comunicacion.htm
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 896

LAS AGRESIONES AL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA CAMPO PEREZ

1 Introducción

La organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia en el trabajo como "aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo", con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud.

La Organización Internacional de Trabajo (OIT), llega a la conclusión de que la violencia en el ámbito laboral tiene carácter mundial y atraviesa los distintos ámbitos y grupos profesionales, y se manifiesta o percibe de distintas maneras.

2 Objetivos

- Mostrar que este problema afecta cada al personal auxiliar administrativo, creando una situación de malestar en el puesto de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

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

4 Resultados

En los últimos años se ha registrado un notable aumento de las agresiones por parte de pacientes y familiares de los mismos al personal auxiliar administrativo, por ser este personal el primero en recibirlos y con quien establecen un primer contacto. Son uno de los grupos profesionales que más riesgo de agresión corren, y se considera por tanto, que son colectivos vulnerables a la agresión tanto física como verbal. Estas agresiones suceden en la mayoría de los casos en los centros de atención ambulatoria y en urgencias.

Cada vez son más las agresiones, bien debido a un problema de comunicación, o debido a conductas intimidatorias con el fin es beneficiarse y agilizar su atención sin pasar por los cauces establecidos reglamentariamente. Esto es debido en gran medida a la saturación que hay en ocasiones, que implica imposibilidad de atención inmediata y listas de espera.

El índice de agresividad que tiene que soportar el personal no sanitario (auxiliares administrativos) ha aumentado de forma significativa. Se estima que el 80% del personal ha sufrido algún tipo de agresión física o verbal. La OMS informa que casi un 25% de todos los incidentes de violencia en el trabajo se producen en el sector sanitario.

Esto es debido en gran medida a la saturación que hay en la mayoría de hospitales y centros de salud, que imposibilita que los pacientes reciban la atención con la rapidez que requieren o desean.

5 Discusión-Conclusión

La tendencia al incremento en las agresiones al auxiliar administrativo está generando una situación de malestar en los puestos de trabajo, mayor presión laboral y aumento del número de bajas laborales por ansiedad y depresión. La inseguridad es una de las causas de la insatisfacción profesional. Y esto a su vez genera unos costes económicos para el sistema sanitario.

Los Servicios de Salud de las comunicades están dándose cuenta de esta realidad y consideran como objetivo mejorar la confianza y seguridad del personal tanto no sanitario como sanitario, estableciendo Planes, Estrategias y protocolos frente a las agresiones a su personal que abarquen los aspectos preventivos del fenómeno y también ayuden a clarificar como debe reaccionar el personal ante las situaciones de violencia para evitarlas, o si ello no ha sido posible, qué debe hacer para minimizar su impacto, cómo declararlas, cómo actuar legalmente y quién debe hacerlo y cómo se debe de dejar constancia de que se ha producido la agresión.

6 Bibliografía

- Travetto C, Daiuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, et al. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. Rev. Panam Salud Publica. 2016; 38(4):307-15
- Muñoz Delgado, M T, et al. "Agresiones en la U.P.T en Urgencias". Ciber revista. Septiembre. 2003. 15. www.seguridad-laboral.es
www.revistamedica.com
www.Sindic.cat.

Capítulo 897

CUIDADOS QUE TIENE UN CELADOR CON UN PACIENTE TERMINAL

ROBERTO FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

EDUARDO ROMERO GUTIERREZ

MARÍA VICTORIA SAN JOSÉ CALDERÓN

MARÍA SOLEDAD CARRETERO SEVILLA

MIGUEL JOSÉ BLANCO CAÑIZARES

1 Introducción

Los pacientes terminales precisan ser movilizados para alternar las zonas corporales que son sometidas a la presión de la cama para así prevenir la aparición de úlceras por presión. De esta manera se consigue que la comodidad del paciente aumente y a parte de las úlceras por presión también se evitan deformaciones.

Las úlceras son la lesión más frecuente en pacientes que pasan mucho tiempo en la cama y cuya movilidad es escasa, es por ello que su prevención es uno de los objetivos principales del personal encargado de su bienestar. La úlcera es una lesión de origen isquémico producida por la acción de la presión, la fricción o la humedad (Milla, 2012).

La movilización es parte fundamental para la prevención junto con un buen aseo.

2 Objetivos

Dar a conocer los cuidados que deben tener los pacientes que están encamados terminales y las normas a seguir por los celadores.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con la movilización de pacientes terminales.

La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
• Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
• Revisión de manuales de actuación de hospitales como el HUCA.
• Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.

Los términos utilizados para la búsqueda han sido “paciente terminal”, “encamado”, “movilizacion”, “celador”, “úlceras por presión”.

4 Resultados

Se encuentra que el celador debe tener completo control del movimiento que va a realizar, necesita una base de apoyo, separará para ello los pies uno delante del otro. Se sujetará al paciente lo más cerca posible para estar próximo a su centro de gravedad y realizar el movimiento de una forma menos dañina y más segura. Se levantará el peso con las piernas y no se doblará la espalda. Se reduce la fricción entre el paciente y la superficie sobre la que está apoyado. El empleo de medios mecánicos minimiza la fuerza empleada. Se empujará antes que tirar del paciente y conocer su dolencia será importante a la hora de moverlo. Se pedirá colaboración del paciente si la pudiera prestar.

Se deberá evitar apoyar al paciente sobre sus lesiones y mantener el cuerpo alineado. Se ayudará de la sábana entremetida y se usarán cojines o cuñas de protección para aliviar la presión. Se realizarán los cambios cada dos o tres horas, incluso por la noche es recomendable cambiar de postura.

En el momento de realizar la movilización hay que tener ciertas medidas de seguridad. Tener el material al alcance y frenar la cama son parte fundamental. Tener una buena higiene de manos, conocer la dolencia y lesiones del paciente y saber el aparataje que pueda tener conectado. Pedir la colaboración del paciente y comunicarle lo que se le va a realizar, se ayudará de las medidas mecánicas disponibles. En el caso de que el paciente no colabore, bien porque no quiera o porque no pueda el trabajo se realizará con la ayuda de otro celador. Se pondrá un celador por cada lado de la cama, se le retira la almohada al paciente y cada celador pondrá por debajo del hombro del paciente su brazo y encima del muslo el otro brazo, se sujeta al paciente y se le levanta.

Si se colocan los dos celadores por el mismo lado de la cama uno de ellos colocará un brazo debajo de los hombros y el otro por debajo del tórax y el otro celador pone un brazo a la altura del glúteo y el otro por debajo de esa zona, de ahí se pone en la postura deseada.

Siendo dos celadores también se puede usar una sábana, se dobla la sábana a la mitad y se mete por debajo del paciente desde los glúteos hasta los hombros, se sujeta la sábana por los laterales fuertemente y se mueve al paciente tirando de ella.
Cuando el paciente colabora el cambio postural lo puede realizar un solo celador colocándose a un lado de la cama a la altura de la cadera. El paciente se agarra a la cabecera de la cama y flexiona las rodillas colocando la planta de los pies sobre la cama, el celador pone sus brazos bajo las caderas y con la ayuda de la fuerza que ejerce el paciente con los pies se le levantará.

El celador no solo tiene que cambiar de postura a estos pacientes si no que, debe de tener en cuenta su estado anímico y mostrarse empático con ellos, no deben hacer comentarios que puedan ofender ni al paciente ni a los familiares y deben ser consecuentes con su trabajo, el trato con los pacientes debe ser igual que con los demás, no por ser pacientes terminales se les debe de tratar de forma distinta.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que el celador no solo tiene como objetivo mover al paciente terminal si no que debe de hacerlo con el mayor cuidado posible y sin friccionar ni rozar en la medida que le sea posible. La prevención en la aparición de las úlceras por presión es fundamental ya que es el mayor problema que se puede encontrar en un paciente que no se mueve mucho. Las necesidades de cambiar de postura

precisamente vienen en parte por este problema y por ello el celador debe ser consciente de la importancia de su trabajo.

Las técnicas a utilizar deben de estar claras ya que el sobreesfuerzo al realizar un movimiento mal puede provocar una lesión en el celador o incluso, puede hacer daño al paciente. Los movimientos con el paciente se realizarán siempre seguros y sin ninguna duda de que se va a emplear la técnica correcta.

Es importante tener todos los conocimientos claros para poder realizar el trabajo correctamente y por ello el celador debe implicarse con el paciente y con su dolencia.

6 Bibliografía

- Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2005). ¿ Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas, 34(2), 46-68.
- Buisán, R., & Delgado, J. C. (2007). El cuidado del paciente terminal. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 30, pp. 103-112).
- Ramos, A. M., & Pérez, E. M. (2010). Las vivencias de una enfermera ante la enfermedad terminal y los cuidados paliativos. Archivos de la Memoria.
- García-Santiago, M. E. (2016). Atención de enfermería en el Control de Dolor del paciente de cuidados paliativos.
- Milla, V. M. A. (2012). Cuidados en Ulceras Por Presion Parte i. Lulu. com.
- CÓRDOVA LEIVA, B. I. (2009). TÉCNICA DE BAÑO DE ESPONJA DEL PACIENTE GERIÁTRICO ENCAMADO (Bachelor's thesis).
- García-Verdugo, M. F. A., Hernández, M. T. G., & Palomo, R. R. (2007). Lesionado medular: cuidados generales e higiene. Revista ROL de enfermería, 30(5), 31-39.
- CÓRDOVA LEIVA, B. I. (2009). TÉCNICA DE BAÑO DE ESPONJA DEL PACIENTE GERIÁTRICO ENCAMADO (Bachelor's thesis).
- Peña, M. H., Talledo, N. M., Ruiz, E. O., Gómez, J. L., Ruiz, A. R., Miguelez, A. G., ... & Díaz, J. L. (2017). Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. Medicina Intensiva, 41(2), 78-85.

Capítulo 898

EL CELADOR Y LA INTIMIDAD DEL PACIENTE

JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

La intimidad es un concepto único para cada individuo, subjetivo e influenciado enormemente por la educación, edad, sexo, etnia, religión, etc. El término intimidad deriva del superlativo intimus y representa lo más interior del interior de cada persona. Está definida como parte reservada o más particular de los pensamientos, afectos o asuntos interiores de una persona, familia o colectividad. La Real Academia de la Lengua Española lo define como ”zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia” cualidad de íntimo: ”lo más interior o interno”.

La intimidad y la privacidad durante la asistencia sanitaria son valores cada vez más apreciados por el ciudadano y así ha quedado reflejado en las últimas encuestas de satisfacción de usuarios.

2 Objetivos

- Identificar las características relacionadas con el concepto de intimidad desde una perspectiva integral, esto es, desde el punto de vista de los pacientes y desde los propios profesionales como el celador en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Estudio cualitativo realizado a través de la convocatoria de grupos focales de opinión, dirigidos a pacientes (y/o cuidadores principales) ingresados en la unidad de enfermería del servicio de neurología de nuestro hospital, y profesionales del mismo servicio.

Se ha realizado una revisión bibliográfica relativos a legislación en bases de datos desde 1984 a 2019, como son: la declaración de los derechos humanos, la constitución española, la Ley Orgánica de Protección de Datos o la Ley sobre Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, así como búsqueda de lectura de artículos relacionados con el tema publicados en estos últimos años.

4 Resultados

Hemos podido comprobar que la opinión de profesionales y pacientes coinciden en algunos aspectos, y dejan otros expuestos a ampliar nuestra perspectiva respecto a la oferta asistencial que hacemos con el fin de mejorarla.

La mejora de la intimidad de los ciudadanos en el ámbito sanitario pasa ineludiblemente por la incorporación de pautas de comportamiento de los profesionales, que tengan presente al paciente, no como objeto de cuidado, sino como persona en el amplio sentido del término. El derecho a la privacidad, confidencialidad e intimidad de los pacientes está perfectamente reconocido y protegido por la legislación.

El derecho a la intimidad tiene el rango de derecho fundamental en la Constitución Española y se encuentra protegido por la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen. Tanto la Ley General de Sanidad, como la Ley de Autonomía del Paciente , establecen el derecho a la intimidad como uno de los derechos esenciales de los ciudadanos en relación a la atención sanitaria.

En ocasiones, somos testigos de cómo el mantenimiento de la intimidad dentro del hospital es olvidado a favor de otros aspectos más técnicos y necesidades consideradas más básicas por el sistema sanitario, que giran todas ellas en torno a la enfermedad más que alrededor del propio paciente. ”Es preciso reflexionar sobre cómo los profesionales nos posicionamos ante el paciente, cómo damos la máxima prioridad a la atención física, dejando de lado la dimensión emocional

y psicológica de la persona; si esto lo contempláramos, a través de las diversas estrategias implícitas en el cuidado, generaríamos gran satisfacción en nuestros pacientes" (1).

El derecho a la intimidad debe ser preservado desde dos aspectos: la confidencialidad o protección de los datos relativos a la salud del paciente y la protección de la intimidad personal que tiene su punto de partida en la intimidad corporal y llega a la del constructo de los valores y creencias. El paciente, consiente de forma tácita ser explorado y observado, pero esto no supone que renuncie por ello a su intimidad. También se debe cuidar este aspecto desde un punto de vista psicológico en relación con el deseo de la persona de permanecer en soledad o en el anonimato, respetando su vida privada y autonomía (1). La función de cuidar, pone al profesional enfermero en contacto con aspectos de la intimidad, que requieren de una sistemática profesional de aproximación a la persona cuidada. Puesto que esa aproximación se justifica sólo por y para las acciones de cuidar, dichas acciones han de realizarse de forma compartida, aceptada y ejecutada en condiciones de intimidad, entre el paciente y el profesional de enfermería (7).

Si queremos que nuestros ciudadanos se beneficien de un concepto de salud entendido como la plenitud de la felicidad de la persona, es muy importante la formación de enfermería en estos y otros aspectos éticos, el establecimiento de políticas de salud en las que se fundamente el respeto por la autonomía y la dignidad humana y que los gestores y los Comités de Ética de las Instituciones garanticen unos cuidados enfermeros centrados en el cuidador.

5 Discusión-Conclusión

La mejora de la intimidad del cliente exige la incorporación de pautas en el comportamiento de los profesionales que están en contacto con el. Si complementamos la atención física con la dimensión emocional y psicológica generaremos gran satisfacción en los pacientes. Siempre hay que tener en cuenta que el paciente no es un número sino una persona en el sentido más amplio de la palabra.

La mejora asistencial supone un enfoque integral en el abordaje de la intimidad y promueve la aproximación entre la oferta de cuidados, la calidad percibida y las expectativas de nuestros clientes. Se consigue favorecer la intimidad complementando al cincuenta por ciento la atención física con la dimensión emocional y psicológica del paciente. Combinando diversas estrategias implícitas en su cuidado con una buena coordinación del personal, utilizando barreras como son: cortinas

o biombos. Deberíamos presentarnos y llamarles por su nombre. Es muy importante la confidencialidad de los datos.

6 Bibliografía

- Durán Escribano M. La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad: una reflexión desde la ética. Rev Rol Enferm. 1999 abr. 22(4):303-307.
- García Ortega C y Cózar Murillo V. La intimidad del paciente: novedades legislativas. Med Clínica. 2000 oct. 115(11):426-427.
- Quero Rufián A. Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. Enferm Clínica 2003; 13(6):348-356.

Capítulo 899

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS.

RUFINA RODRIGUEZ DIAZ

1 Introducción

La agitación es un estado desagradable de emoción o excitación extrema, la persona se puede sentir emocionada, tensa, confundida, excitada o irritable. La agitación puede ocurrir con trastornos cerebrales o salud mental como la ansiedad, depresión, manías, esquizofrenia y demencia.

2 Objetivos

- Identificar al paciente.
- Conocer su historial médico.
- Transmitir criterios de buenas prácticas.
- Analizar la situación y resolver las dificultades que puedan suceder.
- Determinar las causas para poder curarlo.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad.
- Garantizar la seguridad del paciente y del personal sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Descriptores: “paciente”, “agitado”,”ansiedad”, “depresión””hostilidad”.

4 Resultados

Para afrontar cualquier hostilidad y reducirla hay que: escuchar, empatizar, preparar la situación y ser recompensante. Para hacer ver al al paciente el daño que se puede producir con su actitud hostil hay que: expresar sentimientos, emplear el mensaje “yo”. Cuando llega a urgencias un paciente que muestra una conducta , agresiva, violenta y agitada mostrando una amenaza para él o para el resto de personas, se procede a la inmovilización bajo prescripción médica.

La contención mecánica es una medida terapéutica para inmovilizar total o parcial la mayor parte del cuerpo de un paciente que lo precise; es necesario para ello la colaboración del celador y de 4 a 5 personas; para ello se necesitará: un cinturón ancho abdominal, los botones de sujeción con sus correspondientes cierres de imán, 2 sujeciones para las muñecas y 2 para los tobillos. Si lo hospitalizan se comunica al juez en 24 horas.

5 Discusión-Conclusión

Cuando llega un paciente agitado a la unidad de urgencias, el celador deberá llamar al enfermero, separarlo del resto de pacientes colocarlo en una habitación con luz suave, evitar las voces y mantener la seguridad de él y del personal sanitario. Evitar movimientos bruscos, hablarle con claridad y tener una escucha activa. No se puede trasladar a un paciente agitado hasta que no se garantice su seguridad.

6 Bibliografía

- https://www.fisterra.com/guias-clinicas/el-paciente-agitado/
- https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-1-comu15[1].pdf
- https://www.codem.es/
- https://www.researchgate.net

Capítulo 900

LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN AL USUARIO EN EL ÁMBITO SANITARIO: PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

ESTHER LORENCES CIMA

LORENA PERERA IGLESIAS

CELIA MACÍAS CANEDA

1 Introducción

La interacción de las personas con el medio que les rodea depende de las distintas capacidades y de las características del entorno. Para que se produzca satisfactoriamente es necesario que el diseño del entorno, producto o servicio permita interactuar al máximo de personas con capacidades funcionales diferentes. Desde esta perspectiva surge el Diseño Universal, que implica diseñar entornos que respeten una serie de principios de los cuales destacan especialmente dos en el ámbito que nos ocupa: el principio de equidad de uso el de información perceptible de forma eficaz para todos los usuarios independientemente de las condiciones ambientales o de sus capacidades.

Teniendo en cuenta los principios del Diseño Universal y amparándose en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU (2006), ratificada por España, que establece la adopción de medidas de accesibilidad en

el ámbito público y social que incluyen los sistemas de comunicación aumentativos, se busca adoptar en el medio sanitario las medidas de comunicación que facilitan la inclusión de las personas con trastorno de espectro autista (TEA).

Según el Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders V (DSM V 2013), los criterios diagnósticos del trastorno de espectro autista (TEA) se concretan en la concurrencia de déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por todos los siguientes síntomas (actualmente o por los antecedentes):

- Dificultades en reciprocidad socio-emocional; varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
- Déficits en conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social; varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal o no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o déficits de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
- Dificultades para desarrollar, mantener y comprender las relación. Estas dificultades varían, por ejemplo, desde las dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas (actualmente o por los antecedentes):

- Movimientos, utilización de objetos o hablar estereotipados o repetitivos (por ejemplo estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
- Adherencia excesiva a rutinas, patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado o resistencia excesiva a los cambios (ejemplos: gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
- Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (ejemplos; fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
- Hiper- o hipo-reactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (ejemplos; indiferencia aparente al dolor/temperatura,

respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación visual por las luces u objetos que giran).

Además, en el DSM V se especifica que los síntomas deben estar presentes en la infancia temprana (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida), y el conjunto de los síntomas limitan y alteran el funcionamiento diario.

Respecto a la severidad, se describen tres niveles para cada una de las dos dimensiones que forman los criterios diagnósticos. Estos niveles se refieren al grado de ayuda necesaria para cada uno de los dominios (”necesita ayuda muy notable”, ”necesita ayuda notable” o ”necesita ayuda”).

2 Objetivos

- Diferenciar los objetivos específicos y generales de personas con TEA.
- Reconocer la importancia de una formación especializada para el profesional sanitario en TEA.

3 Metodología

Se busca información relevante acerca de las características de las personas con TEA, especialmente las referidas a sus dificultades para entender el entorno y a las relacionadas con los canales comunicativos que les favorecen. Asimismo, se recopila información sobre distintos sistemas de comunicación aumentativos.

Se analizan las situaciones ambientales y comunicativas que dificultan el acceso a la información en el ámbito sanitario para las personas con trastorno de espectro autista y se busca y determinará la implementación de un sistema de comunicación aumentativo inclusivo que favorezca su comprensión del entorno.

Para el análisis del entorno se utiliza una matriz DAFO que ofrece información acerca de las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades con las que se cuenta en el ámbito sanitario. A partir de los datos recabados, se diseña la implementación de un sistema de comunicación adecuado a las características perceptivas de los usuarios con TEA.

4 Resultados

Con la puesta en marcha de este estudio se demostró que los usuarios con TEA que acudieron a estos centros hospitalarios manifestaron un menor índice de conductas alteradas acompañado de una comprensión mucho más positiva que cuando la información se les ofrecía únicamente de forma oral. Asimismo, la práctica de esta metodología resultó beneficioso para los usuarios y pacientes de edades avanzadas con dificultades de audición y/o comprensión del entorno.

Es decir, el uso de señalética con pictogramas aumentó la satisfacción de los usuarios y familiares, tanto de personas con TEA como con otras dificultades de comunicación.

Objetivos específicos:
- Instalar señalética en zonas de atención, admisión, exploración y hospitalización, utilizando los pictogramas (Por ejemplo, los alojados en arasaac.org).
- Implantar el uso de descriptores de técnicas básicas de exploración empleando para ello, el pictotraductor araword.
- Conseguir un nivel de abstracción y simbolismo del sistema en función con la capacidad del usuario para su uso.
- Valorar las características generales de la implementación de este sistema comunicativo: versatilidad, generalización de los recursos, nivel de dificultad…
- Evaluar la finalidad del uso del sistema de comunicación aumentativo, así como la posibilidad de portabilidad, flexibilidad, adaptabilidad, velocidad, y accesibilidad, etc., en todo el entorno sanitario. Es aconsejable que esta evaluación se realice de forma periódica, analizando los puntos débiles susceptibles de ser mejorados y reforzando aquellos que han dado resultados positivos.

Objetivos a alcanzar por parte del usuario:
- Anticipar las situaciones que se va a encontrar en los diferentes espacios y con ello minimizar el estrés y las conductas alteradas.
- Contribuir al concepto de permanencia de un objeto, es decir, facilitar el desarrollo de las habilidades cognitivas del usuario.
- Comprender que una representación simbólica visual puede servir como señal comunicativa, y en muchos casos, puede sustituirla.
- Capacidad para establecer y mantener contacto visual entre el usuario TEA y el profesional sanitario.
- Satisfacer la intención comunicativa del paciente, intenciones, atribuciones y posibilidades; para ello el profesional debe implicarse al máximo y empatizar

con el usuario.
- Favorecer la buena comprensión y discriminación visual de estímulos relevantes, tan importante en la cotidianidad diaria y tan útil en un proceso asistencial sanitario.
- Conseguir la capacidad de permanecer con la atención centrada en una tarea en un espacio corto de tiempo.
- Alcanzar la capacidad para seguir órdenes y orientaciones realizadas en lenguaje verbal apoyado en lenguaje visual y gestual.
- Posibilitar la indicación del símbolo elegido.

Para la puesta en marcha de este estudio se toman como participantes los 15 mejores hospitales públicos de nuestro país, entre los que se encuentran el Hospital Universitario La Paz, Hospital Clínic de Barcelona y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se planificará el estudio atendiendo a la situación de partida de cada uno de los centros, analizando el nivel de aplicación de este tipo de medios de inclusión. Al final del estudio, se analizarán las carencias observadas, así como los beneficios alcanzados con las mejoras que podrían desarrollarse en cada uno de ellos.

Se analizará el nivel de implantación de un sistema de comunicación aumentativo favorecedor de la comprensión a personas con TEA, así como la formación especializada en este tipo de trastornos, recibida por parte del personal sanitario. En los casos de los centros hospitalarios que no hayan desarrollado ningún tipo de sistema de comunicación aumentativo, se definirán las causas de este retraso, bien sea por escasez de recursos económicos, o por la falta de sensibilización hacia las necesidades comunicativas de las personas con condición de espectro autista.

La toma de decisiones para elegir el sistema más adecuado será llevada a cabo por un equipo interdisciplinar.

5 Discusión-Conclusión

No se sabe con seguridad el número de casos de personas con autismo que existen en España, ya que aún no contamos con estudios poblacionales ni censos oficiales, pero las cifras de estudios epidemiológicos realizados en Europa apuntan una prevalencia de aproximadamente 1 caso de TEA por cada 100 nacimientos (Autism-Europe aisbl 2015).

Sin embargo, y a pesar del desarrollo que han experimentado la investigación y los recursos especializados desde que se describieran por primera vez las características de este trastorno, en nuestro país aún nos encontramos actualmente con importantes vacíos en relación a aspectos básicos para la calidad de vida de las personas con TEA y de sus familias. Éstos se extienden a todos los ámbitos, desde la detección precoz o la atención temprana, a la educación o los apoyos para que las personas con TEA desarrollen una vida independiente en la vida adulta, y participen plenamente como ciudadanos de pleno derecho en la sociedad. Por todo ello es imprescindible realizar una propuesta firme a la Administración Sanitaria la puesta en marcha de medidas de discriminación positiva para mejorar la atención a estos usuarios con TEA, atajando situaciones de desventaja.

Uno de los aspectos a reforzar y en los que debe invertirse los recursos materiales es en la formación del personal sanitario y no sanitario, así como en desarrollar e implementar un sistema de comunicación aumentativo que favorezca la interacción de las personas con TEA con el medio que les rodea, en este caso, el sanitario.

Superarán con estos cambios basados en la humanización de la atención al usuario:
- Su escasa tolerancia a las esperas, en ocasiones tan frecuentes en el ámbito sanitario.
- La dificultad, que en ocasiones existe, para realizar pruebas diagnósticas (rechazo, ansiedad, miedos, falta de adaptación a materiales y recursos…).
- Problemas de comunicación que traen como consecuencia la dificultad para la comprensión de la información, y hasta el propio diagnóstico y tratamiento a seguir.
- Dificultad para identificar y expresar sus estado físico y/emocional, al no ser capaces de poder expresar su malestar, la intensidad de los síntomas o el tiempo de aparición de éstos.
- Ansiedad ante las nuevas situaciones.

Por último, señalar que una atención sanitaria adecuada a las personas con este y otros tipos de trastorno, es un indicador más de calidad del sistema sanitario. Una Sanidad capaz de atender a la diversidad, consigue dar respuesta a las necesidades y demandas más específicas, por lo que beneficia por extensión a todos los ciudadanos.

6 Bibliografía

- CARR, E. et al. Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento. Guía práctica para el cambio positivo. Madrid: Alianza, 1994/1996.
- CONFEDERACION AUTISMO ESPAÑA. Autismo Calidad de Vida. Madrid: Confederación Autismo España- IMSERSO, 2003.
- CUESTA GÓMEZ, J.L. Trastornos del espectro autista y calidad de vida. Guía de indicadores para evaluar organizaciones y servicios. La Muralla, S.A., 2009.
- Investigaciones sobre autismo en español: problemas y perspectivas. BELINCHON, M. (2010) Ed. Paradox.
- HAPPÉ, F. Introducción al autismo. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
- https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/v._12.30_humanizando_la_salud_dulce.pdf
- http://www.autismo.org.es/
- http://www.arasaac.org/
- https://www.mscbs.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/estrategiaEspanolaAutismo.htm

Capítulo 901

EL CELADOR ANTE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

ARÁNZAZU ANDRÉS GALLARDO

MARIA PILAR ROCES ABRIL

1 Introducción

Infección nosocomial es aquella adquirida en el medio hospitalario, denominada también infección hospitalaria o infección asociada a la atención sanitaria (IAAS), y que no estaba presente en el paciente, ni en fase de incubación en el momento del ingreso. Se desarrolla después de 48 horas del ingreso hospitalario, o bien, si la infección ocurre tres días después del alta hospitalaria, o dentro de los 30 días después de la intervención quirúrgica. Así mismo, incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como como "cualquier enfermedad microbiana, reconocible clínicamente, que afecta a los pacientes como consecuencia de ser admitidos en un hospital o atendidos para tratamiento, y al personal sanitario como consecuencia de su trabajo".

Las infecciones que se adquieren fuera del entorno hospitalario se conocen como infecciones comunitarias.

Las IAAS provocan la prolongación de las estancias hospitalarias, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, elevados costes adicionales para los sistemas de salud y, además, pueden causar discapacidad a largo plazo o, incluso, la muerte.

Muchas infecciones son transmitidas de paciente a paciente mediante las manos de los profesionales, lo que es conocido como infección cruzada. Los microorganismos que adquieren en sus manos los profesionales del centro sanitario durante el contacto directo con los pacientes o con los objetos que les rodean, son conocidos como flora transitoria de la piel de las manos. La flora de la piel se clasifica en flora transitoria y flora residente. La flora transitoria es la que se halla con mayor frecuencia en las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). Esta flora reside en el nivel superior del estrato córneo y se adquiere por contacto directo con los pacientes o con superficies del ambiente asociadas con los pacientes. Estos microorganismos se pueden transmitir después a otros pacientes o al medio ambiente si no se eliminan por fricción mecánica, por las propiedades detergentes del agua y el jabón o por agentes antisépticos. Por tanto, las manos son la principal fuente para transmitir infecciones nosocomiales, de ahí que el lavado de manos sea la mejor forma de evitarlas.

Las infecciones intrahospitalarias son complicaciones en las que intervienen diversos factores de riesgo, que en su mayoría pueden ser susceptibles de prevención y control. El riesgo de enfermar, e incluso de morir, por una infección que no era el motivo de ingreso al hospital está estrechamente vinculado a la calidad de la atención en los hospitales. El celador es, a menudo, el primer profesional con el que tiene el contacto el paciente al llegar al centro sanitario. Podríamos decir que, debido al trabajo que realiza, se expone a factores de riesgo.

Es importante concienciar a los profesionales sobre las ventajas de la vacunación para proteger la propia salud y evitar los riesgos de contagio. Los profesionales de la salud, tanto sanitarios como no sanitarios, constituyen un grupo de riesgo de adquisición y transmisión de determinadas enfermedades de carácter infeccioso. En el medio hospitalario y sanitario tenemos muchos agentes infecciosos, pero hay algunos que tienen especial relevancia, dado el contacto directo que tienen los profesionales con los mismos mientras realizan sus actividades laborales diarias. En una gran parte de los casos, podemos prevenir la propagación de las enfermedades nosocomiales con una correcta formación y a evitar actuar como una fuente de transmisión de enfermedades para los pacientes y sus acompañantes.

2 Objetivos

- Conocer qué es la infección nosocomial.
- Sensibilizar sobre la transmisión de enfermedades nosocomiales en el entorno

hospitalario.
- Describir las medidas de aislamiento y prevención de infecciones nosocomiales por parte de los celadores.
- Conseguir la concienciación de todos los profesionales de las instituciones sanitarias que tienen trato con el paciente de la importancia de practicar las medidas de prevención adecuadamente.

3 Metodología

Este capítulo está basado en una revisión bibliográfica sobre el papel del celador en las medidas de aislamiento y en la prevención de infecciones nosocomiales en el ambiente hospitalario.

La herramienta que hemos utilizado ha sido la búsqueda de información en bases de datos informatizadas como PubMed, Medline y Scielo, en webs especializadas, artículos de revistas y en el metabuscador Google Scholar para consultar determinadas Guías de Práctica Clínica.

Las palabras clave o descriptores empleados han sido “rol del celador”, “infecciones nosocomiales”, “infecciones hospitalarias”, “aislamiento del paciente”, “prevención enfermedad infecciosa”, “desinfección de manos”.

4 Resultados

El modo más común de transmisión de enfermedades infecciosas es la transmisión por contacto, y puede ser por contacto directo con una persona infectada (contacto con sangre u otros fluidos corporales o contacto con piel infectada); o por contacto indirecto, el cual implica un vector intermedio (persona u objeto) contaminado previamente. La transmisión cruzada a través del personal sanitario es el principal mecanismo de transmisión de contacto de microorganismos multirresistentes. Las manos del personal de los centros hospitalarios facilitan la diseminación de estos patógenos durante las múltiples maniobras que se realizan a diario para el tratamiento de los pacientes, debido a una higiene deficiente de las mismas.

El celador es uno de los trabajadores que se mueve por todo el hospital y que está en contacto con todo tipo de pacientes, por lo que resulta un vehículo de transporte de microorganismos patógenos que pueden dar lugar a la transmisión de infecciones a otro personal, pacientes y, por supuesto, a sí mismo. Debido a

la incertidumbre de la presencia de agentes peligrosos, es necesario aplicar unas medidas en el trato con los pacientes, materiales y muestras procedentes de los mismos, conocidas como precauciones universales, que son una serie de medidas básicas destinadas a prevenir la transmisión de infecciones, tanto del paciente hacia el profesional sanitario y no sanitario, como del profesional al paciente. Dichas medidas son:

- Lavado de manos. Es la medida más importante para el control de infecciones exógenas. Se debe realizar antes y después de atender a cada paciente, aunque se hayan utilizado guantes, y lavarse las manos después de quitárselos. Tanto con el uso de agua y jabón líquido, con toallas de un solo uso, como con la utilización de solución hidroalcohólica.
- No comer, beber ni fumar (evidentemente) en el área de trabajo.
- Cubrir heridas y lesiones de las manos con apósitos impermeables.
- No utilizar joyas ni anillos.
- Llevar las uñas cortas y sin barniz.
- Utilizar elementos de protección de barrera (guantes, mascarilla, protección ocular, bata).
- Precaución en el manejo de objetos cortantes y punzantes.

En casos más concretos, se seguirán las precauciones establecidas para patologías infecciosas (aislamientos). El aislamiento es la separación de un individuo que padece una enfermedad transmisible del resto de personas (excepto de los profesionales del centro hospitalario), para evitar la propagación de una enfermedad infecciosa al resto de pacientes, visitantes e, incluso, al personal.
A través de los aislamientos se consigue que las bacterias que ocasionan las infecciones nosocomiales no sean transmitidas de unas personas a otras.

Se llevará al paciente a una habitación con las condiciones adecuadas para evitar el contagio. Estas personas permanecerán aisladas hasta que desaparezca la enfermedad. Debemos comprobar que existe una identificación de aislamiento en la puerta de la habitación, verificar que se cuenta con el equipo y materiales necesarios antes de la acción directa al enfermo, ofrecer entretenimiento al enfermo aislado y dedicar mayores cuidados, siempre teniendo en cuenta las normas del aislamiento.

Las diferentes medidas de aislamiento van a actuar frente a los mecanismos de transmisión de las enfermedades infecciosas. Tipos de aislamiento:

- Aislamiento estricto. Se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades que pueden contagiarse por contacto directo y/o por vía aérea. En este aislamiento

se recomienda habitación individual con presión de aire negativa (flujo de aire desde fuera hacia dentro) y puerta cerrada; restricción de visitas y de entrada de personal; equipo de protección individual: mascarilla, guantes, gorro, bata, gafas e incluso calzas; incineración de fluidos corporales; los artículos contaminados deben desecharse o embolsarse y rotularse debidamente.

- Aislamiento de contacto. El objetivo es evitar la transmisión de microorganismos por contacto, bien de forma directa a través de las manos o a través de un objeto inanimado. Se recomienda habitación individual, aunque puede compartirla con otro paciente con el mismo microorganismo; intentar las menores salidas posibles del paciente de la habitación para la realización de pruebas; equipo de protección individual guantes, al entrar en la habitación, y bata si se prevé un contacto estrecho con el paciente o superficies y material contaminados; este material se pondrá dentro de la habitación y se depositará en un contenedor antes de salir de la habitación, para no producir una contaminación en el exterior.
- Aislamiento aéreo. Indicado en las infecciones que se transmiten vía aérea, de forma que el agente puede quedar suspendido en le aire por un tiempo. Se recomienda habitación individual con puerta cerrada y presión negativa (flujo de aire desde fuera hacia dentro); mascarilla al paciente si se traslada; equipo de protección individual mascarillas con filtro de alta eficiencia y uso de guantes y bata si se prevé contacto con secreciones respiratorias o material contaminado por ellas; limitar visitas; colocar en bolsas los objetos contaminados para proceder a su procesamiento.
- Aislamiento por gotas. El agente se transmite por vía aérea, pero por gotas de mayor tamaño. Se recomienda habitación individual (no precisa presión negativa); limitar las salidas del paciente fuera de la habitación y si sale ponerle mascarilla quirúrgica; equipo de protección individual mascarilla quirúrgica cuando vayamos a estar a una distancia del paciente menor de un metro, bata y guantes si el contacto es estrecho; objetos contaminados embolsar y procesar.
- Aislamiento inverso (aislamiento protector). Se indica en aquellos pacientes que tienen riesgo de contraer una infección por estar inmunodeprimidos (pacientes oncológicos, quemados, trasplantados, etc.). Se recomienda habitación individual con presión positiva (flujo de aire desde dentro hacia afuera); equipo de protección individual bata, guantes, mascarilla, calzas y gorro; restricción de visitas.

El Celador debe llevar a cabo una serie de medidas preventivas, relacionadas con la inmunización activa, las normas de higiene y las normas de instrumentación y manipulación. Las principales recomendaciones generales son:

- Vacunación: Hepatitis B, obligatoria para el personal que entre en contacto directo o indirecto con la sangre u otros fluidos de los pacientes. También son re-

comendables dentro del ámbito sanitario laboral, pero no tienen carácter obligatorio las siguientes vacunas: gripe, tétanos, varicela, rubéola o la triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis).
- Lavarse las manos adecuadamente. El contacto directo es el mayor problema en la transmisión, siendo las manos el principal vector de transmisión. Hay que lavarse las manos entre un paciente y otro, y/o utilizar alcoholes desinfectantes para limpieza de manos.
- Evitar la formación de heridas por accidente laboral y, especialmente con objetos punzantes o cortantes. Éstos deben eliminarse con cuidado, en recipientes específicos y rígidos.
- Evitar el contacto de heridas, llagas, etc. (especialmente en manos) con sangre, líquidos o secreciones de los pacientes. Las heridas existentes en manos deben cubrirse con apósitos y se debe utilizar guantes.
- Utilizar recipientes herméticos e irrompibles para el traslado de muestras.
- Utilizar adecuadamente las prendas de aislamiento (guantes, mascarillas, bata, etc.) en aquellas unidades o ante aquellos pacientes que lo requieran. Los guantes han de ser de un solo uso y deben ser cambiados entre pacientes.
- Cambiar la lencería (sábanas, mantas, etc.) utilizada en camillas o sillas de ruedas en el traslado o movilización para cada paciente. Limpiar superficies potencialmente contaminadas.
-Comunicar inmediatamente al Servicio de Medicina Preventiva cualquier exposición accidental con sustancias biológicas o materiales potencialmente contaminados.

El celador debe comprobar que haya una advertencia en la puerta del paciente que indique el tipo de aislamiento que se requiere. Después, debe de verificar que disponga de todos los equipos necesarios para poder entrar en contacto con el paciente sin poner en peligro su salud o la de los demás.

Principalmente los celadores se encuentran en riesgo de contagio por contacto debido al trabajo que desempeñan en la movilización de pacientes en los hospitales y en sus traslados por las diferentes dependencias hospitalarias. Del mismo modo se exponen mucho al contagio por vía aérea de enfermedades.

La utilización de guantes en los cuidados sanitarios es una medida que reduce la transmisión de patógenos entre pacientes. Su uso disminuye la contaminación de las manos del personal del centro y la consiguiente posibilidad de transmisión de patógenos a otros pacientes. El uso de guantes es una medida importante, pero no exime de una posterior y correcta higiene de manos.

Los guantes pueden contaminarse durante el cuidado de los pacientes y se han de cambiar al realizar procedimientos de una zona limpia, si previamente se ha actuado sobre una zona contaminada. Durante los cuidados al paciente puede producirse la rotura de los guantes o durante su retirada, por lo que la higiene de manos es también necesaria después de la retirada de los guantes
Las infecciones nosocomiales están directamente relacionadas con la carga de trabajo, tanto del personal sanitario como no sanitario.

Son numerosos factores los que influyen en la transmisión de infecciones nosocomiales, pero el celador puede intervenir en su prevención. Para esta prevención es fundamental la formación y la utilización de elementos barrera. Impartir talleres de formación en cosas tan sencillas como el lavado de manos, el uso de guantes, las soluciones hidroalcohólicas, evitaría gran cantidad de infecciones nosocomiales. Solamente utilizando éstos tres pasos, traerían consigo grandes beneficios para el paciente y los profesionales

5 Discusión-Conclusión

El correcto cumplimiento de las medidas de aislamiento, precauciones estándar o precauciones de transmisión por parte del personal sanitario y no sanitario, disminuyen la transmisión cruzada de infecciones y, por tanto, reduce el índice de infecciones nosocomiales, por lo cual es muy importante la formación y educación de los profesionales.

El contagio a través de las manos del personal es la principal fuente de transmisión de enfermedades nosocomiales, por lo que la higiene de manos es la principal medida a tomar en la prevención de las mismas. Un método tan simple como el lavado de manos reduce notablemente las enfermedades transmitidas por contacto con su consiguiente ahorro económico y personal.

Durante la atención a pacientes hospitalizados se deben aplicar medidas estándar independientemente de su diagnóstico. El celador, cuya labor es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo, como personal no sanitario, tiene que conocer los diferentes tipos de aislamientos existentes y su forma de proceder en cada uno de ellos en beneficio del paciente, de los visitantes, del resto de profesionales y de su propia integridad personal, minimizando al máximo el riesgo por contagio y transmisión de infecciones intrahospitalarias. De ahí la importancia en su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

El celador debido a que está en contacto directo con múltiples pacientes ya que trabaja movilizando enfermos, trasladando pacientes y aparatos entre diferentes áreas, puede convertirse en vector transmisor de diferentes enfermedades. La inmunización activa, el seguimiento de las normas de higiene (especialmente el lavado de manos), de instrumentación y de manipulación son las principales herramientas con las que cuenta este profesional para evitar el contagio y la propagación de enfermedades.

El reto de la sanidad pasa por lograr una mayor adherencia del personal sanitario y no sanitario, ya que la mejor arma contra las infecciones nosocomiales es la prevención.

La concienciación del personal es necesaria para contribuir a la reducción de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, así como también es importante para reducir el coste económico y los problemas de salud que éstas ocasionan. Una buena formación se traduce en un uso correcto de las medidas de prevención, de aislamiento y de los equipos de protección individual, evitando los posibles contagios y la propagación de las enfermedades infecciosas.

Los aislamientos de pacientes en el medio hospitalario se han diseñado con el fin de prevenir la diseminación de microorganismos entre el paciente, personal hospitalario, visitantes y equipos. Las precauciones de aislamiento hospitalario buscan cortar la cadena de transmisión de la gente infeccioso, disminuir la incidencia de infección nosocomial, prevenir y/o controlar brotes y racionalizar el uso de recursos.

Para finalizar, es fácil deducir que un factor importante en estas infecciones es el factor humano: personal no sanitario, personal sanitario, enfermos, visitas, etc. Por lo cual, la formación del personal y su actuación forman parte de la solución de este problema, ya que las infecciones intrahospitalarias están estrechamente vinculadas a la calidad de la atención en los hospitales.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales: guía práctica. Ginebra: OMS; 2003
- http://www.index.
- http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/03/08/60693.
- Sánchez Paya J, Galicia García MD, Gracia Rodríguez RM, García González C,

Fuster Pérez M, López Fresneña N, et al. Grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre la higiene de manos. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Internet].2007Jun.
- El aislamiento hospitalario: ¿factor predisponente para la presentación de problemas de calidad en la atención? Marisol Tamayo-Vélez y Luz Marina Quiceno Valdés. Disponible en: http:// www.scielo.org.com
- Higiene de las manos - Artículos – IntraMed Disponible en www.intramed.net
- Intervención educativa sobre infección intrahospitalaria. Disponible en scielo.sld.cu › scielo
- CELADORES ONLINE de INSTITUCIONES SANITARIAS. Disponible en celadoresonline.blogspot.com › tema-30-enfermedades

Capítulo 902

PROTECCIÓN DEL CELADOR ANTE EXPOSICIONES CASUALES DE SANGRE Y/O DE FLUIDOS

YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

NURIA SANCHEZ LOBO

PABLO ALVAREZ MURCIANO

MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ

1 Introducción

Todo el personal deberá utilizar las medidas adecuadas para prevenir el contacto de piel y mucosas con sangre y/o fluidos corporales.

Las medidas de protección individual son:
- Uso de guantes.
- Uso de mascarillas.
- Uso de protecciones oculares.
- Uso de batas o delantales.

Estas medidas se usan para realizar cualquier técnica, para la manipulación, transporte y limpieza de objetos posiblemente contaminados con sangre y/o fluidos.

Primeramente se protegera cualquier erosión o herida para evitar un posible contacto. Se actuará con precaucion en el manejo de objetos punzantes o cortantes para evitar heridas.

No se enfundaran las agujas utilizadas en el capuchon, ni se doblaran, ni se separaran manualmente de las jeringas. Las agujas utilizadas, los objetos punzantes o cortantes de un solo uso se depositarán en sus correspondientes contenedores. Se deshecharan los guantes después de cada contacto, en caso de que se rompan o se perforen.

Cualquier zona que haya estado en contacto con sangre y/o fluidos corporales se lavara inmediatamente y se comunicará el accidente a quien proceda. Los riesgos biologicos que pueden darse en hospitales y otros centros sanitarios son las infecciones víricas o bacterianas, algunas tan graves como la hepatitis (A, B, C o D) y el VIH(sida).

2 Objetivos

- Prevenir los contagios por accidentes biologicos patógenos (por eso es tan importante seguir las normas de protección).

3 Metodología

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

4 Resultados

Un uso correcto de guantes, mascarillas, protecciones oculares y batas o delantales junto con unas normas de prevención como el lavado de manos tantas veces sea necesario o la precaución a la hora de manipular objetos posiblemente contaminados minimizaria los contagios viricos y bacterianos que actualmente estan en unos niveles muy bajos.

5 Discusión-Conclusión

En el caso de los celadores por ser personal no sanitario, no manejan la suficiente información ni conocimiento del riesgo que padecen. ¿Como saber hasta que punto es peligroso lo que transpotamos, si desconocemos lo que es? Debería ser un grupo con más información y formación acerca de los riesgos biologicos.

6 Bibliografía

- https://wwwojasalud.es>profesionales.

Capítulo 903

CONFLICTOS Y RESOLUCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO

FRANCISCO JAVIER MARQUEZ BULNES

ESTHER LORENCES CIMA

CELIA MACÍAS CANEDA

1 Introducción

En el ámbito Sanitario como en cualquier empresa el trabajo en equipo conlleva tener contacto con distintas personas lo cual con el paso del tiempo puede generar una serie de conflictos o bien por roces entre compañeros, por problemas con las funciones a desarrollar o por exigencias de la plantilla.

La definición de conflicto "es una situación en la cual dos o más personas con intereses diferentes entran en confrontación, oposición o emprenden acciones, mutuamente antagonistas, con el objetivo de dañar o eliminar a la parte rival, incluso cuando tal confrontación sea de manera verbal o agresiva para lograr así la consecución de los objetivos que motivaron dicha confrontación." En el ámbito sanitario se puede llegar a decir que puede existir cuatro tipos de conflictos:

- El profesional. En caso de discrepancias a la hora de desarrollar el trabajo, en la organización y comunicación entre el personal sanitario y no sanitario así como la limitación de recursos físicos y temporales de la institución hospitalaria. El investigador Juan José Beunza investigador y director del departamento clínico de la Universidad Europea de Madrid desarrolló un estudio sobre los conflictos laborales en un hospital de España donde los médicos consideraban que

su equipo de trabajo eran otros facultativos especialistas de otros departamentos con los que se contaba para tratamiento y diagnóstico. Al comentarles si existía algún tipo de desavenencia con enfermeros, auxiliares, celadores o secretarías comentaron que no, que ellos eran quienes daban las instrucciones y ellos/as las cumplían. Sin Embargo al preguntar a los enfermeros que quien componía su equipo de trabajo estos comentaban que los médicos, secretarias, compañeros de enfermería, celadores, auxiliares, pero que sí, existían conflictos con los facultativos porque estos no escuchaban ni respetaban su trabajo ya que imponen su autoridad médica en decisiones que no son médicas.

- El social. Son los conflictos que pueden surgir entre pacientes y familiares en situaciones de ingreso. A menudo a la hora de tomar decisiones hay una serie de conflictos que surgen entre pacientes y familiares, estos conflictos se suceden ante la aparición de efectos adversos, que se pueden presentar en la demora de la realización tratamientos quirúrgicos o la realización de pruebas diagnósticas son algunos de los problemas que pueden surgir o a los que pueden llegar a enfrentarse. En esta toma de decisiones también se pueden ver implicados los sanitarios. Los límites entre la lex artis (conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a los enfermos) y la futilidad médica (cuando un tratamiento que cura o detiene la enfermedad se aplica a un paciente gravemente enfermo con pocas probabilidades de recuperación) esto lleva a tomar soluciones irracionales, producidas por miedos y penas distantes de una asistencia médica adecuada.
- El asistencial. Hay que tener en cuenta que entre médico y paciente se crea una relación de confianza entre desiguales.Donde el médico es la parte más fuerte ya que tiene el poder de sanar, y el paciente tiene la confianza de que este protegerá su salud adecuadamente.El profesional tiene la responsabilidad de no actuar de manera negligente e improcedente no cumpliendo los estándares de las normas, es lo que se conoce como mala praxis.Por ello es importante que exista una buena comunicación entre el personal sanitario y no sanitario con los pacientes.
- En el conflicto legal el desconocimiento de la legalidad en casos como maltrato, violación, accidentes de tráfico, etc., puede dar lugar a inseguridad en caso de actuaciones clínicas con repercusión tipo legal.

En el ámbito laboral los conflictos pueden tomar distintas formas:

- Latente: al no poderlo manifestarlo abiertamente por temor lo hacemos a través de medios como por ejemplo, el absentismo.
- Manifiesto: el conflicto se saca a la luz mediante protestas orales o escritas como la huelga.

Según la posición jerárquica de la empresa:
- Horizontal : este conflicto surge entre compañeros con un mismo nivel jerárquico.
- Vertical: cuando el conflicto surge entre personas de distinto nivel.

Según el número de personas implicadas:
- Individual: cuando el tema a resolver implica solamente a una persona, como por ejemplo reconocer un derecho individual del trabajador. Aquí interactúan únicamente el trabajador y el empresario.
- Colectivo: aquí estarían implicados varios trabajadores frente al empresario.

En el ambiente hospitalario hay distintos profesionales que tienen que trabajar en grupo haciendo que se puedan producir ciertos roces. Cada trabajador tiene un estilo y una percepción diferente de cómo desarrollar el trabajo si ha esto le añadimos la presión que puede surgir para la terminación de éste hace que surjan los conflictos.

Ante una situación de conflicto las personas tienden actuar siguiendo ciertos modelos de conducta:
- Evasión: se trata de ignorar el conflicto.
- Adaptación: la persona ignora el conflicto reprimiendo sus reacciones y descuidando sus intereses.
- Competencia: aquí se utiliza más la coacción y el poder intentando conseguir lo que interesa a costa de la otra persona.
- Compromiso: se intenta llegar a una solución entre las partes.
- Cooperación: cuando ambas partes negocian para que haya un acercamiento de posiciones.

Está claro que los conflictos laborales pueden presentarse en distintas formas pero ninguna de ellas beneficia al trabajador. Según prevención de riesgos laborales todo elemento de riesgo para la salud en el trabajo puede generar en este un estado de ansiedad, depresión, apatía, limitación a la hora desarrollar y tomar decisiones en el trabajo por falta de concentración.

Los conflictos pueden ocasionar unos riesgos psicosociales en el trabajo, la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el trabajo los define como ”aquellos aspectos del diseño, organizacion y direccion del trabajo y de su entorno social que pueden causar daños psíquicos, sociales o físicos en la salud de los trabajadores”. Hay una serie de circunstancias que pueden hacer desencadenar riesgos psicosociales como por ejemplo:

1. Que este no tenga clara sus funciones como trabajador.
2. Por existir una comunicación ineficaz.
3. Por no tener el apoyo de compañeros y direccion.
4. Desavenencias en las relaciones interpersonales.
5. Agresión, violencia y acoso
6. Problemas a la hora de combinar los compromisos personales y laborales.

Todas estas circunstancias pueden hacer desembocar en estrés laboral uno de los riesgos psicosociales en el trabajo. Se crea un desarreglo entre la persona,el puesto y la organización.Este desequilibrio puede manifestarse con temblores, tartamudeos, falta de apetito, bostezos constantes, olvidos, bloqueos mentales, mal humor, etc. Cuando estos síntomas se alargan en el tiempo pueden desembocar en enfermedades físicas como cardiovasculares, respiratorios, cefaleas, musculares, sexuales, etc. O bien psicológicas como miedos, trastornos del sueño de personalidad, etc.

2 Objetivos

- Reconocer las técnicas y vías para solucionar los conflictos laborales.

3 Metodología

La búsqueda organizada y sistemática que ha servido de referencia para la redacción de este capítulo se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: PubMed-Medline,Scielo,Dialnet, así como en el buscador Académico de Google.

Para recabar toda la información necesario hemos utilizado las palabras descriptivas de conflicto laboral, estrés psicosocial, prevención, compromiso, resolución, negociación, arbitraje.

4 Resultados

Es evidente que el objetivo general de cualquier administración es analizar las situaciones conflictivas que puedan desarrollarse entre el personal del ámbito sanitario y proponer distintas vías de solución aplicando diversos métodos para remediar este tipo de disconformidades.

Los conflictos son inevitables en la relaciones laborales es importante tomar las medidas necesarias para su resolución evitando así las consecuencias que estos puedan generar. Hay una serie de técnicas que se pueden seguir para la solución de conflictos:
- Reunir a las partes , con el fin de identificar el problema y resolverlo.
- Crear una meta común,contando con la colaboración de ambas partes.
- Ampliar los recursos, para que las partes involucradas consigan beneficios provocando un ambiente de entendimiento y colaboración
- Minimizar las diferencias existente entre ambas partes y resaltar los intereses comunes.
- Cambiar comportamiento y actitudes.
- Hacer cambios en el grupo bien con traslados, reubicaciones, etc.
- De no llegar a entendimiento la solución puede tomarla la autoridad competente ,debiendo ésta informar a las partes.

Existen otra vías por las que solucionar los conflictos laborales,pueden ser judiciales o extrajudiciales. En las extrajudiciales podemos encontrar:
- La conciliación con la intervención de una persona neutral se intenta acercar a ambas partes pero sin proponer soluciones.
- La mediación consiste en que una persona neutral presente propuestas para la solución y facilite la negociación entre las partes.
- El arbitraje, una persona elegida voluntariamente por las partes o la autoridad laboral (siempre que el conflicto afecte al interés general) resuelve el conflicto teniendo su fallo que ser de obligado cumplimiento.
- La confrontación esta es la ley del más fuerte generando siempre una parte ganadora y otra perdedora.
- Por último queda mencionar la negociación es donde se juntan ambas partes para resolver el conflicto a través del diálogo avanzado hacia un acuerdo mediante la modificación de las demandas iniciales.

Quizá la manera más adecuada para resolver los conflictos sea la negociación para conseguir el objetivo que requiere una relación con otras personas y que no depende de uno mismo solamente.

En la negociación intervienen varios factores como es el número de personas que intervienen en este proceso. Si se trata de una negociación bilateral intervienen dos partes, mientras que en la negociación multilateral existen más de dos partes. La actuación de sus componentes es otro factor ya que se puede negociar de manera directa, cuando las partes implicadas actúan en nombre propio. Puede

ser una negociación delegada cuando la persona que está negociando pertenece a un colectivo defendiendo sus intereses o la negociación cuando ya interviene un tercero, que es cuando las partes implicadas solicitan a una persona neutral para mediar, conciliar y arbitrar en el conflicto.

En todo proceso negociador se debe tener en cuenta el resultado a conseguir debe ser viable,claro, realista y concreto. Las medidas que se tomen para conseguir el objetivo deben ser fáciles de recordar y flexibles, para poder ajustarlas en cualquier momento. Se debe saber escuchar a la otra parte para intentar buscar lo que beneficia a ambas partes, ya que éstas lucharán por sus objetivos con un diálogo duro, incluso agresivo.

Persuadir o negociar significa acercar posturas para conseguir un acuerdo satisfactorio por ambas partes para ello se deben usar argumentos precisos,coherentes y claros. Cuando la negociación logre el acuerdo entre ambas partes, el moderador expondrá conclusiones,estas se expondrán en un documento escrito y firmado por las partes negociadoras.

La vía judicial se utilizará en caso de no llegar aun acuerdo por mediación de una sentencia, dictada en los juzgados y tribunales. A nivel individual se debe intentar minimizar los riesgos psicosociales tomando unas medidas preventivas de cara al individuo como educar, informar,tener cursos formativos. Sería importante mejorar la organización y contenido del trabajo,adaptar el entorno de trabajo,controlar la interrelación de los trabajadores, etc.

5 Discusión-Conclusión

Está claro que los conflictos laborales han ido en aumento en los últimos años por eso tanto las empresas privadas como la administraciones públicas deben de tomar las medidas pertinentes en materia de prevención para que cualquier situación de conflicto sea evitada.

Hay distintos conflictos laborales, cada uno de ellos debe ser tratado de forma diferente, los problemas tienen que ser afrontados de manera más atenta para que no vuelvan a surgir en un corto plazo. Los trabajadores deben sentirse útiles, comprendidos y no ser tratados de forma despectiva por sus directivos, deben sentir que todo funciona gracias a su trabajos.

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia con una sentencia del 20 de noviembre del 2017 determina que ”la deuda de seguridad se conceptúa como

un derecho del trabajador a que su actividad productiva no tenga riesgo y el desarrollo de los de producción y reproducción sean igual de seguros".

Los conflictos demandan nuevas maneras de resolución como la mediación y la negociación. Con todo ello lo que se persigue es tener una buena calidad de trabajo y vida de todas las personas integrantes en el ámbito hospitalario teniendo una buena comunicación ya que el diálogo entre las partes es un elemento primordial, flexibilidad las partes deben estar dispuesta a ceder en sus ideas iniciales, ser razonables evitar propuestas imposibles, ser honestos negociar siempre con honradez y buena fe y sobre todo saber que la peor solución es no llegar aun acuerdo.

Según Nelson Mandela "Si quieres hacer la paz con tu enemigo debes trabajar con él. Entonces se convertirá en tu compañero"
Está claro que el conflicto entre profesionales de la salud tiene una influencia negativa sobre la atención prestada a los usuarios de los servicios de salud. Por eso, es importante aprender a gestionar los conflictos de una manera más eficaz, debiendo ser una prioridad entre enfermeros médicos y otros profesionales no sanitarios de la salud. En este sentido se entiende que desde la administración se deben desarrollar las nociones de abordaje y aprendizaje de una forma reflexiva para afrontar el conflicto desde las bases de la formación profesional.

6 Bibliografía

- Revista de Mediación "Mediando en Salud" https://st-asociados.com
› 2017/09 › entorno-laboral-saludable
- Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio. JC Neffa - 2015 - repositorio.unne.edu.ar
- Riesgos psicosociales en el equipo de salud de hospitales públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. GE Acevedo, J Sánchez, MA Farías… - Ciencia & trabajo, 2013 - scielo.conicyt.cl
- Síntomas del estrés laboral - CinfaSalud https://www.cinfasalud.com
› cuidado-diario › estilo-de-vida › estres-laboral
- Técnicas de resolución de conflictos para personal sanitario https://www.enfermeria21.com
› diario-dicen › tecnicas-de resolucion
- "GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO www.juntadeandalucia.es
- Conflicto - Wikipedia, la enciclopedia libre https://es.m.wikipedia.org

› wiki › Conflicto
- Cómo solucionar los conflictos | Aprender a vivir www3.gobiernodecanarias.org › aperjim › resolucion-de-conflictos
- https://www.eleconomista.es/legislacion/noticias/8801013/12/17/La-empresa-debe-prevenir-los-conflictos-entre-empleados.html

Capítulo 904

LAS TIC: EL GRAN RETO DE LA SANIDAD

CRISTINA COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El sector de la salud es uno de los más importantes en nuestro país debido a la gran cantidad de pacientes que existen. España es uno de los países mas envejecidos del mundo, lo cual conlleva a que necesitemos urgentemente realizar un cambio en el modelo asistencial, implantando un nuevo modelo de atención sanitaria que extienda los cuidados mas allá de los centros de salud y de los hospitales, un cambio que garantice la continuidad asistencial y de cuidados y que nos permita gestionar todo de una manera mucho más eficiente. Las TIC por tanto son la clave necesaria para poder llevar a cabo esta transformación y poder evolucionar los sistemas sanitarios hacia una mejor y más eficiente atención sanitaria.

2 Objetivos

- Mejorar la asistencia de la salud a partir del uso de las TIC.
- Satisfacer las necesidades de los usuarios, garantizando la calidad como máxima prioridad.
- Prestar servicio a los profesionales de la salud para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Las TIC se pueden convertir en el mejor aliado haciendo un buen uso de ellas, aprovechando todas las ventajas y utilizándolas con sentido común.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Aumento de la productividad.
- Mejora de la relación entre el personal sanitario y el paciente.
- Disminución del tiempo requerido para procesar datos.
- Mayor eficacia y eficiencia en el trabajo.
- Una atención sanitaria más segura y más ágil.
- Mejora en la información, siendo ésta más adecuada y suficiente.
- Aumento de la confianza en el sistema sanitario.
- Reducción del coste global de la asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de las TIC en la sanidad ayuda de forma notable a mejorar los resultados en salud de la población, a la par que mejora la eficiencia del sistema y reduce de forma significativa el consumo de recursos, quedando demostrados ampliamente el impacto positivo de las TIC y la mejora en la eficiencia de las mismas, haciendo que el futuro de la asistencia a los usuarios sea imposible de concebir sin ellas. En definitiva: el uso de las TIC es lo que garantiza la sostenibilidad del sistema sanitario sin que ello implique una pérdida de la calidad que tenemos actualmente. Con ello se obtendrá más tiempo y de mayor calidad para salvaguardar la salud y la atención profesional de los pacientes.

6 Bibliografía

- Estudio Ametic: ”Hacia la transformación digital del sector de la salud, 10 medidas para su impulso”.
- Artículo ”Nuevas herramientas en salud”- Revista Med Clin 2012.

- Artículo ” TIC en salud, 10 aspectos a considerar”.
- Artículo ” La humanización de la salud y las nuevas Tecnologías”- Revista Iberoamericana de Bioética.
- Artículo ” Análisis del impacto de las Tic en loa sanidad”-www.fundacionsigno.com.
- Revista Elsevier volumen 14-Nº 2-” Papel de las TIC en la medicina actual”.

Capítulo 905

ACTUACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

YOANA DÍAZ VILLA

1 Introducción

Según el artículo 1 de la LO1/2004, del 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se debe tratar un caso como violencia de género cuando hablamos de malos tratos tanto físicos como psicológicos en la pareja, así como, sobre otras formas de violencia contra la mujer, solo por el mero hecho de serlo, o la trata de mujeres y/o niñas con fines de explotación sexual o mutilación genital femenina.

2 Objetivos

- Trasladar al Juzgado de Guardia el informe médico del presunto caso de violencia de género.

3 Metodología

Cuando una mujer llega a urgencias puede ocurrir que rápidamente el personal sanitario pueda identificar que se trate de un caso de maltrato, suele haber unos indicadores tanto físicamente como psicológicamente que suelen darse en este tipo de casos.

Es entonces cuando el personal sanitario, asegurándose la confidencialidad y que la mujer este sola, mantendrá una actitud empática que facilitara a ésta la comunicación y la expresión de los sentimiento, es cuando se deberá abordar el tema de violencia y dejarle claro a la paciente que nunca está justificada en ningún tipo de relación humana eximiéndola de culpabilidad. Deberá escucharla, explicarle los pasos que puede seguir y sus riesgos en la toma de decisiones.

El personal sanitario le hará un cuestionario para evaluar el tipo de peligro al que está expuesta la paciente y según los resultados serán los pasos a seguir:

- Si no está expuesta a peligro extremo:
El equipo sanitario determinara con la asistencia de lexiones físicas y psíquicas la valoración del riesgo, derivará el seguimiento e informará al pediatra si hay menores a su cargo u otros familiares a quien corresponda.

Será trabajo del sanitario el registrar en la historia clínica el episodio y emitir el informe de la presunta violencia de genero/domestica pero sea el personal de administración el o la que remitirá dicho informe al Juzgado de guardia.
Si la paciente rechaza la ayuda, se deberá dejar una interconsulta a la Trabajadora social para que sea ésta la que comience un seguimiento.

- Si se trata de una situación de peligro extremo:
Tras realizar una atención integral a la mujer por parte del equipo sanitario y determinar una situación de peligro extremo, el equipo administrativo pondrá en conocimiento de de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad (112) el caso para que estos estén en continuo acompañamiento de la paciente. Se derivará de modo urgente a la trabajadora social o al Centro de la Mujer 24h. De haber menores a cargo u otros familiares, se dará aviso al personal responsable.

Será función del personal sanitario emitir un informe médico de la Presunta Violencia de Género/Domestica y registrarlo en la historia Clínica. Pero será trabajo del personal de administración avisar a la Trabajadora Social de urgencia para iniciar el procedimiento de intervención socio-sanitaria. Se deberá remitir el informe al juzgado de guardia con el informe de alta, el parte de lesiones y la hoja administrativa de admisión del parte lo antes posible.

4 Bibliografía

- https://chguv.san.gva.es/documents/10184/894041/.
- http://igualdade.xunta.gal/es/content/que-es-la-violencia-de-genero.

- http://www.inmujer.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/.

Capítulo 906

LOS RIESGOS LABORALES DE LA TURNICIDAD Y LA NOCTURNIDAD EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO

YOANA DÍAZ VILLA

1 Introducción

El trabajo a turnos además de exigir al organismo mantenerse activo en momentos de descasto, y a la inversa, colocan a la trabajadora y trabajador fuera de las pautas de su vida familiar y social provocándole un triple desajuste en el tiempo biológico, social y de trabajo.

Se considera un trabajo nocturno cuando este tiene lugar entre las diez de la noche y las seis de la mañana, y a una trabajadora o un trabajador nocturno cuando como mínimo tres horas de su trabajo diario o una tercera parte de su jornada anual, coincide dentro de ese horario.

Principales consecuencias sobre la salud y bienestar:
• Trastornos gastrointestinales por el cambio de hábitos llevando a la perdida de apetito, digestiones difíciles, ulceras, estreñimiento, gastritis…
• Trastornos del sueño, los cambios y alteraciones del sueño pueden acumular fatiga que puede generar alteraciones nerviosas, dolor de cabeza, irritabilidad, depresión, estrés…
• Insatisfacción personal como sentimientos de abatimiento, dificultad para pensar, depresión, ansiedad, fatiga mental.

• Incremento de la probabilidad de sufrir enfermedades como cáncer de mama, colon, rectal…
• Perturbaciones en los ciclos y duración de la menstruación, problemas de infertilidad, abortos o partos prematuros y con problemas.
• Aumento de los niveles de corticoides en sangre, problemas de huesos, artritis reumatoide, ganancia de peso, diabetes..
• Mayor tendencia al consumo de alcohol, tabaco, excitantes o somníferos.

Principales consecuencias sobre la actividad laboral:
• Reducción del rendimiento.
• Disminución de la capacidad de control.
• Aumento del número de errores.
• Aumento del absentismo laboral.
• Insatisfacción en el trabajo.

Principales consecuencias sobre la vida social y familiar:
• Dificultad para disfrutar del tiempo de ocio.
• Perdidad e amistades por la dificultad de coincidir en horarios.
• Dificultad y empobrecimiento de las relaciones sociales y familiares debido a la falta de tiempo y acumulación de cansancio.

Medidas preventivas a tomar:
- Discutir la elección de turnos con la participación de los trabajadores y trabajadoras para intentar respetar al máximo las necesidades y características de estos y estas, teniendo en cuenta su posibilidad de adaptación dependiendo de sus cargas familiares y/o sociales, de edad o estado.
- Se deberá respetar al máximo el ciclo de sueño, situando los cambios de turno entre las 6 y las 7h, las 14 y 15h y las 22 y 23h.
- Cambiar los turnos cada 2 o 3 días pues los ritmos cardiacos apenas llegan a alterarse, siempre que la vida social y familiar no se vea muy afectada.
- Modificar el sistema de rotación de mañana/tarde/noche a noche/tarde/mañana.
- Fijar dos días libres consecutivos tras el último turno de noche.
- Adaptar las condiciones de trabajo en función del turno.
- Aumentar el número de periodos en los que se puede dormir de noche y reducción de la jornada semanal.
- Facilitar comida caliente y equilibrada y establecer pausas para la ingestión de no meso de 45 minutos.
- Establecer un máximo de 15 años para trabajar a turnos o de noche.

- Establecer un coeficiente reductor de jubilación para los que hayan trabajado a turnos.
- Evitar las cargas de trabajo en el turno de noche y nunca trabajar en solitario.
- Aumentar el tiempo de vacaciones y días de libre disposición.
- Tener informado con antelación al personal del cambio de turno para que puedan conciliar adecuadamente.
- Posibilitar la participación del personal trabajador en la organización de turnos.
- Los turnos de noche y tarde nunca deberán de ser más largos que los de la mañana.

2 Objetivos

Intentar disminuir los efectos negativos que la turnicidad y la nocturnidad tienen sobre el trabajador y trabajadora.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- http://www.sanidad.ccoo.es
- http://istas.net/descargas/gverde/gverde.pdf
- https://slideplayer.es/slide/145226/
- http://www.scielo.org.co
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 907

EQUIDAD LABORAL E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE UN HOSPITAL.

ANA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ

GEMMA ALVAREZ SANCHEZ

JOSE MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

MARÍA BEATRIZ RODRÍGUEZ GREGORES

1 Introducción

Los roles de género y el trabajo han estado íntimamente relacionados desde siempre, las profesiones han estado asociadas a variaciones de género desde la antigüedad, unas supuestamente más apropiadas para mujeres y otras para hombres, siempre dese una perspectiva no igualitaria. Desde una perspectiva machista, siempre ha habido más mujeres en limpieza, enfermería, cocina, etc, y más hombres en labores de mantenimiento, electricidad, climatización, celador.

Esas perspectivas han estado cambiando a lo largo de los años y a día de hoy ya no se tienen en cuenta de la misma forma, en instancias públicas cada vez las relaciones son más igualitarias, tanto en países de habla inglesa como en castellano, cada vez se fomenta más el derecho a la igualdad de oportunidades, integrando

en el personal del hospital a personas según su valía y formación y no según el género.

No obstante en algunas instituciones de índole privado aun mantienen alguna de esas actitudes o creencias, en cuanto a la contratación de personal o al atuendo que deben llevar sus trabajadores, cofias, vestidos, o mujeres para desempeñar la función de enfermera, aun suelen verse en algunos retazos de instituciones privadas.

La equidad e igualad de oportunidades laborales ha avanzado mucho en los últimos años, no obstante aun le queda pro crecer y recorrer. Los avances en nuevas tecnologías han colaborado para minimizar esfuerzos y aumentar posibilidades, así como la equidad de oportunidades en la obtención de títulos académicos para desempeñar diferentes funciones.

2 Objetivos

Destacar la importancia de una relación laboral en la que prime la equidad de género, dentro de un hospital.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos científicos entre los años 2013 y 2020 en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden Plus y Dialnet. Seleccionamos un total de 39 artículos según rango de impacto. Palabras claves: Equidad; Personal; Sanitario; Hospital; Equity; Health.
Se hizo uso de operadores boleanos para relacionar los descriptores utilizados: AND, NOT y OR. Se incluyeron artículos en castellano e inglés. Se tomaron datos de páginas oficiales como la organización mundial de la salud para elaborar la introducción del capítulo.

4 Resultados

La equidad es un aspecto fundamental a tener en cuenta para conseguir una cobertura sanitaria sana e igualitaria. Un aspecto a tener en cuenta debería ser permitir y promocionar al personal más cualificado independientemente del género que posean, permitiendo el acceso a las mujeres en función de su formación y valía a puestos de liderazgo que les permitan participar en la toma de

decisiones así como acceder a un empleo formal y recibir una remuneración justa y equitativa a la que recibe un hombre en esas mismas circunstancias.

Las mujeres que integran el personal sanitario en instancias más básicas como puestos de enfermería, mantenimiento, medicina, administración, limpieza, cada vez están más integradas, con sueldos igualitarios independientemente del género de la persona. No obstante en puestos de gestión y altos cargos aun les cuesta el acceso y los sueldos no suelen ser equitativos.

Las instancias privadas de centros sanitarios, mantienen una cerrada administración en cuanto a la contratación de personal, con unas normativas más estrictas y donde, por lo general, no se respeta la equidad laboral. Enfermeras que se ven obligadas a vestir atuendos supuestamente más femeninos como el uso de cofias o vestidos. Y cargos que van acorde al género de la persona y no a la valía profesional de la misma. Poco a poco se van quedando obsoletas y cambiando con los tiempos y las nuevas actitudes, no obstante son cambios lentos y conservadores.

En la era actual los centros sanitarios, de carácter público principalmente y una gran amalgama de privados están cada vez más centrados en buscar la equidad laboral y la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en cuanto al trabajo. Las contrataciones temporales se realizan por sistemas de puntuación que suman en función de la formación adquirida, la experiencia profesional, y otros aspectos que distan estar relacionados con el género de la persona que los posee. Las contrataciones de carácter permanente se efectúan mediante concurso oposición que supone la realización de un examen para demostrar conocimientos y aptitudes. Estos nuevos sistemas de contratación valoran a los trabajadores por aspectos muy distintos al género que posean en el acceso a los diferentes cargos. No obstante los ascensos una vez dentro de la empresa ya se valoran en función de creencias y aptitudes menos igualitarias. Tal vez sea, esta la siguiente tarea por la que luchar en un futuro.

5 Discusión-Conclusión

La equidad laboral e igualdad de oportunidades en el personal que trabaja en sanidad avanza alegremente a nivel organizativo y funcional. Aunque cada día hay menos diferencias por género, aun queda mucho por recorrer para conseguir la equidad por sexo.

La diferenciación entre instituciones de carácter público y privado aun está bastante distante, las privadas se ven menos forzadas y aun les queda bastante por recorrer, aunque no todas las privadas se pueden meter en el mismo cajón, algunas se comportan a nivel del sistema público.

Las promociones internas de mujeres a cargos de administración, gestión, y liderazgo aun se encuentran bastante obsoletas en ambas instituciones, no se promociona a la mujer de igual forma y en ocasiones la remuneración por cargos similares con igual responsabilidad es inferior si el trabajador pertenece al género femenino.

Podemos concluir en que la equidad e igualdad de oportunidades, ha avanzado mucho dentro del sistema sanitario en los últimos años, no obstante aun le queda por recorrer para llegar a un nivel equitativo independientemente del género del trabajador que desempeñe el cargo.

6 Bibliografía

- Fernández-Sáez, J. Ruiz-Cantero, M. Guijarro-Garvi, M. Rodenas-Calatayud, C. Martí-Sempere, M. Jiménez-Alegre, M. Tiempos de equidad de género: descripción de las desigualdades entre comunidades autónomas, España 2006-2014. Gaceta Sanitaria. 2016; 30(4): 250-257.
- García-Vega, E. Acerca del género y la salud. Papeles del psicólogo. 2011; 32(3): 282-288.
- Piqué Prado, E. Guía de buenas prácticas en Atención Primaria con perspectiva de género. Index de Enfermería. 2011; 20(4): 267-271.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gaceta Sanitaria. 2012; 26(2): 182-189.
- Puyol, Á. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. Gaceta sanitaria. 2012; 26(2): 178-181.
- Calixto, A. Abascal, I. Martínez, P. Construcción y validación de instrumentos para directivos de salud desde la perspectiva de género. Horizonte sanitario. 2015; 14(3): 101-110.
- Carrasco-Portiño, M. Ruiz-Cantero, M. Fernández-Sáez, J. Clemente-Gómez, V. Roca-Pérez, V. Desigualdades en el desarrollo geopolítico de género en España 1980-2005: un determinante estructural de la salud. Revista española de salud pública. 2010; 84: 13-28.

- García-Calvente, M. Ruiz-Cantero, M. Río-Lozano, M. Borrell, C. López-Sancho, M. Desigualdades de género en la investigación en salud pública y epidemiología en España (2007-2014). Gaceta Sanitaria. 2015; 29(6): 404-411.
- Calvente, G. Del-Mar, M. Del-Río, M. Marcos-Marcos, J. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. 2015.
- Gil-Borrelli, C. Velasco, C. Martí-Pastor, M. Latasa, P. La identidad de género, factor de desigualdad olvidado en los sistemas de información de salud de España. Gaceta Sanitaria. 2018; 32: 184-186.
- Gil-Lafuente, A. Torres-Martinez, A. Amiguet-Molina, L. Boria-Reverter, S. Gender equality index of the autonomous communities of Spain: a multidimensional analysis. Technological and Economic Development of Economy. 2019; 25(5): 915-933.
- Adina, M.T. The Gender Equality Index and the Gender Gaps for EU Countries. Ovidius University Annals, Series Economic Sciences. 2014; 14(2).
- Barberá-Heredia, E. Sarrió-Catalá, M. Ramos-López, A. Mujeres y estilos de dirección: el valor de la diversidad. Interven Psicosoc. 2000; 9. Acceso: 20 Enero 2020.

Capítulo 908

LA INTIMIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA DOLORES GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

La práctica asistencial nos lleva a relacionarnos continuamente con pacientes que con frecuencia no se sienten respetados en su intimidad.

La intimidad es el conjunto de sentimientos y pensamientos que cada uno guarda en su interior, es un concepto subjetivo, único para cada individuo, y abarca tanto el aspecto emocional como el físico.

Ya los textos hipocráticos destacaban el deber de secreto como una obligación del buen hacer médico. Esta exigencia fue recogida posteriormente en los códigos deontológicos de todas las profesiones sanitarias, y debido a su relevancia se convirtió en un derecho que emana del respeto a la autonomía del paciente sobre su vida y su intimidad especialmente protegido en la Constitución Española de 1978 como un derecho fundamental, así como en muchas otras leyes de ámbito nacional e internacional.

Destaca la importancia del derecho a la intimidad de las personas el hecho de que, así como la mayoría de derechos desaparecen con la vida de la persona, éste se prolonga después de la muerte.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar los aspectos relativos al concepto de intimidad desde una visión integral, es decir, tanto desde la visión de los pacientes como de los profesionales que intervienen en la asistencia.

Objetivos secundarios:
- Reflexionar sobre cómo los profesionales se posicionan ante el paciente, cómo con frecuencia damos prioridad a la atención física dejando al margen la dimensión emocional del paciente.
- Conocer el marco legal que protege el derecho al intimidad y establecer pautas de actuación para poder mejorar ese aspecto de respeto y protección de la intimidad.
- Marcar pautas para proteger la intimidad en sus tres aspectos:
1. Intimidad corporal: se protege el cuerpo de la mirada y manipulación por parte de otras personas
2. Intimidad psicológica: se respetan sus valores y creencias.
3. Confidencialidad: la protección de los datos relativos a la salud del paciente, así como su deseo de permanecer en el anonimato.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica. Se ha llevado a cabo una búsqueda de libros y artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Cielo; y se han consultado tanto la legislación como la jurisprudencia referentes al tema.

4 Resultados

Quedando patente el gran valor que los pacientes, la legislación y la sociedad en general otorgan al derecho a la intimidad llama la atención la práctica que por contra llevan a cabo los profesionales en numerosas ocasiones, que realizan prácticas contrarias a las leyes y a la propia intimidad del paciente dando más importancia a cuestiones más técnicas dirigidas a proteger la salud y la integridad física del paciente.

Aunque en general en la actualidad tanto los usuarios como los profesionales se muestran más preocupados y concienciados por estos temas.

5 Discusión-Conclusión

Los ciudadanos en general y los pacientes en particular empiezan a ser conscientes de sus derechos y a exigir un mayor respeto y protección de su intimidad, la sensación de estar permanentemente expuestos a la intromisión tiene más fuerza en situaciones de fragilidad, por lo que es necesaria la concienciación de los profesionales que participan en todo el proceso asistencial.

Son constantes las situaciones y factores que vulneran su intimidad; pero sabemos que cuando esto es tenido en cuenta por los profesionales, mediante estrategias y distintos mecanismos, hace que sea uno de los elementos que mayor satisfacción genera en los pacientes. La intimidad del paciente hospitalizado o en atención primaria es relativizada a favor de otras necesidades consideradas más importantes por el personal que presta la asistencia y que giran alrededor de la enfermedad más que sobre el propio paciente.

Por un lado los profesionales sanitarios saben qué es la intimidad y cómo debe tratarse la información y por otro existe un gran desconocimiento de las leyes y de las penas que conlleva la vulneración de este derecho.

6 Bibliografía

- Constitución Española de 1978.
- Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Verdú FA. Secreto profesional médico. Normas y usos. Granada: Comares; 2005: 79-81.

Capítulo 909

USO NO SEXISTA DEL LENGUAJE ADMINISTRATIVO.

MARÍA ISABEL ALONSO RODRÍGUEZ

MARÍA DEL ROSARIO CARBAJAL GONZALEZ

1 Introducción

En el lenguaje administrativo tenemos concebido, de forma tradicional, un único punto de vista, el masculino, excluyendo, de esta manera, a la presencia de la mujer.

El sistema lingüístico castellano incluye diferentes posibilidades para que no se produzca discriminación sexual. Se trata de la utilización de recursos que ofrece nuestra lengua sin faltar a la gramática y sin tener que alargar el texto excesivamente, aunque ciñéndonos al principio fundamental del lenguaje, nos dice que la comunicación debe ser efectiva, por lo que siempre será preferible usar un término más, a que el mensaje resulte equívoco y/o sexista.
Muchas personas son las que consideran que no es necesario nombrar el masculino y femenino cuando ello supone una repetición al tratarse de representar grupos mixtos. Esta afirmación deja de tener veracidad cuando ambos colectivos son diferentes y no se están incluyendo, como pasa cuando hablamos del ciudadano y la ciudadana.Es por ello que entendemos que las palabras masculinas únicamente representan al sexo masculino, excluyendo con ello al femenino, siendo ello un obstáculo ante la igualdad, ocultando a las mujeres y produciendo una ambigüedad en la comunicación lingüística.

Reglas del lenguaje no sexista:

- Modificar el tradicional enfoque androcéntrico de las expresiones nombrando correctamente a mujeres y hombres.
- Sustituir el masculino genérico por términos colectivos, abstractos o vocablos no marcados, perífrasis o metonimias.
- Omitir la referencia directa o hacer uso de infinitivos o pronombres cuando ello no produce a la ambigüedad.
- Hacer uso de las denominaciones de cargos, profesiones y titulaciones en femenino, mediante el fonema de género y/o el artículo.
- Los cargos ocupados por mujeres deberán recogerse en femenino.
- Los documentos administrativos deberán dirigirse a la ciudadanía con fórmulas que nombren específicamente a las mujeres cuando se conoce su sexo, o usando fórmulas que engloben a ambos sexos cuando se desconoce quién será la persona destinataria.
- Se podrá hacer uso mediante barras para formularios de carácter abierto y en determinados encabezamientos. La administración hace utilización de este recurso con frecuencia para la solicitud de diferentes datos. Esta utilización viene marcada por la necesidad de hacer documentos breves, impresos o instancias. Aunque se deberá evitar su uso para la redacción de textos más amplios.
- No es recomendable el uso de la @ al no ser un signo lingüístico.
- Se intentará hacer alternancia en la anteposición de géneros, evitando que el género masculino siempre preceda al femenino.

2 Objetivos

Dar a conocer la desigualdad del uso en el lenguaje evitando con ello la exclusión y desigualdad entre ambos sexos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Cuida tu lenguaje, lo dice todo. Gobierno del Principado de Asturias.
- Lenguaje administrativo no sexista. Instituto Andaluz de la Mujer.
- http://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/lenguaje-no-sexista-en-la-administracion-publica
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 910

LOS RIESGOS LABORALES ERGONÓMICOS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO.

MARÍA ISABEL ALONSO RODRÍGUEZ

MARÍA DEL ROSARIO CARBAJAL GONZALEZ

1 Introducción

Estos riesgos están asociados a las lesiones osteomusculares siendo las enfermedades más frecuentes de este tipo de trabajadores/as pudiendo ocasionar una invalidez permanente.
Se localizan generalmente en la espalda, cuello, hombros, codos y muñecas producto de un esfuerzo único suficiente como un accidente de trabajo o por el sumatorio de varios esfuerzos acumulativos como puede ser la derivación de varias enfermedades profesionales.

Los riesgos laborales ergonómicos en el personal administrativo sanitario pueden derivarse de:
- Postural: Una correcta postura es fundamental para evitar lesiones.
- Movimientos forzados: Tanto con carga como sin ella, pueden provocar contracturas musculares, lesiones articulares y de ligamentos.
- Sedentarismo: La falta de movimiento en el puesto de trabajo provocan debilidad muscular y esto supone un factor de riesgo añadido.
- Uso de pantallas de visualización de datos: El uso de ordenadores, el espacio reducido y su mala ubicación, la colocación del equipo informático da lugar a las malas posturas, riesgo añadidos causantes de lesiones osteomusculares.

Se consideran trabajadores y trabajadoras de riesgo por uso de pantallas de visualización de datos (PVD) aquellas que superen las 4 horas diarias o 20 horas a la semana de trabajo efectivo con este tipo de equipos.
Este tipo de trabajadoras y trabajadores no solo pueden tener problemas de vista o estrés por estar toda o la mayor parte de su jornada laboral frente una pantalla, sino que además les induce al sedentarismo y todas las lesiones musculo esqueléticas que ello conlleva.

Factores de riesgo:
- Mantenimiento de postura estática y prolongada.
- Diseño inadecuado del puesto de trabajo.
- Giros de la cabeza durante la lectura alternativa de la pantalla y los documentos.
- Un mal acondicionamiento de los lugares de trabajo: iluminación, ruido, humedad, temperatura.
- Equipos de trabajo inadecuados.

Medidas preventivas:
- Un buen diseño físico y correcto del puesto de trabajo.
- Utilización de asientos apropiados que puedan ser regulables en altura y respaldo para facilitar al personal su postura apropiada.
- Facilitación de atriles o porta documentos al personal para evitar con ello los giros de cabeza de los documentos a las pantallas.
- Utilización de reposapiés regulables en altura.
- Ajustar el mobiliario a la trabajadora o trabajador.
- Garantizar unas condiciones confortables del puesto de trabajo.
- Un buen estado y mantenimiento de los equipos informáticos.
- Posibilitar al trabajador y trabajadora de efectuar pausas cortas y frecuentes para poder levantarse del asiento e incluso puedan realizar ejercicios de estiramientos y relajación.

2 Objetivos

Poner medidas preventivas frente a los riesgos ergonómicos y lo que afectan a la salud del personal administrativo.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://slideplayer.es/slide/145226/
- http://www.sanidad.ccoo.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 911

RIESGOS PSICOSOCIALES LABORALES EN EL PERSONAL NO SANITARIO. SALUD LABORAL

AIDA GARCÍA INGUANZO

1 Introducción

Los trastornos mentales se están incrementando en la Unión Europea en los últimos años. Según el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (2009), se estima que alrededor del 11% de la población los padece, lo que viene a representar unos 50 millones de personas.

Las enfermedades mentales están constituidas por un conjunto variado de enfermedades manifestadas de diversos modos (INESME 2004). El trabajo diario tiene una gran repercusión en la salud, tanto física como mental, pudiendo llegar a ser el causante de importantes problemas de salud mental (Gil-Monte, 2009). Estas patologías pueden estar originadas por distintos factores psicosociales laborales y, habitualmente, puede presentarse el estrés. Éste puede ser el responsable de numerosos problemas psicológicos, tales como: incapacidad para la toma de decisiones, irritabilidad, insuficiente capacidad para concentrarse e incluso desorden del sueño, depresión o ansiedad (Cox, Griffiths y Leka, 2015).

Las enfermedades que sufren los trabajadores, ya sean producidas por el entorno laboral o no, pueden tener diferentes consecuencias y afectar al rendimiento laboral. Una persona que sufre una enfermedad psicológica sufre unos cambio que pueden afectar a su rendimiento laboral (Peres, 2011). En estos casos, independientemente de la enfermedad que pueda sufrir el trabajador y de si ésta se ha

iniciado a consecuencia de su trabajo o fuera de éste, las estrategias de prevención de riesgos laborales son una herramienta eficiente frente al mal desarrollo del paciente y mejoran el rendimiento del trabajador. (Peiró, 2014)

La vigilancia de la salud de los trabajadores tiene como objetivo controlar sistemáticamente los episodios que estos sufran, relacionados con su salud, con el propósito de prevenir las lesiones, los riesgos y las enfermedades profesionales (Frutos, Delclós, García, Pérez y Benavides, 2013). Dentro de la vigilancia para la salud, existen diferentes instrumentos y herramientas de medida para descubrir el riesgo psicosocial y/o detectar la existencia de una patología mental. Para todo esto, es especialmente interesante el abordaje y el estudio de las medidas preventivas ante los riesgos laborales, en este caso, desde la perspectiva del personal no sanitario, ya que conociéndola, se mejora la salud de los trabajadores y su rendimiento laboral.

2 Objetivos

Conocer los riesgos psicosociales laborales en el personal no sanitario, y el papel de la prevención de riesgos y el plan de salud para minimizar la aparición de patologías psicosociales en dicho personal.

3 Metodología

Trabajo de investigación teórica: revisión sistemática.
El presente trabajo se ha desarrollado realizando una revisión de la literatura científica disponible del tema a tratar. Dicha revisión se ha realizado entre los meses de noviembre de 2019 a enero de 2020 y se han establecido unos criterios de inclusión y exclusión con la finalidad de asegurarnos que cumplen una serie de requisitos para ser incluidos en nuestra revisión sistemática o, por el contrario, para descartarse por no someterse a ellos. Los criterios de inclusión a tener en cuenta en esta revisión bibliográfica fueron:

- Estudios de los factores psicosociales laborales y salud laboral, haciendo hincapié en el papel del personal no sanitario.
- Estudios que se han publicado en los últimos 10 años.
- Estudios en español o en inglés.

De igual forma, los criterios de exclusión fueron:
- Estudios anteriores a 2009

- Trabajos de la Universidad, como tesis doctorales o trabajos fin de máster.

Bases de datos
Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Pubmed
Descriptores
Los descriptores usados en este trabajo para realizar la búsqueda bibliográfica han sido los facilitados por la página web de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en los idiomas español e inglés. Para realizar la unión de los distintos términos se usaron los siguientes operadores booleanos:
AND – OR – en español (salud laboral, salud mental, condiciones de trabajo) – en inglés (occupational health, mental health, working conditions, work)

4 Resultados

Las enfermedades mentales son las que causan alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, las emociones, la capacidad de reconocer la realidad y/o las relaciones con las demás personas, que se consideran diferentes de las normas del grupo poblacional que proviene el individuo. Están originadas por diferentes interacciones complejas entre los factores biológicos, sociales y psicológicos, aunque también nos encontramos ante la identificación de causas orgánicas subyacentes (Vicente, Salazar y Carrobles, 2011).

Dentro del trabajo, la salud mental cobra una gran importancia ya que puede producir un estado de salud alterado, agravar problemas de salud mental ya existentes u ocasionar un trastorno mental (Cruz, Chaves, Barcellos, Almeida, de Oliveira y Pedrão, 2010).
Entre los diferentes riesgos psicosociales laborales nos podemos encontrar entre otros:
• Trabajo en exceso.
• Plazos de tiempo que no se ajustan a la carga del trabajo.
• Existencia de horarios inflexibles.
• Largas jornadas de trabajo.
• Ausencia de participación en la toma de decisiones.
• Tareas que no se ajustan a los conocimientos ni las destrezas del empleado
• Condiciones malas de trabajo.
• Equipos de trabajo inadecuados.
• Escaso espacio laboral.
• Poca luz.
• Altos niveles de ruido.

• Nula o mala relación con los compañeros o jefes.
• Pobre remuneración.
• Trabajo muy precario.
• Inseguridad de futuro laboral.
• Falta de tareas en el trabajo.
• Pérdida del trabajo.

Los riesgos psicosociales laborales y las enfermedades mentales que sufren los trabajadores, ya sean iniciadas por el entorno laboral o no, pueden tener diferentes consecuencias y afectar en el rendimiento laboral. Estos pueden ser los responsables de problemas psicológicos como: incapacidad para tomar decisiones, irritabilidad, insuficiente capacidad para concentrarse e incluso desorden del sueño, depresión o ansiedad (Pérez, 2011).

La vigilancia de la salud de los trabajadores alcanza unas acciones con el objetivo de controlar sistemáticamente los episodios que sufran los trabajadores relacionados con la salud, con el propósito de prevenir las lesiones, los riesgos y las enfermedades profesionales (Frutos et al., 2013). Se trata de una disciplina complementaria a las de prevención de riesgos laborales: Higiene industrial, Seguridad en el Trabajo, Ergonomía y Psicosociología Aplicada.

Esta vigilancia de la salud está recogida en el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (1995), donde menciona las siguientes características:
- La debe garantizar el propio empresario.
- Debe ser específica de los riesgos que se han establecido en la evaluación de riesgos.
- Habitualmente es voluntaria para los trabajadores, pero existen algunos casos en los que es obligatoria:
• Cuando el estado de salud puede suponer un peligro para él mismo o los otros trabajadores.
• Cuando se realizan actividades de gran peligrosidad.
• Cuando, con el reconocimiento, se pueden evaluar los efectos que pueden producir las condiciones del trabajo en la salud del trabajador.
- Es privado entre los servicios médicos encargados y el trabajador.
- Se asegura el respeto a la intimidad, a la dignidad y la no diferenciación por motivos de salud en el trabajo.
- Continúa una vez que ha finalizado la relación laboral.
- Es gratuita para los trabajadores.
- Las conclusiones y los resultados estarán documentados.

Igualmente, en el Real Decreto 39/1997 (1997), de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en el artículo 37, hace referencia a cuándo se deben realizar las evaluaciones de la salud de los trabajadores y establece tres categorías:
• De forma inicial: tras una incorporación del trabajador o tras asignar nuevas tareas que pueden suponer un riesgo en la salud del trabajador.
• En intervalos regulares: según los riesgos a los que los trabajadores estén expuestos en su actividad laboral.
• Tras una alargada ausencia en el puesto de trabajo por razones de salud.

La evaluación de riesgos psicosociales tiene los mismos objetivos que una evaluación de riesgos de otro entorno de la prevención; reconocer los diferentes factores de riesgo y establecer medidas preventivas para prevenir los daños que puedan causar. La evaluación de los riesgos psicosociales identifica, evalúa y valora los diferentes riesgos psicosociales que existen en cualquier trabajo y pretende eliminarlos o disminuirlos con las medidas preventivas correspondientes. Esta evaluación de factores psicosociales es un proceso complejo con diferentes etapas interrelacionadas. La nota técnica de prevención (NTP) 702 (Nogareda y Almodóvar, 2009) indica las siguientes fases:
1. Selección de técnicas de investigación y metodología que se va a usar dependiendo del problema que se quiere evaluar, los objetivos a alcanzar, etc.
2. Proyecto y ejecución del trabajo de campo.
3. Analizar los resultados y elaborar un informe con el objetivo de identificar las causas.
4. Elaborar y poner en marcha un programa de intervención con medidas sencillas y ajustadas al trabajo realizado.
5. Control y seguimiento de las medias realizadas para conocer si se están produciendo los resultados deseados.

Para realizar una evaluación específica de riesgos psicosociales en el entorno laboral es muy importante la entrevista clínica. Ésta debe tener en cuenta el estado mental en cada caso, las repercusiones que puede generar la situación, la consciencia del problema y los síntomas asociados por parte del trabajador (Galvéz, Mingote, Núñez, López y Otero, 2012).

Para realizar una correcta valoración del riesgo psicosocial en el trabajador, el médico del trabajo efectuará una historia clínica laboral completa que comprenderá:
- Antecedentes: laborales, personales y familiares (Gálvez et al, 2012).

- Historia actual: descripción de su puesto de trabajo, anamnesis en general, consumo de tóxicos, etc. (Moreno, 2011).
- Exploración en general: percepción de la propia salud, conocimiento del trastorno mental, descripción en general, cognición, exploración neurológica, etc.
- Pruebas complementarias: analíticas sanguíneas y pruebas radiodiagnósticas (para descartar otras patologías). Uso de test psicométricos como el Cuestionario de salud general de Golberg (GHQ-12), Examen cognoscitivo Mini Mental y Cuestionario básico 10Q-FRP (Cusí, 2012) y (Vázquez, Manrique, Rodríguez, Caballero, Carmona, de Amoraga y Vázquez, 2014).

Con esto, el examen de vigilancia de la salud procura obtener un diagnóstico precoz del trastorno de salud mental, lo que mejorará el pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, estos suelen tener un diagnóstico tardío lo que provoca un peor pronóstico y una codificación de la enfermedad. El objetivo que tiene el plan de prevención de riesgos laborales es proteger a la población de trabajadores ante cualquier problema de salud que esté relacionado con el medio de trabajo. Ante los riesgos psicosociales y las enfermedades mentales, se encarga, con sus acciones, de tratar, reducir y educar a los pacientes a autocontrolar sus síntomas. El servicio de salud nos garantiza unos cuidados de calidad utilizando un modelo de intervención con lenguaje propio, que plantea los cuidados desde un planteamiento holístico, teniendo en cuenta los diferentes aspectos psicológicos, físicos y sociales del paciente.

La atención que recibe el paciente es integral, multidisciplinar y está de acuerdo a las necesidades individuales en cada caso (Troncoso y Suazo, 2007). La mayoría de los pacientes con patología mental entienden que su comportamiento no es el más adecuado, lo que les provoca cierto grado de vergüenza a la hora de pedir ayuda a los profesionales. Por esto, se debe ayudar y apoyar para que el propio paciente comprenda su enfermedad como cualquier otro proceso patológico que requiere un tratamiento. Tiene una gran importancia que el paciente conozca su enfermedad y medicación prescrita. Para ello se le informará sobre ésta, al propio paciente y a su familia, solucionando todas las dudas que puedan surgir y se realizará una educación sanitaria con los aspectos psicoeducativos que necesiten para prevenir y controlar la sintomatología de la enfermedad mental (Cano, Tobal, González y Iruarrizaga, 2007).

Ante los casos de enfermedad mental, se realizará un abordaje de manera tranquila en un ambiente lo más relajado posible, fomentando al paciente a expre-

sar sus pensamientos y sentimientos. En estos casos, siempre dependiendo de la patología mental con la que nos encontramos, debemos tener en cuenta las siguientes acciones y actuaciones (Vives, 2014):
- Les ofreceremos ayuda desde el primer momento.
- Respetaremos al paciente.
- Transmitiremos confianza y seguridad.
- Le invitaremos a expresar sus emociones, convenciéndole de que lo escucharemos y no le reprocharemos sus acciones.
- Hablaremos con voz tranquila para dar confianza.
- Observaremos la comunicación no verbal y su congruencia con la comunicación verbal.
- No infravaloraremos las quejas del paciente.
- No rechazaremos al paciente por una ausencia de patología orgánica.
- No haremos exploraciones innecesarias para no aumentar la hipocondría del paciente.

5 Discusión-Conclusión

De las afirmaciones realizadas en este trabajo no existe mucha controversia, puesto que la mayoría de los autores y estudios que trataron estas cuestiones coinciden en que en los casos de riesgo psicosociales y enfermedades mentales, el papel del personal no sanitario es importante, ya que, dentro de los equipos de salud laboral, se encarga de manejar, identificar, disminuir y enseñar a autocontrolar a los pacientes sus síntomas (Frutos, 2013). Se debe poder identificar los signos y síntomas de los trastornos mentales para reconocerlos rápidamente (Gil-Monte, 2012).

6 Bibliografía

- Cano, A., Tobal, J.M., González, H., y Iruarrizaga, I. (2009). Hiperventilación y experiencia de ansiedad. Ansiedad y Estrés, 13.
- Cox, T., Griffiths, A., y Leka, S. (2015). Work Organization and Work-Related Stress. Occupational Hygiene, Third Edition, 421-432.
- Cruz, M.L.D.C., Chaves, M.Y., Barcellos, R.D.C D.M., Almeida da Silva, L., de Oliveira Secco, I.A., y Jorge Pedrão, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. Revista Cubana de Enfermería, 26 (1), 52-64.
- Cusí, P.F. (2012). Salud y trabajo: los nuevos y emergentes riesgos psicosociales (Vol. 206). Editorial UOC.

- Del Estado, B. O. (1997). Real Decreto 39/1997 de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- España. (1995). Prevención de riesgos laborales. B. O. del Estado (Ed.). Boletín Oficial del Estado.
- Frutos, C.R., Delclós, J., García, A.M., Pérez, E.R., y Benavides, F.G. (2013). Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Elsevier España.
- Galvéz, M., Mingote, C., Núñez, C., y Otero, C. (2012). Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario. Monografías. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto Carlos III. Madrid.
- Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. Revista Española de salud pública, 83(2), 169-173.
- Instituto de Estudios Médico Científicos (INESME) (2009). Informes; Foro de Debate INESME: presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes.
- Gil-Monte, P.R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud pública, 29(2), 237-241.
- Gómez, I.C. (2010). Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. Universitas psychologica, 6(1), 105-114.
- Meliá, S. (2015). Enfermería en Salud Mental. Conocimientos, desafíos y esperanzas. Revista Uruguaya de Enfermería, 1(2).
- Moreno, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. Medicina y Seguridad del trabajo, 57, 4-19.
- Nogareda, C., y Almodóvar, A. (2009). NTP 702. El proceso de evaluación de los factores piscosociales.Pacto europeo para la salud mental y el bienestar. Conferencia de alto nivel de la unión europea. 2008.
- Pérez, M.P.B. (2011). Enfermedades causadas o agravadas por el trabajo. Sistema panotratss. Prevención: Revista técnica de seguridad y salud laborales,(196), 6-12.
- Peiró, J. M. (2014). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. Universitas psychologica,3(2), 179-186.
- Troncoso, M.P., y Suazo, S.V. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm, 20(4), 499-503.

Capítulo 912

LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO DEL CELADOR

GLORIA DANIELA MENÉNDEZ PÉREZ

BLANCA FLOR CARRETERO PALOMO

AMOR CONDADO MENÉNDEZ

1 Introducción

Las habilidades sociales son un conjunto de ”conductas aprendidas de forma natural” que se exteriorizan en las situaciones interpersonales, es decir, estas competencias nos permiten mejorar las relaciones sociales y superar circunstancias conflictivas.

El dominio de las capacidades comunicativas permiten a los celadores reducir o resolver las situaciones complicadas derivadas del temor o la susceptibilidad que ocasiona la enfermedad, la irritación que provoca en los enfermos y en sus familiares la espera para recibir atención o información y la ansiedad por realizar tediosos trámites administrativos.

2 Objetivos

- Reflexionar sobre la importancia de las habilidades comunicativas en el entorno sanitario, en concreto aquellas aplicadas en la actuación de los celadores ante situaciones beligerantes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las habilidades sociales en los servicios de salud permiten mejorar la comunicación con el paciente, reducir las agresiones al personal sanitario y por lo tanto, mejorar la calidad asistencial.

Una de las funciones del celador es informar al paciente y a sus familiares. Para que las expectativas de los usuarios se cumplan, estos profesionales deben proporcionar una información veraz, mostrar seguridad, respeto, amabilidad y dar confianza. Para ello, el celador dispone de las herramientas siguientes:

- Comunicación verbal: vocabulario conciso y adaptado al nivel del paciente; ritmo fluido y empleo de pausas para remarcar algún aspecto; entonación cuidada y transmitir un mensaje objetivo.
- Comunicación no verbal: la expresión facial; posición o movimiento del cuerpo; distancia al interactuar con los usuarios; contacto físico que transmita apoyo y ánimo; contacto visual que favorece la retroalimentación en la comunicación.
- Habilidades sociales básicas: saber escuchar; iniciar y mantener conversación; hacer preguntas, dar las gracias; presentarse y presentar a otras personas y hacer cumplidos.
- Habilidades sociales avanzadas: empatía; solicitar ayuda, seguir y dar instrucciones; afrontar críticas capacidad para excusarte; opinar.
- Autocontrol emocional para desarrollar estas habilidades.

5 Discusión-Conclusión

Las habilidades sociales en comunicación nos permiten interactuar y relacionarnos de forma positiva con otras personas. Asimismo, ante un problema nos permiten hallar la mejor solución para todos.

En conclusión, se deben cultivar estas destrezas debido al beneficio que causan en la comunicación con los pacientes y familiares. El reto a corto plazo para el colectivo de los celadores es adquirir o mejorar estas capacidades para continuar mejorando la eficacia del sistema sanitario

6 Bibliografía

- Lucas Milán MG, La importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios y sus pacientes: dimensiones psicológicas y su incidencia en la calidad asistencial. Tesis dirigida por: Moreno Manso JM y Suárez Muñoz A. Universidad de Extremadura; 2014.
- Merayo Pérez A, Bravo Pérez E, Gordón F. La comunicación con el paciente: habilidades emocionales para los profesionales de la salud. Editorial Elsevier; 2014.
- Ramón García R, Segura Sánchez MP, Palanca Cruz MM, Román López P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. Revista Española de Comunicación en Salud. Vol. 3 (1); 49-61; 2012.

Capítulo 913

RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ENTORNO SANITARIO

BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO

GUADALUPE CUERVO BLANCO

LAURA PRIETO REDONDO

1 Introducción

El personal no sanitario se encuentra sometido a una fuerte tensión laboral que lo convierte en un sector notablemente sensible a los riesgos psicosociales.

Los riesgos psicosociales se originan en la organización del trabajo y generan respuestas de tipo emocional, cognitivo, fisiológico y conductual.Estos riesgos pueden ser precursores de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración.

Según la OIT casi una cuarta parte de todos los incidentes violentos en el trabajo se producen en el sector de la sanidad y considera que el acceso de las personas a una atención sanitaria de calidad puede verse amenazado cuando los agentes de atención sanitaria trabajan bajo tensión a causa de la escasez de personal, una retribuciones bajas, el trabajo por turnos, trayectos penosos hasta el lugar de trabajo y otras circunstancias que les vuelven particularmente vulnerables al estrés y a la violencia haciendo incluso que muchos lleguen abandonar la profesión por estos motivos.

La personalidad de los pacientes, la situación económica y social del país, la organización y condiciones de trabajo son para este organismo tres de los factores

de riesgo de violencia más importantes aunque los factores relacionados con la empresa son esenciales.
Estás interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciónes y experiencias que conllevan consecuencias como el estrés la insatisfacción laboral y la desmotivación etc… con toda la problemática que llevan asociada.

2 Objetivos

- Elaborar e impartir planes de formación para los trabajadores.
- Identificar los factores psicosociales que se presenten en el personal no sanitario.
- Planificar vigilancia y control de la salud de los trabajadores y establecer protocolos para la detección precoz de los riesgos psicosociales.
- Mejorar las comunicaciones internas y externas sobre los temas de seguridad y salud.
- Identificar los signos en un compañero para prestarle ayuda y alertar a los inmediatos superiores de la situación.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los últimos años en el entorno sanitario ha habido una gran evolución en el entorno laboral debido la informatización, mayor oferta de servicios, avances tecnológicos y nuevas tareas relacionadas con la atención al paciente, esto ha supuesto una intensificación del trabajo y una pérdida del control del trabajador/a sobre las funciones a desempeñar. Además tenemos la insuficiencia de recursos humanos, la mayoría de unidades no están dotadas del personal necesario para el volumen de trabajo que existe provocando así una sobrecarga del trabajador no sanitario.

Todo esto podría provocar dificultades para realizar todo el trabajo debido especialmente al no disponer de tiempo suficiente para atender las tareas propias y además las tareas administrativas asignadas que a su vez podrían provocar conflictos con la dirección sobre todo por la falta de participación en la toma de decisiones falta de apoyo y mala y escasa comunicación, tambien podría afectar inadecuada preparación para las funciones que sean de desempeñar como por ejemplo tener que tratar con las necesidades sociales y emocionales de los pacientes y sus familiares.

5 Discusión-Conclusión

La exposición de los trabajadores del ámbito sanitario a los riesgos psicosociales es considerablemente alta y debería ser tenida en consideración por los servicios de prevención por su potencial efecto negativo sobre la salud física y mental de los trabajadores. De instaurarse las medidas de prevención su exposición a los riesgos psicosociales podría ser controlada incluso disminuir lo que supondría una mejora en su salud psicosocial.

Cómo conclusión en el dominio y dimensiones de demandas de trabajos evidencian que casi siempre el tiempo que tienen los empleados para realizar sus actividades no es suficiente y por tanto deben extender, sus jornadas laborales las cuales son bastante exigentes y con turnicidad quedando poco tiempo para sus familias, para su ámbito social y su disfrute personal, el esfuerzo mental realizado por los empleados es siempre o casi siempre muy exigente lo que implica una mayor exigencia de concentración, memoria y responsabilidad.

6 Bibliografía

- Riesgos psicosociales ocronos revista medica.
- Prevención de riesgos psicosociales en el sector de Sanidad FSP UGT.
- Riesgos psicosociales en el sector de la salud IMF Business School.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales.
- Ruiz Calatrava R. (2010) aspectos básicos de los riesgos psicosociales.

Capítulo 914

AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS: TIPOS Y NORMAS DE ACTUACIÓN

DIEGO RICO LÓPEZ

1 Introducción

El celador, en el ejercicio de sus funciones se encuentra con pacientes que se hayan en aislamiento. Por lo tanto, es conveniente que conozca los diferentes tipos de aislamiento, así como las medidas de protección correspondientes a cada caso a fin de minimizar los riesgos de contagio.

2 Objetivos

- Explicar los distintos tipos de aislamientos que se pueden efectuar en los centros hospitalarios y las normas de actuación que debe cumplir el celador ante ellos.

3 Metodología

Consulta de protocolos guías de actuación de Servicios de Salud y centros hospitalarios, artículos en revistas especializadas.

4 Resultados

El enfermo contagioso ha de recibir el mismo tipo de cuidados que el resto de los pacientes y, a veces, incluso mayores. No debe ser motivo de rechazo y tanto el

propio enfermo como su familia y acompañantes han de conocer las características y objetivos de las medidas de aislamiento que se deben adoptar.

Se debe de comprobar que existe una señalización de aislamiento en la puerta del paciente y se ha de verificar que se cuenta con el equipo y materiales necesarios antes de la interacción directa con el paciente.

Tipos de aislamiento
1. Aislamiento estricto:
- Tiene por objeto prevenir la trasmisión de enfermedades contagiosas que pueden propagarse por vía aérea o por contacto directo (difteria, rabia, viruela, varicela).
- Se utilizará habitación privada cuya puerta permanecerá cerrada, aunque el paciente puede compartirla con otra persona con el mismo diagnóstico.
- Imprescindible el uso de máscara, guantes y bata para todos aquellos que entren en la habitación. Antes de salir de la habitación se depositarán las prendas contaminadas en un contenedor específico.
- Lavado de manos obligatorio.

2. Aislamiento respiratorio.
- Este aislamiento tiene por objetivo prevenir la trasmisión de enfermedades por vía aérea.
- Se utilizará habitación privada cuya puerta permanecerá cerrada aunque el paciente puede compartirla con otra persona con el mismo diagnóstico.
- Obligatorio el lavado de manos y el uso de mascarilla que se renovará con la frecuencia adecuada y se colocará antes de entrar en la habitación. Al salir de la habitación se depositarán en un recipiente especifico.

3. Aislamiento parenteral.
- Se utiliza para evitar la propagación de enfermedades que pueden contagiarse por la sangre o líquidos orgánicos u objetos contaminados con los mismos.
- Si el paciente presenta una higiene deficiente es aconsejable una habitación de uso individual.
- Se adoptarán precauciones especiales con agujas y objetos punzantes que hayan estado en contacto con el enfermo.
- Es obligatorio el lavado de manos y el uso de guantes y contenedores especiales para agujas.
- Se usará bata, mascarilla y gafas si se prevé que existe la posibilidad de estar en contacto con sangre.

4. Aislamiento entérico.
- Es el que se aplica para evitar la trasmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas y, en algunos casos, con objetos contaminados.
- El lavado de manos es necesario antes y después del contacto con el paciente.
- Uso de bata obligatorio para la persona que esté en contacto con el enfermo.
- Se usarán guantes cuando se manipule material contaminado.

5. Aislamiento protector o inverso.
- Se busca proteger a pacientes que están inmunodeprimidos y evitar que adquieran infecciones.
- La puerta de la habitación permanecerá siempre cerrada.
- La mascarilla es necesaria siempre que se vaya a estar a menos de un metro del paciente.
-Lavado de manos obligatorio y con jabón antiséptico.
- Uso de guantes cuando exista contacto directo con el paciente.

6. Aislamiento de contacto.
- Se aplicará en los pacientes en los que se conoce o se sospecha enfermedad grave que se pueda transmitir por contacto directo con el paciente o por contacto indirecto con superficies o utensilios usados en el cuidado de este.
-Uso de guantes, bata y mascarilla cuando se va a estar en contacto con el paciente. Se desecharán antes de salir de la habitación.
-Lavado de manos obligatorio antes y después de tocar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los distintos tipos de aislamiento comportan distintas medidas de protección que el celador debe conocer.

6 Bibliografía

- Precauciones y aislamientos en patología infecciosa, Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero.
- Protocolo de aislamientos, Osakidetza (Servicio Vasco de Salud).

Capítulo 915

LA COMUNICACIÓN EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

MARIO GARCÍA TRAPIELLO

ANGELICA GARCIA CORDERO

SONIA GONZÁLEZ IGLESIAS

MIGUEL ANGEL ALVAREZ SAN JUAN

1 Introducción

Existen múltiples definiciones sobre comunicación. Según la primera acepción de la RAE es el acto de comunicar o comunicarse. Otras definiciones más complejas la definen como el acto de trasmitir un mensaje (lo que se quiere decir) desde un emisor (el que da el mensaje) hacia un receptor (el que recibe el mensaje) por medio de un canal (oral, escrito, etc) (Mattelart y Mattelart, 2013).

Las personas, como seres sociales que somos, estamos en constante comunicación entre nosotros para mandar y recibir información, compartir opiniones, sentimientos.

La comunicación es un tema central en el ámbito sanitario puesto que a través de ella el paciente recibe información sobre su tratamiento, sus posibilidades de acción a la hora de poner quejas o sugerencias, su próxima cita, promoción de

la salud, cambio de facultativo, sus derechos y deberes por poner algunos de los múltiples ejemplos existentes (Costa, 2011).

Debemos distinguir dos grandes tipos de comunicación: la comunicación externa y la comunicación interna. La primera es la que se da desde el profesional hacia el paciente o usuario. La segunda es la que se da entre los profesionales de la organización (Collado, 2002).

Por ende, salta a la vista que el auxiliar administrativo es una pieza fundamental en cuanto a la comunicación del servicio de salud. Por una parte, está en contacto directo con los pacientes a la hora de realizar sus gestiones, citaciones y la recepción de sus quejas, problemas y sugerencias, por la otra, los centros de salud y hospitales están conformados por una multitud de profesionales diferentes que han de actuar de forma conjunta, ordenada y organizada hacia un mismo fin (Carta de Ottawa, 1986).

La población general cada vez está más interesada y se preocupa por aprender sobre temas de salud (Fisac, 2006) por lo que los servicios de salud han de satisfacer dicha demanda con una buena comunicación. La comunicación institucional es un tipo de comunicación interna y externa que vincula al centro sanitario con los medios de comunicación, internet y marketing. Ya no importa solamente que el paciente tenga información, ahora también importa que disponga de ella de forma cómoda, agradable y accesible por varios medios entre ellos el medio online.

A la hora de comunicar en el contexto sanitario existen una serie de aspectos a tener en cuenta. El aspecto informativo, que es la trasmisión de información entre los trabajadores y posteriormente de estos al paciente; el aspecto emocional y social que abarca los sentimientos y pensamientos sobre las enfermedades y sus tratamientos y por último el aspecto cultural el cual trata sobre las diferencias culturales y de creencias que existen entre el trabajador y el paciente (Medina, 2012).

El auxiliar administrativo es la primera cara visible que se encuentra el paciente cuando entra a un centro sanitario en la mayoría de los casos. Es por esto que necesitamos a profesionales con capacidad de escucha activa, empatía, formación, información y habilidades comunicacionales para poder dar al paciente lo que necesita en cada momento, desde un mensaje conciso y tranquilizador hasta la información necesaria para realizar una gestión (Lingán, 2003; Costa, 2011).

2 Objetivos

Estudiar la importancia de la comunicación interna y externa dentro de un centro sanitario, siendo el auxiliar administrativo pieza central en este proceso y algunas variables importantes para un buen desarrollo comunicacional.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, comunicación externa, comunicación interna, salud, sanidad, gestión, administración. A través de estos tópicos, se encontraron 11 documentos, de los que se eliminaron 5 salidas por no corresponderse con los tópicos buscados. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 6.

4 Resultados

Después de consultar la bibliografía analizada nos damos cuenta de que los dos grandes tipos de comunicación interna y externa están íntimamente relacionados.

En primer lugar, la comunicación externa es la que se da entre el profesional y el paciente. El auxiliar administrativo es la cara visible de la organización, el primer filtro de la organización sanitaria. Es por ello que han de ser personas con grandes habilidades sociales, inteligencia emocional y empatía hacia el paciente.

La persona que entra a un centro sanitario, en la mayoría de los casos lo hace con una dolencia y una preocupación respecto de su salud y en muchas ocasiones incluso con malos modales. Es condición indispensable que el profesional que lo atienda sea capaz de comunicarle un mensaje tranquilizador y a la vez aportarle la información necesaria para poder resolver su problema.

El auxiliar administrativo es el primer transmisor de la imagen que da la organización al público, por ello ha de tener una imagen competente y confiable.

Para ello el auxiliar administrativo ha de tener la formación y la información necesaria. Es aquí donde entra en juego la comunicación interna que es el tipo de comunicación que se da entre los trabajadores del centro, bien sea horizontal

(trabajador-trabajador), vertical (trabajador-jefe) o diagonal (trabajador-jefe de otro departamento).

El objetivo final de la comunicación interna es el de contribuir a los logros de la organización, en este caso del centro sanitario (Andrade, 2005; Condit, 2005). Existen varios beneficios de la comunicación interna:

Fomenta la creación de lazos emocionales entre los trabajadores, lo cual ayuda a evitar conflictos creándose un clima de colaboración, apoyo y trabajo en equipo, minimizando el impacto de antagonismos, riñas, encontronazos entre compañeros, etc.
Crea un ambiente de trabajo agradable donde se pueden exponer opiniones, puntos de vista de una forma no protocolizada y más directa.

Informa a los trabajadores de los objetivos y directrices del centro sanitario. Los trabajadores deben estar informados en todo momento para poder ser eficaces y eficientes en su labor. Esto también aumenta el nivel de competencia percibido tanto por el trabajador como por el paciente.
Es buena para la dirección del centro ya que los directivos reciben mensajes e información de los trabajadores (feedback vertical) sobre el funcionamiento del centro, sus problemas, su gestión y sus opiniones y posibles soluciones al respecto (Argenti, 2003).

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es parte central en el funcionamiento de un centro sanitario. Hay comunicación en prácticamente todas las direcciones posibles: entre empleados, entre empleados y jefes, entre empleados y pacientes, etc.

El auxiliar administrativo es una pieza fundamental de este proceso comunicacional siendo muchas veces el puente entre el centro sanitario y el paciente, de ahí la necesidad que sea una persona con amplia información sobre funcionamiento del centro para poder a su vez verterla al paciente.

También sabemos que la comunicación interna juega un papel importante en el funcionamiento cotidiano del centro sanitario y que tiene varios beneficios como servir de medio de transmisión de información y como creadora de un buen ambiente laboral.

Existen pocos artículos respecto a la comunicación desde un punto de vista de la

salud, la gran mayoría se han escrito desde la óptica de la psicología de las organizaciones y recursos humanos. Sería interesante ver cómo estas dos disciplinas confluyen en más estudios futuros y cómo los auxiliares administrativos juegan su papel en esta ecuación.

6 Bibliografía

- Andrade, H. (2005). Comunicación organizacional interna: proceso, disciplina y técnica. Netbiblo.
- Argenti, Paul. (2003). Corporate communication. Boston: McGraw-Hill/Irwin.
- Collado, C. F. (2002). La comunicación en las organizaciones. Trillas.
- Condit, Celeste. (2005). Communication as relationality. En Shepherd, Gregory; John, Jeffrey y Striphas, Ted. Communication as… perspectives on theory. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Costa, Joan. (2001). Imagen corporativa en el siglo XXI (1ª Ed.). Buenos Aires: La Crujía.
- Fernández Verde, D., & Fernández Rico, E. (2010). Comunicación empresarial y atención al cliente. Ediciones Paraninfo, SA España.
- Fisac, Vicente. (2006). La comunicación de los avances terapéuticos: principios éticos y responsabilidad del periodista. En De Quiroga, Santiago. Comunicar es salud. Madrid: Prentice Hall, Financial Times.
- Lingán, Jéssica (2003). Implicaciones conceptuales y metodológicas de la comunicación estratégica en la gestión de la imagen corporativa interna de los servicios sanitarios. El caso del hospital Valle del Hebrón. Tesis doctoral inédita. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
- Mattelart, A., & Mattelart, M. (2013). Historia de las teorías de la comunicación.
- Medina Aguerrebere, P. (2012). La comunicación hospitalaria 2.0: un nuevo desafío para la comunicación institucional. Austral comunicación, 1(2), 189-202.

Capítulo 916

DAÑOS DERIVADOS DEL TRABAJO EN EL ÁMBITO SANITARIO

BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO

GUADALUPE CUERVO BLANCO

LAURA PRIETO REDONDO

1 Introducción

La ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales, establece que se entenderá como "riesgo laboral", la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo, se consideran "daños derivados del trabajo" las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del puesto que se desempeña. Estos daños se denominarán contingencias profesionales y pueden ser tanto las enfermedades profesionales como los accidentes de trabajo.

Las enfermedades profesionales son las contraídas a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican. Y que se aprueban por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que se indiquen para cada enfermedad, y accidente laboral se define como toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo, que ejecute por cuenta ajena.

Otras patologías derivadas del trabajo también puede ser una carga de trabajo, una carga física y mental aunque también asociamos la fatiga, la patología de movimientos repetitivos, sobre todo el estrés laboral y la insatisfacción laboral.

En el sector sanitario es dónde se ha hallado un mayor número de enfermedades profesionales ya que el riesgo es más elevado.

2 Objetivos

- Analizar los conceptos relacionados con la salud laboral, riesgo laboral, prevención y condiciones de trabajo.
- Conocer los derechos y responsabilidades de los trabajadores no sanitarios, que desarrollan su trabajo en el ámbito sanitario, en materia preventiva.
- Diferenciar los aspectos a tener en cuenta desde la concepción de la normativa de riesgos laborales.
- Fomentar el conocimiento y la formación de los riesgos y daños derivados de cada uno, del trabajo del personal no sanitario.
- Analizar los factores implicados en los riesgos laborales de los celadores del personal de cocina, de los administrativos, de lavandería y de limpieza.
- Estudiar los diferentes riesgos laborales existentes en función de cada uno de los perfiles profesionales del ámbito sanitario.

3 Metodología

Utilizando diferentes referencias sobre la Ley 31/2005 de 8 de noviembre de prevencion de riesgos laborales y buscando en diferentes páginas web y cursos sobre los daños derivados del trabajo y sus consecuencias, usando las palabras “daños derivados del trabajo “personal no sanitario “ “estrés laboral “.

4 Resultados

El desconocimiento de la realidad de las enfermedades profesionales supone uno de los principales déficits de la prevención de riesgos laborales.

La materialización de los accidentes de trabajo ya sea con daños ala salud o sin daños a la salud “incidentes” son uno de los indicadores de unas malas condiciones de trabajo. Todo accidente suele ser el final de una cadena de anomalías dentro de un proceso a las que, en ocasiones, solamente préstamos atención cuando esté ya corrido.

Entre las anomalías podemos encontrar los defectos de construcción, los fallos de diseño o de concepción de un puesto de trabajo, las averías, los defectos de

calidad de los materiales e instalaciones, los daños personales, etcétera.

La salud de las personas trabajadoras puede alterarse también debido a la aparición de enfermedades relacionadas directamente con el trabajo que realiza y otras como consecuencia directa de las modificaciones ambientales provocadas por el propio trabajo. En el ámbito sanitario esto se amplifica notablemente dada la mayor exposición a agentes externos,es uno de los sectores más expuestos.

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales generan dramas sociales y personales, que por si solos, hace necesario el esfuerzo de todos para conseguir un objetivo común para intentar evitarlos o minimizarlos.

En toda sociedad la ausencia de un elevado nivel de protección de la seguridad y de la salud de la población trabajadora tiene como resultado, unas tiras elevadas de absentismo laboral y una reducción de la productividad. Consecuencia del daño laboral producido que puede llegar a provocar cuadros de incapacidades permanentes, incapacidades permanentes que, además del enorme drama social y humano que suponen desde el punto de vista económico conllevan asociados, unos costes sociales que deben ser soportados por la sociedad en su conjunto y que suponen impacto sostenibles para las economías de los estados tanto pública como privada.

Según un informe elaborado por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo la repercusión económica de la seguridad y la salud en el trabajo los de los Estados miembros de la Unión Europea, las pérdidas económicas totales, asociadas a enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo, se estimaban en la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea en un porcentaje entre el 2,6% y el 3,8 % del producto nacional Interior.

El conocimiento del número de las enfermedades profesionales que realmente sufren los trabajadores así como en actividades y lugares de trabajo ocurren permitiría elaborar acciones preventivas más eficaces y promover el diagnóstico precoz para favorecer su tratamiento en el momento más efectivo y esto es cuando se manifiestan los primeros síntomas fase en la que con frecuencia un número de las afecciones todavía son reversibles.

6 Bibliografía

- Guía de enfermedades relacionadas con el trabajo del personal no sanitario (Istas).
- Prevención de riesgos laborales para personal no sanitario(Orión).
- Guía docente UCAM daños derivados del trabajo.

Capítulo 917

EL CELADOR Y LA BIOÉTICA.

MANUEL GARCÍA TORRES

1 Introducción

Alguien dijo una vez que el celador es ”la persona que nos abre las puertas cada día”. No se puede negar el papel tan importante que cumple actualmente en las instituciones sanitarias, ya que tiene un trato directo con el paciente y sus funciones son vitales para el correcto funcionamiento del centro. Es por ello que debe tener conocimiento de los principios fundamentales de la bioética y tener un compromiso frente a las personas. En este capítulo se tratará de clarificar está cuestión.

2 Objetivos

- Clarificar el concepto de bioética.
- Definir los principios de la bioética.
- Establecer los principios éticos del celador con los pacientes.

3 Metodología

Para realizar el presente capítulo, se ha llevado a cabo un investigación profunda y sistemática a través de distintas fuentes bibliográficas. Para componer el resultado final se han seleccionado aquellos conocimientos que se consideran claves para la investigación y que muestran, de forma clara y estructurada, la relación del celador con la bioética.

4 Resultados

El celador es un profesional que trata con pacientes y, como tal, debe saber sopesar las cuestiones éticas y conocer las actuaciones que se llevan a cabo con los pacientes en todo momento. Hoy en día, la bioética es considerada como una ética aplicada a la biomedicina. Este término fue empleado por primera vez por Potter en 1970 y fue este mismo autor el que publicó, en 1971, el primer libro de la historia cuyo título contenía la palabra ”bioética”.

Para que la bioética tenga lugar, deben cumplirse una serie de condiciones:

- No debe ser directamente religiosa, sino civil. Deben existir unos mínimos morales que sean exigibles a todas las personas.
- Todos los seres humanos deben ser respetados.
- En su aplicación participan no sólo los médicos, sino distintos especialistas.
- Debe aceptar múltiples enfoques frente a los problemas.
- Su criterio de moralidad debe ser el propio ser humano.
- Debe ser racional y universal.

La bioética está basada en cuatro principios, los cuales se formularon después de unos escándalos públicos que provocó las investigaciones con personas en 1970. Son los siguientes:

1. Principio de autonomía: cada persona tiene libertad de elección. Para ejercerla, debe estar en posesión de sus plenas facultades mentales y no ser coaccionada externamente. Es en este momento cuando nos referimos al ”consentimiento informado”, que es el acto de elección libre de una persona. Según el artículo 9 de la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, el consentimiento informado tiene sus límites:
- Si el paciente renuncia a ser informado se respetará su decisión, haciendo constar su renuncia documentalmente.
- Si existe un riesgo para la salud pública o para la salud del enfermo, se podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas pertinentes aunque no sea posible conseguir la autorización del paciente.
- Cuando un paciente sea menor de edad y no comprenda el alcance de su intervención, el consentimiento será otorgado por el representante legal una vez se haya escuchado la opinión del paciente y siempre atendiendo al mayor beneficio para su salud.

2. Principio de beneficencia: es obligatorio actuar en beneficio del paciente, de modo que se le ayude a promover sus intereses legales.

3. Principio de no maleficencia: es decir, no provocar perjuicios deliberadamente.
4. Principio de justicia: los recursos sanitarios deben ser distribuidos de forma equitativa entre todos los integrantes de la sociedad.

Cabe mencionar en este momento el secreto profesional, que se refiere a la obligación de no revelar información sobre el estado de salud de un paciente. Es imprescindible proteger no sólo la intimidad física del paciente, sino su intimidad intelectual.

El celador debe informar tanto al paciente como a su familia de los distintas técnicas de transporte y movilización que se llevan a cabo, implicándoles en el proceso de este modo. En todo momento se debe buscar el bien del paciente, por lo que se puede tener en cuenta su opinión siempre y cuando no exista una contraindicación específica. De cualquier modo, es necesario que el celador:
- Garantice confidencialidad.
- Actúe imparcialmente.
- Transmita cualquier problema que pueda surgir.
- Trate a cada paciente con objetividad.
- Actúe responsablemente.
- No utilice su categoría profesional para obtener beneficios.

5 Discusión-Conclusión

Una vez finalizada la presente investigación queda esclarecida la cuestión de que el celador, como profesional que trata con pacientes, debe tener presentes en todo momento los principios de la bioética. Tal y como dijo una vez Albert Schweitzer: ”la ética no es otra cosa que la reverencia por la vida”. Queda patente que es vital que tratemos de hacer sentir informado al paciente en todo momento, a la vez que se sienta reconfortado por nuestra correcta actuación.

6 Bibliografía

- Carballo, B. Temario Celadores Servicio Extremeño de Salud. Volumen 2. 1ª Edición. Madrid: editorial Tema Digital, S.L. 2017.
- Gordón, A; Estévez, M.A.; Pérez, J.M. et al. Temario específico celador/a. Volumen 2. 1ª edición. Sevilla: editorial MAD; 2014.
- León, P. La competencia ética, parte de la competencia profesional. Rev. Med. Univ. Navarra. Volumen 46, nº2, 2002, 5-6.

- Sánchez-González, M.A. Bioética en Ciencias de la Salud. Madrid. Elsevier, 2012.
- Silvia, L.; Gil, J.M. y Boceta, J. et al. Actuación del celador en las Unidades de Cuidados Paliativos. 1ª edición. Madrid. Editorial MAD. 2011.

Capítulo 918

COMUNICACIÓN HUMANA EN EL ENTORNO SANITARIO.

EVA MARÍA ALVAREZ MASA

1 Introducción

Los hospitales han sido y serán siempre lugares importantes de nuestra sociedad, aunque en los últimos tiempos debido algunas circunstancias como falta de recursos, de personal, los recortes económicos sufridos en todas las administraciones, han llevado a ver nuestro sistema sanitario funcionar con una gran deshumanización sobre todo por parte de nuestro personal tanto sanitario como no sanitario y eso deriva también en reflejar una mala imagen de nuestro sistema sanitario.
La buena comunicación en los centros sanitarios puede ser un punto importante para poder conseguir acabar con esta deshumanización, y mejorar la imagen de los hospitales y centros de salud. Para ello necesitamos introducir y poner en práctica tres sencillos pasos:
- Escuchar.
- Dialogar.
- Comunicarse.

2 Objetivos

- Conseguir mejorar la relación entre el profesional y el usuario o paciente.
- Cambiar esa mala imagen o esa impresión de deshumanización del profesional sanitario o no sanitario con respecto a pacientes, familiares o usuarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

La comunicación que más me interesa para este trabajo será la que hace referencia al mundo de los centros sanitarios.
El primer obstáculo que nos encontramos es los diferentes tipos de interlocutores.
- Personal sanitario y pacientes.
- Personal no sanitario y usuarios o pacientes.
- Profesionales sanitarios entre sí, etc.

Por eso el lenguaje y la actitud que se utilice serán distintos dependiendo de los interlocutores, ya que, si no utilizamos el lenguaje correcto, la comunicación será imposible, no pudiendo conseguir los objetivos propuestos.

Para obtener el éxito que buscamos en la comunicación deberemos recurrir a una serie de herramientas:
- Feedback: Nos ayudará a saber si el mensaje llega a la otra persona y como le está afectando.
- Escucha Activa: Es el elemento más importante a utilizar en toda comunicación. Con la escucha activa nuestro interlocutor siente que está siendo escuchado. Cuando ponemos en práctica esta escucha activa estamos empatizando con la otra persona.
- Reformulación: Consiste en repetir las palabras y frases de nuestro interlocutor, así conseguiremos animar a esta persona a que continúe hablando y le demostraremos que tiene toda nuestra atención.

Debemos hacer mención que también existen obstáculos que van a dificultar la comunicación como son:
1) Físicas: Un ambiente con mucho ruido hará que no se entienda lo que nos estén diciendo o lo que queremos transmitir a la otra persona.
2) Semánticas: Como ya hemos dicho, tenemos que saber con quién estamos hablando a quien va dirigido nuestro mensaje y utilizar el lenguaje apropiado

para que sea entendido correctamente nuestro mensaje.
3) Personales: No escuchar, no hacer uso de la escucha activa, puede dar lugar a que no comprendamos lo que nos están diciendo, o no entiendan ellos lo que nosotros intentamos decir, lo que dará lugar a errores y equivocaciones que repercutirán en la atención y comunicación entre profesionales y usuarios.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, una buena comunicación dará lugar a una positiva relación entre el profesional y el usuario del sistema sanitario, consiguiendo que estos últimos están satisfechos y de este modo lograremos que la imagen de deshumanización de la que hablamos al principio del capítulo en referencia al personal sanitario o no sanitario que trabajan en los centros de salud, hospitales, vaya desapareciendo y emergiendo una imagen más positiva de nuestro sistema sanitario.
Los centros sanitarios que atienden a sus usuarios con amabilidad y practicando una comunicación eficaz, será mejor valorada por aquellos.

6 Bibliografía

1. Comunicación, estrés y accidentabilidad/ Communication, stress and accident Tres Factores De Actualidad. Universidad De a Coruña; 1998.
2. Sánchez CC. La comunicación en el hospital: La gestión de la comunicación en el ámbito sanitario. Comunicación Social; 2011. 184 p.

Capítulo 919

ENFERMEDADES DERIVADAS DEL TRABAJO EN EL PROFESIONAL NO SANITARIO

EVA MARÍA ALVAREZ MASA

1 Introducción

Dentro de los diferentes trabajos que se realizan en un hospital se encuentra el que efectúan los profesionales no sanitarios en las oficinas, como los auxiliares administrativos

Cuando este trabajo se realiza de manera continuada y durante muchos años comienzan a aparecer determinadas enfermedades, patologías y lesiones como pueden ser: dolor de cabeza, contracturas, síndrome de ojos secos, y así una larga lista. No podemos esperar a que aparezcan estos síntomas para actuar.

2 Objetivos

Nuestro objetivo será minimizar estas afecciones con tareas y cambios preventivos que ayuden a disminuir estas enfermedades que pueden incluso llegar a ser irreversibles, produciendo bajas laborales de larga duración para muchos trabajadores. Para conseguir esta reducción del riesgo tenemos que prestar atención en los siguientes puntos:

- Tiempo de Exposición.
- Características de cada trabajador.
- Cuál es el agente contaminante del trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La enfermedad derivada del trabajo es un menoscabo lento y progresivo de la salud, no podemos esperar a que aparezcan los síntomas para actuar, debemos actuar mucho antes. Para conseguir reducir el riesgo tenemos que prestar atención en los siguientes instrumentos:

- Tiempo de Exposición.
- Características de cada trabajador.
- Cuál es el agente contaminante del trabajo.

Otro factor importante en la aparición de estas enfermedades es el lugar de trabajo. El lugar donde se realiza el trabajo debe estar en buenas condiciones y reunir una serie de condiciones que asegure nuestra salud de esta manera se conseguirá una buena calidad de la salud en el trabajo. Para poder llegar a conseguir esta calidad de salud y reducir los síntomas de estas enfermedades debemos prestar atención a los siguientes factores:

- Ergonomía: técnicas que adaptan el trabajo al profesional.
- Sicosociología: son aquellos factores psicosociales que existen en el trabajo.
- Medicina en el trabajo: tiene como fin promover la salud, curar las enfermedades y la rehabilitación.

Existen también otras medidas que aunque más sencillas son muy eficientes eficientes como por ejemplo:

- Una mayor iluminación en la estancia.
- Suficiente ventilación para evitar contagios de enfermedades.
- Mesas y sillas con la altura y posición necesaria para evitar la inclinación de la columna.

- Revisiones médicas en el trabajador, es decir una vigilancia de la salud para este personal no sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En importante entender que no solo los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales causan daños en la salud, sino que también hay que intentar mejorar la calidad de la vida laboral introduciendo buenos hábitos y mejoras en las condiciones ambientales del trabajo.

6 Bibliografía

- Gómez B. Manual de prevención de riesgos laborales. MARGE BOOKS; 2017. 152 p.
- Gil-Monte PR. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. Rev Esp Salud Publica. abril de 2009;83:169-73.
- Curso de Formación de Prevención de Riesgos laborales para personal no sanitario.

Capítulo 920

ESTRÉS LABORAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD.

EVA MARÍA ALVAREZ MASA

1 Introducción

El estrés laboral es un problema que tarde o temprano afecta a todos los trabajadores. En este capítulo nos centraremos en el estrés que afecta al personal administrativos de hospitales y centros de salud.

El estrés laboral aparece cuando existe un desequilibrio entre las situaciones, problemas y conflictos a los que se enfrenta el administrativo en su trabajo y la capacidad de éste para hacer frente y resolver estas situaciones.

Tenemos que decir que en el estrés van a jugar un papel importante varios factores, tanto físicos, de organización, y personales.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son los factores que intervienen en la aparición del estrés.
- Averiguar qué consecuencias trae consigo ese estrés.
- Observar las medidas que deben adoptarse para controlar situaciones que producen estrés.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, así como una exhaustiva búsqueda en internet.

4 Resultados

En todos los centros de salud nos encontraremos con diferentes profesionales, cada uno de ellos con diferentes trabajos , con sus problemas específicos, y particularidades, por lo tanto los factores que intervienen en la aparición del estrés laboral será diferente en cada uno de ellos, por ejemplo el personal de enfermería, su situación de estrés aparece al tener que enfrentarse en su trabajo con enfermos entre la vida y la muerte, que a pesar de su experiencia profesional les llega a producir situaciones muy estresantes, en cambio, el administrativo de los centros sanitarios, se enfrenta diariamente a una presión sicológica muy elevada, debe realizar varias tareas al mismo tiempo, además de prestar un servicio de atención al público que en muchas ocasiones le sitúa ante situaciones muy conflictivas y traumáticas.

En todos estos casos suelen aparece los llamados agentes de estrés (estresores) que contribuyen a favorecer al desequilibrio en el individuo. Estos pueden ser:
1) Características del trabajo
2) Características del individuo
3) Aquellos estresores que pueden provocar o facilitar el estrés, como pueden ser:
- Sobrecarga de trabajo.
- Infrautilización de habilidades: el trabajo a realizar esta por debajo de su capacidad profesional
- Repetitividad.
- Relaciones personales.
- Formación. Falta de de formación para el desempeño de su trabajo.
- Responsabilidad.
- Ambiente físico: Un ambiente de trabajo que dificulta el buen desempeño de trabajo.

También existen características personales que ayudan a la aparición del estrés.
- Rasgos de personalidad.
- Necesidades.

- Aspiraciones.
- Expectativas.
- Experiencia.

Hay que tener muy presente que el estrés puede desembocar en una enfermedad física o psíquica importante como puede ser trastornos caridovasculares, gastrointestinales, psicopatológicos, neurosis, etc.

Para evitar esto debemos centrarnos en localizar cual es la fuente que provoca esta situación estresante y aplicar sobre ella las medidas necesarias que nos ayuden a paliar el estrés. Algunas medidas se centraran:
- En la reorganización de las tareas que desarrolla el individuo.
- Formación del trabajador para enfrentarse a los problemas y resolverlos.
- Intentar crear un ambiente social en el centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión el estrés laboral es una reacción que se produce ante situaciones en las que el trabajador se no puede hacer frente y lo que le provoca una situación estresante.

Hay que tener en cuenta que todos los factores y agentes de estrés aparecen de forma escalonada, no es algo que se produce de repente por lo que es importante detectar cuanto antes estos síntomas e indicadores para poner en práctica las medidas necesarias para neutralizarlos e incluso llegar a eliminarlos.

No olvidemos que un plan de prevención del estrés laboral puede disminuir los daños económicos y sociales que suponen este tipo de enfermedades

6 Bibliografía

1. Trucco B M, Valenzuela A P, Trucco H D. Estrés ocupacional en personal de salud. Revista médica de Chile. diciembre de 1999;127(12):1453-61.
2. Hernández R, Guadalupe T. Estrés laboral en auxiliares administrativos y secretarias en una universidad pública del Estado de México. 25 de septiembre de 2018 [citado 11 de febrero de 2020]; Disponible en: http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/98618

Capítulo 921

MEDIDAS PREVENTIVAS DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO DEL PERSONAL DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

AVELINO AUGUSTO FERNANDEZ

1 Introducción

Se define la salud, como el estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo la falta de enfermedad. Se define la prevención, como el conjunto de actividades encaminadas a minimizar los riesgos del trabajo. Por tanto, la finalidad, es la de promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo.

Entendemos por riesgo, la probabilidad que se produzca en una situación dada, hechos que tengan consecuencias negativas para la salud de las personas o para sus bienes materiales. La seguridad en el trabajo es el conjunto de técnicas y procedimientos que tienen por objeto eliminar o reducir la posibilidad de que se produzca un accidente de trabajo. El accidente de trabajo, definido por la legislación vigente es ”toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo, que ejecuta por cuenta ajena”.

Un concepto técnico, de accidente, lo define, como un suceso anormal, que aparece de una manera repentina e inesperada y que detiene la normal continuidad del trabajo con potencialidad lesiva para los trabajadores. Este concepto permite, medidas contra la siniestralidad laboral en 2 vertientes:

- La de prevención (medidas encaminadas para evitar que el accidente se produzca).
- Las de protección (eliminar o minimizar las consecuencias de los accidentes.

En los centros sanitarios, además del personal sanitario, encontramos otros colectivos de trabajadores, como personal no sanitario, celadores, de limpieza, de gestión, de mantenimiento, de cocina, lavandería; todos ellos con actividades que pueden dar lugar a situaciones de riesgo, en ocasiones con consecuencias graves o catastróficas, que es preciso conocer y controlar a fin de evitarlas.
El personal de mantenimiento hospitalario es el colectivo que se encarga de las labores de control y corrección de equipos eléctrico, mecánicos, electrónicos y de sistemas de agua, calefacción y refrigeración. Por lo tanto se puede considerar una profesión que acumula gran variedad de riesgos, al realizar tareas muy variadas.

La ley 31/95, Ley de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) establece los principios generales relativos a la prevención de riesgos laborales, eliminación o minimización de los riesgos derivados del trabajo, la información, consulta, participación y formación de los trabajadores en materia preventiva.

2 Objetivos

- Identificar las medidas preventivas existentes para el mejor desempeño de las tareas de un técnico de mantenimiento .
- Identificar los probables riesgos a los que está sometido el trabajador de mantenimiento en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica de los artículos más relevantes sobre seguridad y prevención en el trabajo, así como de la normativa existente de la materia, para ello se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos: Scielo, google académico y Medline. Se utilizó como palabras clave: seguridad, prevención, riesgo, accidente, normativa. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

El personal de mantenimiento realiza múltiples tareas, con la consiguiente gran variedad de riesgos a los que están expuestos.

1. Riesgos en el sitio de trabajo:
- Cortes, caídas, golpes, caídas de altura.
- Posturas forzadas, movimientos repetitivos.
- Exposición a agentes biológicos (legionella).
- Incendio.
- Exposición a productos químicos y nocivos.
- Exposición a agentes físicos, radiaciones.
- Exposición a agentes eléctricos.

Para evitar en el ámbito laboral las caídas, golpes, hay que mantener un orden, limpieza, de las áreas de trabajo, así como evitar derrames de líquidos, y si sucede en algún momento debemos de limpiar con inmediatez. Llevar calzado adecuado y homologado con marcado CE, y uso de los equipos de protección individual (EPI) si fuera necesario. Señalizar los obstáculos. Los suelos tienen que ser de materiales no resbaladizos.

Para prevención de posturas forzadas y movimientos repetitivos, debemos seleccionar herramientas con el diseño adecuado para evitarlas en todo momento, cambiar de postura y alternar con pausas de descanso, herramientas al alcance de la mano y vigilancia periódica de salud.

Para la exposición de agentes biológicos, principalmente hacemos referencia a la legionella, en trabajos realizados en las instalaciones de agua sanitaria, refrigeradores, condensadores evaporativos que pueden estar colonizados por esta bacteria; las medidas preventivas que hay que realizar son las de seguimiento de la reglamentación específica del RD 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis, además de todas las medidas que haya que tomar como las higiénicas, equipos de protección, formación e información que hagan que el riesgo para el personal sea mínimo.

Las medidas preventivas frente al riesgo de incendio, serían: prohibir fumar en todo el recinto hospitalario, colocación de extintores adecuados, manejo de concentraciones de polvos, resinas y fibras en suspensión mediante extracción localizada, disponer sólo de material necesario para realizar la tarea de materiales

inflamables y combustibles; instalación eléctrica antideflagrante.
Las medidas preventivas de manipulación y exposición a productos químicos serían: tener las fichas de seguridad de los productos facilitadas por el fabricante, conocimiento de los riesgos que existen al manipular cada producto y usar equipos de protección individual adecuados según instrucciones del fabricante (guantes, mascarilla, protección ocular…)

Las medidas preventivas frente agentes físicos, como ruido, vibraciones, quemaduras serían: uso de equipos de protección individual, aislar térmicamente los objetos y herramientas (asas, mangos), señalizar las zonas de riesgo, soldar en espacios lo más amplios posibles, vigilancia periódica de la salud. Las medidas preventivas frente a riesgos de la electricidad serán de aislamiento de los conductores, limitar las distancias de trabajo y proximidad , cumplir la normativa vigente y formación.

2. Riesgos asociados a las tareas:
En el personal de mantenimiento hospitalario, además de los comunes con el ámbito industrial (caídas, golpes, atrapamientos, ruidos…) también puede existir el contacto con fluidos al reparar equipos médicos o de laboratorio que han estado en contacto con pacientes, así como el también trabajar en las habitaciones de los pacientes o sumideros de quirófanos, por lo que hay un riesgo de exposición a agentes biológicos. Las medidas preventivas serían: utilización de equipos de protección individual, medidas higiénicas y control en los procedimientos de trabajo, formación e información. Vigilancia periódica de salud.

3. Riesgos psicosociales:
Los trabajadores pueden sufrir estrés o fatiga en el desempeño de su trabajo. Las medidas preventivas a adoptar serán que el trabajador tenga la máxima información sobre el trabajo a desempeñar, distribución de las tareas, planificación real de la jornada, dejando una parte por si surge algún imprevisto; realizar pausas o alternar tareas para evitar la monotonía del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El personal de mantenimiento del ámbito hospitalario realiza trabajos muy diversos por lo que aumenta la exposición de riesgos.
La ley 31/95 (PRL) establece fundamentos generales para la protección de la seguridad y la salud, la eliminación o minimización de los riesgos derivados del trabajo, la información, la participación y la formación de los trabajadores en

materia preventiva.

Como normas básicas a tener en cuenta por parte de los trabajadores serán:
- Existencia de protocolos de trabajo, con medidas higiénicas y fáciles de comprender para la realización de la tarea.
- Mantener un orden, limpieza y seguridad en la zona de trabajo.
- Poseer equipos de protección individual, en relación a las tareas a realizar.
- Información y formación a los trabajadores en materia de riesgos a los que está expuestos y la forma de prevenirlos.
- Establecer una comunicación fluida y eficaz entre los trabajadores de mantenimiento y el personal de otros servicios de las zonas donde se desarrollan los trabajos.

6 Bibliografía

- Condiciones de trabajo en Centros Sanitarios, INSHT
- Ley 31/95 PRL
- Riesgos en personal sanitario III, Quirón prevención
- Instalación y mantenimiento, Dirección General de Formación Profesional y Educación de Personas Adultas Región de Murcia

Capítulo 922

AISLAMIENTO, DESPOBLACIÓN Y ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN. LAS TERMITAS DEVORADORAS, EN EL CONTEXTO DEL ÁREA II SESPA.

RAQUEL VEDE ARBAS

LAURA VEDE ARBAS

1 Introducción

Las pirámides poblacionales nos muestran ya desde hace más de 35 años una inversión en su estructura mostrando un cambio notable en nuestra sociedad. La Despoblación pasa a ser uno de los temas más relevantes en el ámbito europeo, aludiendo a la termita demográfica por su trabajo continuo e invisible en el día a día y que puede destruir la estructura sin apenas verse.

Esta termita demográfica se materializa en el ámbito de sanidad en el envejecimiento de la población, la baja natalidad, el despoblamiento de las zonas rurales con una España vaciada,….

El Sistema Nacional de Salud, y a su vez las Áreas Sanitarias tienen una esencial importancia en esta ecuación multivariable, dando respuesta a las nuevas características demográficas, así como siendo uno de los agentes necesarios junto al resto de las instituciones que conforman el Estado español, ya que su papel en cuanto a creación de empleo, comunidad,… es configuratorio de nuestras realidades.

Así pues, Los Centros Hospitalarios, Hospitales, Centros de salud, Ambulatorios, son generadores de salud en el ámbito más amplio del concepto: tanto en lo psicosocial como en lo económico.

Si bien a nivel estatal el 13,4% los ocupados se concentran en el estado, en algunos de los casos, como los que veremos a lo largo de este estudio llegan a ser columna vertebral de concejos enteros.
Los Servicios de Salud inciden en salud comunitaria…., su propia presencia, el aumento de sus servicios,… generan riqueza y calidad de vida en esa España vaciada, de la que no podrían prescindir.

En la búsqueda de la mejora de la salud y bienestar de la población, se logra una mayor equidad abordando los ejes de desigualdad transversales que generan las desigualdades en salud: género, edad, clase social, etnia y territorio.

La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de la diferencia de oportunidades derivadas de políticas macroeconómicas, sociales y de salud, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada… La falta de equidad en oportunidades en la vida provocaría las desigualdades en el estado de salud.

Tal y como plantea el Plan de Salud del Sespa, la implicación de diversos sectores de la sociedad, conocida como intersectorialidad permite lograr resultados de salud de "manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario".

El Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030 nos indica que "Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, debe tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo".

La OMS considera que la salud es un "derecho humano fundamental y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos".

En este contexto nos planteamos realizar un estudio demográfico del Área II del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

2 Objetivos

- Conocer la incidencia de los empleos generados por el Servicio de Salud en el Área II (Cangas del Narcea) del SESPA en la población local.
- Dar a conocer la pirámide poblacional para el año 2033 con el fin de invitar a la reflexión y consciencia de la importancia del empleo en el Área II del SESPA.

3 Metodología

Para el estudio nos referiremos a los datos del año 2017, debido a que son los últimos disponibles para todos los apartados recogidos.

Recogemos el número de puestos de trabajo recogido por la Memoria anual del SESPA 2018, referidos a los datos de 2017 correspondientes al Área II, resultando ser de 438 puestos de trabajo.

Extraemos el número de trabajadores anuales del informe SADEI en cada uno de los municipios que forman el área II: Cangas del Narcea, Tineo, Allande, Ibias y Degaña.

Realizamos una tabla de datos en la que se recogen los datos registrados.

Por otro lado, seleccionamos los datos demográficos correspondientes a las mediciones del año 2018 y la proyección de población para el año 2033 y realizamos una pirámide poblacional con ellos.

4 Resultados

Con los datos obtenidos respecto al número de empleados en los cinco municipios que forman el Área II: Cangas del Narcea, del SESPA, a partir del informe anual de SADEI 2017, vemos que el número de empleados en esta misma área representa el 9,14% del empleo de la Comarca.

Por otro lado, las pirámides poblacionales nos muestran un envejecimiento de la población, situándose en un 33% la población en edad no laboral en el año 2018 y que este mismo dato para el año 2033 pasaría a ser un 37% de la población parte de la población para el mismo grupo de edad para Asturias. Con una pérdida de población de 87.119, que nos situaría en una población total menor del millón de habitantes: con 940.940 habitantes en el 2033.

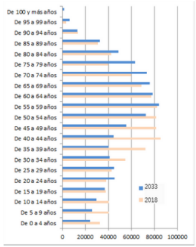
Ante esta situación de envejecimiento de la población más acusada aún en las zonas no centrales de nuestra Comunidad Autónoma, la búsqueda de la sostenibilidad en la gestión y la búsqueda de generación de empleo en este Área Sanitaria II se vuelve una necesidad desde el punto de vista socioeconómico a corto plazo.

Aislamiento, Despoblación y Envejecimiento de la Población. Las termitas devoradoras, en el contexto del Área II del SESPA.

Vede Arbas, Raquel; Vede Arbas, Laura.

PROYECCIONES DE POBLACIÓN SEGÚN EDAD. AMBOS SEXOS. PERÍODO 2018-2033. ASTURIAS.

TOTAL	1.027.659	940.540
De 0 a 4 años	32.712	24.285
De 5 a 9 años	40.527	26.053
De 10 a 14 años	40.215	29.631
De 15 a 19 años	37.813	37.000
De 20 a 24 años	38.346	45.451
De 25 a 29 años	43.003	44.957
De 30 a 34 años	54.798	41.110
De 35 a 39 años	72.357	40.295
De 40 a 44 años	85.449	44.727
De 45 a 49 años	81.805	55.791
De 50 a 54 años	81.722	72.566
De 55 a 59 años	82.703	84.039
De 60 a 64 años	77.222	78.729
De 65 a 69 años	68.788	76.241
De 70 a 74 años	59.881	73.095
De 75 a 79 años	39.808	63.528
De 80 a 84 años	42.455	48.872
De 85 a 89 años	31.151	32.620
De 90 a 94 años	13.386	13.305
De 95 a 99 años	3.198	6.135
De 100 y más años	320	1.510



«Sabiendo que las termitas
sólo destruyen el edificio a largo plazo y
que cuando se caiga estaremos todos muertos,
¿para qué ocuparse de ellas?
Eso es lo que se ha hecho en España durante
muchos años».

Alfred Sauvy (Demógrafo)

EMPLEO ÁREA II
DATOS SADEI

2017	Cangas del Narcea	Tineo	Allande	Ibias	Degaña	Total
Nº empleos	2698	1534	313	159	85	4789
Nº empleos Área 2						438
						9,14%

5 Discusión-Conclusión

El despoblamiento no puede atajarse con medidas de recorte, tal y como nos muestra la pirámide poblacional para el año 2033 y los datos de empleo en el Área II, veremos personas mayores por razones de optimización económica residiendo en grandes centros o viajando desde sus localidades para consultar con los múltiples especialistas.

El Plan de Salud del Princiapdo de Asturias 2019-2030 indica que: "Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo". Por lo tanto es necesario dar vida a nuestros entornos, generando actividad económica, seguridad, calidad de vida en nuestras comunidades, y que se fomente vivir sin marcharse de nuestro entorno.

¿Los jóvenes van a vivir trabajando en un gran geriátrico o compartir sus comunidades con personas de todas las edades, y generar economía y más vida?

La reducción de empleo por parte de los Servicios de Salud en estas áreas tendría una doble consecuencia: un mayor éxodo de la población afectada, y la problemática en la atención a esta población envejecida en estas zonas, suponiendo un mayor coste socioeconómico.

La salud, como promulga la OMS se entiende dentro de la comunidad, generando sostenibilidad, empleo, recursos, identidad y bienestar. Dando:
1. Oportunidad de vivir, trabajar, ser independientes en nuestro entorno….
2. Oportunidad de poder aumentar la natalidad, con las condiciones económicas y medidas de conciliación adecuadas.

Quizás estos números que se plantean puedan ser más optimistas, llenos de vida apostando por una realidad distinta. Cada uno podría reflexionar sobre esta pregunta:

¿Quieres un envejecimiento de la población para tus hijos y para ti mismo, y grandes geriátricos que se llenen en las grandes urbes?

Mientras tanto…la termita demográfica sigue trabajando sin descanso.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Poblaciones Sanas Personas Sanas. Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018.
- Portal web de la sociedad asturiana de estudios económicos e industriales: http: //www.sadei.es/es/portal.do.

Capítulo 923

EL TRATO CON PACIENTES CON ALZHÉIMER. UN RETO PARA EL CELADOR

MARTA JURADO PARAMAS

FRANCISCO JAVIER PEREZ CASTRO

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

1 Introducción

El celador ha de enfrentarse a menudo al trato con pacientes con Alzhéimer. El desconocimiento de las características de esta enfermedad puede hacer que el profesional busque en el paciente respuestas cognitivas y actuaciones que éste no puede proporcionarle.

Ocurre en muchos casos que los conocimientos que tenemos sobre esta enfermedad, popular en los medios y en las expresiones culturales y usada a menudo como metáfora de olvido y abandono, no son suficientes para enfrentarse exitosamente como celadores a la movilización o cambio postural de un enfermo de Alzhéimer.

Acciones como las sugeridas, que requieren un contacto íntimo o diálogo destinado a una correcta información y posterior ejecución de la tarea, pueden colisionar con las barreras de esta enfermedad y requerir del celador una nueva visión o abordaje. Es por ello que el conocimiento de las características del Alzhéimer debería estar presente en cada celador.

2 Objetivos

- Comprender la enfermedad de Alzheimer y a quienes la padecen.
- Desarrollar herramientas para afrontar mejor el día al día de nuestra actividad laboral con estos enfermos.

3 Metodología

Amén de la lectura de varios libros sobre el Alzheimer y sus cuidados y cuidadores, se examinan varios documentos electrónicos disponibles en línea en el Google Académico .

4 Resultados

El Alzheimer implica la pérdida de memoria, siendo, como es, la más extendida de las demencias. Es una enfermedad cerebral que afecta a las funciones corticales superiores. Su carácter es irreversible y esta pérdida de memoria va causando deterioro funcional y cambios en la personalidad.Pueden producirse consecuencias como delirios, depresión, alucinaciones, apatía, episodios agresivos o de naturaleza sexual inapropiada.

El aumento de la esperanza de vida trae parejo un aumento de la prevalencia de este síndrome en mayores de 65 años, llegando a existir en un 30 por ciento de los individuos en países desarrollados.

Es progresiva y se puede medir en grados según la Escala de Deterioro Global (EDG). Va desde un deterioro cognitivo leve, con déficit de memoria y demencia leve, y avanza añadiendo gravedad a todos los síntomas, hasta causar que el enfermo necesite tutela y supervisión en todos los aspectos de su vida. En la última fase (GDH 7), las funciones se ven totalmente comprometidas, siendo el grado de demencia y falta de memoria altísimo.

El celador, ante el enfermo con Alzhéimer, ha de tener en cuenta que éste pierde habitualmente la memoria inmediata y reciente: puede repetir la misma pregunta en varias ocasiones sin que haya intencionalidad alguna en ello, no recordar conversaciones, ser incapaz de colaborar con el celador por no entender correctamente sus frases o el contexto. A menudo, olvidan rostros (agnosia), no pueden realizar actos voluntarios como mover un brazo con un objetivo concreto (apraxia), no pueden mantener la atención (y, por tanto, obedecer órdenes sencillas que les

explicamos o peticiones de colaboración de ayuda para cambiarlos de una camilla a una silla de ruedas).

El celador puede enfrentarse también a aspectos muy desagradables de la enfermedad, como la demencia, que puede hacer que un cambio postural degenere en una situación de violencia, las alucinaciones, que pueden volver al paciente eufórico o temeroso, los delirios, ante los que hemos de esgrimir una paciencia y comprensión absoluta, ya que el paciente cree firmemente lo que dice, por falso que sea, y puede causarle una tremenda ansiedad. El paciente tiende a realizar actos repetitivos o caminar sin rumbo ni objetivo.

El celador, como herramienta laboral con múltiples funciones, puede encontrarse con enfermos de Alzheimer en la mayoría de servicios donde desarrolla su trabajo. Ya sea en urgencias, en rehabilitación, en el traslado al servicio de rayos o el quirófano, trataremos con casi toda seguridad con muchos enfermos de esta enfermedad a lo largo de nuestra carrera profesional. Es necesario, por ello, amén de recibir una formación adecuada, desarrollar una serie de estrategias para el trato con estos enfermos.

- Debemos hablarles: de modo amable, pausado. Démosles la oportunidad de participar en la medida de lo posible en la tarea que vamos a realizar.
- Mantenerlos activos, sin agobiarlos. Los cambios les afectan, así que introduzcámoslos con cuidado en su rutina.
- Simplifiquemos movimientos para que puedan ayudarnos y sentirse útiles.
- Suelen ser irritables y cambiar su humor de un momento a otro. Pueden acusarnos de los actos más abominables y nosotros, como profesionales, debemos responder con paciencia.
- El orden ayuda a evitar estas reacciones y les tranquiliza mentalmente.
- Hablarles cuando estemos realizando una tarea, indicándoles los pasos que vamos a seguir, es esencial para sosegar su nerviosismo ante una situación nueva que no controlan y que es potencialmente invasiva para su intimidad.
- Evitemos discutir o razonar, no hagamos movimientos bruscos.
- Si se agita, cesemos la actividad, esperemos, pacientes, a que se calme para poder abordarla.
- Muchos enfermos dejan de entender frases u órdenes verbales, por lo que tendremos que hacernos comprender mediante gestos , imágenes, etc.
- Cuando aparece la apraxia, labores antes sencillas como abrocharse un botón, ponerse una cazadora, etc. resultan imposibles de ejecutar para el enfermo y causa de frustración. La incapacidad de coordinar las manos o las piernas es foco

constante de caídas, accidentes, por lo que hemos de vigilar con atención y no confiarnos .

5 Discusión-Conclusión

Hemos de ser conscientes de la importancia de los cambios posturales, parte de nuestras funciones como celador. En la escala Emina, que mide las posibilidades de sufrir úlceras por presión los enfermos de Alzhéimer suelen dar valores altos de riesgo.

Es necesario insistir en la necesidad e una formación específica que capacite al celador para comprender esta enfermedad y sus características, y le proporcione herramientas para enfrentarse a ella con competencia en el día a día de su trabajo para evitar riesgos tanto para el profesional como para el enfermo.

6 Bibliografía

1. Padilla Góngora, D., Aguilar Parra, J. and López Liria, R. (2017). Salud y ciclo vital. Ed. Dyckinson.
2. Aulestia Urrutia, K. (2020). El alzheimer en España. [ebook] Available at: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/enlace25_09alzheimerespaa.pdf
[Accessed 11 Feb. 2020].
3. Mace, N. and Rabins, P. (1997). Cuando El Dia Tiene 36 horas. Mexico: Editorial Pax Mexico.

Capítulo 924

RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL SANITARIO.

COVADONGA RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

Siendo los trabajadores de la sanidad los que más riesgos laborales sufren debido a las características de trabajo, la variedad, los equipos como a las características del edificio muchas veces de grandes dimensiones y complejos donde se desempeña la actividad sanitaria. La sanidad ocupa la cuarta posición en cuanto a enfermedades graves relacionadas con el trabajo. Pues algunos riesgos laborales sanitarios como radiación, riesgos biológicos, riesgos posturales, estrés, violencia, acoso laboral, lesiones con material cortopunzante, etc.
Pues a todos estos riesgos se le empiezan a poner medidas como prever un aumento de especialistas en seguridad y salud, es decir mayor presencia de especialistas de estas características que tengan la facultada de introducir cambios para bajar las tasas de dichos riesgos.

Desde el punto de vista preventivo, en los centros sanitarios se dan dos tipos de riesgos laborales en función de su origen:

- Riesgos asociados al lugar de trabajo originados por el estado material de la construcción, dependiente tanto de su diseño como de su instalación y mantenimiento.
- Riesgos específicos originados por actividades, instalaciones y equipos propios del sector sanitario.

En cuanto a los primeros, riesgos propios de todo lugar de trabajo, tenemos que tener en cuenta que gran parte de la actividad sanitaria se realiza en edificios cerrados y frecuentemente con cierta complejidad estructural, tanto en dimensiones como en distribución. Además, los locales sanitarios, por su carácter de servicio a la sociedad, son lugares compartidos con el público (pacientes y familiares).

Algunos de los riesgos ligados a las características del espacio, y a los que los Servicios de Prevención prestan especial atención, podrían ser las caídas a distinto nivel, caídas de objetos, atrapamientos, accidentes de circulación ocasionados "in itinere" e "in misión", contactos eléctricos, contactos con agentes químicos peligrosos en tareas de limpieza, Iluminación inadecuada, condiciones termohigrométricas deficientes, incendio, explosión…

En cuanto a los riesgos originados específicamente por la actividad sanitaria, podríamos pensar que debido a que la actividad principal en un centro sanitario es el tratamiento de enfermedades y accidentes, el único riesgo específico que existe es el riesgo biológico. Si bien como veremos es uno de los más significativos, debemos tener en cuenta algunos otros:

- Agresión por parte de pacientes y familiares, que aunque parezca extraño de una sociedad avanzada, ocurre con más frecuencia de lo que pensamos.
- Sobreesfuerzos físicos ocasionados en la manipulación de carros, camillas, objetos pesados, equipos clínicos, y sobre todo por la movilización de personas con limitaciones físicas.
- Fatiga física, no solo ocasionada por las posturas forzadas y sobreesfuerzos, sino por el desarrollo de tareas como la preparación y administración de medicación, realización de curas, utilización de PVDs, etc.
- Fatiga mental originada por la exigencia de un trabajo con un alto grado de responsabilidad.
- Estrés por la elevada demanda emocional de determinados puestos de trabajo del sector sanitario.
- El trabajo a turnos o en horario nocturno, si no se adoptan las medidas preventivas adecuadas, constituye un riesgo que puede provocar importantes alteraciones al personal sanitario, haciéndolo por ejemplo más vulnerable a factores psicosociales.
- Contactos térmicos originados por determinados equipos generadores de calor como por ejemplo: esterilizadores, muflas, estufas, baños termostáticos, etc. o por equipos generadores de frío como congeladores, contenedores de nitrógeno líquido, etc.
- Exposición a agentes químicos nocivos en tareas de desinfección y esterilización,

en tareas de anatomía patológica, etc.
- Aunque pensemos que los centros sanitarios son, por lo general silenciosos, el ruido es otro de los riesgos a los que se expone el personal sanitario, sobre todo si no se adoptan las medidas preventivas adecuadas en servicios en los que se está en contacto con equipos de electromedicina.
- Exposición a ultrasonidos utilizados en determinados equipos como por ejemplo cubas de limpieza de material quirúrgico o en equipos electromédicos de rehabilitación.
- Exposición a radiaciones en servicios de radiología, radioinmunoanálisis, manipulación de radiofármacos, rehabilitación, etc.
- Exposición a los aerosoles generados en la combustión producida por el láser en determinadas tareas de servicios como cirugía, laboratorios, fisioterapia, etc.

2 Objetivos

Reducir las tasas de riesgos laborales sanitarios a través de nuevos profesionales de prevención, cumplimiento del marco jurídico y refuerzo de inspección.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 925

CLIMATIZACIÓN EN HOSPITALES.

IGNACIO GONZALEZ TOYOS

1 Introducción

Las instalaciones de hospital plantean exigencias especiales para los sistemas de climatización: tanto en equipamientos como en operativa. El nivel de contaminación en la habitación debe mantenerse siempre en niveles mínimos, que no deben ser sobrepasados. Sustancias como polvo, gases anestésicos y materias olorosas tienen que ser eliminadas de la instalación, por medio de un sistema de extracción apropiado. Esto afecta en particular, a zonas como quirófanos, unidad de cuidados intensivos, paritorios y unidades de neonatos.

2 Objetivos

- Garantizar condiciones asépticas.
- Mantener un aire correctamente filtrado y tratado, reduce el número de microrganismos, y consecuentemente, existe un menor riesgo de infección.

3 Metodología

Filtración de aire:
El aire nos proporciona oxígeno. Sin embargo, cuando el sistema inmunitario se debilita, el aire que respiramos puede convertirse en potencialmente peligroso, dado que el cuerpo puede absorber polución, bacterias o virus. Un cuerpo sano puede enfrentarse sin problemas, pero uno enfermo no. Por ello, el aire filtrado y la regulación de los diferentes caudales de aire de un hospital, adquieren una

especial relevancia. Junto con la filtración del aire proveniente del exterior, ya habitual en otros edificios, los hospitales emplean filtros absolutos en áreas asépticas, con los que se garantiza una especial y elevada pureza de aire al tiempo que se evita la entrada de partículas de pequeño tamaño o gérmenes. Estos filtros se montan en el techo, en el interior de unidades terminales con difusor.

4 Resultados

Colaborar a la curación de determinadas patologías:
Ha sido demostrado por diferentes equipos médicos, la influencia positiva de unas buenas condiciones ambientales en la curación de los enfermos en general, temperatura, ventilación y humedad relativa, así como la luz natural y artificial, colores, vistas, confortabilidad, trato humano, etc., pero en concreto ciertas condiciones específicas de temperatura, humedad relativa y ventilación son importantes en la curación de determinadas patologías, como por ejemplo:

- Los enfermos cardiacos deben estar en ambientes frescos, bien ventilados y con humedades no altas, dada su dificultad de circulación sanguínea y por tanto, de la normal disipación de calor del cuerpo (Burch y Pasquale).
- Ha sido usado con frecuencia unas condiciones ambientales cálidas y secas, 32 grados y 35 por ciento de H.R. para enfermos con artritis reumatoide.
- Para pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, con traqueotomías o con terapia de oxígeno, ambientes cálidos y húmedos de 27 grados y 60 por ciento H.R., han sido recomendadas (Walker y Wells).
- Pacientes con quemaduras requieren según varios especialistas ambientes cálidos y muy húmedos. Para grandes quemados se han especificado temperaturas de hasta 32 grados y H.R. de hasta el 90 por ciento.

La investigación médica sigue elaborando (cada vez más) informes sobre la decisiva influencia que las condiciones ambientales tienen en la curación de los enfermos.

5 Discusión-Conclusión

Parece evidente la importancia y trascendencia que la instalación de climatización tiene en los hospitales. Una instalación mal diseñada o mal realizada es prácticamente irrecuperable y el hospital la sufrirá hasta que se realice una renovación total del edificio, e incluso si este no dispone de los espacios necesarios (especialmente altura de piso a piso) será muy difícil de renovar adecuadamente.

En bastantes casos excelentes diseños arquitectónicos, no suelen ir acompañados de excelentes proyectos de instalaciones diseñadas para hospitales.

La dotación económica para instalaciones técnicas es escasa tradicionalmente y además no ha tenido en cuenta en los últimos años las nuevas normativas aparecidas, los nuevos criterios de diseño y avances tecnológicos que se han incorporado en el mundo occidental y que en su conjunto ha supuesto un encarecimiento de las mismas. De hecho los baremos que hoy se utilizan para la climatización de oficinas de buen nivel es bastante superior al que normalmente se aplica en hospitales.

Finalmente quisiera indicar que en España no hay sorprendentemente, criterios oficiales para validación y acreditación de hospitales para nuevas construcciones o existentes, ni tampoco organismos estatales que marquen prestaciones mínimas o elaboren guías de diseño que unifiquen en lo fundamental la construcción y renovación de hospitales en todo el territorio español, así como valorar con algún tipo de baremo (realizado con cierta periodicidad) la calidad general de cada hospital. (Si lo hay en hoteles). En USA está la Joint Commission que prácticamente es la más internacional.

6 Bibliografía

- TROX España 07/2015 un clima saludable.
- Redacciónmedica.com Por Carlos Ramírez.

Capítulo 926

LA FATIGA POSTURAL, UNO DE LOS MAYORES RIESGOS LABORALES DEL ADMINISTRATIVO

MARIA LUISA ALONSO SUAREZ

PATRICIA RODRÍGUEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Los administrativos suponemos que nuestra oficina es un lugar de trabajo seguro y no vemos los peligros que tenemos a nuestro alrededor y los riesgos a los que estamos expuestos. No existe mayor enemigo en cuanto a la prevención de riesgos laborales que la confianza.

A continuación enumeramos los diez mayores riesgos para nuestra salud e integridad física en la oficina: accidente en desplazamiento, caídas (sobre todo por escaleras o pasos), caídas de objetos (al intentar alcanzarlos en altura), contactos eléctricos, cortes y pinchazos (con el papel, utensilios de oficina), fatiga mental, golpes o choque con objetos inmóviles, sobreesfuerzos y destacamos, y por último la fatiga postural. ëste últimos es al riesgo al que le vamos a dedicar este capítulo. Tras esta enumeración apreciamos que nuestro entorno no es tan seguro e inofensivo como creíamos.

Se aprecia en el ámbito de La Salud Laboral un aumento de afecciones visuales y musculo-esqueléticas en los sectores y departamentos que se trabaja con pantallas de visualización de datos y tareas que exigen posturas permanentes prolongadas en el tiempo. Estamos hablando de afecciones como dolores, calam-

bres, rigidez, temblores, contracturas, etc., en la espalda, nuca, hombros, brazos y manos. Esto se ha convertido, debido a su crecimiento, en un motivo de preocupación y estudio para todas las entidades y agentes actores del sistema de prevención de riesgos laborales y salud en el trabajo.

2 Objetivos

- Considerar que es muy importante identificar, valorar y reconocer los riesgos a los que estamos expuestos durante en nuestro ámbito y jornada de trabajo.
- Dar una solución de prevención una vez que hayamos verificado los peligros que alteran nuestra salud laboral.

3 Metodología

Para el análisis y estudio de la fatiga postural, vamos a documentarnos en las páginas web de las entidades dedicadas a la prevención de riesgos laborales que llevan sus actuaciones en empresas con gran volumen de trabajadores en oficinas o puestos de visualización de pantallas.

4 Resultados

Las personas que pasan ocho horas sentadas ante un ordenador o en pantallas de visualización de datos, acaban en estos malos hábitos y por lo tanto en sus consecuencias:
- Posturas incorrectas.
- La inclinación del tronco hacia delante, sin un respaldo ni antebrazos, puede provocar un proceso degenerativo de la columna debido a la presión en la zona lumbar.
- La cabeza no debe inclinarse más de 30º, a partir de ahí la nuca comienza a sufrir y tenemos que tener en cuenta que los operadores y pantallas están en una inclinación de entre 50º y 60º.
- Las rotaciones de cabeza como la elevación de hombros, se traduce en dolor en los mencionados y en la nuca.
- Flexionar en exceso las muñecas originan lesiones en los antebrazos.
- La inclinación del fémur hacia abajo puede causar una mayor presión de la silla sobre la cara posterior del muslo, y revierte en una peor circulación sanguínea en las piernas.

- Estatismo postural.
- Mantener la misma postura, la rigidez muscular, conlleva qué los músculos permanecen produciendo contracciones isométricas, que comprimen los vasos sanguíneos, dificultando la circulación y provocando fatiga muscular.

Diseño del puesto y posturas de trabajo
- Las características y situación del mobiliario suponen un acondicionante de las posturas de trabajo, por lo que tenemos que trabajar con mobiliario ergonómico.
- También es conveniente controlar la luminosidad, nitidez y calidad de la pantalla para evitar inclinaciones y acercamientos innecesarios.
- Es primordial controlar y gestionar el tiempo que dedicamos en las tareas con pantallas de visualización, regulando las pausas.

Recomendaciones que se pueden realizar en la oficina para evitar la fatiga causada por largos tiempos sentado:
- Vigila y modifica tu postura. La manera correcta de sentarse es aquella en la que la parte superior del cuerpo y la inferior formen un ángulo recto (de 90º), apoyando la espalda en el respaldar de la silla.
- Ordena y coloca el espacio de trabajo. La silla debe estar posicionada exactamente al frente del monitor. El borde superior de este debe estar a altura de los ojos
- Consigue una app timer. Estas apps emiten avisos en forma de sonidos cada hora como recordatorios para estirar el cuerpo o levantarnos.
- Camina durante tus descansos y estira tu cuerpo
- Usa ropa cómoda: Evita usar ropa muy ajustada o incómoda.
- Cuida que los hombros no estén elevados ni engarrotados.

5 Discusión-Conclusión

Las posturas incorrectas mantenidas a lo largo del tiempo, los inadecuados elementos de trabajo (mesas, sillas, pantallas, sistema de luz, etc.), la falta de formación y conocimientos posturales, hace que la fatiga postural se encuentre en el ranking entre los diez mayores riesgos laborales del personal de oficinas.

Cada trabajador debe tomar conciencia de este riesgo y participar en la reducción y disminución de padecerlo así como los Delegados de Prevención deben exigir el cumplimiento de las pautas que la vigilancia de la salud obliga la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Relacionamos una serie de consejos para evitar la fatiga postural:
- Evitar giros posturales o laterales del tronco, posiciones incomodas, así como evitar una postura estática.
- Mantener una postura adecuada frente al ordenador, según los ajustes de los elementos del puesto y las dimensiones recomendadas para puestos de pantalla.
- Un estilo de vida adecuado realizar ejercicios de relajación, estiramientos.

6 Bibliografía

- Prensa.Tecnologia 21
- Recomendaciones ergonómicas y psicosociales. Trabajo en oficinas y despachos.
- www.ucm.es
- Prevención de Riesgos Laborales en Oficinas y Despachos. MC Mutual.
- www.facua.es
- www.preving.com
- www.eprints.ucm.es

Capítulo 927

RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

SANDRA CARDO BERDASCO

MIGUEL ÁNGEL REBOLLO IGLESIAS

1 Introducción

Todo usuario de la sanidad en España plantea datos sensibles sobre su salud, relaciones personales, miedos, etc. al personal sanitario que le atiende durante los diferentes procesos asistenciales existentes en su cartera de servicios. No se debe olvidar que los usuarios de la sanidad tienen derecho a la intimidad, la confidencialidad y la protección de datos, derechos que deben ser garantizados durante la propia asistencia sanitaria y el posterior almacenaje y procesado de datos de su historia clínica.
Con la entrada en vigor el 25 de Mayo de 2018 del Reglamento Europeo de protección de datos, que obliga a mejorar el tratamiento de la información personal para garantizar estos derechos antes mencionados, se hacen necesarios cambios en el tratamiento y uso de los datos en general, y por tantos también de los datos de carácter personal que contiene la historia clínica.

La protección de datos en el ámbito sanitario pasa por controlar los datos a los que tiene acceso el personal que trabaja para los diferentes Sistemas de Salud, independientemente de si se trata de personal sanitario o no sanitario, desde su puesto de trabajo, y más teniendo en cuenta que este acceso está facilitado

en la mayoría de los casos, y cada vez más, por las nuevas tecnologías, lo que hace aún más importante controlar este acceso ya que es un acceso rápido a un gran volumen de información sensible. De todos modos no se deben ver los sistemas informáticos utilizados mediante las historias clínicas electrónicas como una desventaja en la protección de datos, sino todo lo contrario, como una herramienta ágil para la atención a los usuarios que a la vez puede restringir el acceso a determinadas áreas de información en función de la actividad del profesional que consulta la historia y puede hacer un seguimiento de la actividad de los profesionales detectando precozmente acciones potencialmente no permitidas.

Si bien la propia protección de datos acarrea un compromiso moral con la protección de los mismos, el acceso a datos de carácter personal de forma indebida también puede acarrear sanciones económicas y penas de inhabilitación y/o cárcel debido a la vulneración de los derechos fundamentales que se han expuesto anteriormente. Por lo tanto si bien debe existir un compromiso por parte de los profesionales con la protección de datos en el ámbito sanitario también existen medidas disuasorias y de penalización de actividades que no se ajustan las normas existentes para la protección de los derechos de las personas.

2 Objetivos

- Ayudar a la identificación de problemas por parte de los profesionales sanitarios en el tratamiento de datos de carácter personal.
- Informar sobre la importancia del adecuado manejo de los datos.
- Facilitar recomendaciones para la mejora.

3 Metodología

Revisión sistemática de la literatura existente de los últimos 10 años, en castellano, que aborda las recomendaciones en lo relativo a la protección de datos en el ámbito sanitario.

4 Resultados

La actividad de los profesionales que prestan servicios en el ámbito sanitario hace que recojan a diario una cantidad ingente de datos, datos que han de ser recogidos son el permiso del usuario a quien pertenezcan a la vez que se trate de datos veraces y pertinentes. Los datos recogidos suelen pasar a la historia clínica del

paciente, y deben pasar sobre todo cuando se trata de datos de carácter sanitario, facilitando así el acceso libre a los datos y a la información en ella recogida, si así lo permita el propio paciente, para facilitar una adecuada asistencia independientemente del profesional que lo atienda. No obstante no se debe olvidar que este acceso libre a los datos y la información es destinado únicamente a la propia asistencia y obliga siempre y en todo caso a guardar el secreto profesional.

Para cumplir con la legalidad vigente actualmente en España, la Agencia Española de Protección de datos ha planteado un decálogo de medidas a aplicar para mejorar la calidad y confidencialidad de los datos de carácter sanitario, ya que estos son datos especialmente sensibles y que condensan a la perfección las medidas básicas para cumplir con la legislación a la vez que permiten valorar los errores que se pueden cometer durante la actividad diaria de los profesionales de la sanidad.
Las medidas básicas a tener en cuenta son:
• Trata los datos de los pacientes como querrías que tratasen los tuyos.
• Solo debes acceder a las historias clínicas si es necesario para tu labor.
• No olvides que los accesos a la documentación clínica quedan registrados en el sistema.
• Evita informar a terceros sobre la salud de los pacientes, salvo que estos lo hayan consentido o con justificación lícita.
• No facilites tus claves de acceso y cierra la sesión del ordenador cuando no estés en tu puesto de trabajo.
• No envíes datos de salud por cualquier red pública, si fuera imprescindible cifra los datos.
• No tires la documentación a la papelera, destrúyela siguiendo el procedimiento del centro para tal fin.
• Cierra siempre armarios y archivadores con documentación clínica.
• No dejes historias clínicas a la vista sin supervisión.
• No crees por tu propia cuenta ficheros con datos clínicos.

5 Discusión-Conclusión

Los derechos a la confidencialidad y a la intimidad de los usuarios de la sanidad son inalienables y no están sujetos a interpretación ni su protección puede ser algo azaroso. Tener esto en cuenta hace que los profesionales con acceso a datos de carácter sanitario deban ser conscientes de la obligación que conlleva su actividad y por ello extremar las precauciones durante su actividad diaria en el

manejo de datos de carácter personal, concienciándose de la importancia que sus acciones pueden tener sobre los derechos de los usuarios, teniendo en cuenta que con la legislación existente actualmente en España no hacerlo supone un alto riesgo de cometer un delito.

Fomentar el conocimiento de estos derechos y poner en práctica medidas básicas para la protección de los mismos, probablemente redunde en una actuación acorde a las leyes existente, más respetuosa con los usuarios y más segura para los propios trabajadores, que en muchas ocasiones pueden incurrir en un delito por desconocimiento más que por la propia intención de cometerlo. Estas medidas aun parecen más importantes con la implantación de la Historia Clínica electrónica, que facilita enormemente el acceso a la información de un modo ágil y sencillo, con una falsa percepción de accesibilidad anónima.

6 Bibliografía

- Criado del Rio, MT. Aspectos médico-legales de la historia clínica. Med Clin. Barcelona; 1999; 112: 24-28
- Antomás J, Huarte del Barrio S. Confidencialidad e historia clínica: Consideraciones ético-legales. Anales Sis San Navarra. 2011; 34(1): 73-82
- Sánchez-Henarejos A, Fernández-Alemán JL, Toval A, Hernández-Hernández I, Sánchez-García AB, Carrillo de Gea JM. Guía de buenas prácticas de seguridad informática en el tratamiento de datos de salud para el personal sanitario en atención primaria. At primaria. 2014; 46(4):214-222
- Aepd: Agencia española Protección de datos [internet]. Madrid: aepd; 2019 [actualizado 19 nov 2019; citado 10 feb 2020]. Disponible en: https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-10/infografia-decalogo-personal-sanitario.pdf
- Llanes-Fernández de la Cueva G, Berjano-Álvarez D, Márquez-Rodríguez L. Decálogo de buenas prácticas para la protección de datos en Medicina del Trabajo y vigilancia de la salud. Rev Asoc Esp Espec Med Trab. 2019; 25(1): 34-42.
- Sánchez-Henarejos A, Fernández-Alemán J, Toval A, Hernández-Hernández I, Sánchez-García A, Carrillo de Gea J. Guía de buenas prácticas de seguridad informática en el tratamiento de datos de salud para el personal sanitario en atención primaria. Atención Primaria. 2014; 46(4): 214-222.
- Medrano J, Pacheco L. Historia clínica electrónica y confidencialidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2015; 35(126): 249-253.

Capítulo 928

TELEMEDICINA: VENTAJAS E INCONVENIENTES

SANDRA CARDO BERDASCO

MIGUEL ÁNGEL REBOLLO IGLESIAS

1 Introducción

Durante los últimos 50 años el desarrollo de las tecnologías de la información y de las telecomunicaciones ha sido probablemente superior al conseguido durante toda la historia anterior de la humanidad. La informática, en este momento, ya se ha introducido en prácticamente todos los aspecto de la vida, lo que abarca, por tanto, el mundo laboral incluyendo a la asistencia sanitaria y con ello a muchas de las actividades que en este ámbito se desarrollan.

Estamos acostumbrados a que la tecnología albergue y facilite la información de un modo seguro y ágil, haciendo de la inmediatez uno de sus rasgos más valorados. Pero la tecnología también permite el ejercicio de actividades profesionales de un modo radicalmente distinto en su ejecución pero que respeta la esencia de las mismas, permitiendo unos resultados similares o incluso mejores en muchos campos. En el campo de la sanidad la informática ha permitido un gran cambio en la gestión de los datos de carácter sanitario, quizás si uso más conocido, pero la inclusión de la informática y todas sus posibilidades actuales también han hecho posible poner en marcha de la telemedicina.

El concepto de telemedicina aparece en los años 70 a la vez que la tecnología se va desarrollando y es definido como la prestación a distancia de diferentes servicios sanitarios aprovechando los recursos electrónicos y las infraestructuras

de telecomunicaciones disponibles. La telemedicina también es llamada atención médica virtual, e-salud o tele-salud entre otros.

Existen diferentes tipos de telemedicina entre los que destacan la monitorización de pacientes a distancia, el almacenamiento y envío de datos mediante tecnología o la telemedicina interactiva. Estos tipos también pueden subdividirse en función de si se prestan en tiempo real o en tiempo diferido y sus aplicaciones abarcan el apoyo a la continuidad asistencial, la garantía de información a los usuarios o la facilidad para la formación de los profesionales.

La telemedicina es en la actualidad una realidad, según plantea la Organización Mundial de la Salud en el año 2010 aproximadamente el 30% de los países ya disponían de instituciones dedicadas al desarrollo, control o revisión de la telemedicina, pero este hecho no hace que esté carente de riesgos, amenazas y sobre todo áreas de mejora como la mejora de la interoperabilidad, la integración completa en muy diferentes servicios y entornos, las reticencias por parte de algunos profesionales o la intercomunicación entre sistemas.

2 Objetivos

- Dar a conocer la telemedicina
- Informar sobre los beneficios e inconvenientes de la telemedicina en la asistencia sanitaria

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cuiden plus, ClinicalKey y CINAHL, en Castellano e Inglés, que trate sobre las ventajas e inconvenientes del uso de la telemedicina, usando las palabras clave: Telemedicina (Telemedicine), Difusión de innovaciones (Diffusion of innovation) y Atención ambulatoria (Ambulatory care), y el operador boleano AND.

4 Resultados

La implantación de la telemedicina, como pasa con casi todas las integraciones de tecnología en cualquier ámbito, presenta ventajas e inconvenientes. Conocerlos es necesario para valorar el resultado coste-beneficio de la implantación y el uso de esta tecnología.

Ventajas
• Posibilita la aportación de servicios de salud en donde la distancia es un factor crítico, reduciendo así las desigualdades al aumentar la accesibilidad a múltiples servicios
• Puede ser prestada por cualquier profesional sanitario dentro de sus funciones y de acuerdo a sus capacidades
• Favorece la continuidad asistencial
• Reduce la necesidad de traslados
• Disminuye los costes de la asistencia hospitalaria
• Incrementa la calidad de vida del usuario y su familia
• Mantiene al entorno familiar cerca del usuario que precisa atención
• Genera nuevas posibilidades de relación entre profesional y usuario
• Mejora la satisfacción de los usuarios y sus familias
• Ahorra tiempo y recursos
• Genera una imagen de innovación
• Aporta recursos adicionales para la formación de profesionales de la salud
• Permite el suministro de información sanitaria a la población de un modo rápido y eficaz

Inconvenientes
• Posibilidad de compromiso en la privacidad y confidencialidad
• Posibilidad de compromiso en la seguridad de los datos
• Acceso desigual a la disponibilidad y uso de tecnologías
• Requiere cambios en los procesos asistenciales habituales y en la cultura de trabajo, requiriendo compromiso por parte de los profesionales
• Requiere recursos específicos
• Precisa de formación específica a los profesionales
• Necesita de un cambio cultural en diferentes sectores de la sociedad

5 Discusión-Conclusión

La telemedicina es un recurso tecnológico que facilita la optimización de los servicios de salud, tanto en tiempo como en dinero o calidad de vida, facilita el acceso a zonas donde la distancia supone un factor crítico para prestar asistencia o suministrar información a la vez que genera nuevos retos y posibilidades en la formación y el ejercicio de la asistencia sanitaria.

Teniendo todo esto en cuenta si se trabaja en garantizar la seguridad de los datos obtenidos de acuerdo a las leyes vigentes, se genera en los profesionales un com-

promiso con esta herramienta y se puede aprovechar por completo todo el potencial que esta herramienta posee, la telemedicina puede suponer un enorme avance en la mejora de la calidad asistencial.

Estas posibilidades de mejora que ofrece la telemedicina son útiles en útiles en prácticamente todo tipo de sistemas, independientemente de la capacidad económica del sistema del que depende, ya que el coste-beneficio de este tipo de atención sanitaria es claramente positivo.

6 Bibliografía

1. Vergeles-Blanca JM. La telemedicina. Desarrollo, ventajas y dudas. Aten Primaria. 32:59-61.
2. Plan de Telemedicina del INSALUD. Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria del INSALUD. Subdirección General de Informática del INSALUD. Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de la Información del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000.
3. Vergeles-Blanca JM. Telemedicina: algo más que medicina a distancia. Aten Primaria 2001; 27: 1-2.
4. Monteagudo JL, Serrano L, Hernández Salvador C. La telemedicina: ¿ciencia o ficción?. Anales del Sist Sanit Navar. 2005; 28: 309-323.
5. Murias G, Sales B, García-Esquirol O, Blanch L. Telemedicina: mejora de la calidad en la atención de los pacientes críticos desde la fase prehospitalaria hasta el servicio de medicina intensiva. Med Intensiva. 2010; 34(1): 46-55.
6. Jiménez WG, Acuña JS. Avances en telesalud y telemedicina: estrategia para acercar los servicios de salud a los usuarios. Acta Odontológica Colombiana. 2015; 5(1):101-115.
7. Higgins C, Dunn E, Conrath D. Telemedicine: an historical perspective. Telecommunications Policy. 1984; 8(4): 307-313.
8. Serper M, L.Volk M. Current and Future Applications of Telemedicine to Optimize the Delivery of Care in Chronic Liver Disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019; 16(2):157-161.

Capítulo 929

TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN TICS. EN RELACIÓN CON EL PERSONAL NO SANITARIO DE SERVICIOS DE SALUD

MARIA JESUS FERNANDEZ ORDOÑEZ

MARÍA FE MENÉNDEZ BIGOTES

1 Introducción

Las tecnologías de la información y la comunicación han contribuido enormemente avance en el sistema sanitario. El uso de las nuevas tecnologías para acceder a información clínica y a materiales de formación sobre salud y bienestar se ha convertido en una necesidad para muchos ciudadanos, pacientes y profesionales sanitarios.

Internet se ha convertido en un instrumento fundamental de la transmisión del Conocimiento. Cada vez son más las personas que consultan en Internet acerca de enfermedades. Los organismos sanitarios son conscientes de ello, por eso están trabajando para incorporan estas nuevas tecnologías. La necesidad de implementación de las TICS en entornos de trabajo sanitarios, como elemento de mejora de la formación y la comunicación de los profesionales sanitarios, así como aquellas posibles barreras pueden aparecer en el proceso.

Un reciente estudio sobre redes sociales descubre que el 70% de las instituciones sanitarias consideran muy necesario el uso de las redes para comunicar, sin em-

bargo encuentran diversas barreras para lanzarse a usarlas. La falta de recursos humanos para gestionarlas, en unos de los principales problemas, la falta de tiempo y el desconocimiento del entorno on-line.

Con la implantación de las TICs se ha mejorado la calidad de los servicios que se prestan a los usuarios, mediante la capacitación y el desarrollo profesional. Esto ha constituido un cambio muy importantes en las organizaciones sanitarias.

Las nuevas herramientas web se están convirtiendo en un instrumento fundamental para el trabajo del administrativo, ya que permite una comunicación rápida y eficaz.

2 Objetivos

- Analizar las utilidades que nos ofrecen las herramientas web en nuestro trabajo diario.
- Elegir aquellas que nos resulten más eficaces y cuya puesta en marcha sea viable.
- Actualizar el mapa de competencias del administrativo para adaptarlo al uso de las herramientas seleccionadas.
- Desarrollo de servicios sanitarios en línea que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos e incrementen la eficiencia del sistema de salud.
- El intercambio de información administrativa y clínica entre los diferentes servicios regionales de salud, de forma ágil y segura.
- El desarrollo y eventual implantación de la receta electrónica, permitiendo la movilidad geográfica del ciudadano en el uso de este servicio.
- El acceso a la información clínica por vía electrónica y la implantación progresiva de la historia clínica electrónica.
- Todo ello sobre la base de un Sistema Interoperable de tarjeta sanitaria como sistema de identificación individual del paciente.

3 Metodología

El proyecto se basa en el estudio cualitativo de los procesos formativos y herramientas web.
Se analizan los procedimientos de formación para determinar aquéllos que necesitan mejoras relacionadas con la comunicación. Se seleccionan los siguientes.
- Difusión de información.
- Ejecución de actividades formativas en formato on-line-

- Evaluación inicial y final.

Se estudiarían los funcionamientos que pueden aprotar las herramientas informáticas siguiendo los criterios:
- Adecuación al objetivo propuesto.
- Evitar el incremento presupuestario
- Eficacia.

4 Resultados

Se optimizan recursos y se ofrecen resultados de calidad a través de la innovación en la gestión de la actividad.

Se han actualizado las competencias del administrativo, incluyendo el conocimiento y manejo de las herramientas, y se les ha formado mediante cursos para la puesta en marcha de éstos recursos.

La incorporación de las nuevas tecnologías a la sanidad es muy importante, dependiendo de la actividad que se realice dentro del sector sanitario en impacto es mayor o menor, en el caso del personal administrativo el impacto en muy importante. Los impacto más relevantes en sanidad son:
- La mejora de las relaciones entre todos los agentes que intervienen en el sistema, ciudadanos, pacientes, gestores, profesionales y proveedores.
- La igualdad y la universalidad del servicio sanitario, lleva la asistencia a zonas aisladas o de escasa dotación de recursos especializados o a zonas de poca población.
- Un ahorro de coste en el tratamiento médico facilitando una menor duración de la estancia en el hospital, mayor rapidez en la incorporación del paciente a su medio habitual.
- Una disminución de actos médicos y exploraciones, así como de los desplazamientos.
- La eficiencia del sistema, mediante la optimizaciones de los recursos asistenciales y la mejora de la gestión de la demanda.
- La continuidad asistencial y fomenta el autocuidado para ciertos colectivos de pacientes.

- El traslado de la capacidad de resolución de ciertos aspectos a niveles inferiores del sistema de salud, es decir, facilita trasladar ciertas actividades desde el hospital al centro de salud e incluso al domicilio.

- El apoyo a la actividad de los profesionales, ya sea asistencial, de apoyo o formativa.
- La mejora de la gestión de la información, ofreciendo soporte al almacenamiento, el tratamiento y el transporte.
- La reducción de la posibilidad de error en actividades como la prescripción médica: El impacto de las TIC en la reducción de errores de prescripción de medicamentos.

La introducción de las TIC ayuda a mejorar la eficiencia y a plantear nuevos modelos de organización y trabajo.

El impacto para los pacientes y ciudadanos

Un objetivo fundamental de estas tecnologías es colocar al paciente en el centro del sistema sanitario. Un claro ejemplo es la implantación de la historia clínica electrónica que permite al paciente moverse entre distintos centros sanitarios, teniendo acceso a todo su historial médico. Así como la incorporación de la tele medicina en los procesos asistenciales, que supone un cambio considerable entre la relación paciente-médico.

Las nuevas tecnologías, como el teléfono móvil o Internet, se convierten en herramientas de relación del ciudadano con el sistema sanitario, el cual puede consultar información y en muchos de los casos realizar una comunicación bidireccional, lo que redunda en una mayor comodidad y un servicio más personalizado.

El impacto para los profesionales
Se mejora la calidad de vida de los facultativos, al poder sustituir gran parte de las consultas a domicilio presenciales por consultas a distancia. Puede tener un seguimiento más exhaustivo del paciente. Entre los profesionales se facilita el aprendizaje y el intercambio de opiniones y consejos entre los facultativos, a través de los foros de conocimiento y el diagnóstico por imagen. Etc. Desde el punto de vista de la gestión se facilita el acceso a la información y su intercambio.

El impacto en los organismos de gestión y gerentes.
El uso de las tecnologías de la información la gestión y la toma de decisiones, ya que se mejora de forma notable el acceso a la información y su análisis. Las nuevas tecnologías permiten al acceso online a mucha información y parámetros de gestión. Por lo que se puede analizar la evolución de los últimos años.

El impacto en los diferentes centros sanitarios
1. Centros de salud y consultorios. Las TIC pueden ayudar en la mejora del fun-

cionamiento de estos centros, algunos aspectos en los que e impacto es mayor son:
- Mejora en la gestión de citas, que quedarían reflejadas directamente en la agenda de los facultativos. Pidiéndose la cita por Internet. (el 44,4% de los usuarios ha utilizado el servicio de cita previa telemática, y 6 de cada 10 considera que puede conseguirla más rápidamente por este medio que cuando lo hace acudiendo directamente al centro de salud o por teléfono).
- Comunicación con centros especializados que pueden prestar apoyo en el diagnóstico de patologías,
- Acceso on-line a información sobre el paciente, su historial clínico, radiografías.
- Acciones de formación y para el acceso de los facultativos a información y bases de datos.

2. Hospitales. En los hospitales el impacto de las TIC es decisivo, ya que en estos entornos es necesario gestionar gran cantidad de recursos y se generan grandes volúmenes de información.
- Aumento de la eficiencia en la gestión en la relación con el paciente.
- Aumento de la calidad en la atención como consecuencia de la disminución del número de errores médicos al aplicar las TIC.
- Aumento del nivel de atención al ciudadano como consecuencia de trasladar ciertas actividades al hogar.
- Aumento de la eficiencia del hospital con la consiguiente reducción de costes por el uso más racional de los recursos.

3. El impacto en universidades y centros de investigación. Las TIC facilitan el acceso a información, ya sea información de una Internet de un centro de investigación o información que esté disponible en Internet. También pueden dar soporte a proyectos de investigación al permitir centralizar y ordenar la información creando sitios web con toda la información del proyecto.

El impacto en proveedores de productos y servicios.
La comunicación entre proveedores y el sistema sanitario puede ser mucho más fluida. En ciertos casos es posible la integración de los sistemas de información de los proveedores y del sistema sanitario, con lo que se conseguiría reducir los plazos de entrega y ofrecer un mejor servicio, reduciéndose los stocks gestionados por el sistema sanitario.

El impacto en las oficinas de farmacia.
Para los farmacéuticos la incorporación de las nuevas tecnologías supone una modificación tanto en su trato con los pacientes como con los médicos y los hospitales. Por poner un ejemplo, la incorporación de la receta electrónica al

sistema sanitario supone una modificación del modo en que se gestiona la venta de medicamentos.

Gracias a las TIC, la comunicación entre proveedores y el sistema sanitario puede ser mucho más fluida, como ocurre en otros sectores como el industrial.

El impacto para aseguradoras e iniciativas privadas.
Para las iniciativas privadas el empleo de las TIC no sólo potencia una imagen innovadora de cara a los clientes de esos seguros, sino que supone un importante ahorro de costes, tanto en lo relativo a los procesos de gestión y administración interna como al permitir la tele-asistencia y reducir así las estancias hospitalarias.

Impacto en los proveedores de tecnologías.
La utilización masiva de la TIC en el sector sanitario tendrá un impacto en los proveedores de tecnologías, dados los volúmenes de actividad de la sanidad y su capacidad de arrastre sobre la economía global de un país.

Marco Jurídico del Programa Sanidad en Línea
El comienzo del Programa se produjo el 13 de octubre de 2005 con la firma del convenio marco de colaboración entre el MSC, el MITYC y red.es para la puesta en marcha del Plan Avanza en el ámbito del SNS. En el convenio marco se establecen los objetivos del Programa, el modelo de cofinanciación, la cuantía de las inversiones, las actuaciones a desarrollar por cada una de las partes y los mecanismos de seguimiento de las actuaciones. A su vez, introduce como instrumento de participación de las comunidades autónomas en el Programa la firma de convenios bilaterales entre red.es y cada una de ellas.

Los convenios bilaterales se firmaron entre diciembre de 2005 y mayo de 2007. Para garantizar que todas las comunidades autónomas disponían de tiempo suficiente para la ejecución de los proyectos asociados al convenio, se prorrogó el plazo de vigencia de todos los convenios de Sanidad en Línea. La firma de convenios con todas las comunidades autónomas es uno de los logros de la actuación, que ha permitido agregar demanda, generar eficiencias en la dedicación de recursos profesionales y compartir buenas prácticas.

Ejes de actuación del Programa y objetivos
Desde el punto de vista de las actuaciones concretas a desarrollar por el Programa Sanidad en Línea, es posible identificar siete grandes ejes de actuación que configuran el marco de referencia, a partir de los cuales se definen y acotan los proyectos específicos que integran el

Programa:
• Ampliación y renovación de la infraestructura y el equipamiento informático en las Comunidades..
• Ampliación y refuerzo del Nodo Central del SNS.
• Tarjeta sanitaria individual.
• Historia de salud electrónica.
• Receta electrónica.
• Cita médica por Internet Interoperabilidad de servicios en el SNS.

5 Discusión-Conclusión

La incorporación de TICs mejora los resultados de los servicios sanitarios en lo que respecta al paciente. Conlleva grandes cambios en la ejecución de las tareas que no serían posibles sin un reciclaje del personal administrativo, que asume un nuevo rol como gestor de herramientas web.

Las tecnologías aplicadas en el entorno sanitario ofrecen métodos y técnicas para la conservación y mantenimiento de la vida y además promueve la autonomía, haciendo visible el práctica profesional. Se trata de un modelo de trabajo con soporte telemático, que usa tanto sistemas informáticos como de telecomunicaciones, que poco a poco se va introduciendo en el campo de la atención primaria y especializada, de la docencia, de la investigación y de la gestión.
Las TIC enriquecen enormemente el proceso de la comunicación, con frecuencia una nueva investigación necesita una tecnología nueva. Por este motivo, es necesario que el personal desarrolle también las competencias necesarias para desenvolverse adecuadamente en este nuevo contexto socio tecnológico, que implica el uso adecuado de las TIC, el acceso a la información y el conocimiento en salud y su gestión o la generación y difusión de nuevo conocimiento.

Los profesionales de la salud no deben ser ajenos a las nuevas tecnología de la información y comunicación. Podemos y debemos aprovecharnos de los medios existentes, adaptándolos al ámbito sanitario, para conseguir una mejora en la atención del usuario, la autogestión del paciente de su propia enfermedad con una mayor implicación del mismo y un espacio virtual, donde todos los protagonistas del proceso, puedan interactuar, en beneficio tanto de los propios pacientes como de una gestión más eficaz y eficiente del sistema sanitario.

El uso de Internet y de las nuevas tecnologías, no sólo transforma los millones de datos sobre salud en conocimiento para los ciudadanos, sino que mejora la

gestión de los servicios sanitarios e incluso puede mejorar diagnósticos y salvar vidas, algo que hace que esta transformación digital hacia nuevos modelos de cuidados en salud no sólo sea positiva, sino una obligación para las entidades sanitarias.

6 Bibliografía

1. Blázquez Martín D, De la Torre I. Redes sociales sobre salud: Medicina 2.0. Revista eSalud.com. 2012; 8(30). Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4204965.pdf
(acceso: 20/06/2013). [Links]
2. Decálogo para el uso de webs de salud. WMA-COMB-Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Disponible en http://www.guiasinfosalud.es
(acceso: 25/06/2013). [Links]
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
(acceso: 20/06/2013). [Links]
4. Hernández, E.; Gómez-zúñiga, B. Intervención en salud en la Red. UOC Papers. 2007 (4). UOC. Disponible en: http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/monografico.pdf
(acceso: 12/05/2013). [Links]
5. Boude Figueredo O, Ruiz M. TIC y el aprendizaje basado en problemas como agentes significativos en el desarrollo de competencias. Index de Enfermería 2009; 18(1): 18-22. [Links
6. Ramos González V. Las Tics en el Sector Salud. Bit 2007; 163: 41-45. [Links]
7. Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. Aplicaciones de Enfermería basadas en TIC's. Hacia un nuevo Modelo de Gestión. ENE, Revista de Enfermería. 2010; 4(2): 10-18. Disponible en: http://www.indexf. com/para/n19/070d.php (acceso: 16/06/2013). [Links]

Capítulo 930

CÓDIGO ALIMENTARIO ESPAÑOL Y CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ALIMENTOS

CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO

1 Introducción

El Código Alimentario Español se aprueba por el Decreto 2484/1967, de 21 de septiembre. Este texto contiene las normas básicas y sistematizadas relativas a los alimentos, condimentos, estimulantes y bebidas, sus primeras materias correspondientes y, por extensión, a los productor, materias, utensilios y enseres de uso y consumo doméstico. A estos efectos, tiene como finalidad:
- Definir que ha de entenderse por alimentos, condimentos, estimulantes, bebidas y demás productos y materias a que alcanza esta codificación.
- Determinar las condiciones mínimas que han de reunir aquellos.
- Establecer las condiciones básicas de los distintos procedimientos de preparación, conservación, envasado, distribución, transporte, publicidad y consumo de los alimentos.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes alimentos que tenemos en el Código Alimentario y las Características de estos.

3 Metodología

La búsqueda de información se ha realizado en base de datos como: Medline, Google Académico y Pubmed.

Los descriptores empleados fueron: "Código Alimentario Español y su clasificación" "Tipos de alimentos en un hospital", " Clasificación de Alimentos" y " Características sobre los diferentes alimentos".

Asimismo, se consultaron libros y revistas que abordan la temática. También se ha consultado el BOE.

4 Resultados

En el Código Alimentario aparecen las siguientes definiciones relativas a los alimentos.

- Alimentos: Todas las sustancias o productos de cualquier naturaleza, sólidos o líquidos, naturales o transformados, que por sus características, aplicaciones, componentes, preparaciones y estado de conservación sean susceptibles de ser habitual e idóneamente utilizados para nutrición humana.
- Nutrientes: Son las sustancias integrantes de los distintos alimentos, útiles para el metabolismo orgánico, y que corresponde a los grupos genéricamente denominados proteínas, hidratos de carbono, gradas, vitaminas, minerales y agua.
- Productos dietéticos y de régimen: Son los alimentos elaborados según formulas autorizadas, adecuados a satisfacer necesidades nutritivas especiales del hombre.
- Productos sucedáneos: Todo producto que, sin fines engañosos o fraudulentos, pretenda sustituir en todo o en parte a un alimento.

Alimentos fundamentales: son los que constituyen una proporción importante de la ración alimenticia habitual.

- Alimentos perecederos: Son los que, por sus características, exigen condiciones especiales de conservación en sus periodos de almacenamiento y transporte.
- Alimento impropio: Cualquier materia natural o elaborada en la que concurra alguna de las siguientes circunstancias:

No estar comprendida en los hábitos alimenticios de la población, aunque el producto de que se trate tengo poder nutritivo.

Cuando, aun siendo alimento o materia comprendido en los hábitos alimenticios, no se haya completado su proceso normal de maduración o elaboración, o lo haya sido mediante algún procedimiento no autorizado.

- Alimento adulterado: Todo alimento al que se haya adicionado o sustraído cualquier sustancia para variar su composición, peso o volumen, con fines fraudulentos o para encubrir que es inferior calidad.
- Alimento falsificado: Todo alimento en el que:
Haya sido preparado o rotulado para simular otro conocido.
Su composición real no corresponda a la declara y comercialmente anunciada.
Induzca a error al consumidor.
- Alimento alterado: Todo alimento que haya sufrido tales variaciones en sus caracteres organolépticos, composición o valor nutritivo que su aptitud para la alimentación haya quedado anulada o sensiblemente disminuida, aunque se mantenga inocuo.
- Alimento contaminado: Todo alimento que contenga gérmenes patógenos, sustancias químicas o radiactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades.
- Alimento nocivo: Todo alimento que:
Produzca efectos perjudiciales en el consumidor.
Su ingestión repetida pueda entrañar peligroso para la salud.
Su contenido en microorganismo o materias extrañas sea superior a los límites permitidos.
Pueda producir efectos perjudiciales en un grupo determinado de consumidores al que va específicamente destinado.

5 Discusión-Conclusión

Diferentes tipos de alimentos:
- Leche y derivados: Los alimentos de este grupo aportan proteínas de origen animal, y son ricos en calcio.
Tipos de leche: Leche higienizada. Leche certificada. Leches especiales y leches conservadas.
Derivados de la leche: Nata. Mantequilla. Quesos. Sueros lácteos. Requesón. Yogur.

- Huevos.

- Verduras y hortalizas:
Tipos de verduras y hortalizas: Berenjena, maíz, pimiento, ajo, cebolla, puerro, cebolleta, berza, brócoli, col de Bruselas, coliflor, repollo, acelga, espinaca, lechuga, alcachofa, guisantes, calabacín, apio, zanahoria, espárrago.

- Fruta.
Tipos de frutas:
Frutas carnosas: aguacate, albaricoque, ciruela, frambuesa, fresa, pera, mora, higo, limón, cereza, tomate, uva, sandía, plátano, melocotón.
Frutas secas: almendra, avellana, castaña, nuez.
Frutas oleaginosas: cacahuete, coco, girasol.
Derivados de las frutas: Zumos, crema, compota, confitura, mermelada, pulpa, puré, macedonia, fruta en almíbar, fruta confitada.

- Pescados y mariscos.
Según la manipulación ha la que han sido sometidos:
Pescados frescos, pescados congelados, pescados salados, pescados ahumados.
Según sus propiedades nutritivas:
Pescado blanco, entre ellos están la merluza, el gallo, el lenguado y el rape.
Pescado azul, entre ellos están el boquerón, el atún, el salmón.
Pescado semiblanco, entre ellos están el besugo, la lubina, la dorada.
Según su hábitat:
Mar: boquerón, bonito, lenguado.
Agua dulce: salmón, trucha, angula.
Derivados del pescado: Semiconservas, conservas, platos cocinados.

- Carne, clasificación según animal productora:
Bóvidos (Toro, Buey, Vaca, Novillo)
Porcinos (Lechón, Cerdo)
Óvidos (Lechal, Ternasco, Pascual, Carnero)

- Aceite.

- Grasas animales comestibles, se encuentran entre ellos:
Manteca de cerdo, sebos alimenticios.

- Grasas vegetales comestibles, se encuentran entre ellos:
Manteca de coco, Aceite de palmiste, manteca de palma, manteca de cacao comestible.

- Azúcar.

- Cereales, se encuentran entre ellos:
Arroz, cebada, centeno, maíz, trigo.

- Legumbres, se encuentran entre ellos:

Fabas, garbanzos, lentejas.

Existen diferentes composiciones en los alimentos como:
- Hidratos de carbono.
- Proteínas.
- Lípidos.
- Vitaminas.
- Minerales.

6 Bibliografía

- https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&q=código+alimentario+español
- https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1967-16485
https://es.scribd.com/document/40621817/LOS-ALIMENTOS-CLASIFICACION-Y-CARACTERISTICOS-DE-LOS-DIFERENTES-TIPOS-DE-ALIMENTOS
- https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=tipos+de+alimentos+en+un+hospital&btnG=
- https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiggOyV8MrnAhWK3YUKHUANAuoQFjACegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Fhcs.es%2Fweb%2Fdownload_file.cfm%3Ffile%3D10970%26entry%3D847&usg=AOvVaw34PIkZDRt83TUc2QSDSkVJ

Capítulo 931

LA INTIMIDAD, ESA GRAN OLVIDADA.

DIEGO ABELLA GONZÁLEZ

1 Introducción

La intimidad es uno de los mayores tesoros que tiene una persona. La esfera de la intimidad representa el espacio de la privacidad personal que cada ser humano debe de proteger. Muchos definen la intimidad como un límite entre lo público y lo privado, entre lo que es confidencial y aquello que puede mostrarse… podemos decir que en numerosas ocasiones el concepto de intimidad se sobrepone al de privacidad.

La privacidad es todo lo relacionado con la vida personal de cada persona y que debe mantenerse de forma íntima y secreta. Un individuo tiene derecho a tener privacidad en su vida, es decir que la persona puede realizar acciones, que no necesariamente, tenga que compartir con los demás. Este derecho a la privacidad se encuentra contemplado en la declaración mundial de los derechos humanos y por lo tanto debe ser respetado por todos.

Muestra de la importancia se la intimidad en nuestra vida diaria es, que aparece en nuestra Constitución, artículo 18, como un derecho fundamental. La Ley General de Sanidad, en su artículo 10, se refiere expresamente al respeto a la intimidad.

La intimidad va en relación a dos aspectos, con nosotros mismos y en relación a otros.

Es un concepto algo subjetivo pues es propio para cada individuo e influenciado por la educación, edad, sexo, etnia, religión… de cada uno. Lo que para alguien no tiene importancia, para otro puede ser un problema.
El mantenimiento de la intimidad dentro del centro asistencial es a veces olvidado en favor de otros aspectos como la asistencia sanitaria o el tipo de pruebas a realizar a los pacientes. Muchas veces para proporcionar una asistencia apropiada, los pacientes tienen que proporcionar datos íntimos como datos físicos, de enfermedades anteriores, hábitos, etc. donde ven sometidos a un ataque continuo su intimidad.
Cualquier persona puede determinar hasta dónde alcanza su esfera íntima. Por tanto, cuando un paciente desvela aspectos de su intimidad con motivo de la atención de un profesional, no está renunciando a su derecho, sino que está ejerciendo y por ello tiene derecho a que se respete su confidencialidad.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia del derecho a la intimidad del paciente mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

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

Marco teórico.
Podemos desarrollar el respeto a la intimidad del paciente y de sus familiares, bajo tres aspectos:
-Intimidad corporal: La intimidad corporal, basada en el pudor y el recato, exige que en las exploraciones, cuidados o actividades de higiene por parte de los profesionales sanitarios correspondientes, sea respetada lo máximo posible. La realización de la higiene diaria en pacientes dependientes, bien porque es necesario tocar, observar o auscultar, como medio para poder realizar un diagnóstico

o tratamiento son ejemplos de momentos donde la intimidad del paciente debe de ser vigilada.

Para garantizar esta intimidad, en la atención sanitaria es necesario cuidar y respetar el espacio físico donde se atiende a los pacientes. Se deben establecer mecanismos de separación que permitan la privacidad, por ejemplo, utilizar biombos o cortinas de separación en habitaciones compartidas por más de un paciente así como en consultas para separar la zona de exploración de la consulta. También las puertas de los lugares en que se estén realizando exploraciones se mantendrán cerradas y los profesionales llamarán a las puertas tanto de consultas como de habitaciones de pacientes, para advertir de su presencia.

Debemos extremar las medidas para respetar el pudor o la vergüenza de cada persona cuando se realiza la higiene diaria. Siempre deberemos explicar al paciente lo que le vamos a hacer en cada momento y si para ello es preciso descubrir una parte del cuerpo tendremos cuidado de cubrir el resto. Asimismo, debemos garantizar el máximo respeto a la intimidad del paciente en su traslado por los pasillos del centro, teniendo cuidado de ir lo suficientemente cubiertos con batas o mantas. La imagen externa del paciente durante el periodo de hospitalización tiene para ellos gran importancia puesto que al ser expuestos en condiciones poco dignas se vulnera su intimidad. La miradas ajenas pueden hacer sentir al paciente incómodo.

-Intimidad psicológica: Se deben respetan los valores y creencias personales de cada paciente. Como ejemplo, una mujer de etnia gitana, puede verse incomodada si en su aseo diario participan profesionales masculinos. Deberemos ser comprensivos, entender y respetar sus ideas, aunque no sean compartidas.

-Confidencialidad: Con motivo de la asistencia sanitaria, es normal que sea el propio paciente quien de a los profesionales información de su esfera íntima, mediante la aportación de datos o la colaboración en su obtención, en cuyo caso el paciente espera que la persona que recibe dicha información no la revele y respete la confidencialidad de los datos que haya sido necesario recabar durante la prestación de la asistencia sanitaria. El derecho a que se respete el carácter confidencial de estos datos lleva aparejada la obligación, por parte de todos aquellos que hayan tenido conocimiento de ellos, de no revelarlos sin el consentimiento de su titular.

Como conclusión, diremos que la mejora de la intimidad de las personas en el ámbito sanitario exige la incorporación de pautas de comportamiento de los pro-

fesionales, que tengan presente al paciente, no como objeto, sino como una persona que está en una situación incómoda para ellos, con pijamas abiertos, muchas preguntas sobre su vida íntima que no les guste contestar, etc. donde puedan sentirse incomodos o incluso humillados.

El trato adecuado de la intimidad del paciente, en todos los aspectos de la asistencia diaria durante su estancia hospitalaria, es una de las principales finalidades de los profesionales sanitarios en su actividad diaria.

Datos personales no visibles, coordinación entre los profesionales, respeto, confidencialidad, respeto, utilizar las barreras, llamar a la puerta, presentarnos, llamar por el nombre a los pacientes, informar…..son pequeños pasos que debemos dar para conseguir que los pacientes no vean vulnerada su intimidad en los centros asistenciales.

Aunque el día a día dificulta en muchos casos poder salvaguardar el derecho a la intimidad del paciente, tenemos que comprender que cada uno de nosotros podemos hacer una gran aportación en nuestro trabajo diario, y para ello basta con empatizar y utilizar los recursos a nuestro alcance que a veces, por rapidez, no utilizamos para que los pacientes y sus familiares se sientan cómodos y no sientan dañada su intimidad.

4 Bibliografía

- Academia San Lorenzo, temario oposición celador.
- Sindicato CSI, temario oposición celador.
- Guía de intimidad, confidencialidad y protección de datos de carácter personal. Junta de Castilla y León.
- Asistencia e intimidad del paciente: una perspectiva global. https://revistamedica.com

Capítulo 932

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN.

DIEGO ABELLA GONZÁLEZ

1 Introducción

En el ámbito sanitario, hoy en día, los pacientes y sus familiares reclaman ser escuchados y quieren obtener respuestas rápidas a sus problemas, por lo que todo el personal debe estar dotado de recursos y capacidades para satisfacer las necesidades de cada uno de ellos.
Si bien hay profesionales cuya función específica es la de atención al usuario, en sus distintas formas y en puntos establecidos para ello, en un centro sanitario, la mayoría de los trabajadores están en contacto con el público (paciente, familiar, etc.) por lo que también deben estar formados para conocer de qué manera actuar para que se produzca una correcta comunicación entre todos. Trabajar con pacientes implica una gran responsabilidad puesto que son personas que, por su situación, pueden sentir miedo, ansiedad, vulnerabilidad. El paciente tiene derecho a su individualidad y debe ser tratado y considerado como alguien con nombre propio y apellidos.
Por todo ello es importante ponerse en el lugar de la persona a la que estás atendiendo, ya que la mejor manera de comunicarse con el paciente es considerar cómo nos gustaría que fuera tratado un miembro de nuestra familia, o nosotros mismos, en una situación similar y entender que todo paciente debe ser tratado dentro del contexto de su enfermedad y que, en ocasiones, es la misma enfermedad la que origina comportamientos no deseables.

La calidad percibida por nuestros usuarios va a ser el reflejo de la calidad en las

relaciones humanas establecidas entre los pacientes y los distintos profesionales que los atienden en los centros sanitarios.

- Debemos ser educados, accesibles y estar disponibles, ser pacientes con los usuarios y sus familiares, en definitiva hacer que se sientan cómodos.
- Una comunicación verbal adecuada, con respeto y educación, utilizando siempre un tono y entonación adecuado a la conversación. Es preferible utilizar frases y párrafos cortos, el empleo de pausas entre frases permite comprobar que el usuario está asimilando la información que le estamos dando, utilizando un vocabulario sencillo y adaptado al nivel de los usuarios.
- Prestar mucha importancia a la comunicación no verbal, que representa el 75% de la comunicación. Buena presencia, limpieza, predisposición a la ayuda, gestos y movimientos del cuerpo que no reflejen brusquedad, no invadir el espacio vital de la gente.
- Escuchar con atención lo que nos dicen y si no tenemos la respuesta, deberemos enviarlos a la persona adecuada que pueda proporcionársela. Debemos demostrar al usuario que estamos dispuestos a escucharle, manifestando claramente nuestro interés y escuchándole para tratar de entenderle y no para oponernos. Sin interrumpirle y preguntando cuando sea necesario, demostrando que lo estamos escuchando.
- Seguridad, el usuario necesita que la interacción que mantiene con el profesional le proporcione total seguridad de manera que no le quepa la menor duda acerca de que la información que está recibiendo es veraz. La información debe transmitirse en su totalidad, es decir, ha de ser completa, de lo contrario se pueden producir malentendidos entre los usuarios.
- Respeto, ninguna situación, comportamiento, etc. justifican la falta de respeto a un paciente o familiar. El estar en desacuerdo con el usuario, tener que corregir algún aspecto de su comportamiento, etc. no impiden decir las cosas cortés y amablemente.

Existe gran variedad de personas, cada una con una personalidad distinta y por ello el comportamiento será distinto en cada una de ellas, lo que hace que la misma respuesta dada por el profesional tenga diferentes resultados. Como consecuencia de ello, cada usuario deberá recibir un trato personalizado. Por ello, el personal deberá estar capacitado para distinguir los diferentes tipos de usuarios que pueden reclamar una información.

- Prepotente. Es dominante y cree saberlo todo. La actitud correcta de la atención será no discutir con él, mostrarle interés por sus argumentos y pedirle consejo y

también su opinión.
- Desconfiado. Duda de todos y de todo. Ante este tipo de usuario la actitud será la de respetar sus ideas, sin contradecirle y no afirmar nada que no se le pueda demostrar.
- Discrepador. Suele ser polémico y agresivo, su actitud es la de querer discutir siempre. Por lo tanto, la actitud correcta será no batallar con él, con educación se le ofrecerá el servicio, no entrar en sus provocaciones y argumentar a partir de sus propias palabras.
- Indeciso. Nunca está seguro, se decide y retrocede. Ante este tipo de personas, el profesional deberá dar la información precisa y correcta, valorando su tiempo.
- Imitador. Es una persona influenciable y dependiente. La actuación correcta será la de dar seguridad y confianza, preocuparse por él, pero sin decidir por él.
- Agresivo. Persona irritable, impaciente y malhumorada, se queja del servicio ofrecido, busca imponerse mediante insultos y humillaciones. El profesional intentará calmarlo, dirigiéndose a él por su nombre, si es posible, escuchándolo y tratando de razonar la situación transmitiendo compresión.

En cuanto a los tipos de comunicación, podemos hablar de tres estilos básicos de comunicación, que son: asertivo, pasivo y agresivo.

En el estilo asertivo tendremos como propósito lograr una comunicación verdadera en la que se consiga un compromiso entre las personas mediante el que cada uno alcance el mayor número de objetivos, conforme a sus necesidades y derechos respetando los de los demás. En este compromiso va implícito el respeto y, aunque no se llegue a un acuerdo entre los hablantes, existe el derecho a que cada uno tenga su opinión y no se intenten imponer exigencias sobre el otro. Este estilo de comunicación trae consecuencias favorables tanto a los destinatarios de ella como a uno mismo.

El estilo pasivo es una forma de comunicación en la cual la persona no defiende ni respeta sus propios derechos, al no ser capaz de expresar con claridad sus opiniones y sentimientos.
El objetivo que se consigue con la comunicación pasiva es evitar a toda costa cualquier tipo de conflicto; significa ser agradable y adaptarse a las necesidades de los demás, sin reparar ni respetar las propias. Este tipo de conductas trae consigo consecuencias dañinas tanto a las personas de alrededor como al emisor que las utiliza.

El estilo agresivo consiste en utilizar una forma de comunicación dañina y desafiante para expresar opiniones, emociones y defender los propios derechos.

Conlleva el atacar para defender lo propio, intimidar para hacerse respetar y manipular para conseguir los objetivos personales. De este modo, la intención de las personas que utilizan este estilo es dominar y forzar a los otros en favor de las propias necesidades. Lo consiguen porque logran debilitar a los demás, que se muestran incapaces de expresar y defender sus propósitos. La comunicación agresiva se considera una conducta en la que no se tienen en cuenta ni los derechos ni las necesidades de los demás a la hora de expresarse o conseguir algún objetivo.

En resumen, lo que el usuario espera es calidad, tanto en la comunicación, atención como en el trato que recibe. En el ámbito sanitario, debemos tener en cuenta que la comunicación no verbal adquiere aún mayor importancia. Los pacientes no están en sus casas, se sienten más solos y desprotegidos, necesitando más que nunca relaciones cálidas y personales que les ayuden a superar su situación. Conocer cuáles son sus emociones y saber expresar las nuestras garantiza interacciones satisfactorias entre los pacientes y el personal sanitario.
Debemos vigilar nuestro lenguaje corporal: el modo de sentarnos, los gestos de la cara y de las manos… son mensajes, muchas veces involuntarios, que no pasan desapercibidos para los pacientes, que los interpretan como un síntoma de dejadez, desidia, desinterés… mientras la comunicación verbal transmite los contenidos del mensaje, la comunicación no verbal expresa el modo en que éstos son transmitidos.
La actitud que muestres ante el paciente, tanto en lo relativo a su persona como en lo relacionado con el centro asistencial, es la que estás transmitiendo de ti mismo como persona.

2 Objetivos

Dar a conocer unas técnicas y herramientas mínimas que favorecerán nuestra comunicación con pacientes y familiares.

3 Metodología

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

revisadas.

4 Bibliografía

- Sindicato CSI, temario oposición celador.
- Academia San Lorenzo, temario oposición celador.
- Guía interna del celador, Complejo Asistencial de León, SACYL.
- http://celadoresonline.blogspot.com/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 933

EL CELADOR Y LA SALUD MENTAL

DIEGO ABELLA GONZÁLEZ

1 Introducción

Podemos decir que la psiquiatría es aquella rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, así como de ciertos trastornos de la personalidad y la conducta.

Se dice que lo anormal es lo que se desvía de la normalidad. Se habla de normal lo que coincide con el término medio y como anormal lo que se desvía de éste hacia arriba o hacia abajo (en términos estadísticos).

Hasta hace poco tiempo, toda la atención sanitaria estaba centrada en la enfermedad. Actualmente, miramos cada vez más por la promoción y prevención de la salud. La definición de la OMS sobre la salud deja claro que el estado mental forma parte de la idea de salud de las personas y de las sociedades, ya que según la OMS, la salud es "el estado completo de bienestar físico, psíquico y mental, y no solamente la ausencia de enfermedades".

Si nos preguntamos sobre la posibilidad de tener un adecuado nivel de salud sin tener una buena salud mental, la respuesta es no. A pesar de ello, la sociedad sigue marcando unas líneas de comportamiento y de pensamiento, unos elementos culturales que sistemáticamente excluyen esta parte del ser humano relegándola a lo marginal.

La red psiquiátrica está conformada por Centros de Salud Mental, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (unidades de corta estancia) y Estructuras intermedias (centros de día, centros de media y larga estancia, talleres ocupacionales y pisos protegidos).

Antes de empezar con las funciones de los celadores en las Unidades de Salud Mental, hay que decir que el Estatuto de Personal no Sanitario no hace referencia alguna a tareas relativas a los enfermos psiquiátricos y unidades de Salud Mental, ya que cuando el Estatuto se promulgó en 1971, la asistencia psiquiátrica de la población no se prestaba en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. La integración de la salud mental en la Seguridad Social se ha producido después de la publicación en 1986 de la Ley General de Sanidad.

Pero como es sabido, no se ha producido ninguna adecuación normativa de las funciones que corresponden al celador respecto a los enfermos mentales que ahora ya son asistidos en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, funciones que estaban bien determinadas para el personal que prestaba sus servicios en la red de Hospitales Psiquiátricos.

2 Objetivos

- Conocer la función del celador con respecto a los problemas de la salud mental.
- Observar los pasos a seguir por un celador en este tipo de casos.

3 Metodología

Así pues, las funciones a desarrollar en las Unidades de Psiquiatría se recogen en los protocolos de actuación y normas de régimen interno y serán:

-Cuidar del entorno ambiental de los pacientes, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche. Favorecer el descanso nocturno controlando los ruidos.

-Vigilar a los pacientes ante posibles agresiones o autolesiones.

-Ayudar al aseo personal de los pacientes que lo precisen. Vigilar a los pacientes que no quieran asearse para que lo hagan.

-Controlar el acceso y la circulación de las personas por la unidad.

-Recoger medicación y otros productos de Farmacia.

-Animar y acompañar a los pacientes con prescripción médica a pasear por las zonas ajardinadas del centro sanitario. Es importante recomendar la realización de ejercicio físico.

-Vigilar el orden y la armonía entre pacientes.

-Ayudar al personal sanitario en la administración de inyectables y el tratamiento de pacientes incapaces, que se niegan a colaborar.

-Colaborar con otros profesionales de la unidad, en la reducción de pacientes agitados utilizando los medios necesarios. Por ejemplo, sujetando a los pacientes alterados a los que hay que aplicar sujeción mecánica.
-Vigilar la puerta de acceso a la unidad. Control de entrada y salida.
-Controlar el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.
-Trasladar pacientes a las unidades y consultas del centro que sea preciso.
-Recoger pedidos de los almacenes.
-Realizar las funciones de traslado de documentación, sanitaria y no sanitaria, y objetos o mobiliario de la unidad.
Una actuación a destacar, es la referida a pacientes con riesgo suicida. Deberá existir una orden médica escrita y motivada. Se evaluará diariamente el nivel de precauciones contra el suicidio por su médico. Debemos tener un contacto personal continuo con el paciente, con actitud de escucha, conociendo su situación en cada momento y con controles frecuentes durante la noche.
Otra de las principales actuaciones a tener en cuenta, es la referida con pacientes agresivos o agitados. El celador deberá avisar de inmediato al médico y enfermera. Se deberá controlar el ambiente, disminuyendo estímulos externos como ruidos, voces, público, etc. Si fuera necesario, se procederá al aislamiento y sujeción mecánica, siempre bajo prescripción médica y como último recurso.

Al paciente psiquiátrico se le puede reducir de tres formas posibles:
1. Reducción verbal, se realiza a través de la comunicación con el paciente, interviniendo dos o más participantes y haciendo uso tanto del lenguaje verbal como del no verbal. Ante estos pacientes debemos reconocer su irritación haciéndole ver que se les comprende, escuchar cuidadosamente antes de responder, si es posible hablar con él en privado. Sentarse, pues si a veces es difícil, si logramos hacerlo sentarse a nuestro lado podremos mantener una actitud conciliadora y al estar sentados impediremos una libertad de movimientos que nos protegerá ante una hipotética agresión. Mantendremos un tono de voz calmado y bajo.
2. Reducción farmacológica, se realiza a través de medicación suministrada al paciente, y puede ser:
-Paliativa, al paciente se le administra por vía oral o intramuscular un medicamento que reduce parcialmente su estrés, ansiedad, angustia, agitación o agresividad.
-Resolutiva, al paciente se le administra un fármaco generalmente por vía intravenosa.
3. Reducción física, procedimiento de inmovilización del paciente psiquiátrico violento que con su actitud puede causar daño a sí mismo o a los demás, debe

realizarse siempre por varias personas. Debe de existir un plan de actuación preconcebido. Explicaremos al paciente por qué se le va a sujetar. La implicación en la actuación de reducir al paciente debe ser de todo el personal, independientemente del estamento profesional. Debemos evitar público, evitando la ansiedad en los otros pacientes. Distraeremos al paciente, interviniendo cuando exista un número suficiente de personas (cuatro o cinco), sujetando cada miembro del equipo una extremidad. Se reducirá con intención terapéutica, nunca como castigo, siendo profesionales. Siempre debe estar autorizada por un médico y se debe registrar minuciosamente la razón de la contención, la duración y la respuesta del paciente mientras está sujeto. La sujeción mecánica debe producirse el menor tiempo posible, a medida que el paciente se va tranquilizando se le deben ir retirando sujeciones.

Afortunadamente, en los últimos años se han producido algunas señales de que existe una nueva preocupación social por la salud mental y sus alteraciones. La asistencia psiquiátrica ha cambiado en muchos aspectos. Se han creado centros de salud mental, hospital de día, pisos protegidos, comunidades terapéuticas… estando en vías de desaparecer el llamado "manicomio", donde se intentaba encerrar y alejar al enfermo mental de la población sana. Desde entonces, se equipara de forma plena al enfermo mental con los demás pacientes y usuarios que requieren de los servicios sanitarios y sociales.

También se desarrollan servicios de rehabilitación y reinserción social, necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales, para cubrir los aspectos de prevención y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a los pacientes y sus familiares.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 934

HIGIENE Y BIOSEGURIDAD EN LA CATEGORÍA DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

EVA CORREIA ÁLVAREZ

DOLORES MARTIN GONZALEZ

LORENA LESMES SUÁREZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales o infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), son definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Las IAAS pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y pueden aparecer también después de que el paciente reciba el alta. Asimismo incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario. Estas infecciones tienen una gran incidencia a nivel mundial, a pesar de las medidas que los diferentes países han ido adoptando.

La mayoría de las IAAS son causadas por microorganismos patógenos que incluyen a bacterias, virus, parásitos y hongos, así como por sus toxinas producidas una vez que el microorganismo se multiplica en el huésped o bien preformadas. La gravedad de la infección depende de:

• El tipo de patógeno

• La vía de transmisión, entre las que se encuentran: 1) la vía respiratoria como la inhalación de aerosoles o la aspiración de secreciones, tos o estornudos; 2) la vía digestiva o fecal-oral, por ejemplo mediante ingestión de alimentos contaminados en el lugar de trabajo; 3) la vía sanguínea, por piel o mucosas, como consecuencia de cortes o contacto directo entre otros.
• La dosis infectiva mínima o concentración de patógenos o toxinas necesaria para provocar la enfermedad.
• La persistencia de los patógenos o sus toxinas, es decir la resistencia o tiempo viable cuando no se encuentran en el huésped humano.
• Resistencia del huésped o persona infectada.

Los hospitales son ambientes especialmente proclives a generar infecciones microbiológicas debido a la elevada presencia de niños y ancianos que presentan una menor resistencia a las enfermedades causadas por los microorganimos patógenos. Además el uso extensivo de medicamentos puede llevar al origen de cepas resistentes a antimicrobianos y de pacientes inmunodeprimidos especialmente vulnerables. La adopción de medidas de prevención por la Administración Pública es crucial para controlar las IAAS3. Factores importantes que pueden ayudar a la elaboración de estas medidas son los tipos de patógenos más frecuentes en el entorno hospitalario y la interacción de los diferentes profesionales dentro de la comunidad hospitalaria, que incluye tanto a personal sanitario como administrativo. A continuación se presenta un análisis de los factores citados.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Realizar una revisión bibliográfica sobre la importancia de las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias en España y su prevención.

Objetivos específicos:
- Describir los microorganismos que suponen un mayor riesgo en el entorno hospitalario.
- Analizar el perfil de los profesionales que son colonizados por microorganimos nosocomiales, con especial atención a la categoría de auxiliares administrativos.
- Determinar las medidas de prevención más eficaces para controlar las infecciones.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante los buscadores Google Scholar y Pubmed utilizando las palabras clave: “nosocomial”, “microorganism”, “healthcare staff” and “Spain”. Se seleccionaron los artículos tanto en castellano como en inglés.

4 Resultados

1. Microorganismos patógenos más frecuentes en los hospitales de España
En los hospitales españoles la prevalencia de infecciones nosocomiales en 2019 fue de 7,77% sobre los pacientes admitidos. En algunos artículos se ha calculado el impacto económico de estas infecciones en el cuidado hospitalario, oscilando el incremento económico entre 7814€ y 115,045€, o si se tienen en cuenta todos los pacientes ingresados en un hospital, entre 11,916€ y 12,853€. Los costes dependen del tipo de microorganismo implicado, siendo especialmente elevado en el caso de los microorganismos resistentes a múltiples antimicrobianos, oscilando en estos casos desde 24,722€ a 38,662€4. A continuación se describen los microorganismos identificados con mayor frecuencia en los hospitales españoles, ordenados por grupos generales, y especificando el porcentaje del total de infecciones asociadas a cada grupo y/o cada especie sobre el total de patógenos identificados2,5.

1.1. Bacterias
1.1.1 Bacilos gram negativos de la familia Enterobacteriaceae
Estas bacterias son responsables del mayor porcentaje del total de las infecciones nosocomiales en España (37,06%), especialmente de las infecciones urinarias (61,56%). El nombre Enterobacteria proviene del griego “entéron” que significa intestino debido a que la mayoría de las especies pueden aislarse del intestino del hombre y de otros animales, aunque también pueden encontrarse en la cavidad bucal y en las regiones húmedas de la piel. Además son abundantes en la naturaleza, en particular en medios húmedos. Aunque las enterobacterias forman parte de la microbiota natural de un organismo en algunos casos pueden actuar como patógenos oportunistas como por ejemplo en el caso de personas inmunodeprimidas. Es de destacar que todos los bacilos de Enterobacteriaceae son resistentes a antimicrobianos comunes, tales como la penicilina, la meticilina y la clindamicina, entre otros. Las enterobacterias no forman esporas, aunque algunas producen toxinas. Cuando se encuentran en el ambiente estas bacterias

pueden eliminarse mediante desinfectantes comunes como el cloro.

Las especies más relevantes implicadas en IAAS ordenadas según el porcentaje total de infecciones que causan son las siguientes:
• Escherichia coli (14,90%)
• Klebsiella pneumoniae (7,75%)
• Enterobacter cloacae (3,09%)
• Serratia marcescens (1,62%)

1.1.2 Cocos gram positivos
Los cocos gram positivos provocan un 32,93% del total de las IAAS en España. Este grupo incluye a microorganismos de diferentes familias entre los que se encuentran habitantes normales de la piel y mucosas humanos hasta importantes agentes patógenos. Están implicados sobre todo en infecciones quirúrgicas (39,53%) y destacan por ser el tipo de microorganimos que más porcentajes de bacteriemias causan (51, 57%). La bacteriemia causada por estas bacterias puede tener consecuencias sistémicas y causar endocarditis o infección de la membrana que recubre el interior de las cavidades del corazón. El género de mayor relevancia es Staphylococcus, el cual se aloja en zonas secas y produce una gran variedad de toxinas. La mayoría de las especies son multirresistentes.

Las especies patógenas dentro de este grupo con mayor impacto en los hospitales son:
• Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (10,06%)
• Staphylococcus epidermidis (5,79%)
• Enterococcus faecalis (5,74%)
• Enterococcus faecium (4,32%)
• Streptococcus spp. (2,38%)

1.1.3 Bacilos gram negativos no pertenecientes a la familia de Enterobacteriaceae
Los bacilos gram negativos no incluidos en la familia de Enterobacteriae producen un 14,18% del total de IAAS y suelen conllevar infecciones respiratorias (33,05%). Muchas especies de bacterias gram negativas causan enfermedades debido al complejo polisacárido que forma parte de su membrana externa y actúa como endotoxina. En los hospitales las especies patógenas responsables de un mayor número de infecciones son:
• Pseudomonas aeruginosa (10,23%)
• Proteus spp. (3,12%)
• Stenotrophomonas maltophilia (1,23%)
• Acinetobacter baumannii (1,03%)

• Moraxella spp. (0,17%)

1.1.4 Bacilos anaerobios
Cientos de especies de anaerobios no esporulados forman parte de la flora normal de la piel, la boca, el tubo digestivo y la vagina. Sin embargo si esta relación comensal se altera algunas de estas especies juntas pueden causar infecciones asociadas con una tasa de morbimortalidad elevada. Se asocian con un 6,16% del total de IAAS, y en mayor proporción con las infecciones quirúrgicas (4,9%). Las especies más frecuentes en hospitales son:
• Clostridium difficile (3,75%)
• Bacteroides fragilis (0,74%)
• Propionibacterium spp. (0,34%)
• Prevotella spp. (0,27%)

1.2. Hongos
Los hongos constituyen el segundo grupo más abundante de microorganismos nosocomiales después de las bacterias. Dentro de éstos las levaduras son las que causan un mayor porcentaje de IAAS (7,31%), seguidas del género Candida (7,1%). Todos estos microorganismos se asocian especialmente con infecciones respiratorias.

1.3. Virus
Los virus representan el tercer grupo de microorganismos más importantes en los hospitales causando el 0,66% del total de IAAS. Entre ellos destacan los Rhinovirus, Cytomegalovirus, Herpes simplex virus, Virus Parainfluenza, Virus Respiratorio Sincitial, Hepatitis B y Hepatitis C virus, y los Rotavirus. Las principales diferencias respecto a las bacterias son que los virus resultan siempre perjudiciales para la salud humana y además sólo se mantienen vivas en el interior de células huésped y por tanto siempre se transmiten directamente de persona a persona.

1.4. Parásitos
Los parásitos constituyen el tipo de microorganismos menos frecuentes en los hospitales (0,05% del total de IAAS).

2. Papel que cada categoría profesional puede tener en el control de las infecciones nosocomiales
La mayoría de estudios realizados hasta el momento se han centrado en el papel del personal de enfermería o de medicina en la transmisión de las infecciones intrahospitalarias. Sin embargo apenas existen estudios sobre el papel de otras

categorías profesionales sanitarias, especialmente sobre el personal administrativo. Un estudio reciente llevado a cabo en hospitales de Canadá ha resaltado la importancia de entender las interacciones dentro de la comunidad hospitalaria con el fin de diseñar estrategias de control de infecciones más específicas y efectivas6. En este estudio se demostró que los patrones de contacto en el hospital son muy heterogéneos si se tiene en cuenta la categoría profesional.

El personal de medicina y de enfermería presentó la mayor tasa de contacto directo con pacientes (más de 20 pacientes por día) y la mayor extensión de tiempos de contacto con paciente (más de 20 minutos), respectivamente. Sin embargo, el resto de personal hospitalario incluyendo al administrativo mostró el mayor contacto directo diario con el conjunto de la comunidad hospitalaria. Además, los espacios públicos como las cafeterías demostraron ser uno de los puntos que recibieron más visitas de personal de todas las categorías, y por tanto representan un foco de riesgo importante en la transmisión de infecciones nosocomiales.

Otro estudio realizado en Brasil ha tenido en cuenta la categoría de los profesionales colonizados por microorganismos multirresistentes7. Los autores reportaron que los más afectados fueron los técnicos de enfermería (52,2%). Sin embargo, el porcentaje de afectados dentro de la categoría de auxilares administrativos afectados fue similar al de otras categorías más estudiadas como personal médico, instrumentista quirúrgico y técnico en radiología (2,3%).

3. Medidas de prevención frente a las infecciones nosocomiales

Se ha aceptado universalmente que el mejor método para prevenir las infecciones nosocomiales es la adecuada higiene de las manos del personal hospitalario, incluyendo tanto el lavado como el secado de las mismas. De hecho estos métodos de higiene han sido estandarizados por la Organización Mundial de la Salud en 2009 a través de manuales. No obstante, se necesitan más campañas de concienciación ya que estas prácticas de higiene solo son seguidas por un 40% del personal a nivel global en todos los países industrializados8. La falta de seguimiento es menor dentro del personal médico (32%) que en el de enfermería (48%) y antes (21%) más que después (47%) del contacto con el paciente9. No se encontraron estudios sobre el seguimiento de las guías de higiene por el personal administrativo.

Las soluciones alcohólicas han sido incorporadas recientemente para la higiene de las manos. Estas soluciones eliminan aproximadamente un 99,99% de la microbiota residente en las manos mientras que el agua solo alcanza un 95% de descontaminación total. Sin embargo, algunos autores cuestionan este método

ya que también elimina la microbiota comensal que puede jugar un papel crucial en la prevención del crecimiento de microorganismos patógenos. Es interesante notar que la transmisión de patógenos mediante el contacto de manos, depende no sólo del microorganismo en cuestión sino también de la persona, aunque las particularidades que definen estas diferencias entre personas aún no han sido estudiadas. En este sentido, se ha determinado que los microorganismos Gram positivos se transmiten más fácilmente que los Gram negativos8.

La utilización de Equipamientos de Protección Individual (EPI) como guantes, mascarillas calzado adecuado, también es otra medida de prevención importante y ha sido extensamente estudiada, especialmente en la protección frente a virus. No obstante, existen otras medidas igualmente importantes y a las que se les suele prestar menos atención entre las que se encuentran las medidas ambientales y los controles administrativos. Las primeras incluyen no sólo una correcta construcción y mantenimiento de instalaciones sino también el establecimiento de agua limpia y una correcta sanitación y tratamiento de los desechos para evitar la contaminación ambiental. El control administrativo incluye el triaje e identificación rápida de posibles portadores de virus y el seguimiento de los correspondientes protocolos específicos10.

5 Discusión-Conclusión

La transmisión de las infecciones nosocomiales depende de dos factores, los microorganismos y las personas. Los tipos de microorganismos que causan más infecciones en los hospitales españoles son las bacterias, en concreto los bacilos Gram negativos de la familia Enterobacteriae y dentro de este grupo las especies Escherichia coli y Klebsiella pneumoniae. Los tipos de infecciones más frecuentes en España son urinarias y respiratorias. Las bacterias Gram positivas son las que se transmiten más fácilmente a través del contacto de manos.

El papel de las personas y de las diferentes categorías profesionales, especialmente la de auxiliares administrativos, han sido menos estudiados. Algunos estudios recientes han destacado que pueden ser claves para el diseño de medidas de control y prevención más eficaces. Las medidas de prevención más importantes incluyen la higiene de las manos, los equipos de protección individual, medidas ambientales y controles administrativos.

6 Bibliografía

1. OMS. Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/.
Accessed February 10, 2020.
2. Joanne Willey, Linda Sherwood CJW. Prescott's Microbiology. TENTH EDIT. McGraw-Hill Education; 2017.
3. Tacconelli E, Buhl M, Humphreys H, et al. Analysis of the challenges in implementing guidelines to prevent the spread of multidrug-resistant gram-negatives in Europe. BMJ Open. 2019;9(5):e027683. doi:10.1136/bmjopen-2018-027683.
4. Riu M, Chiarello P, Terradas R, et al. Incremental cost of nosocomial bacteremia according to the focus of infection and antibiotic sensitivity of the causative microorganism in a university hospital. Medicine (Baltimore). 2017;96(17):e6645. doi:http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000006645.
5. EPINE. Estudio de Prevalencia de Las Infecciones Nosocomiales En España.; 2019.
6. English KM, Langley JM, McGeer A, et al. Contact among healthcare workers in the hospital setting: developing the evidence base for innovative approaches to infection control. BMC Infect Dis. 2018;18:184. doi:https://doi.org/10.1186/s12879-018-3093-x.
7. Trindade JP de A, Goulart Rodrigues É, de Sousa TK, Prado Palos MA, Vieira dos Santos S de L. Trabajadores del área de salud de un hospital oncológico colonizados por microorganismos multidroga resistentes. Enfermería Glob. 2014;13(33):227-239. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
Accessed February 10, 2020.
8. Del Campo R, Martínez-García L, Sánchez-Díaz AM, Baquero F. Biology of Hand-to-Hand Bacterial Transmission. Microbiol Spectr. 2019;7(1). doi:10.1128/microbiolspec.MTBP-0011-2016
9. Erasmus V, Daha TJ, Brug H, et al. Systematic Review of Studies on Compliance with Hand Hygiene Guidelines in Hospital Care. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010;31(3):283-294. doi:10.1086/650451
10. Fischer WA, Weber DJ, Wohl DA. Personal Protective Equipment: Protecting Health Care Providers in an Ebola Outbreak. Clin Ther. 2015;37(11):2402-2410. doi:10.1016/j.clinthera.2015.07.007

Capítulo 935

COLABORACIÓN ENTRE EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y EL PERSONAL SANITARIO: LA CLAVE PARA PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN SANITARIA DE EXCELENCIA

EVA CORREIA ÁLVAREZ

LORENA LESMES SUÁREZ

1 Introducción

El trabajo en equipo es fundamental para proporcionar una asistencia efectiva y por tanto es un pilar básico en las instituciones sanitarias. La división del trabajo entre los profesionales en el entorno sanitario significa que es imposible que las acciones de un único profesional puedan cubrir la asistencia completa a los pacientes. Eso sucede en todo el sistema sanitario, tanto en la atención primaria, especializada o de cuidados intensivos. El trabajo en equipo incluye la colaboración y comunicación entre el personal administrativo y sanitario.

Para lograr un ambiente de trabajo inclusivo es necesario identificar los factores individuales, tanto positivos como negativos, que puedan afectar a éste para proceder a su promoción o remoción, respectivamente. Además, es importante diseñar estrategias específicas que aplicadas frecuentemente puedan estimular la

colaboración entre todas las categorías profesionales, como campañas de educación interprofesionales o simulaciones prácticas.

2 Objetivos

- Objetivo general:
- Evaluar el impacto que tiene la colaboración en equipo dentro del sistema sanitario en la calidad del servicio asistencial.

- Objetivo específicos:
- Detallar los factores que influyen, bien positivamente o negativamente, en la creación de un ambiente de trabajo adecuado.
- Describir las estrategias actuales para mejorar el trabajo en equipo

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante el buscador Pubmed utilizando las palabras clave: "healthcare", "administrative staff", "teamwork" and "social health".

4 Resultados

1. Factores que influyen en la creación de un ambiente de trabajo adecuado. Factores a promover:
• Inclusividad
El concepto general de inclusividad es la práctica de incluir a miembros del equipo de trabajo que tienden a ser excluidos o marginados. Ejemplos de trabajadores que suelen sufrir marginación en las sociedades occidentales son las mujeres que trabajan en el entorno sanitario, personas con discapacidades y miembros de grupos minoritarios.
• Humildad cultural
En el contexto de la atención sanitaria se define como el compromiso a la autoevaluación y auto-crítica, tratando de evitar comportamientos de abuso de poder por parte de algunos miembros del equipo y desarrollando una cooperación simbiótica y no paternalista con otras personas, especialmente cuando éstas presentan diferencias étnicas, raciales o de cualquier otro tipo.
• Competencia cultural

Consiste en apreciar la presencia de diferencias y similitudes y hacer un esfuerzo para adaptarse a ellas. Se define como el cuidado efectivo, congruente y culturalmente seguro que se obtiene gracias a la cooperación entre individuos, familias y comunidades que experimentan situaciones sanitarias, teniendo en cuenta las dimensiones políticas y sociales de la atención.

• Visión compartida

Se basa en animar a las personas, individuales o en grupo, a reflejar sus experiencias profesionales, su empatía hacia otras experiencias, y las lecciones aprendidas sobre dichas experiencias. Promover la cooperación en lugar de la competición es un aspecto crítico para mejorar la atención al paciente. Esta práctica puede ayudar a identificar y evaluar los prejuicios culturales y comportamientos dentro de la comunidad sanitaria.

• Planteamiento desde la base

En muchas situaciones plantearse con la mente en blanco cómo se podría conseguir un ambiente de trabajo positivo desde cero puede ayudar a diseñar nuevas estrategias para mejorar la diversidad y la inclusión.

• Individualidad

Cada individuo es parte de un conjunto diverso en contexto y cultura en el entorno sanitario. Es esta diversidad la que ayuda al individuo a aprender de sus errores pasados y practicar la inclusividad. Cada individuo, no importa la categoría profesional a la que pertenezca, tiene la capacidad de mejorar la atención sanitaria y la dinámica de grupo.

• Tolerancia cero

Consiste en identificar y tratar los comportamientos no respetuosos con las demás personas. Es muy importe que esta práctica se desarrolle conjuntamente por todos los miembros, es decir personal de medicina, de enfermería, de la administración y de liderazgo o gestión. De esta forma se da una importancia primordial al cuidado del paciente y al ambiente de trabajo sobre todo lo demás.

• Salud social del personal médico

Este factor es esencial para proveer una asistencia efectiva y empática al paciente. El trabajo en equipo con el personal administrativo y otros miembros del equipo puede incrementar sustancialmente la moral de todos y en consecuencia reducir la falta de comunicación e insatisfacción laboral.

• Guiar mediante el ejemplo

Los líderes de equipo que apoyan activamente a todos los trabajadores a través de sus palabras y actos exhiben estándares elevados de profesionalidad y transmiten valores positivos al equipo.

• Microafirmaciones

Pequeños actos en el ambiente de trabajo que fomentan la inclusión, la escucha activa, el confort, y el apoyo a las personas que se pueden sentir no bienvenidas o invisibles en el entorno de la sanidad. Las microafirmaciones pueden comunicar a los miembros del equipo que son bienvenidos, visibles y capaces de rendir profesionalmente.

- Factores a evitar

• Descortesía

Se define como un comportamiento de intensidad baja que viola las normas de mutuo respeto en el trabajo. Estos comportamientos son habitualmente groseros y muestran la falta de respeto hacia los demás. Puede manifestarse a través de comentarios, prejuicios y formas de aislamiento social.

• Microagresiones

Son comportamientos un poco más intensos que los anteriores que consisten en breves ofensas orales, de comportamiento basadas en cuestiones raciales, de género, o de orientación sexual. Ocurren independientemente de la intención del perpetrador y van dirigidas a una persona o grupo en concreto. No suelen conllevar enfrentamientos físicos y ocurren cada día. Pedir aclaraciones sobre este tipo de comentarios puede ayudar a tratarlas.

• Conflictos interprofesionales

Un estudio reciente ha analizado las causas de conflicto más comunes entre las diferentes categorías profesionales, específicamente entre el personal administrativo y médico. La organización y las características del trabajo como la burocracia y el prolongamiento de los procesos; una gestión ineficiente que fomenta diferencias en beneficios no justificadas o que inhibe la participación en la toma de decisiones; y el sistema de comunicación, fueron las más importantes. Por otro lado, según este estudio el personal administrativo cree que el personal médico no entiende bien sus necesidades y además se sienten poco valorados en los hospitales.

2. Estrategias actuales para mejorar el trabajo en equipo

La mayoría de estudios están enfocados al entorno hospitalario4. Se distinguen cuatro categorías: entrenamiento; herramientas; rediseño organizacional; y programación. El entrenamiento puede estar basado en principios específicos y una combinación de métodos como el sistema de gestión CRM, un software destinado a mejorar la relación con los pacientes; un elemento específico, como las simulaciones frente a determinadas situaciones prácticas; o bien general de equipo en el que no se especifica ningún principio específico.

Las herramientas para mejorar el trabajo en equipo incluyen sistemas estandarizados que facilitan la comunicación rápida y organizada (por ejemplo SBAR) o sistemas de supervisión y de críticas que promueven la interacción dentro del equipo.

El rediseño organizacional se refiere a implementar vías de interacciones específicas, introducir o cambiar nuevas funciones y responsabilidades que mejoran el funcionamiento del equipo.
Por último, la programación representa una combinación de las tres categorías anteriores.

5 Discusión-Conclusión

La colaboración interprofesional es fundamental en todas las instituciones sanitarias para proveer una asistencia eficiente y de calidad. Las principales causas de conflicto entre el personal administrativo y médico se deben a sistemas ineficientes de comunicación, una gestión inadecuada y una estructura u organización del trabajo errónea.

Durante los últimos años se ha empleado un esfuerzo considerable a nivel internacional para mejorar el trabajo en equipo a través de un entrenamiento del personal a diferentes niveles, una serie de herramientas para estandarizar y mejorar la comunicación, y un resideño organizacional. Factores claves que han de promoverse en el ámbito sanitario incluyen la inclusividad, la auto-crítica, el respeto a todos los miembros del equipo y la participación activa en la toma de decisiones.

6 Bibliografía

1. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand. 2009;53(2):143-151. doi:10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x
2. Duma N, Maingi S, Tap WD, Weekes CD, Thomas CR. Establishing a Mutually Respectful Environment in the Workplace: A Toolbox for Performance Excellence. Am Soc Clin Oncol Educ B. 2019;(39):e219-e226. doi:10.1200/edbk_249529
3. Panahi Tosanloo M, Adham D, Ahmadi B, Rahimi Foroshani A, Pourreza A. Causes of conflict between clinical and administrative staff in hospitals. J Educ Health Promot. 2019;8(1):191. doi:10.4103/jehp.jehp_54_19

4. Buljac-Samardzic M, Doekhie KD, Van Wijngaarden JDH. Interventions to improve team effectiveness within health care: A systematic review of the past decade. Hum Resour Health. 2020;18(1):2. doi:10.1186/s12960-019-0411-3

Capítulo 936

GENERALIDADES SOBRE COMUNICACIÓN CON PACIENTES Y FAMILIARES EN EL AMBITO HOSPITALARIO

FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ

ARTURO ALVAREZ POSADA

JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Los celadores como otras categorías hospitalarias, tienen que relacionarse y establecer algún tipo de comunicación con gran cantidad de pacientes y familiares a lo largo de su jornada de trabajo

2 Objetivos

- Ofrecer pautas a seguir en la comunicación con pacientes y familiares en el ámbito sanitario

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Resultados

Para poder establecer una buena y efectiva comunicación hay varios aspectos a tener en cuenta:
- Conocimiento
- Asertividad
- Congruencia
- Respeto
- Eficacia

- Conocimiento: nos referimos debemos de intentar saber algo algo de quien estamos tratando, empezando por lo básico, si nos oye bien si nos entiende , si sabe quienes somos
- Asertividad: podemos decir que consiste en comunicar lo que se quiere de manera sencilla, clara y respetuosa sin mostrar agresividad y teniendo en cuenta los otros puntos de vista.
- Congruencia: es importante reforzar el mensaje con otras formas de lenguaje no verbal, como son el tono empleado y gestos. Sobre todo de cara al trato con personas mayores que suelen tener miedo. Todos los lenguajes deben ir en la misma dirección, no puede ser usar unas palabras agradables con un tono de enfado. La congruencia también se debe dar entre lo que decimos y lo que luego hacemos lo que para nosotros es rutinario para pacientes y familiares puede ser muy importante.
- Respeto: Va en dos direcciones, generalmente de nosotros hacia pacientes y familiares, debemos tener en cuenta que están hospitalizados por alguna causa y lo están pasando mal, sin tener en cuenta su nivel cultural, de socialización que tengan ó la forma de comunicación que usen. A veces se puede dar el caso que tanto familiares como pacientes no nos respeten, aquí actuaremos con firmeza pero sin agresividad, hay que mantenerse firme.
- Eficacia: esta es quizás lo más difícil, por ejemplo, cuanto cuesta a un celador que un paciente se siente en su silla sin dar dos vueltas alrededor del tubo de oxigeno ,aquí es importante la experiencia de saber lo que el interlocutor va a ser capaz de entender y si es posible preveer como van a reaccionar.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible seguir las pautas de comunicación, tanto de lenguaje verbal como no verbal, para una correcta comunicación así como la correcta transmisión de la comunicación y alcance de objetivos.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 937

RECOMENDACIONES PARA REMEDIAR LAS SOBRECARGAS MUSCULARES MAS HABITUALES EN EL TRABAJO DEL CELADOR

ARTURO ALVAREZ POSADA

JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ

FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Debido al carácter repetitivo del trabajo de celador y en ocasiones a la realización de fuertes esfuerzos inesperados los celadores solemos sufrir de dolor de espalda y sobrecarga, así mismo es habitual la sobrecarga en brazos y piernas.

2 Objetivos

Recomendar para los celadores al llevar a cabo su trabajo, así como sus posibles medidas preventivas que podemos adoptar.

3 Metodología

Búsqueda de información en libros y páginas webs. Lectura y estudio del material obtenido. Puesta en común de los distintos puntos de vista.

4 Resultados

Si a pesar de seguir las recomendaciones generales para la movilización de pacientes y el transporte de los mismos y diverso material nos sobrecargamos la espalda, es recomendable la realización de diversos ejercicios, quizás el más importante sea realizar ejercicios para fortalecer el (core) que es el núcleo ó área que engloba la región abdominal, parte baja de la espalda, suelo pélvico, diafragma y transverso abdominal.

Los ejercicios de pilates hacen especial atención en esta parte del cuerpo, también conseguimos el fortalecimiento con diferentes tipos de ejercicios abdominales ó simplemente en la posición de hacer planchas manteniendo esta postura unos segundos, también se pueden hacer unos ejercicios de pesas para fortalecer la espalda como el peso muerto ó remo con barra, en este caso siempre con mucho cuidado y asesoramiento profesional, también es importante sacar tiempo para hacer estiramientos, aquí el pilates vuelve a ser interesante, incluso se pueden hacer en casa.

A parte de todo lo anterior, es muy importante mantener una buena postura corporal en los movimientos de descanso, sentarse con la espalda recta y estando de pie cambiar de postura de vez en cuando.

Con respecto a los brazos y hombros, también solemos sufrir de sobrecarga y dolor debido al trabajo. Los celadores al movilizar pacientes solemos tirar de ellos hacia nosotros, ya sea para realizar aseos ó para levantarlos de la cama ó a la silla de ruedas, en este caso es bueno fortalecer la musculatura implicada en el movimiento y estirarla ya que al ser un movimiento tan repetitivo se pueden debilitar los músculos antagonistas a dicho movimiento.

Las piernas por ultimo son otra parte que solemos sobrecargar los celadores, se camina mucho dentro del hospital y permanecemos mucho tiempo de pie esto hace sentirlas pesadas por lo que es importante hacer estiramientos habitualmente para relajarlas y que no se agarroten.

No hay que olvidar un buen calzado adaptado a cada uno y a nuestra pisada.

5 Discusión-Conclusión

Todas estas recomendaciones muchas personales y tomadas de la experiencia ayudan a evitar posibles lesiones de sobrecarga en la realización de nuestro tra-

bajo. Pero sin duda ante cualquier lesión acudir al especialista.

6 Bibliografía

- Manual completo del método pilates de Rael Isaluwitz
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 938

SINDROME DE BURNOUT, CAUSAS Y PREVENCIÓN. IMPACTO EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO

ANA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

SONIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

ANA BELÉN SÁNCHEZ PERICACHO

MARIA VANESSA MARGOLLES GARRIDO

FLOR MARIA HERRERO LOSADA

1 Introducción

El actual mundo laboral está sufriendo grandes cambios. Debido a la innovación tecnológica y a la internacionalización de la economía se han ido reduciendo las demandas físicas y se han ido incrementando las demandas sobre la interacción psicosocial. Ha aumentado significativamente los trabajadores ocupados en el sector servicios. Estas transformaciones, en ocasiones, representan mejoras y avances pero, en otras, son causa de la aparición de una serie de condiciones que conducen a riesgos que afectan al bienestar de la persona. Una consecuencia de estos cambios es que han aparecido nuevos riesgos en el trabajo, como el síndrome de quemarse por el trabajo, Síndrome de Burnout, entendido como una respuesta al estrés laboral crónico, que supone una experiencia subjetiva

de carácter negativo compuesta por emociones y actitudes no deseables hacia el trabajo, hacia las personas y hacia el propio profesional.

El Síndrome de Burnout se presenta con frecuencia en el personal que tiene que pasar considerable tiempo en intensa relación con personas como clientes, pacientes o usuarios de un servicio que provee una organización. La continua interacción trabajador- usuario se enfoca en los problemas de los usuarios (psicológicos, sociales y/o físicos). Estas situaciones provocan en los trabajadores estrés crónico que puede ser emocionalmente agotador, y se corre el riesgo de presentar desgaste ocupacional. El burnout es un síndrome en el que el trabajador experimenta fundamentalmente agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

2 Objetivos

- Establecer las causas, consecuencias, impacto en el ambiente hospitalario y formas de prevención del síndrome de Burnout.

3 Metodología

Llevamos a cabo una búsqueda en las siguientes bases de datos: Google, Google Scholar, SciELO, Cochrane. Los descriptores usados fueron "síndrome de burnout", "estrés laboral", "problemas psicosociales", "agotamiento emocional", "síndrome del quemado". Las referencia seleccionadas se han analizado según la siguiente sistemática: lectura de la página web o resumen, reflexión sobre el contenido y su relación con nuestro objeto de estudio, lectura completa y selección de datos relevantes y posterior decisión de inclusión en nuestro estudio.

Consideramos los siguientes criterios de inclusión: artículos que hagan referencia al síndrome de Burnout, o a las palabras clave antes señaladas, en el título del estudio, en el resumen o en las palabras clave, referencias comprendidas entre el 1950 y 2020, ambos incluidos y aquellas páginas web directamente relacionados con nuestro criterio de estudio.

4 Resultados

El burnout laboral es un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo (1). Es un tipo de estrés

laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima, y está caracterizado por un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus tareas, el sentido de responsabilidad y pueden hasta llegar a profundas depresiones (2).

Este síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales.

El término "burnout" fue acuñado en 1974, por primera vez, por el Doctor Herbert Freudenberger, Médico Psicólogo, y que le dio la definición de "una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada como consecuencia de una sobrecarga por exigencias de energías, de recursos personales o de la fuerza espiritual del trabajador".

Estando trabajando en Nueva York, en una clínica donde atendían a toxicómanos, la Free Clinic, como asistente voluntario, observó que la mayoría de voluntarios que allí trabajaban, al cabo de un periodo más o menos largo de entre uno y tres años, mostraban una progresiva pérdida de energía, una falta generalizada de interés por el trabajo que estaban realizando e incluso manifestaban agresividad con los pacientes, poca o ninguna comprensión o empatía hacia ellos, además de presentar indicios de depresión, y de ansiedad. El acumulo de estas circunstancias llevaba a los voluntarios hasta el punto de sufrir un gran agotamiento fisco y mental (3) (4).

Todas estas investigaciones fueron plasmadas en un libro que es considerado como referente para las personas o profesionales que quieran conocer en profundidad este fenómeno y que publicaron los Doctores Herbert Freudenberger y Géraldine Richelson en 1980 y cuyo título es: "Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it" (5).

Posteriormente, fue en el año 1976, cuando la Psicóloga Cristina Maslach, utilizó por primera vez el término "Burnout" y lo definió posteriormente como "un síndrome tanto de agotamiento emocional, como de despersonalización y de baja realización personal, que puede darse entre individuos que desarrollan su trabajo en el ámbito de atención o ayuda a personas" (6).

Años más tarde, se desarrollaría la que se considera la primera escala diseñada para medir con qué frecuencia e intensidad se sufre el Síndrome de Burnout, que recibió el nombre de Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y

Jackson (7). Con esta escala se sentaron las bases para poder realizar estudios en los diferentes colectivos. La escala está compuesta por 22 preguntas, en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes de cada profesional hacia su trabajo y hacia el paciente o usuario, y cuya función es medir el desgaste profesional.

Con este simple cuestionario, que no lleva hacerlo más de 15 o 20 minutos, se pueden medir los tres aspectos, denominados subescalas, del Síndrome de Burnout: el agotamiento o cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

La subescala de agotamiento o cansancio emocionales consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) y en ellas se valora la vivencia de estar agotado emocionalmente por las demandas de nuestro trabajo. Su puntuación máxima es 54.

La subescala de despersonalización está formada por 5 preguntas (5, 10, 11, 15, 22) en las que se valora el grado en que cada uno de nosotros reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento y cuya puntuación máxima es 30.

En la última subescala, la de realización personal, compuesta por 8 preguntas (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) que sirven para valorar los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo, teniendo una puntuación máxima 48. Para medir la escala se usa el siguiente rango, siendo 0 (nunca), 1 (pocas veces al año o menos), 2 (una vez al mes o menos), 3 (unas pocas veces al mes), 4 (una vez a la semana), 5 (unas pocas veces a la semana) y 6 (todos los días).

Para calcular las puntuaciones se suman las respuestas dadas a las preguntas del cuestionario y se deben de seguir los siguientes valores de referencia:
Se puede estimar que las puntuaciones del MBI tienen un nivel bajo si se sitúan entre 1 y 33 puntos. En cambio, cuando la puntuación es elevada en las dos primeras subescalas y baja en la tercera se puede ver definido el Síndrome de Burnout. En 2014 son Jiménez, Perandrés, Hernández, Llergo y Mazzoni quienes explicaron la importancia y relevancia del término Burnout, basándose en los estudios previos de Maslach y Jackson y en su modelo multidimensional y así definir Burnout como una respuesta no adecuada al estrés emocional crónico, formado por tres factores fundamentales, que son la despersonalización, el cansancio emocional y la incompetencia personal (8).

Cabe definir los tres factores fundamentales:
1. Cansancio o agotamiento emocional: la persona tiene fatiga física que va en

aumento, junto con una pérdida de vitalidad y energía. Poseen ciertas dificultades para concentrarse, pensar con claridad y rapidez, fruto del agotamiento psíquico. Es factor principal del síndrome donde la persona se implica demasiado desde el punto de vista emocional en la mayoría de los casos impuesto por la demanda emocional que otros le imponen. Obteniendo como resultado el agotamiento de los recursos emocionales.
El trabajador Surge sufre una pérdida de energía en todos los niveles de salud:
• Señales de agotamiento físico: fatiga crónica, aumento de peso o bien pérdida de apetito. También puede reflejarse en la aparición de alteraciones psicosomáticas como dolores musculares, migrañas, problemas gastrointestinales y, en el caso de las mujeres, desregulación del ciclo menstrual.
• Señales de agotamiento mental: el estrés y la ansiedad son los principales protagonistas que preceden al síndrome del trabajador quemado. Es más, el burnout se alimenta de ambos, además de tener relación con la aparición de trastornos adaptativos, relacionados con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio.(9)

2. Despersonalización: no debemos confundirlo con síntoma psicótico sino que lo definimos como rechazo y negatividad hacia las personas beneficiarias de nuestro trabajo, aquellas a las que ayudamos diariamente. Es fruto de ello la mala opinión que el profesional se crea de los demás, llegando hasta ignorar a los demás, no ayudar y no prestar un servicio de calidad y básico. En muchos casos es tan grande la negatividad que se llega hasta el punto de crearse la negatividad sobre uno mismo, les invaden sentimiento de frialdad e indiferencia hacia los demás y hacia sí mismo. produce un cambio en el comportamiento del trabajador que lo sufre. Este adopta una actitud de indiferencia y desapego, reduciendo claramente su compromiso hacia el trabajo. Esto se manifiesta también en sus relaciones en el ámbito laboral, tanto con compañeros como con clientes. La irritabilidad y el endurecimiento del trato se convierten en tónicas habituales dentro de la forma de actuar de un trabajador quemado, los clientes, usuarios o personas con las que interaccionan perciben este cambio de actitud, pero también la familia y su entorno social…

3. Frustración personal: debido a la dificultad para alcanzar los objetivos y logros marcados, seguido de una disminución de su autoestima e incapacidad para desarrollar su trabajo que le lleva a la apatía, a la pérdida de eficiencia laboral y finalmente a la depresión.

Los dos puntos anteriores derivan en una bajada de la productividad laboral y en una desmotivación que genera frustración y evidencia una ausencia de re-

alización personal en el trabajo. Hay falta de atención hacia las tareas, olvidos frecuentes y una desidia generalizada que nace de la dificultad para concentrarse. Todo ello forma parte de un círculo vicioso que se retroalimenta constantemente (nunca consigue ser el trabajador que era antes de quemarse y ello el genera mayor sufrimiento), ya que la incapacidad de cumplir con el trabajo, concentrarse, gestionar sus actividades, etc., no deja avanzar en la cada vez mayor ”pila de tareas pendientes”.

Las causas más comunes que desencadenan este síndrome son las siguientes (1)
- Sobrecarga en el trabajo: hay un desequilibrio, o desajuste, entre las exigencias del trabajo y la capacidad del individuo de satisfacer esas exigencias.
- Falta de control: Incapacidad de influir en las decisiones que afectan a su trabajo: como su horario, misiones, o la carga de trabajo que podrían conducir a agotamiento del trabajo.
- Recompensas insuficientes: Esto ocurre cuando los empleados creen que no están siendo apropiadamente recompensados por su desempeño, no solo con respecto a su sueldo sino también en el reconocimiento a la calidad de su trabajo. Las profesiones de servicio humano tratan regularmente con las emociones y retroalimentación negativas, es decir, no hay un refuerzo positivo a su labor.
- Dinámica de trabajo disfuncional: se refiere a las relaciones continuas que los empleados tienen con otras personas en el trabajo. Cuando estas relaciones se caracterizan por una falta de apoyo y confianza, y por un conflicto no resuelto, entonces hay un quiebre en el sentido de comunidad. personas con quienes los empleados tratan regularmente, tales como los que reciben sus servicios, sus colegas, su jefe, las personas que ellos supervisan, representantes o vendedores externos, o gente de la comunidad fuera de la organización.
- Ausencia de imparcialidad: percepción de que el lugar de trabajo es injusto e inequitativo. Éste es probablemente el mejor predictor de la dimensión de cinismo del burnout, cuando las personas sienten que no están siendo tratadas con el respeto que conlleva ser tratadas de manera justa.
- Conflictos de valor: surgen cuando la gente está trabajando en una situación en que hay un conflicto entre los valores personales y organizacionales. Los empleados tienen que abordar el conflicto entre lo que ellos quieren hacer y lo que tienen que hacer.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout es consecuencia de un estrés laboral crónico que se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo (despersonalización), y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas. A ello se suma la pérdida de habilidades para la comunicación.

Es un problema en el que el empleado tiene un exceso de demandas y presiones en el trabajo y que va combinado con un ambiente laboral de bajo reconocimiento. Se trata, pues, de un síndrome psicológico caracterizado principalmente por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (1). En la literatura se identifica un acuerdo general respecto a que el burnout (10):
- Es una respuesta al estrés laboral crónico.
- Tiene consecuencias negativas para el trabajador y la organización.
- Se presenta particularmente en determinados trabajos u ocupaciones que proporcionan un servicio (personal sanitario y profesores) y cuando el trabajo se realiza directamente con clientes o usuarios.

El Síndrome de Burnout se incluye entre los principales problemas de salud mental y en la antesala de muchas de las patologías psíquicas derivadas de un escaso control y de la carencia de una prevención primaria de este síndrome(11).

La Organización Mundial de la Salud (OMS)(12), en su 72 Asamblea Mundial de la Salud, ha decidido introducir, definitivamente, en su Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), y bajo el Código "QD85 Síndrome de Desgaste Ocupacional", al Desgaste Profesional o Síndrome de Burnout . Esta nueva clasificación entraría en vigor el 1 de enero de 2022, y aunque se destacado la particularidad de que solo podrá ser utilizado en el contexto estrictamente profesional y no que no se debe de extender a otras áreas de la vida diaria, lo consideramos como un paso importante para todos los trabajadores, ya sean de nuestro ámbito laboral como del resto de profesiones.

El burnout es un problema que surgió primero en trabajos de cuidado y servicio humano, tales como cuidado de salud, salud mental, servicios sociales, el sistema de justicia criminal, profesiones religiosas, orientación, y educación (1). Todas estas ocupaciones comparten un punto central de proporcionar ayuda y servicio a gente necesitada. En otras palabras, el aspecto principal del trabajo es la relación entre el proveedor y el que recibe. Este contexto interpersonal del trabajo significó que, desde el principio, el burnout fuese estudiado no tanto como

una respuesta individual al estrés sino también, en términos transaccionales, respecto a las relaciones existentes de un individuo en el lugar de trabajo.

Dentro de tales ocupaciones, las normas prevalecientes se circunscriben a ser desinteresado y poner primero las necesidades de los otros; trabajar muchas horas y hacer lo que sea necesario para ayudar a un cliente o paciente o alumno; hacer un esfuerzo extra y dar todo de sí. Además, los ambientes organizacionales para estos trabajos derivan en ambientes de trabajo de elevada exigencia y bajos recursos.

En el sector sanitario, tanto el personal sanitario, como el no sanitario debe de afrontar las exigencias, quejas y reclamaciones, tanto de los pacientes, como de los usuarios, al mismo tiempo que se realiza otro tipo de tareas, como la atención telefónica, el manejo de dispositivos informáticos, la consulta de documentación o la atención a compañeros de nuestro entorno laboral (13). Se confirma según las distintas publicaciones, que una tercera parte de los profesionales de la salud experimenta síndrome de Burnout de forma completa o al menos con alguna de las áreas afectadas en algún momento.

Este desgaste profesional no surge de repente, sino que, por lo general se desarrolla en un periodo, de desgate continuo y estrés crónico en el contexto laboral, que varía entre 5 y 8 años, soliendo afectar más a las personas que están muy comprometidas con su trabajo y cuyo perfil de trabajador responsable dificulta la moderación o el alivio del trastorno, ya que sus síntomas pueden llegar a generar tal sentimiento de culpa que arrastran al trabajador a implicarse aún más, si cabe, en su trabajo, llevando esto a un mayor agotamiento y entrando así en un peligroso circulo vicioso(14).

Aunque el burnout ha sido identificado principalmente como un fenómeno en el mundo del trabajo, la importancia del contexto social y las relaciones interpersonales para el burnout sugiere que éste podría ser pertinente para otras áreas de la vida. En realidad, varios autores han aplicado el concepto de burnout a la familia. El burnout ha sido empleado para analizar la relación entre padres e hijos (15), y la relación entre los miembros de un matrimonio.

Las medidas preventivas frente al síndrome de burnout son similares a aquellas necesarias para manejar situaciones de estrés laboral. Para conseguir revertir una situación de ”trabajador quemado” es crucial identificar y modificar las condiciones de trabajo que lo han producido, y en casos de exposición prolongada puede ser necesaria una reubicación del trabajador, un asesoramiento psicológico

o acompañamiento en el puesto para rectificar los hábitos adquiridos.

Como medidas de prevención podemos recomendar la revisión constante de los objetivos laborales y determinar si son realistas y alcanzables por el trabajador, intentar mejorar la claridad del rol de trabajo, la autonomía y el autocontrol, establecer procesos de contratación que fomenten la estabilidad laboral. También se debería de analizar periódicamente el nivel de estrés y de carga mental de las distintas ocupaciones a realizar, distribuyendo además la responsabilidad de las tareas entre los diferentes puestos de trabajo y evaluar constantemente la cultura y el ambiente laboral, englobando el conjunto aspectos que estén relacionados con Síndrome de Burnout: aproximaciones teóricas para una explicación y recomendaciones para la intervención (16)

También tendremos que analizar, evaluar y proteger al trabajador con síntomas de estar quemándose. Así podremos evitar daños a la salud y recuperar un trabajador eficiente, motivado y sano, por lo que todo el entorno laboral, social y familiar se beneficiará de ello. La prevención es posible y además se puede prevenir, minimizar y eliminar el riesgo.

6 Bibliografía

1. Maslach C. Comprendiendo el Burnout. ciencia y trabajo [Internet]. 2009. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/41126168_Comprendiendo_el_Burnout/links/00b495282b3a4b088a000000.pdf#page=21
2. García-Allen J. Burnout (Síndrome del Quemado): cómo detectarlo y tomar medidas [Internet]. Psicología y mente. 2018. Disponible en: https://psicologiaymente.com/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado
3. Mingote, J. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 5(8), 493-503
4. Moreno-Jimenez B, Garrosa E, Rodríguez R, Morante ME. El desgaste profesional o Burnout en los profesionales de Oncología. Boletín de Psicología. 2003;:7–20.
5. Freudenberger, H., y Richelson, G. (1980). Burn Out: The high cost of high achievement. What it is and how to survive it. New York: Bantam Books
6. Maslach, C., y Jackson, S. (1997). Maslach Burnot Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
7. Maslach, C., y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behaviour, 2(2), 99-113. Maslach, C., y Jackson, S. (1997).

Maslach Burnot Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
8. Hernández Gijón, M.; et al. Síndrome de burnout y safisfacción laboral en el personal sanitario de España y Argentina. Reidocrea, 3: 60-68 (2014). [http://hdl.handle.net/10481/31296]
9. Síntomas del síndrome de 'burnout': ¿cómo identificarlo? [Internet]. Quirónprevención. 2018 [citado 12 febrero 2020]. Disponible en: https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/sintomas-sindrome-burnout-identificarlo
10. P.A. Martínez. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia, 112 (2012), pp. 1-40
11. La OMS reconoce como enfermedad el burnout o "síndrome de estar quemado" [Internet]. Médicos y pacientes.com. 2019 [citado 12 febrero 2020]. Disponible en: http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado.
12. Organización Mundial de la Salud (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades. Recuperado de: https://icd.who.int/ct11_2018/icd11_mms/es/release#/
13. Atance Martínez, JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 1997, vol.71, n.3, pp.293-303. ISSN 2173-9110
14. Ayuso, J., y López, J. (1993). Síndrome de burnout y SIDA. Cuadernos de Medicina Pscosomática, 27, 42-46
15. Procaccini, J., & Kiefaber, M. (1983). Parent Burnout. Doubleday. Recuperado de: http://books.google.com.co/books/about/Parent_Burnout.html?id=PglFAAAAYAAJ&pgis=1
16. Gil, P. (2001). Psicología Científica. Recuperado de: http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html

Capítulo 939

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS

FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

Aunque ahora nos pueda parecer una idea irracional, hasta antes de los años 1800s el lavado de manos no era una práctica común, incluso dentro del entorno médico. No fue sino hasta 1847 cuando el médico húngaro, Ignác Philipp Semmelweis, promulga su teoría sobre el contagio de la fiebre puerperal y la mala higiene de las manos de los profesionales de salud de la época y propone el lavado de manos mandatorio con cal clorada. Esta teoría, le costaría su reputación como médico, pero ha salvado la vida de millones de personas por enfermedades fácilmente prevenibles. Semmelweis hoy en día es conocido como ¨el salvador de madres¨ ya que fue quien logró asociar la morbilidad y mortalidad de ciertas pacientes que daban a luz con quienes las atendían (Stewardson y Pittet, 2011).

El 15 de octubre, Día Mundial del lavado de Manos, es una celebración que se realiza desde el 2008, el cual fue elegido por la Asamblea General de las Naciones Unidas para ser el Año Internacional del Saneamiento. La finalidad de este día es la de fomentar la cultura del lavado de manos con jabón y hacer públicos sus beneficios. Estos últimos han sido comprobados desde hace muchos años por una cantidad sumamente extensa de estudios y pruebas clínicas.

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

El uso de soluciones alcohólicas para el lavado de manos constituye una alternativa a tener seriamente en cuenta en la higiene de las manos en la actualidad.

2 Objetivos

- Reducir casi a la mitad la incidencia de la diarrea
- Disminuir la tasa de infecciones respiratorias
- Minimizar la incidencia de enfermedades cutáneas, de infecciones a los ojos como tracoma y de infecciones intestinales parasitarias como ascariasis y trichuriasis. Estas complicaciones son causadas por la flora microbiana transitoria de la piel (completamente distinta a la flora residente no patógena) que contamina las manos por el contacto con los objetos cotidianos, secreciones y material fecal.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de las principales bases de datos, entre ellas: Dialnet, Scielo, Elsevier, Pudmed, Cuiden…

Las palabras clave utilizadas para el desarrollo de la búsqueda fueron: “lavado de manos”, “higiene”, “lavado higiénico”, “lavado antiséptico”, “piel”.

4 Resultados

En la vida cotidiana existen momentos clave que requieren de una limpieza de manos que no debemos olvidar: después de tocar a tu mascota, tras ir al baño o antes de comer. Por su parte, para los profesionales de la salud, la higiene de manos es una obligación que deben cumplir para con sus pacientes y que no puede ser omitido por ninguna circunstancia.

Para maximizar la efectividad del lavado de manos se deben tomar en cuenta algunas recomendaciones, empezando con una duración de al menos 15 segundos. El usar una cantidad adecuada de jabón y abundante agua, secarse con toallas de papel desechables usando esta para cerrar la llave y evitar la exposición repetida de agua caliente por el riesgo de desarrollar dermatitis, son igualmente factores importantes para un correcto proceder

La higiene de las manos es lo más importante para el autocuidado, que tanto una

persona común como el trabajador en salud, pueden hacer para prevenir una infección que podría causar daño y hasta derivar en la muerte. La OMS propone seis maneras fundamentales para que los centros de atención de salud puedan mejorar la higiene de las manos y detener la propagación de enfermedades trasmisibles:2

• Utilización de desinfectantes para las manos.
• Disponibilidad de agua, jabón y toallas desechables.
• Capacitación y educación del personal sobre la forma de proceder correctamente.
• Observación de las prácticas del personal y retroalimentación sobre el desempeño.
• Uso de recordatorios en el lugar de trabajo.

Es necesario tener diferenciar los dos tipos de flora que nos podemos encontrar en las manos:

- Flora residente: también llamada colonizante. Son microorganismos que se encuentran habitualmente en la piel. No se eliminan fácilmente por fricción mecánica.
- Flora transitoria: también llamada contaminante o "no colonizante". Son microorganismos que contaminan la piel, no encontrándose habitualmente en ella. Su importancia radica en la facilidad con la que se transmiten, siendo el origen de la mayoría de las infecciones nosocomiales.

TIPOS DE LAVADO DE MANOS

1. Lavado de rutina higiénico:

- Objetivo: Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos.
- Material: Jabón líquido ordinario, en dispensador desechable, con dosificador. Toalla de papel desechable.
- Técnica:
• Humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada.
• Aplicar jabón líquido con dosificador.
• Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas durante al menos 10 minutos.
• Aclarar con abundante agua corriente.
• Secar las manos con toallas de papel.
• Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado
- Indicaciones:
• Antes y después del contacto con cada paciente.

• Entre dos procedimientos en el mismo paciente si hay sospecha de contaminación de las manos.
• Después del contacto con alguna fuente de microorganismos (sustancias y fluidos corporales, mucosas piel no intacta…) y objetos contaminados con suciedad.
• Después de quitarse los guantes.

2. Lavado especial o antiséptico
- Objetivo: Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria y parte de la flora residente de las manos, consiguiendo además cierta actividad microbiana residual.
- Material: Jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%), en dispensador desechable, con dosificador. Toalla de papel desechable.
- Técnica: Igual que en el lavado higiénico. Sólo cambia el tipo de jabón.
- Indicaciones:
• Antes de realizar procedimientos invasivos como inserción de catéteres, sondas vesicales.
• Antes y después del contacto con pacientes que se sabe o sospecha están infectados o colonizados por microorganismos epidemiológicamente importantes.
• Antes del contacto con pacientes inmunocomprometidos en situaciones de fundado riesgo de transmisión.

3. Lavado quirúrgico
- Objetivo: Eliminar la flora transitoria y al máximo la flora residente de las manos previo a un procedimiento invasivo que por su especificidad o su duración requiere un alto grado de asepsia y un efecto residual.
- Material: Jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina o povidona yodada), en dispensador desechable, con dosificador. Cepillo de uñas desechable (preferiblemente impregnado en solución antiséptica). Toalla o compresa estéril.
- Técnica:
• Abrir el grifo (sólo lavabos con sistema de codo o pedal).
• Aplicar jabón antiséptico.
• Lavado mecánico de manos y antebrazos y limpiar debajo de las uñas con cepillo desechable.
• Aclarar con agua corriente abundante.
• Aplicar de nuevo jabón antiséptico en manos y antebrazos friccionando al menos 2 MINUTOS.
• Aclarar con agua abundante.

• Secar por aplicación, sin frotar, con una compresa o toalla desechable estéril, comenzando por los dedos y bajando hasta los codos.
• Durante todo el proceso, mantener las manos por encima de los codos.
- Indicaciones:
• Antes de una intervención quirúrgica.
• Antes de cualquier maniobra invasiva que requiera alto grado de asepsia.

Recomendaciones
Mantener las uñas cortas y limpias. Las uñas largas son más difíciles de limpiar y aumentan el riesgo de rotura de guantes. No llevar uñas artificiales. No usar anillos, relojes, ni pulseras. Estos elementos pueden actuar como reservorio y dificultan la limpieza de manos y antebrazos.

El uso de emolientes y lociones protectoras de la piel, después de la actividad laboral, se considera deseable e incluso recomendable en la práctica diaria, porque pueden aumentar la resistencia de la piel a los gérmenes y, por tanto, disminuir la infección cruzada. Sin embargo, hay que tener en cuenta que algunos antisépticos se inactivan en presencia de algunos de estos productos.

5 Discusión-Conclusión

Padecer o no una enfermedad está a un simple lavado de manos de distancia. Este es el método más fácil, rápido y económico para evitar enfermedades causadas sobre todo por bacterias y parásitos. Es necesario hacer de este, más que un hábito, una necesidad constante.

Está aceptado de forma generalizada que existe una técnica correcta para el lavado de manos y diversos estudios realizados por todo el mundo demuestran que unos buenos hábitos de higiene de las manos pueden reducir las enfermedades, el absentismo laboral por enfermedad y los costes asociados hasta un 40%.

Sin embargo, numerosos estudios siguen demostrando que no se cumple con el procedimiento correcto para el lavado de manos

En la vida cotidiana existen momentos clave que requieren de una limpieza de manos que no debemos olvidar: después de tocar a tu mascota, tras ir al baño o antes de comer. Por su parte, para los profesionales de la salud, la higiene de manos es una obligación que deben cumplir para con sus pacientes y que no puede ser omitido por ninguna circunstancia.

Lavarse las manos es la más eficaz de las acciones sencillas que pueden realizarse para reducir la propagación de enfermedades infecciosas. Los retos son enormes pero también son muchos los beneficios: salvar vidas, mejorar la seguridad del paciente y lograr una atención más limpia para millones de seres humanos y sus familias.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2005
2. Río Torres M. Prevención de infecciones nosocomiales en oftalmología. En: Oftalmología. Criterios y tendencias actuales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009
3. León Román CA. Aspectos epidemiológicos en las unidades de urgencias y de atención al grave. En: Enfermería en Urgencias. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008
4. Técnicas de Enfermería. 3ª Ed. L.Wieck, E.M.King, M.Mayer .Editorial Interamericana.
5. Control de las Infecciones en Enfermería. Ediciones Doyma.
6. Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica. 3ª Ed. Mandell/Douglas/Bennett. Editorial :Panamericana.
7. Procedimientos de Enfermería . H.K.Hamilton/M.B.Rose. Interamericana.
8. Control de la infección en pacientes quirúrgicos. Comité para el control de infecciones quirúrgicas del comité de cuidados pre y posoperatorios. American College of Surgeon. Fondo Educativo Interamericano.
7. Técnicas en Enfermería Clínica. Vol 1. 4ª Ed. B.Kozier, G.Erb, K.Blais, J.Y. Johnson, J.S. Temple. Editorial McGraw-Hill-Interamericana.
8. Instrumentación Quirúrgica. 3ª Ed. Joanna Ruth Fuller. Panamericana.
9. Protocolo de lavado de manos. C. Pérez, B. Fernández, A. López, M.J. Fernández. Hospitales Puerta de Hierro, Guadarrama, Clínico y El Escorial, de Madrid.

Capítulo 940

EL SINDROME DE BURNOUT EN EL SECTOR SANITARIO

FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

El estrés en el trabajo ha sido recientemente definido como "un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno del trabajo"

El Síndrome de Burnout es un trastorno muy frecuente que se presenta en su mayoría en profesionales que tienen un trabajo enfocado en el bienestar de los demás y es de tanta importancia que ha sido descrito según la Organización Mundial de la Salud como un riesgo laboral.

Existen evidencias de la relación entre el estrés y diversos trastornos de la salud como: las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, trastornos de base inmunitaria, gastrointestinales, dermatológicas, endocrinológicos, trastornos musculoesqueléticos, y trastornos de la salud mental.

El Síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo para el que se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar: aburrimiento y stress, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento.

2 Objetivos

- Conocer y comprender en profundidad el Síndrome de Burnout y las causas que lo desencadenan y describir las medidas preventivas y terapéuticas que se utiliza actualmente.

3 Metodología

Para la elaboración del estudio se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden, Dialnet y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras clave utilizadas fueron: Burnout, síndrome del quemado, estrés laboral.

4 Resultados

El estrés en el trabajo ha sido recientemente definido como "un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno del trabajo"

Desde que en los años 30 se publicaron los primeros trabajos de Canon y Seyle, la investigación ha aportado fuertes evidencias de la relación entre el estrés y diversos trastornos de la salud como: las enfermedades cardiovasculares, respiratorias (hiperactividad bronquial, asma), trastornos de base inmunitaria (como la artritis reumatoide), gastrointestinales (dispepsia, úlcera péptica, síndrome del intestino irritable, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa), dermatológicas, (psoriasis, neurodermitis), endocrinológicos, trastornos musculoesqueléticos, y trastornos de la salud mental.

Según investigaciones realizadas desde la década de los años setenta, la exposición a factores psicosociales en el trabajo, como la demanda o exigencias psicológicas del trabajo, el control sobre el trabajo y el apoyo social en el trabajo guardan relación con el estrés y su repercusión en la salud mental. Algunas consecuencias del estrés en la salud, son la depresión, la ansiedad crónica, la desmotivación, los problemas del sueño y de fatiga, así como fenómenos novedosos como el Burnout, el Mobbing y el Karoshi.

Los desencadenantes son aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral. Peiró establece cuatro categorías para el análisis de éstos: a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto: nivel de ruido, el confort físico percibido por el sujeto en el lugar de trabajo, la sobrecarga laboral percibida, y la oportunidad del sujeto para usar las habilidades adquiridas. b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera: la importancia de la ambigüedad y el conflicto de rol, las relaciones que los profesionales establecen con sus compañeros, supervisores, subordinados y usuarios o clientes a los que atienden, y la seguridad en el puesto de trabajo. c) Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales: el grado de adaptación requerido, el ritmo de trabajo impuesto, aislamiento social, disfunciones en los roles. d) Fuentes extraorganizacionales: las relaciones trabajo-familia, la centralización, la complejidad y la formalización de las organizaciones, influyen como desencadenantes, junto a otras variables como el clima organizacional y sus principales características como son la falta de participación en la toma de decisiones, la falta de autonomía y la falta de apoyo social por parte de la supervisión.

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout, es un término que traducido al castellano significa "estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto", fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973. A partir de observar cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas). Se observó que después de cierto tiempo estos profesionales perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes. Lo observó principalmente en los profesionales de servicio o de ayuda cuya actividad va dirigida hacia otras personas.
El síndrome de Burnout se define como una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud producida por la relación profesional-paciente y por la relación profesional-organización. Sin embargo, no sería completa la descripción del síndrome si no se describe el contexto económico, social y laboral en el cual surge

El Síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo para el que se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar: aburrimiento y stress, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas,

sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento.

A todo ello colaboran:
- Componentes personales que aumentan la susceptibilidad personal: la edad, relacionada con la experiencia; el sexo, las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo; variables familiares, la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas; la personalidad; inadecuada formación profesional; por ejemplo excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de.
- Factores laborales o profesionales: condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo, relaciones disarmónicas con compañeros y/o con superiores, excesiva presión y control ejercida por auditores, contadores, administradores y a veces por los mismos dueños de las organizaciones de donde ejercen su labor los diferentes profesionales de la salud.
- Factores sociales: como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.
- Factores ambientales: cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.

La prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout la vamos a comprender y abordar mejor desde una triple perspectiva:
- El trabajo personal: tendremos que tener un proceso adaptativo entre nuestras expectativas iniciales y la realidad que se nos impone, también tendremos que aprender a equilibrar los objetivos de una empresa sin renunciar a lo más valioso de nuestra profesión: los valores humanos.
- El equipo: los compañeros de trabajo tienen un papel vital en el Síndrome de Burnout, principalmente porque son los primeros en darse cuenta antes que el propio interesado.
- La organización-empresa: hay tres conceptos claves tanto para la prevención empresarial del síndrome como para la eficacia de la misma:
- Formación
- Organización
- Tiempo

Es de un progreso insidioso, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma

paulatina, larvado incluso con aumento progresivo de la severidad. Es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo.

Los tres componentes mencionados con anterioridad son:
1) Cansancio o agotamiento emocional: a consecuencia del fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes, se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, la fatiga, etc.
2) Despersonalización: es el núcleo de Burnout, consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefinición, y desesperanza personal.
3) Abandono de la realización personal: aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Se sistematizaran cuatro niveles clínicos de Burnout:
- Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

Los signos y síntomas más relevantes en el Burnout son:
- Signos y síntomas físicos: cefaleas sensoriales, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados, malestares indefinidos.
- Signos y síntomas psíquicos: falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, permanente estado de alerta, actitud deflexiva, irritabilidad, impaciencia, depresión, negativismo, frustración, desesperanza, desasosiego.
- Síntomas laborales: sobreinvolucionamiento, no comparten ni delegan trabajo, ausentismo laboral.

Debido a que se ha observado un aumento en la incidencia de este síndrome en personas que se dedican a la intervención social (profesionales de la salud, docentes médicos y no médicos, trabajadores sociales, etc.), y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural social y económico en el que se desenvuelven, se han planificado mecanismos de apoyo que son:
1) Apoyo emocional: relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.
2) Apoyo instrumental: que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.

3) Apoyo informativo: que la permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
4) Apoyo evaluativo: que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout puede ser bien manejados por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, también enseñándoles como tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas (directivos, colegas, personal de enfermería, familiares, amigos, etc.) que tratan diariamente y por último, y no por ello menos importante, contamos con suficientes armas terapéuticas para tratarlo.

6 Bibliografía

1. Bermann S. ¿Fatiga, stress, desgaste laboral? Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre salud y trabajo. Cuadernos Médicos Sociales 1990.
2. Martinez M, Guerra MP. Síndrome de Burnout El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y cambios 1998.
3. Zaldúa G, Koloditzky D, Lodiue M El síndrome de Burnout en los hospitales públicos. Revista Médica Bs. As. 2000.
4. Zaldúa G, Lodiue M El síndrome de Burnout: El desgaste profesional de los trabajadores de la salud y la salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. Editorial Dunken Bs. As 2000,
5. Faura T Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo. Revista Rol de Enfermería 1990;
6. Giberti E. Alerte y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de la atención a las victimas Burnout.2004
8. Pablo Gonzalez. ¿Que es el Síndrome de Burnout? ¿Cuál es su etiología? ¿Cómo se desarrolla? ¿Porque es importante para el médico? Enero 2001

Capítulo 941

SÍNDROME DE BURNOUT, UN ENFOQUE OBJETIVO.

MARIA SOLEDAD ALVAREZ MARTINEZ

1 Introducción

Si tratamos de relacionar el Burnout con la ineficacia en el desempeño de cualquier ocupación, encontramos que existen pocos estudios enfocados a confirmar la relación directa entre Burnout y alto grado de ineficacia, o por el contrario; el bienestar del trabajador y desempeño óptimo de sus funciones.

2 Objetivos

Analizar la manera en la que tratamos el Burnout; como un diagnóstico médico del individuo, o como el riesgo que supone la exposición a un determinado lugar o sistema , de trabajo.

3 Metodología

Se revisan diversas investigaciones; del personal sanitario de Servicio de Salud de Reino Unido, El Inventario del Agotamiento de Maslach, publicaciones de Kobasa, de Moncada, Llorens, Novaro y Kristensen, de Karasek, entre otras, relacionadas con el agotamiento extremo.

4 Resultados

Hasta la actualidad se ha tratado el Burnout como un problema de salud individual, investigando la personalidad de cada trabajador y la capacidad de resistencia ante los factores de estrés.

Las medidas aplicadas como apoyo al personal sobrecargado son necesarias, aunque al mismo tiempo pueden llevar a interpretar la situación como un fracaso personal, cronificando el problema.

5 Discusión-Conclusión

Entendemos por personalidad resistente, según definición de Kobasa (1982), aquella que reúne tres componentes; compromiso , control y reto:
- Compromiso ; que les conduce a la implicación persona en el propio trabajo.
- Control; poseen la convicción de poder intervenir en el curso de los acontecimientos.
- Reto; encuentran en los estímulos potencialmente estresantes, oportunidades de crecimiento.

Por otra parte, Zapf, Seifert, Shmutte, Mertini y Holz (2001) y Garrosa (2003), encontraron que los individuos con habilidades emocionales, tienen menos probabilidad de que el Burnout les afecte.

Una vez que la Organización Mundial de la Salud ha reconocido recientemente el Burnout como un fenómeno laboral y no una enfermedad, permite poner el foco en el lugar de trabajo como la causa, lo que llevaría a poder implantar medidas en ese lugar o en el sistema de trabajo, para contrarrestar aquello que puede generarlo, y conseguir un entorno laboral sano.

Y que en cualquier caso abarcaría a todos los trabajadores, al margen de sus características personales y emocionales.
Siempre resulta más deseable la prevención en general , que el tratamiento.

6 Bibliografía

- Kobasa,(1982).
- Zapf D , Seifert C , Schmutte B , Mertini H , Holz M.(2001).
- Garrosa (2003).

- (Buendía & Ramos,2001; Hombrados; 1997).
- Inventario del Agotamiento de Maslach.
- Karasek (1979)
- Kristensen TS, Moncada S, Llorens S.

Capítulo 942

LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS

IGNACIO GONZALEZ TOYOS

1 Introducción

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

El uso de soluciones alcohólicas para el lavado de manos constituye una alternativa a tener seriamente en cuenta en la higiene de las manos en la actualidad

2 Objetivos

- Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos.
- Disminuir el número de microorganismos en las manos, el riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes, de transmisión cruzada entre pacientes, de infección entre trabajadores sanitarios y de transmisión de infección a uno mismo.

3 Metodología

Se realizó una revisión en diversas bases de datos como Scielo, Medline, Google Académico y varias revistas de salud laboral.

4 Resultados

El concepto sintético de los cinco momentos recomendados para el lavado de manos tiene por objeto facilitar su conocimiento y memorización, de modo que puedan ser incorporados a las dinámicas de actividades de atención a la salud. Tienen su correspondencia en las recomendaciones de la OMS que cuenta con evidencia científica, si bien la OMS recomienda que sean importantes los cinco momentos para el lavado de las manos.

- Humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada.
- Aplicar jabón líquido con dosificador.
- Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas durante al menos 10 minutos.
- Aclarar con abundante agua corriente.
- Secar las manos con toallas de papel.
- Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado (los lavabos con sistema de cierre de codo o de pedal ahorran este paso; los de célula fotoeléctrica, además, determinan un importante ahorro de agua).

5 Discusión-Conclusión

Un adecuado lavado de manos puede evitar la aparición de enfermedades como la influenza, tuberculosis, neumonía, bronquitis, tifoidea, cólera, salmonelosis, hepatitis B, virus que provocan determinados tipos de cáncer, Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) y dermatológicas.

6 Bibliografía

- Universidad nacional de Cuyo, Facultad de ciencias medicas.
- Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero.
- Técnicas de Enfermería. 3ª Ed. L.Wieck, E.M.King, M.Mayer .Editorial Interamericana.
- https://www.medline.eu/es
- http://www.scielo.org.co

Capítulo 943

EFECTOS DEL TRABAJO A TURNOS Y NOCTURNO EN LA SALUD DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL AMBITO SANITARIO

MARÍA CAMPO PEREZ

1 Introducción

El trabajo a turnos es la forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando al trabajador a prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas. Muchos trabajadores a turnos tienen calendarios que rotan, otros pueden trabajar un turno permanente y trabajar solamente por la noche o por la tarde.

El trabajo nocturno es el que tiene lugar entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana. Se considera trabajador nocturno al que invierte no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos un tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario. El trabajo es uno de los aspectos humanos que más repercusiones tiene en los individuos, y en su vida diaria, así como en la salud y el bienestar. Dentro de esto se puede destacar las dificultades que presentan las personas para poder adaptarse.

Los horarios de trabajo, incluyendo turnos nocturnos, sean permanentes o no, son una condición inexcusable para millones de trabajadores en el mundo. Esto puede impactar la capacidad para adaptarse de manera eficaz a las exigencias

físicas, psicológicas y sociales que conllevan trabajar en la noche, debido a que el ser humano posee un reloj interno, que se encuentra en sincronía con el ritmo ambiental de luz-oscuridad. Por tanto, cuando se trabaja de noche, el sistema circadiano presenta dificultades para adaptarse de manera rápida al nuevo horario, lo que genera una desincronía entre los sistemas fisiológicos internos y las exigencias horarias externas, que en conjunto con la falta de sueño suelen ser responsables de problemas de salud, pobre calidad de vida y deterioro social en los trabajadores.

En el caso particular del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, donde es necesario prestar servicio las 24 y por la rotabilidad de horarios, los turnos nocturnos se convierten en formas de trabajo, acarreando así consecuencias en el ámbito familiar, laboral, social y de pareja entre otros, transformándose en factores de riesgo no solo para el trabajador, sino en la manera de brindar prestación de servicios en salud.

Por esta razón se hace necesario reflexionar sobre la manera de distribuir los tiempos de trabajo durante el día, la semana, los años e identificar cuáles son los usos del tiempo que producen mayor desgaste, malestar y desintegración social, lo que conduce a plantear como objetivo principal de este trabajo describir los riesgos de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional no sanitario y sanitario, y en concreto del Auxiliar Administrativo.

2 Objetivos

- Identificar los efectos y riesgos de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional auxillar administrativo en el ámbito sanitario, y del resto de personal de la salud.

3 Metodología

Se realizó una revisión en diversas bases de datos como Scielo, Medline, dialnet, google académico y varias revistas de salud laboral.

Se han utilizado las siguientes palabras clave: Trabajo Nocturno, Trabajo a Turnos, Salud Laboral, Riesgo, Sueño.

4 Resultados

En la sociedad actual una gran parte del tiempo diario se invierte en el trabajo. De hecho, hoy en día el trabajo no es una mera actividad dirigida a ganar dinero, la realización de un trabajo es imprescindible para integrarse en el medio sociocultural, para ser aceptado por los demás y para conseguir la libertad personal a través de la independencia económica. Las condiciones en las que se desempeña un puesto de trabajo influyen de forma significativa en la salud tanto mental como física del trabajador.

El sueño es un estado regular, recurrente, fácilmente reversible que se caracteriza por una inactividad relativa, en el que ocurren muchos cambios fisiológicos en la respiración, función cardiaca, tono muscular, temperatura, función hormonal y presión sanguínea. Por la noche se produce una disminución de las capacidades físicas y mentales, la memoria a largo plazo disminuye y mejora progresivamente a lo largo del día. Nuestro organismo está biológicamente programado para la actividad diurna y el descanso nocturno, por lo que el trabajo nocturno puede ser considerado como antinatural.

El trabajo nocturno es el que tiene lugar entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana. Se considera trabajador nocturno al que invierte no menos de 3 horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario.

Los trastornos del sueño por turnicidad laboral forman parte de los desórdenes del ritmo circadiano, que se producen como consecuencia de los turnos de trabajo y consisten en síntomas de insomnio y somnolencia excesiva diurna. La actividad continua, con potencial para interrumpir el ciclo sueño-vigilia, es particularmente evidente en los medios hospitalarios.

Los problemas del trabajo asociados a turnos nocturnos pueden enfocarse desde perspectiva de la organización y desde la de los intereses del trabajador. La primera se centra en los aspectos laborales más relevantes, interesándose por la satisfacción laboral, el rendimiento y el absentismo. Desde la perspectiva del trabajador, se aborda medidas de salud y bienestar general, incluyendo los ámbitos biológico, médico y socio-familiar. A nivel biológico se toma en cuenta las perturbaciones ocasionadas en los ritmos fisiológicos. Y el nivel socio-familiar se centra en los inconvenientes y las perturbaciones sufridas por el trabajador en el entorno social y familiar ocasionados por el desempeño laboral en sistemas de rotación de turnos y nocturnidad permanente.

La rotación laboral durante la noche representa factores de riesgo para desarrollar múltiples enfermedades de tipo crónico, desde los componentes biológico, psicológico y social, por lo que abordar estos riesgos permite establecer medidas que mitiguen el impacto en los trabajos nocturnos. Desde el punto de vista biológico, se ha relacionado la falta de sueño con un aumento de peso, diabetes, aumento de la presión arterial, problemas cardiacos, depresión y abuso de medicamentos. De igual modo, tras varios estudios se observa que el sueño hace que las hormonas del apetito se desorganicen. A largo plazo, los hábitos alimentarios irregulares pueden provocar molestias e incluso trastornos gastrointestinales.

Se puede determinar, por tanto, el riesgo al que se encuentra sometido el personal auxiliar administrativo con horario a turnos, principalmente por la carga horaria aunada a la turnicidad nocturna, lo que en gran medida puede impactar las condiciones de salud a nivel multidimensional de los individuos, ya que las personas que cambian su jornada laboral de diurna a nocturna padecen de trastornos que propician enfermedades al estar el cuerpo sometido a tensión continua en un intento de adaptarse al cambio.

El trabajo nocturno afecta negativamente a los hábitos de alimentación, el sueño, la actividad física, la vida social y favorece la aparición de enfermedades. Para Gustavo Calabrese hay un riesgo significativo cuando se trabaja entre 50 a 70 horas por semana, 14 horas consecutivas al día, 1 ó 2 turnos nocturnos por semana, se tiene extensión del turno en la noche, menos de 10 horas de descanso entre periodos de trabajo ó 1 día libre de trabajo a la semana, siendo todos estos factores situaciones reales en los diversos puestos de trabajo desempeñados por profesionales del auxiliar administrativo de la salud.

Las experiencias muestran que los trabajadores a turnos enfrentan problemas para tener una vida social y familiar adecuada. El trabajo a turnos repercute negativamente en la vida familiar y las relaciones sociales. La naturaleza del sistema de turnos, el sexo, la edad, estado civil, la estructura de la familia del trabajador, son factores que pueden influir, más o menos, sobre sus relaciones sociales. Se vive en una sociedad en la que las actividades de la vida cotidiana están organizadas en el marco de una cultura principalmente diurna.

Los turnos nocturnos también generan estrés, y ésto puede conducir a consumos de sustancias adictivas como tabaco, café, alcohol, etc. A esto hay que añadir la problemática de tener que trabajar en épocas de descanso habitual para el resto de la población, como épocas de fiestas, fines de semana, noches, etc. Todas estas circunstancias, actuando de forma conjunta, pueden crear un fuerte desarraigo

familiar, social y cultural, lazos que son básicos a la hora de tratar y de resolver un problema de drogodependencia.

Producto de pérdida de la vida social, conyugal y actividades de ocio y recreación, se dan cambios en la dinámica de interacción, con lo cual se genera un submundo orientado meramente a la vertiente del cumplimiento de funciones laborales y extra laborales, lo que hace abandonarse de sí mismo, conduciendo a alteraciones de tipo emocional y afectando a la salud mental, conduciendo a trastornos psíquicos, crisis conyugales y trastornos sexuales.

Para Dechamps y otros el personal que trabaja a turnos diferentes puede mejorar la tolerancia a los turnos cuando aprenden a adoptar medidas para reducir las variaciones en los cambios del sueño. En este sentido deben existir propuestas en las que los turnos nocturnos cuenten con características rotativas que faciliten descansos oportunos donde se respete al máximo los ciclos de sueño y descanso del personal del ámbito sanitario. Por otra parte se debe fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones en cuanto a la rotabilidad y conformación de los equipos de trabajo, convirtiéndose en una opción personal más que una imposición.

5 Discusión-Conclusión

La turnicidad laboral y la nocturnidad genera en el auxiliar administrativo importantes repercusiones en los rangos normales de presión arterial, frecuencia cardiaca, así como alteraciones gastrointestinales. A ello hay que añadir, además, el impacto psicológico debido a las implicaciones de tipo social y familiar, al verse afectadas por la rotación nocturna.

Como estrategias de intervención se recomienda principalmente la reorganización de los sistemas de trabajo de estos profesionales y la proporción de mejores condiciones en el ambiente de trabajo, así como la generación de espacios de acercamiento con el trabajador y su familia para dar a conocer los riesgos de exposición y las medidas preventivas.

Es necesario destacar que se deben realizar medidas y programas de prevención que minimicen las condiciones patológicas que pueden surgir producto de la turnicidad laboral, por lo que las estrategias terapéuticas deben girar entorno a la manera en que se organiza el trabajo, la autonomía en la toma de decisiones de cada persona, en lo relativo a la condición familiar y social, y desde la vigilan-

cia de la salud. La evaluación del impacto de los turnos nocturnos en el ámbito sanitario entre otros deben ser responsabilidad de las organizaciones de la salud.

6 Bibliografía

- Valero H, Lázaro E. Efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepción de salud. Rev Cubana Salud Trabajo. 2004; 5(1): 10-19.
- García P. Como impacta el dormir mal. Los riesgos de trabajar con sueño. Ciencia y Trabajo 2008; 10(29): 67-70.
- Knauth P. En: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo: Horas de trabajo. 2001. ILO. 3 ed.Vol.1. Cap.43. Pp. 1-16.
- Díaz E, López R, González M. Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital. Enfermería Clín. 2010; 20(4): 229-235.
- Miró E, Cano MC, Buela G. Sueño y calidad de vida. Revista Colombiana de Psicología 2005; 14: 11-27.
- Parra M. Conceptos Básicos en Salud Laboral
- López R, Milena S. Alteraciones de la salud mental y aislamiento social generado en el trabajador del turno nocturno (Tesis). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
- Lopes MR, Marques FC, Rocha AM. El trabajo en turnos alternados en lo cotidiano del trabajador que beneficia granos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(6): 1070-1075.
- Fundación para la prevención de riesgos laborales. Los tiempos de la organización del trabajo: incidencia de los riesgos psicosociales en los sistemas de trabajo a turnos.
- Amable M, Benach J. La precariedad laboral ¿un Nuevo problema de salud pública? Gac Sanitaria. 2000; 14(6): 418-421.

Capítulo 944

LA FUNCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL USUARIO DE LOS CENTROS SANITARIOS

ROCÍO GARCÍA FERNÁNDEZ

ANA BELÉN CERRA IGLESIAS

EVA FARPON FERNANDEZ

PATRICIA OTERO ARGÜELLES

1 Introducción

En los centros sanitarios es habitual encontrar un servicio de atención al paciente y usuarios, cuya responsabilidad principal es la de recibir y atender adecuadamente al ciudadano, tramitando las quejas y reclamaciones y asegurando el respeto de sus derechos y deberes como usuarios del SNS. De entre las funciones principales que ostentará el auxiliar administrativo de esta área, destacará su labor informativa y de orientación y apoyo en las demandas de asistencia sanitaria que el paciente solicite, debiendo funcionar como parte mediadora entre usuarios y profesionales a través de una correcta comunicación y gestión (Vázquez, Díaz, Silverio, y Botana, 2008).

La información aportada por este servicio, es la que sigue (Moya, 2000):

• Sobre los servicios sanitarios y el catálogo de prestaciones, así como sobre su modelo organizativo y normas de funcionamiento.

• Los derechos y deberes del ciudadano en el área de la salud.
• Derecho a libre elección médica, a solicitar una segunda opinión o acerca de las voluntades anticipadas.
• Sobre la aplicación del ejercicio de los derechos de los que los usuarios disponen, así como sobre el tiempo que se tardará en responder a las solicitudes realizadas.
• Prestaciones disponibles, tarjeta sanitaria, transporte sanitario…
• Otros servicios y áreas de interés para el ciudadano: formas de voluntariado, donaciones de sangre u órganos…

Asimismo, y siguiendo lo establecido en la Ley 41/2002. Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, este servicio se encargará del asesoramiento y gestión de:

• Solicitud de acceso a documentación clínica: copias de historia clínicas, tramitación de informes u otros documentos adyacentes y otras peticiones relacionadas con la historia de salud.
• Información y tramitación sobre el resto de los derechos ARCO (Solicitud de rectificación, cancelación y oposición de datos).
• Tramitación y gestión de las solicitudes realizadas por el usuario sobre: segundas opiniones médicas, cambio de médico, solicitud de prestaciones sanitarias…
• Recogida y tramitación de quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos, que serán directamente trasladadas a los órganos responsables de las mejoras propuestas o a la dirección de donde dependen los profesionales objeto del agradecimiento.

2 Objetivos

- El objetivo principal de este trabajo es conocer las funciones que desempeña un auxiliar administrativo en sus relaciones con los/as usuarios/as o pacientes de los centros sanitarios, analizando las distintas formas de relacionarse a través de las quejas y reclamaciones y conociendo sus derechos y deberes.

3 Metodología

Para llevar a cabo este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión y estudio de la legislación correspondiente en este campo. El sistema de asistencia sanitaria, establece una serie de derechos y de deberes que tienen todos los/as pacientes. En

España existe una normativa, empezando por la Constitución Española, que consagra el derecho fundamental a la protección de la salud en su artículo 43 y la Ley General de Sanidad de 1986, que establece los derechos y deberes fundamentales del paciente.
También se ha llevado a cabo el estudio de la siguiente normativa española:
• Ley 41/2002. Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
• Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que desarrolla la ordenación y coordinación de las actividades sanitarias en el conjunto del territorio.
• Ley 33/2011 de 4 de octubre. Ley General de Salud Pública.
• Real Decreto-Ley 16/2002 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
Asimismo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en distintas bases científicas como Ebsco y Web of Science, con restricción de fecha 2005-2020 y a través de los siguientes tópicos: auxiliar administrativo, atención usuario, atención paciente, sanidad, funciones.

4 Resultados

Para responder al objetivo planteado se han analizado los documentos referentes al objeto de estudio y se han obtenido los siguientes resultados:
A. Derechos y deberes del paciente
Con relación a los derechos y deberes de los pacientes/ y usuarios/as que el auxiliar administrativo debe conocer e informar, se encuentran los que siguen:
1.- Derecho a la información asistencial: el derecho principal que se tiene como paciente y/o usuario/a es a recibir información. Este derecho incluye tanto información sobre las alternativas de tratamiento existentes, como de los riesgos generales y específicos que conlleva el tratamiento elegido. Incluye, también, el respeto a la decisión de no querer ser informado y a la revocación del consentimiento.

2.- Derecho a la documentación sanitaria: se tiene derecho a acceder a tu historia clínica. Esta siempre ha de constar por escrito y debe ser realizada con un programa que permita conocer la fecha exacta de la realización de anotaciones. Este derecho puede ser realizado por representación, con la correspondiente autorización.

La normativa de protección de datos protege especialmente los datos de salud, por lo que las clínicas y hospitales suelen establecer procedimientos rígidos para ejercitar este derecho de acceso, pero sin poder llegar a dificultarte o denegar este derecho.
3.- Derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos relativos a la salud: los datos relativos a la salud están especialmente protegidos, por lo que hospitales y clínicas han de velar porque no se produzcan accesos a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.
4.- Derecho a voluntades anticipadas: se debe respetar la voluntad como paciente, incluso en los casos en los que existe riesgo vital o incapacidad para poder tomar decisiones sobre la salud.

5. -Derecho a una segunda opinión médica: para los casos de sanidad pública, cuando no se esté conforme con el diagnóstico o tratamiento efectuado por el profesional asignado, se tiene derecho a solicitar una segunda opinión. Ejercitando este derecho, otro facultativo de ese mismo servicio valorará la situación médica.
6.- Derecho a la libre elección de médico: también en el ámbito de la sanidad pública, como paciente se puede elegir libremente el médico de referencia en atención primaria. También se tiene libre elección de médico y centro en el ámbito de atención especializada. Todo ello como base de una adecuada relación médico-paciente.

7.- Derecho a las prestaciones sanitarias: se tiene derecho a que las prestaciones sanitarias sean dispensadas dentro de unos plazos previamente definidos y conocidos, que serán establecidos reglamentariamente.

B. Quejas, reclamaciones y sugerencias:
Se encuentra a disposición de los/as pacientes y usuario/as una vía de comunicación para que pueda poner en conocimiento de la Administración Sanitaria las deficiencias, retrasos o anomalías que perciba en la prestación de sus servicios sanitarios.

Las sugerencias y reclamaciones deberán ser formuladas por escrito, y contendrán los datos suficientes para identificar al reclamante y al paciente y/o usuario/a, así como la información que permita la gestión adecuada del asunto planteado.

Una vez analizados los hechos objeto de la reclamación, en un plazo no superior a 30 días hábiles, contados a partir de su entrada en la unidad responsable de la

tramitación de la reclamación deberá remitir al interesado/a la correspondiente respuesta.
La presentación de solicitudes podrá hacerse por internet o presencialmente.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que la labor del auxiliar administrativo, en lo que se refiere a la atención del paciente y/o usuario/a de los centros sanitarios, es fundamental para poder ofrecer toda la información y ayuda necesaria que se requiera por parte del interesado.

Asimismo, en relación a las quejas, reclamaciones, felicitaciones y sugerencias, estas son atendidas en el propio centro por medio de una hoja de reclamaciones que se puede solicitar en el mostrador y que se ponen en conocimiento de las y los responsables relacionados con las mismas, lo que supone una mejora en la comunicación bidireccional entre el paciente y el sistema sanitario.

Finalmente, el auxiliar administrativo será una figura fundamental en la atención directa a usuarios, ya que funcionará como un apoyo individual en situaciones dificultosas surgidas en la atención a los procesos asistenciales y de la relación usuarios/as y profesionales.

6 Bibliografía

- Currás, E. (1996). Gestión empresarial de servicios de información: una aproximación sistémica. Revista General de Información y Documentación, 6(2), 191-203.
- González-Llinares, R. M., Arrúe-Aldanondo, B., Pérez-Boíllos, M. J., Sánchez-González, E., Ansótegui-Pérez, J. C., & Letona-Aramburu, J. (2003). La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Revista de Calidad Asistencial, 18(7), 591-597.
- Ibarra Picón, A., & Rua Ramirez, E. (2018). Evaluación de la calidad en la atención al usuario del servicio de urgencias del hospital público de Yopal en Casanare, Colombia. Nova, 16(29), 21-31.
- Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que desarrolla la ordenación y coordinación de las actividades sanitarias en el conjunto del territorio.
- Ley 33/2011 de 4 de octubre. Ley General de Salud Pública.

- Ley 41/2002. Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
Ley General de Sanidad (1986).
- Moya, J. L. R. (2000). Gestión por procesos y atención del usuario en los establecimientos del sistema nacional de salud. Juan Carlos Martínez Coll.
- Real Decreto-Ley 16/2002 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Vázquez, H. R., Díaz, J. R. S., Silverio, A. F., & Botana, M. V. (2008). Los servicios de información. Un acercamiento a su evolución. Ciencias de la Información, 39(2), 23-35.

Capítulo 945

EFICACIA Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARIA DEL CARMEN ALVAREZ ALVAREZ

ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

Hoy en día las formas más frecuentes para contactar con los centros sanitarios son el correo electrónico, páginas web de gestión de citas y el teléfono. El auxiliar administrativo es la persona encargada de atender las llamadas en la institución donde trabaja y de derivar estas llamadas al personal del centro. La comunicación telefónica se realiza únicamente a través de la palabra, por lo que es muy importante el mensaje comunicado y la forma de transmitirlo.

2 Objetivos

- Dar a conocer pautas, técnicas y características que ha de tener en cuenta el auxiliar administrativo para lograr una mayor eficacia y calidad en la atención telefónica.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda y análisis de diversas fuentes bibliográficas de páginas web: www.deustosalud.com

www.aulafacil.com
biblioteca.unex.es.

Palabras clave: Atención telefónica, atención usuarios.

4 Resultados

La capacidad de expresarnos y comunicarnos con el paciente ante las diferentes situaciones telefónicas es fundamental a la hora de atenderle correcta y adecuadamente.

Deberemos usar:
- Un lenguaje sencillo y básico sin usar tecnicismos.
- Emplear un tono de voz suave sin caer en monotonía, al mismo tiempo transmitiremos seguridad y tranquilidad.
- Articular bien las palabras con un ritmo bien modulado, esto nos ayudara a una mejor comunicación.
- Postura firme y relajada, con una sonrisa esto nos ayudara a crear empatía.
- Centrarnos en las peticiones del usuario o paciente con una escucha activa dejándole hablar, sin interrumpirle en lo que esta diciendo y debemos darle señales de que lo estamos escuchando, esto mejorara su ansiedad y predisposición.
- Dar una información adecuada, precisa y suficiente.
- Evitar ambientes ruidosos que dificulten la concentración e interfieran en la llamada atendida.
- Antes de finalizar la llamada hacer un resumen de lo hablado, recordando los puntos importantes que el usuario o paciente no debe olvidar.

5 Discusión-Conclusión

Para una correcta atención telefónica al usuario o paciente es necesario transmitir cercanía, confianza y profesionalidad. Para conseguirlo tenemos que dominar estrategias como la sonrisa telefónica que transmitirá una actitud positiva, el silencio que nos puede aportar información útil y con la voz un tono cálido y seguro.

6 Bibliografía

- Deusto salud. Blog gestión sanitaria. Claves para una buena atención telefónica en un centro sanitario [internet].
- Aula fácil. Elementos en la comunicación telefónica [internet].
- Biblioteca Unex .Universidad de Extremadura. Manual de buenas prácticas en la atención a usuarios [internet].

Capítulo 946

EL ESTRÉS DE LOS TRABAJADORES DE CENTROS SANITARIOS

FRANCISCO JAVIER MARQUEZ BULNES

1 Introducción

El estrés laboral en el ámbito sanitario es una fenómeno o enfermedad cada vez más frecuente y con consecuencias importantes, ya que puede afectar tanto al bienestar físico como al psicológico, además también puede deteriorar la salud de las organizaciones y las empresas. Es un elemento empobrecedor de la salud y de la eficiencia de un trabajador tanto individual como social y actúa en gran medida en el lugar de trabajo convirtiéndose en un aspecto principal de la seguridad y salud laboral.

La magnitud de las enfermedades relacionadas con el estrés va en aumento, debido a que el carácter del trabajo ha cambiado enormemente en las últimas décadas. Tradicionalmente los trabajos o tareas que realizaba un trabajador requerían fuerza muscular, ahora en muchas ocasiones se precisa de un esfuerzo mental motivado en gran medida por la informatización y gran volumen de trabajo. Por otro lado, la exigencia del trabajo ha ido incrementándose constantemente puesto que con un número menor de trabajadores se deben alcanzar los mismos resultados o incluso muchas veces mejorar los resultados anteriores.

El estrés es la conclusión de la adaptación de nuestro cuerpo y nuestra mente al cambio, resultado que exige un esfuerzo físico, psicológico y emocional que a profesionales del ámbito sanitario les pasa factura a lo largo de la jornada laboral. La situación de la economía y el trabajo actual está provocando continuamente

un sobresfuerzo que supone un reto para los trabajadores que difícilmente podrán superar y resistir la variación y rapidez de los cambios en el ámbito laboral.

Ahora bien, no siempre las soluciones para hacer frente a las demandas tienen porque tener un carácter negativo puesto que en muchas ocasiones son necesarias para la supervivencia y en principio puede actuar de forma efectiva para permitirnos enfrentarnos a situaciones laborales incluso a situaciones de nuestra vida. El aumento de estrés puede ser beneficioso para la salud y el rendimiento, siempre que no se de con excesiva intensidad y frecuencia, también es importante que no supere nuestra capacidad de adaptación.

Otro motivo común de estrés es el aburrimiento, la falta de estímulo y la monotonía ya que puede producir un grado insuficiente de estrés y pueden perjudicar a nuestra salud, de ahí que sea relevante diferenciar entre eustress o estrés bueno, es necesario en nuestra vida cotidiana porque aporta una función de protección del organismo y eso ayuda a progresar en todos los sentidos.
Distress o estrés negativo, se produce por una excesiva reacción al estrés que se suele manifestar ante una demanda muy intensa o prolongada de actividad, puede afectarnos física y psicológicamente debido al exceso de energía que se produce y no se consume. En general se utiliza el término de estrés para referirnos al estrés negativo o distress.

Sobre el concepto de estrés ha habido diferentes enfoques pero desde una perspectiva integradora podríamos definir el estrés como la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de una individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas, por otro lado el estrés laboral surge cuando se da un desajuste entre la profesional sanitario el puesto de trabajo y la propia organización. La persona percibe que no cuenta con los recursos suficientes para afrontar la problemática laboral y aparece la experiencia del estrés.

La adaptación del personal sanitario depende de un equilibrio dinámico muy complejo, llamado homeostáis. El organismo puede reaccionar ante las situaciones de estrés de diferentes formas, poniendo en marcha un conjunto de respuestas adaptativas con un fin de restablecer la homeostásis, para ello puede utilizar las siguientes reacciones fisiológicas (aumento de la frecuencia cardíaca y presión sanguínea, aumento de la respiración, tensión muscular, aumento de la transpiración, secreción de glùcidos y lípidos al torrente sanguíneo, una lenta digestión etc), también pueden ser mentales (percepción y evaluación de situación y toma de decisiones) o también se puede mostrar en forma de conducta (enfrentamiento, huida o pasividad) por tanto la respuesta al estrés laboral consti-

tuye una alerta física y mental, todo ello hace que el organismo se prepare para una acción potencial necesaria. Una exposición prolongada a situaciones estresantes y la desadaptación puede derivar como consecuencia en una enfermedad.

El estrés es una respuesta a un agente interno perturbador llamado agente estresor, es el estímulo que provoca la respuesta al estrés. Dado que cualquier cosa puede convertirse en un estresor, sería imposible elaborar una lista exhaustiva, sin embargo se puede afirmar que algunas condiciones externas tienen mucha mayor probabilidad de operar como estresores. Algunos estresores pueden ser físicos ,sociológicos y otros psicológicos. Los factores de estrés presentes en la situación de trabajo en el ámbito sanitario se pueden clasificar en tres grandes grupos:
- Estresores del ambiente físico temperatura ruido iluminación ambientes contaminados
- Estresores relativo al contenido de la tarea carga mental control sobre la tarea
- Estresores relativos a la organización jornada de trabajo relaciones interpersonales conflicto y ambigüedad del rol promoción y desarrollo de la carrera profesional.

Hay que tener en cuenta que los aspectos personales pueden variar en el tiempo en función de factores como la edad, las necesidades y las expectativas y los estados de salud y fatiga, todos estos factores pueden influir negativamente en el estrés experimentado por el trabajador tanto en el puesto de trabajo como fuera de él.

Las características individuales mas importantes en el proceso de estrés serían:
- Los patrones de conducta específicos.
- Neuroticismo o ansiedad.
- Introversión/ extroversión.
- El locus del control.

Posibles consecuencias físicas producidas por el estrés laboral:
Trastornos gastrointesinales
- Úlcera péptica.
- Dispepsia funcional.
- Intestino irritable.
- Colitis ulcerosas.
- Aerofagia.
- Digestiones lentas.

Trastornos cardiovasculares
- Hipertensión Arterial.
- Enfermedades coronarias: angina de pecho infarto de miocardio.
- Arritmias cardíacas.

Trastoros respiratorios
- Asma bronquial.
- Hiperventilación.
- Disnea.
- Sensación de opresión en la caja torácica.

Trastornos endocrinos
- Hipoglucemia.
- Diabetes.
- Hipertiroidismo.
- Hipotiroidismo.
- Síndrome de Cushing.

Trastornos sexuales
- Impotencia.
- Eyaculación precoz.
- Vaginismo.
- Coito doloroso.
- Alteraciones de la líbido.

Trastornos dermatológicos
- Prurito.
- Dermatitis atípica.
- Sudoración excesiva.
- Alopecia.
- Tricotilomanía.

Trastornos musculares
- Tics, calambres y contracturas.
- Rigidez.
- Dolores musculares.

Alteraciones en los reflejos musculares:
- Hiperreflexia.
- Hiporreflexia.

Es obligatorio establecer una evaluación de riesgo para la seguridad y salud del personal sanitario. La evaluación debe ser actualizada cuando cambien las condiciones de trabajo y en la actividad de los trabajadores en la prestación de sus servicios, se debe evaluar teniendo en cuenta los estresores potenciales de la organización físicas y psicosociales. Determinadas características individuales que hacen que dichas condiciones se puedan percibir como amenazas a su seguridad, bienestar físico o psíquico y el desarrollo laboral , es importante tener en cuenta que un buen plan de seguridad y salud tendrá un efecto positivo ante la productividad, absentismo, accidentes y costes derivados de la pérdida de la salud.

No puede llevarse a cabo un estudio eficaz del estrés sin la perfección de propio personal sanitario puestoque ellos tienen la mejor percepción de los estresores en el ámbito socioambiental y laboral.

Aspectos a analizar en la evaluación del estrés
1. Estresores:
- Condiciones de trabajo
2. Percepción de los estresores:
- Si el profesional sanitario percibe o no las demandas del entorno como amenazantes que superando sus capacidades para afrontarlas.
3. Elementos modulares del estrés
- Patrón de conducta.
- Apoyo social.
- Etc.
4. Respuesta al estrés:
- Fisiológica.
- Cognitiva.
- De comportamiento.
5. Consecuencias del estrés:
- Efectos sobre el profesional sanitario.
- Efectos sobre la organización.

2 Objetivos

- Conocer los factores que propician el estrés en el personal de los centros sanitarios, así como sus posibles consecuencias.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica exploratoria abordando al estrés en el ámbito sanitario utilizando las bases de datos Medline, Embase, Scielo, Pubmed, Elsevier y Medline sin restricción de tiempo. La búsqueda bibliográfica en bases de datos fue completada con los resultados obtenidos de repositorios así como Dialnet, y Google Académico. Para realizar esta búsqueda bibliográfica hemos utilizado los descriptores: estrés, estrés psicológico, eersonal del hospital, evaluación, personal sanitario, afrontamiento, desgaste profesional, estrés ocupacional, distress y eustress. De todas las publicaciones y artículos consultados se han elegido los de mayor relevancia, para ello se ha extraído la información necesaria realizando un análisis de pertinencia cotejando la idoneidad de los artículos para el estudio a partir de la revisión de los títulos y el resumen de los mismos.

4 Resultados

1. Los efectos negativos producidos a nivel psicológico a la respuesta del estrés serían:
- Sensación de confusión.
- Incapacidad para concentrarse.
- Preocupación excesiva.
- Consumo de alcohol, fármacos o tabaco.
- Mal humor.
- Bloqueos mentales.
- Frecuentes olvidos.
- Incapacidad para tomar decisiones.
- Mayor susceptibilidad a sufrir accidentes.
- Hipersensibilidad a las críticas.
- Dificultad para mantener la atención.
- Sensación de desorientación.
- Sentimientos de falta de control.

2. Estos efectos pueden provocar el desarrollo de trastornos psicológicos asociados al estrés, los más frecuentes son:
- Ansiedad, miedos y fobias.
- Trastornos esquizofrénicos.
- Alteración de conductas de alimentación.
- Trastornos del sueño.

- Adicción al alcohol y las drogas.
- Depresión y otros trastornos afectivos.
- Trastornos de personalidad.

3. El cuerpo puede mostrar manifestaciones externas a nivel motor y de conducta de las siguientes maneras:
- Bostezos frecuentes.
- Comer excesivamente.
- Falta de apetito.
- Temblores.
- Hablar rápido.
- Tartamudeo.
- Precipitación a la hora de actuar.
- Conductas impulsivas.
- Explosiones emocionales.

Todos estos efectos deterioran en gran medida la calidad de las relaciones interpersonales, tanto laborales como familiares pudiendo provocar la ruptura de dichas relaciones.

5 Discusión-Conclusión

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral de EEUU (N.I.O.S.H.) basándose en recomendaciones y experiencias de varios países como Suecia, Holanda, Alemania , etc. establece las siguientes medidas preventivas en el trabajo:
- Horario de trabajo: coordinar y diseñar el horario de los trabajadores de forma que eviten conflictos con las exigencias y las responsabilidades externas al trabajo. Los turnos rotatorios deben tener horarios estables y predecibles.
- Participación/control: dejar que los trabajadores aporten ideas a las decisiones o acciones que afecten a su trabajo.
Carga de trabajo: comprobar que las exigencias de trabajo sean compatibles por los recursos y capacidades del trabajador para permitir su recuperación de tareas físicas o mentales particularmente exigentes.
- Papeles: definir claramente las responsabilidades y papeles en el trabajo.
- Contenido: diseñar tareas de forma que confieran sentido , estímulo , sensación de plenitud y la oportunidad de hace uso las capacitaciones.
- Futuro: evitar la ambigüedad de temas de estabilidad laboral y fomentar el desarrollo de la carrera profesional.

- Entorno social: crear oportunidades para la la interacción social, incluidos el apoyo moral y la ayuda directamente relacionada con el trabajo.

Una vez hecho un minucioso estudio de todos los riesgos de sufrir cualquier tipo de estrés en el ámbito sanitario y dado la gran exigencia y responsabilidad que conlleva trabajar en algunas especialidades del ámbito hospitalario debemos tener en cuenta, que el individuo es una unidad inseparable y por esto por lo que los síntomas que surgen como consecuencia del estrés raramente aparecen de forma aislada, por regla general aparecen conjuntamente.

Una respuesta eficaz al estrés representa una adaptación exitosa , a pesar que el organismo no siempre responde perfectamente o de forma adecuada a la demanda del profesional sanitario en cuestión al estrés en su situación laboral, es de vital importancia hacer hincapié ante toda la gran variedad de posibles estresores y teniendo en cuenta todos los atrás mencionados se podría reducir en gran medida el número de individuos que sufran cualquiera de estos síntomas y no olvidemos que los profesionales sanitarios permanecen mucho tiempo en su lugar de trabajo y en él se relacionan y desarrollan como personas.

6 Bibliografía

1. Diaz A, Feldman l. Validación preliminar del cuestionario de estrés laboral (desbalance-esfuerzo/recompensa) en una muestra de trabajadores de la salud venezolanos. Ciencia & trabajo 2010 No 36 320-326.
2. COOPER ,C.L. Estrés y cáncer .Díaz de Santos , Madrid 1986.
3. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. Rev Calidad Asistencial 2002;17(4):237-46.
4. Moreno-Jimenez B.; Peñacoba C. Estrés asistencial en los servicios de salud. En: M.A: Simon (Ed.), Psicología de la salud. Siglo XXI pp. 739-764.
5. Fernández-Berrocal P. Y Extremera N. La investigación de la inteligencia emocional en España. Ansiedad y Estrés 2006, 12(2-3), 139-153.
6. F.J. Blasco, J.A. Irles, J. Huet.
Satisfacción laboral y estresores profesionales en los intensivistas españoles: resultados de una encuesta.
Todo Hospital, 124(1996), pp.35-40.
7. Hidalgo I, Díaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. Med Clin (Barc). 1994;103:408-12.

8. Escribá V, Mas R, Cardenas M. Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria. Rev ROL Enferm. 2000;23:506-11.
9. 37. Parkes KR. Intervenciones para la gestión del estrés en las organizaciones. En: Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p. 109-29.

Capítulo 947

COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES NO SANITARIOS EN SITUACIONES DE CONFLICTO

AIDA GARCÍA INGUANZO

1 Introducción

El trabajo en la práctica sanitaria enfatiza la labor de equipo más que la actividad individualizada. Una buena comunicación en el equipo sanitario ayuda a reducir el estrés generado en la actividad diaria. No obstante, es frecuente observar como los miembros de los equipos asistenciales suelen comunicarse sólo con otros de su mismo nivel jerárquico y no existe una auténtica comunicación interdisciplinar, algo que es absolutamente necesario para atender las necesidades del paciente (Van-der Hofstadt, 2006).

El equipo también puede presentar obstáculos que dificulten el trabajo, y es que allí donde existe un grupo de personas diferentes también encontramos ideas, creencias, valores y actitudes distintas, que con el roce diario colisionan las unas con las otras. De hecho, cómo se afronte la integración de los diferentes puntos de vista e intereses dispares y cómo se resuelvan los conflictos derivados de la interacción humana va a determinar la eficacia de la organización y la satisfacción personal y laboral de sus miembros (Van-der Hofstadt, 2006).

Los inconvenientes que pueden aparecer en el trabajo en equipo, pueden estar en parte motivados por la mala gestión del líder del grupo. Este debe planificar, presupuestar, organizar, gestionar, controlar y solucionar problemas. Además,

también debe establecer directrices y objetivos en un lenguaje claro y, tras escuchar otras opiniones, lograr el consenso y comunicarlo eficazmente a todos. También le corresponde implicar al equipo para que se sienta partícipe de los problemas, planes y logros de la organización (Van-der Hofstadt, 2006).

La comunicación y los estilos de comunicación: La comunicación es un proceso aprendido que depende de la actitud del individuo, el nivel sociocultural, el contexto, las experiencias pasadas, el conocimiento sobre el tema, y la capacidad de relacionarse con los demás (Achury, Pinilla, y Alvarado, 2015).
Estilos de comunicación (Tazón, García, y Aseguinolaza, 2012):
A. Estilo Pasivo:
- Posición básica: "soy inferior a los otros".
- Objetivo principal en la relación: evitar el conflicto con los demás en todas las situaciones y a cualquier precio, generalmente, renunciando a sus derechos.
B. Estilo agresivo:
- Posición básica: "soy superior a los otros".
- Objetivo principal en la relación: ganar a cualquier precio, aunque sea saltando por encima de los derechos de los demás.
C. Estilo manipulador:
- Posición básica: obtener lo que se quiere pero sin que el otro sepa qué es lo que se busca.
- Producir sensación de culpa en la otra persona.
D. Estilo asertivo:
Posición básica: "mis opiniones y sentimientos son importantes, las de los demás también. Seguro que se puede llegar a un acuerdo siendo sinceros".
Objetivo principal en la relación: negociar con el otro de una forma abierta y llegar a acuerdos cuando sea posible

1. Burnout.
La desmotivación en el trabajo y el cansancio emocional son algunos de los grandes males de la sociedad actual. Los orígenes del burnout se sitúan con Freudenberger, psiquiatra psicoanalista que trabajaba en EEUU, quien describe por primera vez este síndrome clínico a partir de la observación de las respuestas que manifestaban los voluntarios que trabajaban con toxicómanos después de un tiempo. Éstos mostraban una considerable pérdida de energía, sintiéndose cansados y apáticos, habían perdido la motivación para el trabajo, estaban fácilmente irritables y su trato con los pacientes era distante (Aguirre, y Quijano, 2015). Lo definió como burnout "quemarse" en referencia a la relación que se establece entre el individuo y su trabajo. Maslach, psicóloga social, adoptó también

este término para describir las respuestas emocionales que presentaban los individuos que trabajaban en profesiones de ayuda (Tazón, García, y Aseguinolaza, 2012).

Posteriormente se desarrollan trabajos desde la perspectiva de la psicología social en los que se pone de manifiesto que el síndrome de burnout no es un estrés psicológico, sino una respuesta a fuentes de estrés laboral crónico provenientes de las relaciones de trabajo entre los profesionales de ayuda y sus clientes. Este síndrome estaría integrado por un agotamiento emocional, una sensación progresiva de despersonalización y una falta de realización personal (Tazón, García, y Aseguinolaza, 2012).

En la actualidad, el personal no sanitario prioriza la atención al paciente mediante la aplicación de técnicas, en lugar de darle mayor importancia a la comunicación interpersonal. Esto también se ve reflejado en la relación entre profesionales no sanitarios, puesto que cada vez se utiliza más la tecnología y menos la comunicación y relación asertiva. Además, en la actualidad, no existe un plan de formación para el personal no sanitario en el cuál se enseñe a utilizar las habilidades comunicativas, el estilo de comunicación adecuado y la empatía entre profesionales. Esto repercute en la formación del equipo, puesto que, sin interacción entre todos los miembros del equipo, no existe una buena comunicación y todo esto repercute directamente en la atención al paciente. Estos conflictos comunicativos pueden desencadenar el síndrome de burnout. Por esto, se hace necesario ver cuál es el desencadenante en la mala comunicación entre profesionales sanitarios y no sanitarios y cómo se puede prevenir.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Analizar la literatura publicada acerca de las habilidades del personal no sanitario, celadores y auxiliar administrativo, en la comunicación entre ellos y entre el personal sanitario.

Objetivos específicos:
- Revisar los conceptos de comunicación, asertividad, empatía y habilidades comunicativas entre todo el equipo sanitario.
- Describir las actividades propias de los líderes y los gestores de casos en cuanto a la comunicación entre todo el personal.

3 Metodología

1. Diseño:
Este estudio se basa en una revisión bibliográfica sobre la actuación del personal no sanitario ante situaciones de conflicto. Para esto se realiza un análisis crítico de la literatura obtenida en las bases de datos PubMed, Lilacs, Cochrane, Scielo, y Elsevier.

2. Criterios de selección:
Se plantean los siguientes criterios de inclusión y exclusión para la realización de este estudio.

2.1.Criterios de inclusión:
- Se incluirán todos aquellos textos que sean originales y con posibilidad de ser descargados.
- Que cumplan como tema principal la comunicación en situación de conflicto o todas aquellas características que estén relacionadas directamente con el tema principal.
- Se incluirán en el estudio artículos científicos originales, guías y manuales, y trabajos originales.
- El límite cronológico establecido son todos los artículos publicados a partir del año 2015.

2.2. Criterios de exclusión:
- Se excluirán todos los estudios que no se encuentren en abierto o que estén incompletos.
- Aquellos que no traten como tema principal la comunicación.
- Los estudios que no traten como tema principal a los humanos.
- Los estudios que no se encuentren en inglés o español.
- Los estudios publicados antes del año 2015.

3. Estrategia de búsqueda:
Se realiza una búsqueda en la literatura publicada en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane, Lilacs, Scielo y Elsevier. A demás de estas búsquedas, se incluyen los manuales encontrados acerca de las habilidades sociales en la comunicación que sirvan de apoyo al estudio.

Se utilizan los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y los medical subject headings (MeSH). Los descriptores MeSH son utilizados en las bases de datos PubMed y Cochrane, y los descriptores DeCS en Lilacs, Scielo y Elsevier.

La estrategia de búsqueda en las distintas bases de datos se realiza combinando los descriptores con los operadores booleanos OR y AND de manera que se combinen los distintos descriptores para obtener todos los artículos posibles relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Tras el análisis de los estudios se seleccionan dieciséis estudios que cumplen los criterios de selección. De estos estudios, el 58,33% fueron publicados en el año 2015; el 16,67% en 2016, y del 8,33% no está disponible el año de publicación y 16,67% fueron publicados con anterioridad a 2015 y son incluidos en el estudio por tratarse de guías de práctica clínica.

De los 12 estudios seleccionados, el 41,67% son estudios descriptivos, el 16,67% son guías clínicas, el 25% estudios observacionales, y los estudios de investigación, y revisiones bibliográficas, fueron de un 8,33% cada uno.

Dentro de la base de PubMed, se encontraron un total de 14.399 de los cuales se elimina un 96,93% por ser publicados antes del año 2015; se excluye un 2,6% por estar incompletos o no disponibles, un 0,01% por no estar en los idiomas seleccionados, el 0,4% por no estar relacionados con el tema tras la lectura del título y el abstract, y el 0,06% por no referirse a humanos como tema principal; por tanto no se selecciona ningún artículo para el estudio.

En la base de datos Cochrane, se encuentran un total de 3813 estudios, de los cuales se excluyen: 97,33% por estar publicados antes del año 2015, un 0,08% por estar incompletos o no disponibles, un 2,56% por no estar relacionados con el tema tras leerlos. Por tanto son seleccionados dos estudios 0,03 que cumplen con los criterios de selección.

En la base de datos Lilacs, se encuentran 319 artículos, de los cuales se excluyen 99,06% por estar publicados antes del año 2015, y 0,63% por no estar relacionados con el tema. Por tanto se selecciona un artículo para el estudio 0,31%.

En Scielo, se encuentran 199 estudios, de los cuales el 87,94% son excluidos por estar publicados antes de 2015, el 10,55% de los artículos se excluyen por no pertenecer al tema de estudio, por tanto se selecciona un 1,51% para el estudio.

Por último, en la base de datos Elsevier, se encuentran 3565 artículos, de los cuales se excluyen el 85,02% por estar publicados antes de 2015, un 0,31% por estar in-

completos o no disponibles, el 14,53% por no estar relacionados con el tema; y se selecciona el 0,14% para el estudio.

Como resultados en los diferentes tipos de estudio se destaca la importancia de la relación interpersonal en los profesionales, la empatía, la comunicación asertiva y la importancia del líder en el medio sanitario para favorecer la comunicación entre dicho personal y evitar el síndrome de burnout en los profesionales sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad el trabajo en grupo constituye básicamente una necesidad, pues resulta improbable que una sola persona pueda desenvolverse a cualquier nivel profesional de forma individual dentro de una organización, como puede ser el Hospital o el Centro de Salud. El trabajo en el área de la salud se caracteriza por la relación entre los distintos profesionales que necesitan actuar a diario en distintos escenarios. Las causas más comunes de conflictos institucionales son fallos en la comunicación, deficiencia en la estructura y problemas en el comportamiento individual en las instituciones (Parnov, Gama, Silva, Martins, Soares, y Giacomelli, 2012).

Algunos estudios observan que en la población sanitaria existen las barreras para la adecuada transferencia de información y las clasificaron en ocho categorías: barreras de comunicación, problemas en la estandarización o políticas que aseguren el proceso, dificultades en los equipos tecnológicos, factores del entorno, disponibilidad de tiempo, dificultades por la complejidad y el número de pacientes, entrenamiento y educación del personal y los factores humanos (Guevara, y Arroyo, 2015).

Otros estudios demuestran que son necesarias sesiones formativas para los profesionales en las cuales se enseñen habilidades en la comunicación, juegos de roles para manejar temas emocionales, reconocimiento de técnicas comunicativas positivas y negativas, etc. (Niglio, Rodolph, Bylund, Goelz, Heubner, Sattel, et al., 2015). El tipo de comunicación y las habilidades empleadas también dependen de que la relación sea entre iguales o entre personas con distinta jerarquía, por estos es frecuente observar como los miembros de los equipos asistenciales suelen comunicarse sólo con otros de su mismo nivel jerárquico (Van-der Hofstadt, 2006).

Además, una de las características básicas que define un equipo de trabajo es la interacción, es decir, para que haya equipo es necesario que los individuos que lo forman interactúen, que se comuniquen entre sí. Cómo se afronte la integración de los diferentes puntos de vista e intereses dispares y cómo se resuelvan los conflictos derivados de la interacción humana va a determinar la eficacia de la organización y la satisfacción personal y laboral de sus miembros. Estos inconvenientes pueden estar en parte motivados por la mala gestión del líder del grupo, cuyo papel es decisivo en el buen funcionamiento del grupo. También le corresponde implicar al equipo para que se sienta partícipe de los problemas, planes y logros de la organización (Van-der Hofstadt, 2006), además de poseer las siguientes características: habilidades de comunicación, trabajo multidisciplinar y en equipo, habilidades en el pensamiento crítico y habilidades de liderazgo con capacidad para realizar una coordinación continua de la atención de los diferentes sistemas y niveles asistenciales (Fraile, 2015).

Cuando no es posible el buen entendimiento entre profesionales aparece la figura del líder o mediador que es un ser imparcial que debe ver el conflicto en tercera persona, siendo imparcial y ayudando a las partes del conflicto a centrarse en una negociación, para lograr objetivos satisfactorios para ambas. El modelo de comunicación participativo es el que se desea que se dé en cualquier equipo. Este modelo se caracteriza porque es descentralizado y favorece la aportación e implicación de todos en los objetivos, planes y logros, lo que produce una mayor satisfacción entre los miembros del equipo y otorga mayor independencia a sus componentes. En este modelo, la comunicación no es vertical, sino horizontal, todos se comunican con todos. No existe un "jefe" por el que han de pasar todas las informaciones. Esto facilita el trabajo y la coordinación dentro del grupo. Este tipo de comunicación descentralizada es más adecuada para la resolución de tareas complejas y cuando se quieren aportar nuevas ideas (Van-der Hofstadt, 2006).

Cuando existe una ausencia de soporte emocional, dificultades internas entre el equipo sanitario o problemas de tipo organizativo, es cuando puede exacerbarse el síndrome de burnout entre los profesionales (Alba, 2015). Para que el síndrome de burnout se produzca es necesaria la interacción entre las respuestas individuales al estrés junto con la presión laboral en el ambiente de trabajo (Tazón, García, y Aseguinolaza, 2012). El personal sanitario se enfrenta constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversos estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo, como: exceso de estimulación aversiva (enfrentarse

frecuentemente a situaciones de sufrimiento, muerte, dolor y pérdida), contacto continuo con enfermos (que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación), la frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados (Leal-Costa, Díaz-Agea, Tirado-González, Rodríguez-Marín, y Van-der Hofstadt, 2015).

Las estrategias para la intervención encaminadas a evitar el burnout, deben contemplar tres niveles:
1) El nivel individual hace referencia a cómo los trabajadores deben desarrollar estrategias personales de índole cognitivo-conductual, y con carácter autoevaluativo, para eliminar o reducir fuentes de estrés.
2) El grupal incluye potenciar la formación en habilidades de comunicación y apoyo social de los profesionales.
3) El organizacional propone eliminar o disminuir los estresores del entorno laboral (Leal-Costa, Díaz-Agea, Tirado-González, Rodríguez-Marín, y Van-der Hofstadt, 2015).

Para favorecer las habilidades de comunicación es necesario que las relaciones interpersonales se vean favorecidas con el desarrollo de habilidades para la comunicación y son fundamentales para el logro una relación terapéutica. Para esta última hay condiciones facilitadoras como: la comprensión empática, el respeto y la genuinidad o autenticidad (Muggenburg, Olvera, Riveros, Hernández-Guillén, y Aldana, 2015).

Se ratifica que el conflicto entre profesionales de salud tiene influencia sobre la atención prestada a los usuarios de los servicios de salud. Por eso, es importante aprender a gestionar los conflictos de una manera más eficaz, debiendo ser una prioridad entre enfermeros, médicos y personal no sanitario. En este sentido, se entiende que es una forma reflexiva y que problematiza, desde las bases de la formación profesional, que se deben desarrollar las nociones de afrontamiento de conflictos, así como el abordaje y el aprendizaje en las propias instituciones. Resulta necesario que los profesionales de la salud amplíen sus horizontes y desarrollen aptitudes en relación a la gerencia de situaciones y grupos de conflicto en el ámbito profesional. Los conflictos presentan un desafío en el trabajo, y deben ser comprendidos y transformados en objeto de crecimiento y desarrollo en los equipos de salud. Por tanto el entrenamiento en la mediación de conflictos y el desarrollo de la buena comunicación y las habilidades comunicativas, puede preparar a los trabajadores de la salud para tratar los conflictos en las instituciones sanitarias. Por ello es necesario conocer y manejar una serie de estrategias

conocidas como habilidades sociales para comprender el punto de vista del otro y facilitar la relación en bien de todos.

6 Bibliografía

- Achury, D.M., Pinilla, M., y Alvarado, H. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. Invest. Educ. Enferm, 33(1), 102-111.
- Aguirre, A.M., y Quijano, A.M. (2015). Sindrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. Rev. Columb. Psiquiat, 44(1), 198-205.
- Alba, R. (2015). Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. Rev. Cient. Soc. Esp. Enferm. Neurol, 41(1), 9-14.
- Fraile, M. (2015). Enfermeras gestoras de casos; ¿esa gran desconocida? Rev. Cient. Soc. Esp. Enferm. Neurol, 42(1), 1-3.
- Guevara, M., y Arroyo, L.P. (2015). El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. Enf. Global, 14(1).
- Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J.L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., y Van-der Hofstadt, C.J. (2015) Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. An. Sist. Sanit. Navar, 38(2), 213-223.
- Muggenburg, C., Olvera, S., Riveros, A., Hernández-Guillén, C., y Aldana, A. (2015). Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida con pacientes como resultado de un entrenamiento. Enf. Univers, 12(1), 12-18.
- Niglio, M., Rodolph, B., Bylund, C.L., Goelz, T., Heubner, P., Sattel, H., et al. (2015). ComOn Coaching: Study protocol of a randomized controlled trial to assess the effect of a varied number of coaching sessions on transferinto clinical practice following communication skills training. BMC Cancer, 15(1), 1-9.
- Parnov, B., Gama, L., Silva, P., Martins, T., Soares, S.B., Giacomelli, A. (2012). Conflictos en las instituciones de salud: desafío necesario al trabajo del enfermero. Index Enfer, 21(1-2), 58-61.
- Quiroga, A. El manejo profesional de los conflictos: estrategias para mejorar los ambientes de trabajo. Rev. Enf, 20-23.
- Tazón, P., García, J., Aseguinolaza, L. (2012). Relación y comunicación DAE,136-144.
- Van-der Hofstadt, R. (2006). Técnicas de comunicación para profesionales de la salud. 1ª ed. Vale

Capítulo 948

SALUD Y SUEÑO.

JOSE IGNACIO RODRIGUEZ VICENTE

MANUELA BERNARDO FERNANDEZ

NURIA BERNARDO FERNÁNDEZ

JAVIER CUENDE MONTERO

MIRIAM MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Varios estudios han establecido una clara relación entre la duración del sueño y una peor calidad de vida.
Además, los trastornos del sueño pueden interferir en nuestras actividades diarias, así como en nuestras relaciones sociales y en nuestro estado de ánimo.
Una de cada tres personas sufre un trastorno del sueño en España, pero sólo un tercio de ellas acuden a un especialista para tratarlo. Como en la mayoría de países, el insomnio es el trastorno del sueño que afecta a más personas en España, con una incidencia de entre el 20 y el 30%. Entre ellos, un 10% de los problemas del sueño son crónicos o severos, y las cifras en total suponen un motivo de preocupación por sus repercusiones en el día a día, en el estado de ánimo y en el desempeño físico e intelectual.

Además, aunque las causas del insomnio y otras patologías pueden ser diversas, una de las razones principales identificadas son las preocupaciones que nos

surgen durante la noche y la excesiva actividad mental: es decir, el "pensar demasiado". Esto impide que el organismo abandone el estado de alerta y hace difícil conciliar el sueño. Esto también se vincula de forma bidireccional a los trastornos de ansiedad y depresión: pueden ser causa de insomnio, pero también consecuencia.

Se ha observado la relación entre la duración del sueño, principalmente dormir poco, o una mala calidad del sueño y las siguientes patologías:
- Enfermedades vasculares (cardíacas y cerebrales).
- Mortalidad.
- Trastornos psiquiátricos y deterioro cognitivo.
- Cáncer.
- Problemas del sistema inmunitario.
- Metabolismo y obesidad.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Enfermedades coronarias.
- Hipertensión arterial.

La narcolepsia, aunque tiene una baja incidencia, representa un trastorno muy grave que sufren alrededor de 25.000 personas en España. Se caracteriza por pequeños periodos de sueño (micro-siestas) durante el día que se producen de forma incontrolable en lugares como el trabajo o la escuela y que resultan sumamente peligrosos en situaciones como la conducción. Se estima que sólo entre un 20 y un 40% de los españoles con narcolepsia están diagnosticados debido a la variabilidad de los síntomas, que se manifiestan en su totalidad únicamente en el 10% de casos.

El hecho de no dormir correctamente puede menguar nuestra productividad y llegar a producir accidentes laborales o de tráfico.

La fatiga de los empleados es un problema subyacente común en muchos lugares de trabajo. los trastornos del sueño o la carencia del mismo implica una plantilla de trabajadores exhaustos. Esto genera, a la larga, un coste de varios millones al año a causa del absentismo, la pérdida de productividad y los costes en sanidad. La mayoría de estos trastornos del sueño permanecen sin diagnóstico ni tratamiento.

Una dieta saludable, practicar ejercicio físico, y disfrutar de bienestar emocional, son reconocidos factores clave para tener una vida saludable, es de destacar, la importancia del sueño saludable como otro factor indispensable para una buena

calidad de vida.
Se debe llevar a cabo una correcta evaluación del insomnio buscando sus causas y los factores que influyen en su aparición para poder actuar específicamente en cada caso.
El tratamiento del insomnio debe comenzar implantando medidas higiénico-ambientales y sólo cuando estas sean insuficientes, el medico valorará si se precisa tratamiento farmacológico.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica, para un adecuado conocimiento de la misma que permita realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Observatorio Global del Sueño.
- National Safety Comcil (NSC) EEUU.
- Brigham Health Sleep Matters Initiative.
- La Sociedad Española de Neurología (SEN).
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 949

LA IMPORTANCIA DE LOS DATOS DE SALUD

CRISTINA COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

A lo largo de nuestra vida todos somos usuarios del sistema sanitario, es decir, los datos relacionados con el estado de nuestra salud van a ser utilizados por profesionales sanitarios, centros de salud y hospitales tanto de la sanidad pública como de la privada.

Cada vez resulta más sencillo que puedan invadir nuestra intimidad por el uso de las nuevas tecnologías que afectan a datos personales de todo tipo incluyendo los de carácter sanitario. Es por este motivo que se hizo necesario una regulación legal que resulta ser muy importante en lo que se refiere a datos sanitarios referentes al estado de nuestra salud física o mental, incluyendo también la prestación de servicios de carácter sanitario que puedan revelar información acerca del estado de salud de una persona o del tipo de tratamiento médico que está siguiendo.

Esta normativa afecta a profesionales sanitarios, centros médicos y instituciones sanitarias. La Agencia Española de Protección de Datos siempre ha tenido un interés en velar por el cumplimiento de toda la normativa acerca del tratamiento de datos relacionados con la salud.

El objetivo fundamental del RGPD (Reglamento General de Protección de Datos) es la necesidad de proteger y gestionar con carácter riguroso datos tan sensibles como los que conciernen a nuestro estado de salud.

Los centros sanitarios deben de:

- Realizar un registro de actividades de tratamiento, es decir, hay que saber qué tipo de datos manejan y qué cantidad.
- Realizar un análisis de riesgos, es decir, cada centro sanitario ha de valorar las posibles contingencias que se realicen.
- Evaluación de impacto: hay que minimizar las posibilidades de afectar a los derechos o libertades de los pacientes .
- Solicitar el consentimiento explícito de los pacientes en el que se garantice que han comprendido y aceptado sus condiciones de uso.
- Facilitar los derechos de los usuarios.
- Disponer de una hoja de información en la que se solicite al paciente su autorización para el tratamiento de sus datos.
- Garantizar la confidencialidad de los datos .
- Nombrar un delegado de protección de datos.

2 Objetivos

- Conocer los principales aspectos del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).
- Saber cómo actuar para cumplir correctamente con el RGPD.

3 Metodología

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

4 Resultados

El uso inadecuado del tratamiento de los datos personales y de salud por parte del personal autorizado para el tratamiento de los mismos es lo que conlleva muchas veces al uso erróneo de la información sobre el paciente. Hay que concienciar y divulgar a través de campañas informativas a todo el personal sanitario y no sanitario que tenga acceso a los datos de carácter personal como a los datos relativos a la salud de los pacientes, de la importancia de la confidencialidad, privacidad

así como el secreto profesional. Para garantizar y proteger la confidencialidad de dichos datos está la Agencia de Protección de Datos.

5 Discusión-Conclusión

Las organizaciones sanitarias y los profesionales que las integran no sólo están obligados a proteger la salud de los usuarios, sino que deben hacerlo en condiciones de riguroso respeto a su intimidad personal y a su libertad, para garantizar la confidencialidad de la información personal obtenida al prestar la asistencia sanitaria.

Las instituciones sanitarias deben de poner los medios necesarios para garantizar dicha protección, revisando en profundidad sus políticas, procedimientos y practicas para poder proporcionar una asistencia sanitaria segura y de calidad.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 3/2018 de 5 de Diciembre de Protección de Datos Personales y Garantías de los Derechos Digitales.
- Reglamento de la Unión Europea 2016/679 de protección de Datos.
- Artículo " Protección de datos y Derechos Digitales en el área sanitaria"-Vicente Lomas Hernández.
- Guía para pacientes y usuarios de la sanidad-Agencia Española de protección de Datos.

Capítulo 950

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LAS QUEJAS DE LOS USUARIOS DE LOS CENTROS SANITARIOS

MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ

PABLO ASENSIO ÁLVAREZ

1 Introducción

Hablamos de quejas cuando nos referimos al usuario que verbalmente manifiesta su desagrado por una asistencia que considera deficitaria.

A nadie le gusta recibir quejas, ya sea en casa o en el trabajo. De hecho, la reacción más corriente suele ser negativa: ponerse a la defensiva, enfadarse o sentirse decepcionado. Pero esta respuesta no facilita las cosas, sólo sirve para encender aún más los ánimos del que se queja, por consiguiente, la situación empeora.

En muchos casos suele haber un cierto grado de injusticia. Un usuario puede que esté lanzando sus quejas a alguien que está detrás de una ventanilla o al otro lado del teléfono y que no es responsable de lo sucedido. Alguien que esté muy enfadado es improbable que se moleste en reconocer este hecho. Sencillamente, desea dar salida a su frustración.

A pesar de nuestra voluntad de dar un servicio de calidad, en ocasiones el usuario no se siente satisfecho del trato o de la atención recibida, haciéndonos objeto de su queja, ya sea dirigida a nuestro propio servicio o a cualquier otro de la organización.

Para ello, daremos unas pautas de actuación para el caso de que pudiésemos ser receptores de alguna queja e intentar dar una respuesta, si ello estuviese en nuestra mano.

2 Objetivos

Establecer unas pautas de actuación que permitan al auxiliar administrativo de los centros sanitarios actuar con corrección ante las quejas de los usuarios.

3 Metodología

Para llevar a cabo la presente publicación se ha realizado un proceso de investigación documental. A través de las fuentes documentales y la consulta de la pertinente bibliografía, se ha procedido a una recopilación sistematizada de los datos necesarios para el análisis de la información que aquí se expone.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se establecen las siguientes actuaciones a llevar a cabo por el auxiliar administrativo ante las quejas de los usuarios:
- Analizar objetivamente lo expuesto por el usuario y en caso de que se mostrase agresivo, hacer una pausa para dar tiempo a que se tranquilice.
- Solicitar la información necesaria del reclamante, con el fin de conocer con exactitud los hechos que causan su queja.
- Reformular la queja para asegurarnos que la interpretamos tal y como se nos formula.
- Intentar restar gravedad a lo acontecido, pero sin quitarle la razón ni restarle valor a la queja.
- Informar, si ello fuese posible, sobre las causas que motivan la queja.
- Ofrecer la solución si es conocida, y en caso contrario consultarla con quien corresponda, cuidando de no comprometerse a nada que no esté en nuestra mano.
- En caso de que el usuario desee dejar constancia por escrito de su reclamación, orientarle al servicio de Atención al Paciente.

Durante la exposición de la queja nuestra actitud será:
- Positiva evitando personalizar y sentirse acusado.
- No interrumpiremos la exposición del reclamante.
- No culpabilizaremos a otros compañeros, pues dañaríamos la imagen del centro.
- Utilizaremos un tono de voz bajo y pausado con el fin de tranquilizar al interlocutor, evitando expresiones agresivas en nuestras exposiciones.
- Mostraremos interés por comprender la queja y colaborar en su resolución.

Es esencial estar tranquilo por varias razones:
- Si ambas partes se encolerizan y se ponen agresivos, no se consigue nada. La situación será cada vez más difícil y el que se queja verá su actitud como una razón más de reproche.
- Intente tener presente el viejo refrán de «El cliente siempre tiene razón». Incluso si la persona se equivoca, ella cree que tiene razón para sentirse agraviada y debe escucharla.
- Si el tono de la conversación no se calma, es probable que las acusaciones se excedan y pasen a un plano personal. Eso podría causar conflictos y quejas desproporcionadas respecto al problema inicial.
- Es mucho más fácil enfurecerse que permanecer en calma. Si permite que las quejas de alguien le pongan de mal humor, lo más probable es que la siguiente persona a la que trate pague las consecuencias. Eso no sólo sería injusto, sino que daría a la otra persona una buena razón para quejarse.
- Si permite que otra persona le ponga nervioso, aumentará su nivel de estrés, y puede que su salud se resienta. Los problemas de salud a corto plazo, como las cefaleas, el dolor de espalda o las contracciones estomacales son propias de profesionales cuya actividad laboral se desarrolla en situaciones habituales de estrés y tensión.
- Usted sabe que perder los nervios con un paciente/usuario no resulta profesional, y por tanto se sentirá mal el resto de la jornada e incluso es posible que eso influya en su trabajo y cree roces con sus compañeros.

5 Discusión-Conclusión

La queja puede producirse ante cualquier trabajador del centro, y como tal, su consecuencia es la detección de fallos o errores en el funcionamiento del centro, lo cual dentro de un trabajo en equipo que integre a los trabajadores en un proceso de calidad total, determinará la toma de acciones correspondientes a solventar tales disfunciones. Debemos por tanto examinar la queja como una fuente de

información que nos facilita el usuario para colaborar con nosotros en la mejora de los servicios que ofrecemos, y por ello procuraremos que su formulación se dé en un ambiente de corrección y amabilidad por nuestra parte, ya que del interés que el usuario perciba por nuestra parte en la resolución de su problema, dependerá su confianza en la organización.

A tenor de lo expuesto, concluiremos en que la Administración deberá formar a sus trabajadores, independientemente de su categoría profesional, para que estén en disposición de actuar con corrección ante la queja de un usuario, implicándose en la misma con el sentimiento de ser parte de la organización y por tanto responsables de la imagen que de la misma se pueda llevar éste.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano.
- Decreto 88/1985, de 5 de septiembre, por el que se regula la Oficina de Información, Iniciativas y Reclamaciones de la Administración del Principado.
- Angood, G. “Competencias prácticas en la resolución de conflictos”.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 951

ACERCAMIENTO DEL CELADOR AL PACIENTE

JOSE LUIS LÓPEZ GÓMEZ

FRANCISCO PÉREZ TORAÑO

1 Introducción

Conocemos la comunicación como un proceso de intercambio de información entre un emisor y un receptor, a través de un medio o canal basado en un lenguaje de códigos que puede ser verbal o no verbal. El primer encuentro entre el celador y el paciente, crea una relación que permite al celador orientarse y situarse respecto al paciente, ya que manifiesta un problema y demanda algún tipo de ayuda. Por esta razón es de vital importancia, que exista una buena comunicación, para que el celador pueda poner en conocimiento del resto de departamentos y de forma precisa, las necesidades especificas que demanda el paciente, con el fin de que exista una coordinación positiva de sus tareas.

No debemos pasar por alto, que el celador es el primer profesional que se encuentra el paciente dentro del área sanitaria y este debe ser capaz de inspirar seguridad y confianza, mostrando empatía y siendo capaz de entender sus necesidades y sus emociones, usando un lenguaje adecuado y evitando el uso de tecnicismos.

2 Objetivos

- Dar a conocer al paciente y a los usuarios del centro sanitario las labores que desempeña la figura profesional del celador dentro del organigrama del centro.

- Crear un estilo de comunicación con el paciente, sencillo, divertido y perdurable, con mensajes claros y cercanos para estos, es otro de los objetivos. Aunque el objetivo mas importante es conseguir acercar la figura del celador al paciente, mostrando su lado mas empático y humano, para de esta forma favorecer la confianza y la comunicación con el paciente.

3 Metodología

La idea es confeccionar unos trípticos, con lenguaje de "la calle", familiar y didáctico, que contengan ilustraciones con un carácter desenfadado, para que hagan llegar a los pacientes y usuarios un mensaje claro acerca de las funciones del celador en el centro sanitario y como el paciente puede recurrir a sus servicios para recibirlos de manera y forma correcta. O sea, dejarle claro al paciente que el celador está ahí siempre para ayudarle.

Estos trípticos estarían a disposición de los usuarios, pacientes y familiares, en las salas de espera, áreas de urgencias, mostradores de información y en las habitaciones de los pacientes ya ingresados.

4 Resultados

De esta manera se pretende favorecer la expresión y comunicación con el paciente, creando un ambiente de confianza entre el celador y los usuarios. Un mayor conocimiento por parte del paciente de cuales son las funciones del celador, lo que conseguirá una mejor relación profesional entre el celador y el paciente. De igual manera se conseguirá un mayor conocimiento de las necesidades especificas del paciente, lo que dará lugar a una mejor coordinación entre los diferentes departamentos sanitarios.

En definitiva, mayor cercanía, más rigor, más seriedad y precisión en el trabajo, proporcionando la ayuda o asistencia demandada por el paciente y/o sus familiares, son los beneficios que se conseguirían.

5 Discusión-Conclusión

En la comunicación con el paciente es indispensable establecer una buena relación de empatía y confianza que le permita al celador orientarse y situarse

ante las necesidades del paciente y así, de esta manera, poder ofrecerle la mejor asistencia y tratamiento a sus dolencias.

De igual manera el celador se siente realizado al haber podido aportar algo provechoso al paciente, ayudándole así a mejorar su estado anímico y físico, en una relación de empatía, sinceridad y respeto.

6 Bibliografía

- Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 19/2013, del 9 de diciembre de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.
- Necesidades de información de los usuarios de servicios sanitarios de atención primaria de Salamanca. Mercedes Bernad Valles (Ediciones universidad de Salamanca).
- Diario sanitario. Articulo XIX jornadas nacionales de celadores y responsables. Hospital Virgen de la Luz (Albacete).

Capítulo 952

COMUNICACIÓN CON PACIENTES INTUBADOS

JOSE LUIS LÓPEZ GÓMEZ

FRANCISCO PÉREZ TORAÑO

1 Introducción

La comunicación con los pacientes es algo fundamental en la relación que se establece entre el personal sanitario y los usuarios del sistema sanitario. ¿Qué le pasa? ¿Qué quiere? ¿Qué le duele? Son algunas de las cuestiones a descifrar cuando tratamos con ciertos pacientes, los cuales, no son capaces de comunicarse verbalmente. Este es el caso de los pacientes intubados, generalmente usuarios de la unidad de cuidados intensivos (UCI).

2 Objetivos

- Facilitar la comunicación de estos pacientes intubados con los médicos, enfermeras y celadores que les atienden se convierte en una cuestión de vital importancia, de esta manera podrían expresar sus necesidades, inquietudes y sentimientos y así seria mas sencillo solucionar sus problemas por parte del personal sanitario encargado de sus cuidados.
- Conseguir evitar complicaciones y conseguir una recuperación más rápida. Esto no solo sería útil para este aspecto, sino que también serviría para reducir la ansiedad que sufren estos enfermos por la incapacidad de comunicarse con el personal del centro y con sus familiares y allegados.

3 Metodología

Para este objetivo se han empezado a desarrollar por los servicios de salud de varias comunidades autónomas, una especie de lenguaje con símbolos y dibujos, capaces de transmitir mensajes.

La persona que se quisiera comunicar con el paciente le haría una pregunta y le pondría al enfermo delante la tablilla con los dibujos y símbolos ya mencionados, los cuales el paciente podría ir señalando, expresando de esta manera la localización del dolor, dificultades para respirar, necesidades de aspirar secreciones, noticias sobre su familia o sobre su situación clínica.

Los dibujos y símbolos deberán ser lo más variados posible, abarcando el mayor numero de situaciones posibles y el personal debería estar formado para la utilización e interpretación de este método de comunicación.

4 Resultados

La comunicación con este sistema de pictogramas, facilita el manejo de los pacientes que no se pueden comunicar verbalmente con el personal del servicio de la UCI, la mayoría con respiración asistida, lo que les impide hablar y expresarse. Estos enfermos no serían los únicos que podrían beneficiarse de este sistema de comunicación no verbal, enfermos de ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica), pacientes afectados por apoplejías o por ictus, serian otros de los pacientes a los que este sistema podría ayudar.

Este método ya esta siendo utilizado en unidades de cuidados intensivos en España, siendo el servicio de salud de la comunidad autónoma de Andalucía uno de los pioneros. En este territorio, las tablillas se han editado en diferentes idiomas como son el francés, el portugués, el inglés, alemán, ruso, árabe y rumano para poder atender y comunicarse con posibles pacientes de otras nacionalidades.

5 Discusión-Conclusión

La confianza que genera la comunicación verbal y no verbal, es parte del tratamiento del enfermo, es de hecho una parte muy importante de este. Resulta positivo para su estado mental, controla la ansiedad generada por la frustración de no poder comunicarse amen de fomentar que este lo más cómodo posible. Esto influye para que la recuperación sea más rápida y llevadera.

Por otra parte, resulta de vital importancia el poder prevenir posibles complicaciones antes de que ocurran.

6 Bibliografía

- La UCI de Sant Joan d'alacant implementa un sistema de comunicación no verbal con los pacientes ingresados. 20minutos.es.
- Editan un lenguaje para pacientes intubados de la UCI. Diariosanitario.com.
- Paneles de comunicación. Juntadeandalucia.es

Capítulo 953

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN TAREAS ADMINISTRATIVAS

ELISA PEREIRA RAMOS

ANA MENDEZ MORALES

1 Introducción

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales se aprueba en La ley 31/1995 y con ella llega la implantación de una cultura de prevención dentro de cualquier nivel de la empresa.

La función principal de La Salud Laboral es promover la salud de los trabajadores con mejoras de las condiciones de trabajo, de la seguridad y la higiene, con el consiguiente aumento de la salud social y ambiental.

Independientemente del sector de actividad, en la mayoría de las empresas existen oficinas donde se desarrollan tareas administrativas y aunque a prior se considera que el trabajo que se desarrolla en oficinas es un trabajo seguro, la realidad es que los accidentes ocurren y las enfermedades relacionadas con el trabajo, están a la orden del día.

2 Objetivos

- Mostrar los conocimientos adquiridos en materia de riesgos laborales que pueden surgir en una oficina, incluidas las de un centro sanitario.

- Minimizar, contener o gestionarlos de la mejor manera posible. En el ámbito administrativo existen un conjunto de riesgos que intentaremos analizar en los siguientes apartados.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se han realizado búsquedas sistemáticas en diversas páginas web, así como en libros editados, y consultados artículos de publicaciones de diversos sindicatos en materia de prevención de riesgos en el sector administrativos tanto de organizaciones públicas, como privadas.

4 Resultados

Factores de riesgo en oficinas:
- Caídas y golpes.
- Suelen producirse por tropezones con cables, golpes con cajones y resbalones por suelo mojado.
- Las lesiones suelen ser leves, aunque alguna puede llegar a ser incapacitante. Alguna de las medidas puede ser la canalización del cableado y señalizar las zonas mojadas o con peligro.
- Posturas y movimientos inadecuados.

Los principales riesgos físicos en el trabajo en oficinas y despachos están relacionados con las posturas y movimientos realizados, el permanecer durante largo periodo de tiempo sentado puede afectar a la circulación sanguínea, y con ello, a padecer problemas musculoesqueléticos. Una mala configuración del puesto de trabajo, supondrán posiciones forzadas de cuello, brazos o espalda, que pueden repercutir en lesiones.

Fatiga visual.
Algunos de los riesgos principales de la fatiga visual son el brillo y el contraste de la pantalla del ordenador mal ajustados, y la iluminación de la oficina, así como los deslumbramientos de la luz del exterior.

Factores térmicos.
En cualquier oficina existen fuentes térmicas como puede ser el aire acondicionado, que afecta a la concentración de los trabajadores si la temperatura y la humedad no está dentro de los parámetros correctos.

Calidad del aire interior.
Hoy en día en muchos edificios, no existe la posibilidad de renovar el aire interior con apertura de ventanas y se realiza mediante sistemas de renovación de aire, calefacción y aire acondicionado, que para que funcionen correctamente deben tener un mantenimiento y de no ser así puede ocasionar daños en la salud, como la conjuntivitis e infecciones de vías altas.

Factores psicosociales.
Estos factores están relacionados con la relación entre los trabajadores, el conocimiento de la materia, de las tecnologías empleadas, de la carga de trabajo, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos laborales en la oficina pueden ocasionar una mala salud, por lo tanto, es imprescindible atajarlos desde la identificación, control, educación y con medidas de prevención adecuadas a la tarea a desempeñar, para poder mitigar las consecuencias en caso de accidente o enfermedad derivada del trabajo. Con estas medidas, disminuye el absentismo laboral y aumenta la mejora de la salud de los trabajadores y de los que le rodean.
La mejora en la prevención de la salud en el ámbito laboral pasa por la sensibilización tanto de mandos como de trabajadores.

6 Bibliografía

- www.fauca.org
https://prevencionugtandalucia.es/prevencion-de-riesgos-laborales-administrativo/.
- Salud laboral: prevención de riesgos laborales, ISBN:978-84-92551-67-5.
- https://www.upcplus.com/catalogo/curso/ergonomia-de-las-herramientas-de-mano.

Capítulo 954

LA ATENCIÓN AL PACIENTE AGRESIVO

JOSE LUIS LÓPEZ GÓMEZ

FRANCISCO PÉREZ TORAÑO

1 Introducción

Las agresiones al personal sanitario están a la orden del día. La OIT (Organización Internacional del Trabajo) considera que el sector servicios, por la proximidad que mantiene con los usuarios, tiene un mayor riesgo de sufrir agresiones por parte de los mismos. Por otro lado, define como violencia laboral, "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable y mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma".

En épocas pasadas el personal sanitario era muy respetado socialmente, por lo que estas agresiones tenían un carácter muy excepcional. Esto ha cambiado en los últimos años. Se inició en los años 80, aumentó en los 90 y ha alcanzado cotas muy preocupantes en el siglo XXI. Andalucía es una de las comunidades donde existe un registro más antiguo de estas y tienen un plan frente a las agresiones desde el año 2005. Donde mas se producen son los centros de atención primaria y en los servicios de urgencia.

Las causas de este incremento de las agresiones son, el cambio en la relación entre el personal sanitario y el paciente, estos últimos son conscientes de que la sanidad publica se paga con sus impuestos y por lo tanto exige una atención de calidad y con diligencia, lo cual unido a la falta de personal y en consecuencia

de tiempo del mismo para atender humanamente a los usuarios, son el caldo de cultivo perfecto para que sucedan estas agresiones. Otros perfiles son personas psíquicamente alteradas o con adicción a las drogas.

2 Objetivos

- Proporcionar al personal una formación ante las actitudes violentas, para prevenir la agresión.
- Detectar al paciente potencialmente agresivo, lo cual no siempre es fácil. En ocasiones hay que fijarse bien en el lenguaje no verbal, contracción de los músculos de la cara, apretar los puños, señalar, miradas directas y fijas, cambios de postura rápidos y sin un motivo aparente.

3 Metodología

Los servicios de salud de las comunidades autónomas, han empezado a elaborar protocolos frente a las agresiones, para que su personal sepa como ha de reaccionar ante estas situaciones para evitarlas o para minimizar su impacto, como declararlas ante la ley o quien y como debe dejar constancia de lo sucedido. Un aspecto fundamental de estos planes de prevención de las agresiones es tratar de evitar que se produzcan. Para ello, la comunicación con los pacientes debe ser clara, cercana y basada en una confianza mutua. Los usuarios deben conocer cuáles son sus derechos, pero también sus obligaciones. El curriculum vitae del personal sanitario debería incluir las habilidades de comunicación y una formación continuada en las mismas.

Existen algunas técnicas que se pueden utilizar para que la situación no pase a mayores:
-Permitir que el paciente exprese lo que siente y que libere así su frustración, manteniendo una escucha activa.
-Reconocer los posibles errores o deficiencias propias o del servicio.
-Encontrar puntos de vista comunes.
-Pedir la ayuda de otro compañero que pueda colaborar a reducir la tensión.
-Manifestar los sentimientos propios generados por el incidente. Esto puede ayudar a que el agresor reflexione y empatice con nosotros
-Evitar una comunicación que pueda generar hostilidad, el desinterés, la frialdad, el menosprecio o la impaciencia.
-Evitar amenazas, coacciones o insultos.

-Evitar quitar importancia a sus quejas.
-Evitar transmitirle información que no sea real o proponer compromisos que no se pueden cumplir.
-Evitar el contacto físico y el exceso de proximidad.
-Evitar dar la espalda.

Si aun así persiste el paciente y se intuye una agresión:
-Se debe dar por acabada la conversación
-Encontrar una forma de huida.
-Usar en caso de que haya el timbre de alarma.

Si finalmente hay una agresión:
- Intentar protegerse con el mobiliario para evitar el ataque, sabiendo que se tiene el derecho de repeler la agresión usando los medios de autodefensa de los que se disponga, siempre con la "mínima fuerza necesaria" y proporcional al daño que se pretende evitar.
- Como solución más efectiva, siempre se recomienda la huida si es posible y evitar de esta forma la agresión.
- Si el agresor tiene un arma blanca o de fuego lo mejor es evitar que la use hasta encontrar una posible salida de la situación.
- Gritar pidiendo ayuda.

4 Resultados

Tras la agresión también se regulan las acciones a tomar por el personal en estos planes. Los servicios de prevención de riesgos laborales deben llevar un registro de todas las agresiones. También la dirección del centro debe ser informada para que preste apoyo al agredido. En caso de haberse producido lesiones, dirigirse a un facultativo, pudiendo ser incluso del mismo centro, para realizar un parte de lesiones. El centro deberá prestar apoyo jurídico al agredido, incluso denunciando ellos mismos a los agresores.

Por suerte últimamente ha crecido la sensibilidad con estos temas en el sector judicial, endureciendo las penas para estos delitos.

Respecto a las medidas que se están poniendo en funcionamiento para evitar y protegerse de las agresiones están:
1. Medidas de seguridad pasivas:
-Implantación de sistemas de alarma interna.

-videocámaras con grabación en espacios comunes.
-Cristales irrompibles, colchones ignífugos…
-Sistemas de comunicación directa con la dirección o la policía.
2. Medidas de seguridad activa:
-Colaboración de la dirección con las fuerzas de orden publico para evitar las agresiones.
-En pacientes con antecedentes se aconseja estar acompañado o con la puerta abierta.
-Vigilantes de seguridad, pero no es posible en todos los centros, falta de presupuesto.

5 Discusión-Conclusión

Conseguir que no se produzca una agresión es realmente el éxito de los protocolos ante las agresiones.
Las agresiones en ocasiones pueden convertirse en un problema de orden público, y el empleo de la contención física para la cual el personal no suele estar preparado, puede convertirse en algo de resultados desastrosos, tanto para el personal como para los usuarios. Por esta razón hay que tener claro que "la única batalla que se gana realmente, es aquella que no llega a producirse".

6 Bibliografía

- Galián Muñoz, Inmaculada. Bernal Torres, Juan. Díaz Sánchez, Concha. De Concepción Salesa, Asunción. Martínez Serrano, José. Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia. Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Hetero agresividad.
- Siesto Marcos, Marina. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid. Estudio y protocolo de actuación para equipos de emergencias sanitarias: el paciente agitado.
- Vítolo, Fabián. Dr. Biblioteca Virtual NOBLE. Noble Compañía de Seguros. Diciembre 2013 Inmovilización Física y Contención Racional de Pacientes.

Capítulo 955

TRABAJAR EN UNA OFICINA 'CONTAMINADA'

ELISA PEREIRA RAMOS

ANA MENDEZ MORALES

1 Introducción

El trabajo en una oficina se puede desarrollar con vitalidad o desánimo, dependiendo entre otros dependiendo de la calidad del aire interior y demás otros contaminantes. Se ha demostrado que, mejorando la calidad del aire interior, hay una mejoría en la salud de los empleados y un incremento de la productividad.

El Ingeniero y Consultor en biohabitabilidad, Carles Surià, explica que "entre los efectos más comunes de la contaminación ambiental que se originan en los espacios de trabajo se encuentran las fatigas, las jaquecas, el estrés y el cansancio; y que dichas consecuencias disminuyen el rendimiento de cada empleado".

2 Objetivos

Analizar las posibles causas por las cuales una oficina se considera "contaminada", y cómo la salud de los trabajadores se puede sentir mermada si no se toman las medidas necesarias, como una buena prevención y medidas específicas para que no respiren y absorban dosis de tóxicos y otros elementos contaminantes.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se realiza una búsqueda sobre la calidad ambiental en una oficina, usando palabras clave como: ventilación, oficina contaminada, calidad de aire interior. También se consultan diversos artículos publicados.

4 Resultados

Que una oficina esté "contaminada" puede depender de la calidad del aire, los materiales sintéticos, el ruido, superficies que tienden a cargarse electrostáticamente, bajo niveles de humedad, entre otros.

La calidad del aire interior de una oficina depende de, la calidad del aire exterior, de cómo estén diseñados los sistemas de ventilación, y del mantenimiento de estos sistemas.

La ventilación natural en muy importante, con unos minutos de entrada de aire fresco se podrá mejorar la calidad del aire interior, aunque hoy en día es la ventilación mecánica, la que mayoritariamente poseen las oficinas de las nuevas edificaciones, y esto puede ocasionar que el aire interior no sea optimo sino se lleva un correcto mantenimiento.

Los campos eléctricos y magnéticos se pueden originar en lámparas, ordenadores o cableado eléctrico y si estos son bajos pueden ir ligados a un aumento de la productividad. Las ondas electromagnéticas que provienen de teléfonos inalámbricos, bluetooth, WiFi…, crean, según el Informe Bioinitiative, dificultades de concentración, depresión, falta de energía, fatiga, problemas de sueño.

Trabajar en un ambiente insalubre, afecta a la concentración y la memoria, produce irritación en los ojos y problemas respiratorios, con ello aumenta el absentismo y el descenso de la productividad y es un foco de contagio de catarros, gripes y otras patologías.

5 Discusión-Conclusión

El gasto que permita mejorar la salud de los empleados debe verse como una inversión por los beneficios que ésta aporta, ya que ayuda a disminuir las bajas médicas, y se incrementa la productividad.

La solución es tomar conciencia de que es necesario mantener los niveles de higiene en todo el entorno laboral y, contar con tecnología de higiene ambiental que, filtre partículas contaminantes y, regenere el aire que se respira en las empresas.

La buena noticia es que los edificios enfermos se pueden curar.

6 Bibliografía

- https://www.compromisorse.com/rse/2017/05/09/los-ambientes-laborales-estan-5-veces-mas-contaminados-que-el-exterior/
- https://www.quironprevencion.com/
- https://www.eldiario.es/consumoclaro/por_derecho/Sindrome-edificio-enfermo-oficina_0_757325242.html

Capítulo 956

SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

OLGA TRUCHERO RODRIGUEZ

1 Introducción

Es el órgano institucional de contacto con los usuarios. Los SAU son unidades administrativas y de gestión que tienen encomendada, la labor de recepción, tramitación gestión y análisis de las quejas, sugerencias y reclamaciones además de orientar y gestionar otras cuestiones asistenciales relacionadas con la protección de los derechos de los usuarios.

2 Objetivos

- Promover la importancia de recoger y analizar la opinión de pacientes, usuarios y familiares así como sus peticiones, quejas, sugerencias y agradecimientos para que sean tenidas en cuenta para la mejora de la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios.
- Conocer las funciones del auxiliar administrativo en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para poder llegar a una serie de resultados y conclusiones de algunas bases de datos científicas como PubMed, Scielo y Medline.

4 Resultados

Hay varios elementos imprescindibles para la adecuada atención al usuario.
- La formación y la docencia.
- La investigación de atención al usuario.
- Sistemas de información y registro.
- Nuevas tecnologías.
- Incremento de usuarios satisfechos.
- Mejora de la imagen y reputación del servicio de salud.
- Mejor uso de los recursos y reducción de costes de personal.
- Reducción de quejas y reclamaciones.

5 Discusión-Conclusión

La adecuada realización y con el conocimiento de estas técnicas, nos permitirá elevar el nivel de calidad de la asistencia que presta el servicio de atención al usuario a los pacientes, familiares y usuarios.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 957

EL PROCESO DE INFORMATIZACION DE LA HISTORIA CLINICA DIGITAL

JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

Se denomina Información Cínica a cualquier dato que permita adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado de salud de las personas o el modo de prevenir la enfermedad, mejorarla, aumentarla o recuperarla. Cuando estos datos se documentan, hablamos de Documentación Clínica. El personal encargado de su custodia y mantenimiento, deben garantizar su confidencialidad y el acceso seguro por parte del resto de los profesionales.

La información sanitaria se genera como consecuencia de la atención recibida por el paciente en atención primaria, especializada o sociosanitaria. La documentación clínica abarca por lo tanto, a la documentación sanitaria y la documentación sobre el estado de salud de las personas.

El instrumento fundamental en la atención a un paciente es la historia clínica, integrada por la información registrada por su médico y los profesionales sanitarios implicados en su asistencia, la de las exploraciones, pruebas complementarias y procedimientos médicos y quirúrgicos, con la identificación del paciente y sus datos administrativos. La interrelación informática entre los diferentes tipos de Historia (atención primaria, especializada o sociosanitaria), hace que surja el término Historia de Salud, definida como la unión de toda la información clínica de un paciente registrada en todos los Centros en los que ha sido atendido a lo largo de su vida.

La informatización de esta documentación supone la oportunidad de mejora de la práctica clínica así como una disminución de los riesgos en lo que respecta a la seguridad y la confidencialidad.

Desde el punto de vista legislativo, es necesario analizar la Ley de 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Gracias a los avances de las tecnologías de la información y de las comunicaciones que se han producido en los últimos años la gestión de la historia clínica se transforma por completo permitiendo una mayor disponibilidad y accesibilidad a la información clínica impensable hace unos años. Sin embargo, esta mayor accesibilidad y disponibilidad de la información precisa de mayores precauciones para garantizar la seguridad y la confidencialidad.

En este proceso de introducción de las nuevas tecnologías de información y comunicación en el ámbito sanitario, primero asistimos a la informatización de la historia que unifica toda la información del paciente registrada en un centro sanitario, a continuación a la integración o no con la de otros niveles sanitarios y finalmente, por el momento, a la disponibilidad de la misma en cualquier centro sanitario en que sea atendido el paciente.

Actualmente, en nuestro país, la implantación de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) garantiza a los usuarios y a los profesionales sanitarios a nivel nacional el acceso a la documentación clínica más importante para la atención al paciente, incluyendo en ella una serie de documentos entre los que destaca la historia clínica resumida, con los datos clínicos más importantes.

Finalmente, señalar que el informe del año pasado de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) se disertó sobre cuáles iban a ser las tecnologías que más impacto tendrían en la atención especializada. Se seleccionaron entre ellas tres grupos principales: telecomunicaciones (redes de banda ancha, telemedicina, telediagnóstico, etc.), multimedia (historia clínica plenamente informatizada e implantación de ayudas al diagnóstico basadas en la imagen), y software para el trabajo en grupo. En el siguiente informe se analizó la aplicación de las tecnologías y su aplicación en la atención primaria, que pueden dividirse en dos grupos: las que ayudan a mantener la seguridad y confidencialidad de los datos (tarjetas chip con doble clave, pública y privada), y los sistemas de informática móvil para las telecomunicaciones, como el WAP y la monitorización remota.

2 Objetivos

Objetivos principales
- Prestar a todos los ciudadanos de unos servicios de salud de calidad, lo cual supone un reto para todos los gobiernos europeos y la informatización de la documentación clínica contribuye a ello en gran medida.
- Aplicar el uso, antes de finalizar el año 2020, de la tarjeta inteligente a las aplicaciones de elevado nivel de seguridad (datos médicos).

Objetivos secundarios
- Eliminar el soporte papel.
- Finalizar con los problemas con el espacio físico.
- Recuperar de forma inmediata a la historia clínica del paciente, así como su permanente actualización, su facilidad de lectura y el procesamiento y presentación de la información de una forma sencilla y eficaz.
- Aportar sencillez en la revisión de la información, necesaria ésta para realizar controles de calidad, estudios estadísticos y de investigación.
- Asegurar la unicidad de las historias clínicas, ya que éstas serán exclusivas para cada paciente, recogiendo toda la información relativa al mismo, de todos los ámbitos en los que haya sido atendido: atención primaria, atención especializada, consultas de enfermería y urgencias.
- Facilitar la integración de toda la documentación producida durante la asistencia al paciente.
- Permitir la acumulación de todos los episodios asistenciales del paciente.
- Conservar de modo íntegro, seguro y permanente la historia clínica.

3 Metodología

Analizaremos en esta publicación los diferentes textos legales que regulan el tratamiento de la historia clínica, su uso y conservación, así como la existencia de reglamentos de uso interno de estos documentos, siendo una de las más relevantes la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Participantes:
Para realizar este estudio se tomará como muestra la gestión de las historias clínicas de un hospital de referencia en nuestro país, como es el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

En la actualidad y desde hace ya varios años se han implantado nuevos sistemas informáticos en el HUCA con el objetivo de blindar las historias clínicas, tanto el programa Selene (utilizado en la mayoría de los hospitales), como el Millenium, no permiten la reescritura de los informes. En Atención Primaria, el profesional autorizado a acceder al historial dispone de un máximo de 24 horas para añadir más datos al informe; esto significa que transcurrido ese tiempo ya no es posible realizar ninguna modificación, por lo que la historia clínica queda blindada. Este blindaje es de tal calibre que permitirá no solo saber si se ha intentado la historia, sino identificar a la persona que lo ha hecho.

- Instrumental:
Se realizarán búsquedas a través de Internet con la ayuda de buscadores académicos como es Dialnet, Scielo y Eric, empleando para ello los descriptores documentación sanitaria, historia clínica, historia de salud, digitalización de la documentación sanitaria, conservación y seguridad de la informatización en el ámbito de la salud y recuperación de la historia clínica informatizada.

Se desarrollarán a su vez consultas bibliográficas a diversos artículos sobre la informatización de la Documentación Clínica y se analizará el estudio sobre el tema en la literatura gris más reciente.

También se basará este trabajo en el Informe Bangemann titulado "Europa y la sociedad global de la información. Recomendaciones al Consejo Europeo de 1994, el cual propone 12 aplicaciones para el futuro, consistiendo la séptima de ellas en la creación de redes sanitarias basadas en la tecnología informática y de telecomunicaciones.

- Procedimiento:
En España, la Historia Clínica en atención primaria está informatizada en todos los centros de salud, permitiendo a los profesionales que de forma rápida puedan consultar los episodios, antecedentes personales y familiares, vacunas, comprobar los resultados de las analíticas, etc. de los pacientes.

Por su parte, la historia clínica hospitalaria o atención especializada aún no está informatizada en todas las Comunidades Autónomas.

El procedimiento para llevar a cabo este estudio se basará en analizar qué centros tienen ya implantada su historia clínica electrónica y definiendo cuáles son los motivos de este retraso.

4 Resultados

Con este estudio hemos podido comprobar varias cosas, primero que hay un ahorro importante en el Sistema Público de Salud, también se ha comprobado que todos los profesionales pueden acceder a la historia clínica del paciente en mucho menor tiempo y tener a su alcance más cantidad de datos. Los hospitales que tienen el total de documentación digitalizada su funcionamiento es mucho mejor que el resto.

5 Discusión-Conclusión

El aumento en número y volumen de las historias clínicas, acompañado de la falta de espacio físico, ha sido el detonante de que ésta se empezaran a digitalizar, esto es, transformar a soporte digital lo que hasta ahora había estado en soporte papel. Para llevar a cabo este proceso, los documentos fueron tratados en un escáner para poder ser visualizados en la pantalla de un ordenador. Esta tarea ha traído consigo la eliminación de una gran parte del papel archivado hasta el momento y un cambio en lo que a soporte documental se refiere. Pese a las grandes ventajas analizadas en este estudio, quizás por la falta de recursos económicos, a día de hoy todavía nos encontramos con muchos centros hospitalarios en los que aún no se ha producido este cambio.

La informatización de esta documentación debe garantizar la autenticidad, integridad, seguridad y conservación del contenido, así como su reproducción futura. Tanto la presentación como el diseño de los datos recogidos en estos soportes, deben garantizar la continuación de la asistencia prestada al paciente, así como la posibilidad de que una misma Historia Clínica pueda ser consultada y compartida entre los profesionales de los diversos centros y niveles asistenciales implicados en la atención del paciente.

En el manejo de la información adquiere gran relevancia la incorporación de nuevos dispositivos como las Tablet, las tecnologías de reconocimiento de voz, las memorias externas, etc. Por su parte, Internet se ha incorporado a la HSE (Historia de Salud Electrónica) facilitando la interacción en todos los ámbitos, especialmente en la captura y presentación de los datos.

Los problemas ocasionados por la gestión y manipulación de las historias clínicas, desaparecerán totalmente cuando todo este fondo documental se encuentre informatizado y los documentos que aún coexisten en soporte papel, pasen a estar

digitalizados.

En la actualidad estamos viviendo el pleno desarrollo de la Sociedad de la Información que alcanzará su máxima plenitud a final de este siglo. Algunos autores hablan de un nuevo concepto denominado sociedad informacional, definido éste como la organización social en la que la organización y la transmisión de la información se convierten en las bases de la productividad como consecuencia de la existencia de las nuevas condiciones tecnológicas.

En este proceso de transformación al mundo digital, la Unión Europea ha jugado un papel decisorio, creando numerosas Comisiones que han elaborado propuestas relacionadas con la aplicación de las tecnologías de la información y de las comunicaciones en el ámbito de la Sanidad y que paulatinamente se irán introduciendo, trayendo como consecuencia la satisfacción de la atención de los usuarios, de los pacientes, de los profesionales sanitarios y de la sociedad en general.

6 Bibliografía

- Tejero Álvarez, Mercedes. Documentación clínica y archivo. Madrid, Díaz de Santos, 2004.
- Domínguez Luelmo, Andrés. Derecho Sanitario y responsabilidad médica. Valladolid: Lex Nova, 2007.
- Sánchez-Cascado, Gloria, J. Mingo, Gonzalo. Operaciones administrativas y Documentación Sanitaria. Madrid: Editex, 2017.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- La Historia Clínica Electrónica (HCE) en España https://clinic-cloud.com/blog/historia-clinica-electronica-hce-espana/
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Historia Clínica del Sistema Nacional de Salud https://www.mscbs.gob.es/profesionales/hcdsns/home.htm
- El Sistema de la Historia Clínica Digital del SNS. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS_Castellano.pdf
- Sociedad Española de Informática de la Salud: De la Historia Clínica a la Historia de Salud Electrónica http://www.conganat.org/seis/informes/2003/PDF/CAPITULO1.pdf

Capítulo 958

DISPERSIÓN GEOGRÁFICA EN EL ÁREA II DEL SERVICIO DE SALUD DE PRINCIPADO DE ASTURIAS (SESPA): TIEMPOS Y DISTANCIAS AL HOSPITAL DE REFERENCIA HOSPITAL COMARCAL CARMEN Y SEVERO OCHOA.

RAQUEL VEDE ARBAS

LAURA VEDE ARBAS

1 Introducción

La Ley General de Sanidad establece que las áreas de salud se establecerán atendiendo a "factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan."

En este estudio descriptivo nos centraremos en el factor geográfico, de especial singularidad en el Área II del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Cangas del Narcea.

La ley alude a que un sistema sanitario que tiene por objetivo la satisfacción de la población y del individuo, de forma que se cumpla el principio de equidad, que se materializa en la forma en la que se puedan conseguir los mismo cuidados de salud con independencia de las distintas variables que puedan interferir, (sexo, edad, condición social o lugar de residencia). La igualdad en el acceso, es por tanto, un pilar básico para el estado de bienestar.

Para el estudio de esta área sanitaria, por las vías de comunicaciones que permiten sus características orográficas, creemos que es de importancia conocer la dispersión poblacional de los usuarios atendidos en términos de tiempo, más que en kilómetros.

Para ello intentaremos hacer un mapa mental con las distancias temporales respecto a hospital de cabecera /referencia en el que se desarrolla al atención especializada así la prestación de urgencias.

Asimismo veremos la dotación de vehículos de la zona además haremos un una breve reseña sobre los de los transportes públicos disponibles.

2 Objetivos

- Conocer y analizar la distancia de cada una de las parroquias al hospital Carmen y Severo Ochoa en tiempo.
- Señalar las dotaciones de transporte de usuarios asignada al Área II.

3 Metodología

A efectos del estudio centraremos el análisis de las distancias con referencia a las parroquias que pertenecen los diferentes pueblos de los concejos del Área II. De los 874 pueblos que componen el área, mediremos las distancias de 129 parroquias a las que pertenecen las diferentes localizaciones, al hospital de referencia.

Para ello, Realizamos un listado de las parroquias de cada uno de los concejos que forman el Área II del SESPA:
Cangas del Narcea, que cuenta con 331 pueblos organizados en 54 parroquias, con una extensión de 823,57 km2.
Tineo, que cuenta con 337 pueblos organizados en 44 parroquias y una extensión de 540,83 km2.

Allande, que cuenta con 123 pueblos, organizados en 17 parroquias, con una extensión de 342,24 km2.
Ibias, formado por 11 parroquias y 77 pueblos, con una extensión de 333,3 km2.
Y Degaña, que cuenta con 3 pueblos organizados en 3 parroquias, y con una extensión de 87,16 km2.

Buscamos a través de un servidor de mapas desplazables, Google maps, las distancias temporales (en minutos) y espaciales (en kilómetros) de cada una de las parroquias al Hospital Carmen y Severo Ochoa.
Calculamos las distancias medias en tiempo y kilómetros para cada uno de los concejos del Área II y la distancia media total del Área.

Por otro lado recopilamos información sobre la dotación de dispositivos móviles, encontrando en la Memoria Anual del SESPA 2017 la siguiente dotación:
- Dos ambulancias de Soporte Vital Básico: 2.

1. ASVB: 20 Cangas del Narcea (Unidad mixta Soporte Vital Avanzado y Soporte Vital Básico).
2. ASVB: 21 Tineo.

- Ambulancias Convencionales de Urgencias: 1.
- Ibias (Vehículo Todoterreno).

4 Resultados

El Área II ocupa una extensión de que representa el 20% del territorio de Asturias. Siendo en extensión el mayor concejo de Asturias (y el tercero de España), Cangas del Narcea, en el que se ubica el Hospital Comarcal de Referencia Carmen y Severo Ochoa.

Encontramos pues una extensión geográfica amplia con una gran dispersión de población y comunicaciones por vías comarcales y locales, principalmente.

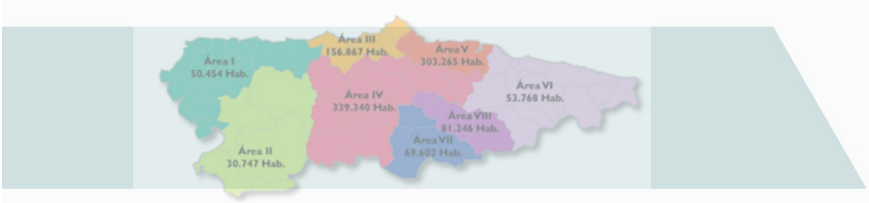
Vemos que el tiempo medio en el Área II desde cada una de las parroquias al Hospital Comarcal de Referencia (Hospital Carmen y Severo Ochoa) es de 36 minutos, con una distancia media de 28,43 km.

Para cada uno de los concejos que forman el Área II, las medias serían las siguientes:

CANGAS DEL NARCEA:

Tiempo medio (minutos): 24,33 Distancia media (Km.): 16,18
TINEO:
Tiempo medio (minutos): 42,52 Distancia media (Km.): 35,65
ALLANDE:
Tiempo medio (minutos): 39,56 Distancia media (Km.): 30,06
IBIAS:
Tiempo medio (minutos): 67,82 Distancia media (Km.): 54,88
DEGAÑA:
Tiempo medio (minutos): 46,33 Distancia media (Km.): 40,97

A la vista de los datos observamos que el recorrido de distancias se el tiempo en recorrer la distancia es superior, por la especial orografía, de forma que un recorrido de 10 km se traduce en 20 minutos de desplazamiento.



Dispersión geográfica en el Área II del Servicio de Salud de Principado de Asturias (SESPA): tiempos y distancias al hospital de referencia Hospital Comarcal Carmen y Severo Ochoa.

Vede Arbas, Raquel; Vede Arbas, Laura..

DISTANCIAS ÁREA II CANGAS DEL NARCEA AL HOSPITAL COMARCAL CARMEN Y SEVERO OCHOA

Cangas del Narcea

Parroquia	Distancia Minutos	Km.	Parroquia	Distancia Minutos	Km.
Abanceña	26	11,9	Maganes	32	21,8
Adralés	13	6,1	Mieldes	43	29,4
Agüera del Coto	21	14,2	Monasterio de Hermo	42	33,6
Ambres	45	31,8	Montañas, Las	43	22,4
Bergame	19	11,5	Naviego	17	13,3
Berguño	20	12,2	Noceda de Rengos	35	25
Besullo	32	18,7	Oballo	32	23,4
Bimeda	12	9,4	Obanca	14	2,9
Cangas del Narcea	4	1,6	Onón	26	20
Carballo	13	9,2	Pillera	16	9,3
Carceda	16	7,6	Porley	27	13,8
Castañedo	19	13,3	Posada de Rengos	26	19,8
Cibea	25	16,5	Regla de Perandones, La	14	8
Cibuyo	16	10,5	San Julián de Arbás	27	21,4
Corias	9	3,9	San Martín de Sierra	32	22,8
Coto	28	12,1	San Pedro de Arbás	33	15,9
Cueras	11	4,9	San Pedro de Colienta	33	17,3
Entrevías	4	1,1	Santiago de Sierra	32	24,3
Fuentes de Corbero	28	17,7	Tainás	37	26,3
Gedrez	32	21,8	Tebongo	17	12,4
Genestoso	34	22,1	Trones	24	12,8
Gillón	44	32,1	Vega de Rengos	25	20,4
Jarceley	27	25,6	Vegalagar	24	17,6
Larna	26	19,5	Villacibrán	19	15
Larón	32	27,8	Villaléz	15	7,7
Leitariegos	36	32,7	Villarmental	19	11,7
Linás	5	1,9	Villategil	14	7,5
Linares del Acebo	25	12,3			

Tineo

Parroquia	Distancia Minutos	Km.	Parroquia	Distancia Minutos	Km.
Bárcena del Monasterio	43	34,9	Obona	44	35,7
Borres	39	30,1	Ponte	40	35,7
Brañalonga	52	45,4	Porcíes	35	28,1
Bustiello	36	28,2	Pozón	26	20,6
Calleras	61	52,9	Relamiego	36	27,4
Cerredo	42	33,7	Rellanos	62	51,6
Ceures	49	43	San Félix	35	26,3
Collada	52	40,3	San Facundo	33	25,3
El Barodal	46	38,3	San Fructuoso	50	40,6
El Pedregal	40	38	San Martín de Semproniana	35	25,5
El Rodical	30	27,4	Sangoñedo	43	32,4
Fátelas	51	45,8	Santa Eulalia	26	34,8
Genestaza	51	41,2	Santianes	33	29,2
La Barca	38	37,3	Sobrado	37	27,3
La Oteda	44	33,5	Sorriba	26	21,5
La Pereda	44	40,6	Tablado	46	40,5
Merillés	40	35,8	Tineo	34	31,1
Miño	50	40	Troncedo	40	31,3
Muñalén	56	46	Tuña	36	32,7
Naraval	59	48	Villatresmil	51	44,9
Navelgas	52	43,4	Zardain	56	45,6

Allande

Parroquia	Distancia Minutos	Km.
Berducedo	54	46,3
Besullo	31	18,9
Bustantigo	57	44,8
Celón	25	17,8
Lago	51	42,1
Linares	20	15,1
Lomes	24	18,1
Parajes	23	13,1
Pola de Allande	26	21,8
San Emiliano	69	58,4
San Martín de Valledor	68	48,3
San Salvador de Valledor	56	40,9
Santa Coloma	55	41,9
Villagufre	31	23,4
Villar de Sapos	31	22,1
Villavaser	24	18,3
Villaverde	28	19,8

Ibias

Parroquia	Distancia Minutos	Km.
Os Coutos	76	61
Sena	89	66,6
Pelliceira	89	66,5
Marentes	64	53,1
San Antolín	61	50,1
Seroiro	51	40,8
Cecos	66	53,4
San	78	62,4
Tormaleo	61	53,4
Taladrid	63	54,5
Sisterna	48	41,9

Degaña

Parroquia	Distancia Minutos	Km.
Cerredo	49	44,4
Degaña	43	38
Tablado	47	40,9

DISTANCIAS MEDIAS

Área II: Cangas del Narcea

Extensión	2127,1 km²	20,06% del territorio de Asturias.
Pueblos	874	
Parroquias	129	

Distancias medias	
Minutos	Km.
24,33	16,18

		Minutos	Km.
Cangas del Narcea			
Extensión	823,57 km²		
Pueblos	331		
Parroquias	54	42,52	35,65
Tineo			
Extensión	540,83 km²		
Pueblos	337		
Parroquias	44	39,59	30,06
Allande			
Extensión	342,24 km²		
Pueblos	123		
Parroquias	17	67,82	54,88
Ibias			
Extensión	333,3 km²		
Pueblos	77		
Parroquias	11	46,33	40,97
Degaña			
Extensión	87,16 km²		
Pueblos	6		
Parroquias	3		

5 Discusión-Conclusión

Nos encontramos con un Área Sanitaria con una gran extensión en km2 y muy dispersa poblacionalmente, por el gran número de pueblos, todos ellos habitados, y parroquias.

Encontramos también dificultades de acceso cuando las condiciones climáticas por frío, heladas, lluvias, argayos… no son las óptimas.

Otra característica es la ausencia de transporte público al Hospital, por lo que las opciones de desplazamiento quedan en manos del ámbito privado, vecinos y la comunidad.

La creciente despoblación así como envejecimiento nos hace pensar en la importancia creciente del Hospital Carmen y Severo Ochoa, que permite un arraigo del paciente en la zona, así como identificación con el personal y cercanía. Además de las crecientes necesidades médicas que esta población necesita.

En estas condiciones, la equidad e igualdad en recursos disponibles, tal y como señala el plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030, son necesarias para mantener poblaciones sanas, personas sanas.

6 Bibliografía

- Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018 .
- Memoria Anual del SESPA 2017.
- Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud.
- Google maps.

Capítulo 959

ACOGIDA AL PACIENTE HOSPITALARIO

ROSA ANA FERNANDEZ REBOIRO

1 Introducción

El primer impacto recibido por el paciente al llegar a su unidad de hospitalización, es una de las cosas que se deben tener muy en cuenta debido a lo que esto puede llegar a repercutir en su salud.

Tendremos que entender, que el paciente, llega normalmente en un estado de ansiedad e incertidumbre generado por el ingreso. Al ingresar, el paciente pierde intimidad, tendrá que acatar las normas hospitalarias, cambiar horarios de comidas, costumbres y pérdida de independencia.

Debido a esto, una buena acogida por parte de los profesionales, es clave, ya que puede condicionar la actitud del paciente durante su hospitalización y puede facilitar su adaptación al entorno hospitalario.

La comunicación e información personalizada, es un elemento fundamental para amortiguar el impacto emocional que supone el ingreso. Se procurará que el paciente se sienta entendido y respetado, por lo que este primer contacto es clave para establecer una relación de confianza.

2 Objetivos

- Conocer cómo debe de recibir el paciente una asistencia sanitaria de acuerdo a su enfermedad, y facilitarle la integración al entorno hospitalario, recibiendo un

trato humano, personalizado y cercano.

3 Metodología

Información recogida en diversos protocolos hospitalarios y guías relacionadas con el tema.

4 Resultados

Proporcionaremos al paciente y sus allegados la información necesaria para favorecer su adaptación e integración a la unidad de hospitalización. Además les orientaremos en el conocimiento y adaptación a las normas de la unidad e ingreso.

El trato a los pacientes por parte de los profesionales, tiene un efecto real sobre la salud de los mismos, por lo que estos deberán cuidar el lenguaje tanto verbal como gestual, ya que trasmiten igualmente mensajes tanto positivos como negativos.

Los profesionales que se encargarán de la llegada del paciente a la unidad y la atención en la misma son: enfermera, auxiliar y celador.

Una vez efectuada la llegada a la unidad, los profesionales de la misma realizarán las siguientes actividades:
• Comprobar la identificación del paciente con la cama asignada.
• Colocarle la pulsera identificativa verificando su identidad o en su caso con sus allegados. Esto garantizará que en todo momento pueda ser identificado por el personal del hospital y así recibir los cuidados adecuados.
• Comprobar con el paciente o sus allegados la historia clínica del mismo donde se verificarán los datos personales, diagnóstico médico y cual es el motivo del ingreso.
• Revisar que la habitación se encuentre con su cama habilitada.
• Verificar el funcionamiento de cama, timbre y luces.
• Utensilios para el aseo de paciente
• Informar sobre las normas generales del hospital y las específicas de la unidad donde se encuentra ingresado, como por ejemplo: horario de comidas, horario de visitas, lugar y horario de información médica, etc.
• Dar a conocer el nombre del personal responsable de la atención médica al paciente (médico y enfermera)

• Informar en que va a consistir su proceso hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Toda esta información proporcionada, da más sensación de seguridad tanto al paciente como a sus allegados. El realizar una buena acogida, es la mejor estrategia para humanizar la relación profesionales-paciente.

Desde el primer contacto, se debe manifestar la humanización en salud, teniendo una comunicación con el paciente lo más cálida y afectiva posible.

6 Bibliografía

- http://www.elche.san.gva.es
- https://www.saludcastillayleon.es/
- www.madrid.org/
- https://www.hmhospitales.com
- http://www.ephag.es/

Capítulo 960

EL SERVICIO DE ATENCION AL CIUDADANO EN EL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

El SAC un órgano administrativo dotado de medios técnicos y de profesionales para atender las dudas y consultas que los ciudadanos realizan a la Administración, orientandoles de los pasos a seguir para realizar los tramites que tienen que realizar, siendo también el órgano encargado de tramitar las quejas y sugerencias , El Servicio de Salud del Principado de Asturias tiene un Servicio de Atención al Ciudadano en cada una de sus VIII Áreas Sanitarias, es un organo administratvio que cada vez se utiliza más por lo tanto tiene un gran volumen de consultas diariamente,dentro de este departamenteo también tenemos que prestarle mucha atención al trato con los pacienes e usuarios, teniendo en cuenta que la población cada vez es mas envejecida y las personas a partir de ciertas edades tienen mas dificultades para comprender y entender lo que le estamos explicando.

Este órgano lo tenemos en las ocho areas sanitarias que tenemos en el principado, esta dentro los hospitales y se puede acceder facilmente.
Hay que tener en cuenta que todos los tramites que se deseen realizar lo tendremos que realizar por escrito ya que de esta menera queda registrado el día y hora que presentamos dicha documentación.

2 Objetivos

- Dar una información adecuada para que los ciudadanos puedan realizar todos los tramites necesarios de la manera mas sencilla y rápida posible, sin olvidar de darles el trato que se merecen.
- Intentar orientar lo mejor posible a qué departamento o lugar se tienen que dirigir dependiendo de la documentación que quiera solicitar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de bases de datos PubMed, en la pagina http://ww.astursalud.es,
y en el Plan de Salud del principado de Asturias 2019-2030. Se han utilizado descriptores como: Atencion al ciudadano, SAC, Informacion + adecuada y usuario.

4 Resultados

El SAC presta Información particular a las personas interesadas en tramites particulares previa identificación, registro de entrada de escritos, solicitudes , compulsan documentos originales que acompañan a las solicitudes presentadas, tramitan las Quejas (exposición de una incidencia, durante la prestación de un servicio por parte de la administración del Principado de Asturias) Sugerencias (es una manifestación de un ciudadano en la que transmite una idea con al que pretende mejorar los servicios que presta la Administración), las sugerencias y quejas podrán presentarse de forma presencial, a través de la ofician de atención al ciudadana, por correo postal o por Internet a traes de la sede electrónica. El SAC remitirá la queja o sugerencia en el plazo de dos días al órgano o unidad afectada.
El teléfono del SAC es el 012 donde se pueden hacer consultas.

5 Discusión-Conclusión

Al ciudadano el personal administrativo le debemos de dar la mayor información posible que este a nuestro alcance y en el menor tiempo posible, ademas de un trato correcto y respetuoso . Tenemos que procurar que el paciente o usuario se marche con las cosas claras para poder acceder a toda la documentación que necesita.

6 Bibliografía

1. Alonso Peri, A. (2003). El catálogo de servicios de la administración del Principado de Asturias: un ejemplo de información administrativa en línea. Boletín de la Asociación Asturiana de Bibliotecarios, Archiveros, Documentalistas y Museólogos, (1/2), 13-20.
2. Rubiera, G., Arbizu, R., Alzueta, Á., Agúndez, J. J., & Riera, J. R. (2004). La legibilidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias. Gaceta Sanitaria, 18, 153-158.
3. Casal, J. P. V. (2014). Manual de atención a clientes y usuarios. Profit Editorial.
4. Alonso Peri, A., González Fernández, I., & Pérez Suárez, N. Creación de una red documental en la administración pública: el Sistema de Información Documental en Red de Asturias (SIDRA).
5. Juan García, C. (2014). Monitorización permanente de la calidad percibida en consultas externas en el área de gestión cínica del corazón del Hospital Universitario Central de Asturias.
6. Lago, X. M. M., Lorenzo, R. B., & Pérez, L. C. La percepción de la funcionalidad de los servicios de e-salud desde la perspectiva del usuario.

Capítulo 961

RIESGOS DEL PERSONAL NO SANITARIO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE.

REBECA RODRÍGUEZ GARCÍA

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALONSO

1 Introducción

En este capítulo, se van a tratar los principales riesgos a los que está expuesto el personal no sanitario (celadores, auxiliares administrativos, pinches…) a la hora de recibir y contactar con los pacientes e incluso tratar con sus propios compañeros. Antes de comenzar a profundizar, aclararemos un poco las definiciones: La Real Academia de la Lengua Española define riesgo como la contingencia o proximidad de un daño.

Los riesgos pueden ser muy variados, se agrupan en los siguientes tipos:
- Riesgos asociados a agentes mecánicos: son aquellos que si no son controlados adecuadamente pueden producir cortes, caídas, golpes y/o atrapamientos.
- Riesgos asociados a agentes químicos.
- Riesgos asociados a agentes físicos: radiaciones, ruido, calor ambiental.
- Riesgos asociados a agentes biológicos.
- Riesgos asociados a aspectos ergonómicos y psicosociales. Siendo los ergonómicos, los relacionados con las posturas en el trabajo, cargas físicas etc. Y los psicosociales, aquellos, resultado de la interacción de la persona con el medio social (burnout, estrés, exigencias psicológicas, etc).

En el artículo 43 de nuestra Constitución se reconoce el derecho a la protección de la salud, siendo competentes los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, así como de las prestaciones y los servicios que se consideren oportunos y necesarios. Los poderes públicos también fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte.

La atención al paciente abarca el proceso de la toma de contacto, desde que acude a ejercer su derecho a la salud, hasta que abandona el lugar. Y muchas veces, en ese tiempo que el paciente se encuentra recibiendo asistencia, la incertidumbre, el miedo y la falta de información, hacen que las personas creen conflictos.

Se pueden definir distintos tipos de pacientes conflictivos:
- El manipulador: es aquel paciente que para conseguir atención recurre al chantaje emocional, maximiza su dolencia para conseguir que le adelanten su visita, una mayor dosis de medicación u otra clase de atención preferencial.
- El enfadado: es el tipo más común. La persona está molesta, por la espera, por tener que ir a consulta o simplemente, recurre al enfado para enmascarar la preocupación.
- El agresivo: sería aquel paciente que además de estar enfadado, ha sufrido una escalada y lo manifiesta. No únicamente quejándose, sino que puede recurrir a los insultos contra el personal, lanzamiento de objetos e incluso agresiones.

2 Objetivos

- Concienciar al lector de los distintos riesgos a los que se expone el personal no sanitario, durante el desarrollo de su trabajo.
- Resaltar dentro de los aspectos psicosociales, de dichos riesgos, el del trato con personas conflictivas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.Para obtener la máxima información posible combinamos la búsqueda por internet utilizando palabras clave. Con la consulta de archivos pdf de la nor-

mativa y leyes de salud. Además de utilizar la observación y aplicar la experiencia obtenida en primera persona en los centros de la red de salud.

4 Resultados

Se han obtenido datos del informe de agresiones a profesionales del sistema nacional de salud (2019). Subdirección General de RRHH, alta inspección y cohesión del SNS. En el informe se detalla que en 2017 se notificaron un total de 8.328 agresiones (13,59 por cada 1.000 profesionales del SNS) y en 2018 se notificaron un total de 9.741 agresiones (15,89 por cada 1.000 profesionales del SNS), en el conjunto de las CCAA.

Esto significa que hay un incremento de las agresiones, si comparamos con las del año anterior (2018). El lugar donde se producen la mayoría de las agresiones que han sido notificadas son las consultas. Por lo que se demuestra la necesidad de tomar medidas y preparar al personal de los centros de salud con las pautas básicas, e indicaciones sobre cómo comportarse ante pacientes o personas que requieren atención de forma inadecuada, como son las siguientes:

- Mantener el control: no perder nunca la calma, ya que, si elevamos nuestra voz al nivel de la persona enfadada, esta incrementará el suyo y se volverá más agresiva. Hay que tener presente que lo más posible es que la reacción del paciente no guarde ninguna relación con el desempeño de nuestras funciones. Y no debe uno sentirse atacado, ni seguir alimentando la situación conflictiva.
- Ser empáticos: lo adecuado es intentar entender qué está alterando a la persona y si se le puede ser de ayuda. Simplemente esa predisposición, aunque no esté en la propia mano ayudar a la persona, sirve para tranquilizarla.
- Mostrar sinceridad en nuestra comunicación: en muchas ocasiones, se producen problemas, si se ve que se están dando largas o poniendo excusas. Lo mejor es no servirse de inventiva, reconocer los hechos, pero buscando el enfoque positivo, para que nadie desespere ni se produzcan reacciones desproporcionadas.
- Lenguaje corporal: es importante mantener contacto visual, demostrar que la persona con la que estás hablando requiere de toda tu atención y estás implicado en sus cuestiones. En ocasiones se tiende a mirar el busca o el teléfono, dando a entender que la persona que está ahí físicamente es menos importante, de percibirse eso, puede producirse una situación de conflicto. Del mismo modo que no conviene cruzar los brazos por delante, en medio de una conversación, ya que puede ser malinterpretado por el otro interlocutor
- Expresión facial amistosa y tranquila: en línea con el lenguaje corporal, debe ser

ligeramente positivo. Evitando muecas extrañas o que puedan parecer hostiles.
- Respetar el espacio personal: si no nos encontramos detrás de ningún mostrador/mesa. Hay que tener presente no violar el espacio interpersonal. Ya que la persona puede sentirse invadida o amenazada, provocando esto una mala reacción.
- Escucha activa y prosodia tranquila: hay que dejar tiempo para que el paciente o su familiar se explique, evitando interrupciones que puedan acrecentar el conflicto y una vez haya expuesto su queja ya mostrar que se ha comprendido. Durante la escucha activa, es el momento de aplicar lo comentado en los puntos anteriores, que hace referencia al lenguaje corporal.

Una vez llega nuestro turno de respuesta, se debe mantener un tono de voz normal, normal para el ambiente en el que se encuentren. Nunca más elevado de lo necesario, realizar ligeras pausas que ralenticen el ritmo de la conversación y nunca utilizar palabras excesivamente técnicas o que puedan resultar desconocidas para cualquier persona ajena al hospital o centro médico.

Buscar ayuda: si vemos que todos nuestros intentos para controlar la situación son en vano y no se puede finalizar, lo mejor es buscar ayuda y que otra persona se encargue de intentar solucionar el problema. A toda costa hay que evitar que los conflictos se alarguen en el tiempo y/o empeoren, ya que molestan al resto de personas que se encuentran cerca y que también tienen sus propias dificultades.

5 Discusión-Conclusión

Dadas las cifras de agresiones que se están dando hacia los trabajadores de centros de salud y hospitales, se hace patente la necesidad de dotar a las potenciales víctimas de formación y herramientas que les permitan atajar las situaciones de riesgo o como poco no empeorarlas. Con una actuación adecuada se pueden solucionar un alto porcentaje de incidencias, antes de que se lleguen a producirse daños graves.

6 Bibliografía

- Capdevila, M. (19/11/2018) Deusto Salud.
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, art.43
- Informe de agresiones a profesionales del sistema nacional de salud (2019). Subdirección General de RRHH, alta inspección y cohesión del SNS.

- Manual de Seguridad y Salud en el Sector Hospitales. Fremap, Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, número 61. 19 de noviembre de 2014.

Capítulo 962

LAS FUNCIONES DE VIGILANCIA DE LOS CELADORES EN EL ÁMBITO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

DELFINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

LUIS DANIEL LÓPEZ CANO

OLGA FERNÁNDEZ GARCÍA

ANTONIA PRIEGO TRAPERO

FREDESVINDA ISABEL GONZÁLEZ IGLESIAS

1 Introducción

Las funciones del celador consisten, entre otras muchas, en facilitar el bienestar de los pacientes, apoyando a las auxiliares de enfermería, las enfermeras y los médicos en tareas múltiples, entre las que se encuentran los aseos o la movilización de los pacientes.

En este sentido, el celador es un profesional capaz de realizar trabajos de índole sanitaria sin tener una especialización específica en ese sentido ya que su categoría profesional se encuadra en el ámbito no sanitario. Por ese motivo, los celadores deben ser coordinados en sus tareas por el personal sanitario que comprende a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, sin perjuicio de que disponen de conocimientos sobre técnicas sanitarias que, lejos de haber sido adquiridos mediante un aprendizaje reglado, son el fruto de su praxis profesional.

2 Objetivos

- Identificar las funciones de asistencia al personal sanitario que realizan los celadores en el ámbito de su desempeño profesional diario.
- Concienciar sobre la necesidad de reconsiderar la clasificación profesional del celador, en función de sus múltiples y variadas tareas y de su contacto directo con los pacientes.
- Explicar el alcance que tiene la labor de asistencia de los celadores al personal sanitario durante la prestación de servicios al paciente.
- Reivindicar la necesidad de considerar al celador como categoría de personal sanitario, dadas las funciones asistenciales de apoyo que realiza y los conocimientos que se le suponen para ejercer dichas funciones.

3 Metodología

Para plasmar los contenidos expresados en el presente capítulo hemos seguido un proceso de investigación que ha consistido en la revisión bibliográfica en profundidad de la OM de 5 de julio del Ministerio de Trabajo que aprobaba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y del Estatuto Marco (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) del personal estatutario de los servicios de salud.

Del mismo modo, y a fin de presentar datos actualizados de las funciones propias de los celadores en la actualidad en lo referente a su participación en el equipo asistencial sanitario en funciones de apoyo del personal sanitario, hemos consultado sitios web especializados en esta categoría laboral de gestión y servicios sanitarios a la que pertenecen los celadores de las instituciones sanitarias.

4 Resultados

La revisión bibliográfica legal de forma sistemática y el análisis profundo del www en el ámbito profesional del celador, ha sido este capítulo en el explicamos de forma metódica y accesible las funciones que los celadores deben realizar en su labor de asistencia al personal sanitario.

Al observar el calado de las actuaciones auxiliares que el celador debe realizar en el equipo de atención asistencial, se obtiene una clara idea de la importancia que este personal subalterno del grupo no sanitario tiene dentro del equipo sanitario que presta asistencia a la ciudadanía.

Durante su labor profesional diaria, el celador debe realizar las siguientes funciones de asistencia al personal sanitario facultativo y no facultativo:

1. Despachar y conducir sin demora todas las comunicaciones orales, documentales, correspondencia y objetos que sus superiores les encomienden, actuando siempre bajo los siguientes principios:

- Actuar con diligencia, pues cualquier información o contenido documental podría ser esencial para la administración urgente de un tratamiento, o resultar esencial para la ejecución de un plan de actuación que se deba seguir con el paciente.
- Tomar las cautelas y medidas necesarias que logren que los documentos u objetos que se deben transportar lleguen a su destino sin desperfectos.
- No transmitir a los pacientes o familiares información alguna sobre el contenido de la información que deban transmitir, aunque la conozcan, cuando esa información sea del ámbito competencial del médico, la enfermera o su superior jerárquico, pues, de no hacerlo, estaría incurriendo en una falta sancionada con un correctivo disciplinario.

2. Trasladar de un servicio a otro los aparatos o mobiliario que le sea requerido.

3. Trasladar a los pacientes tanto en el interior del centro sanitario como en el servicio de ambulancias, observando en todo momento las normas siguientes:

- Siempre que el celador traslade a un paciente para realizarle pruebas o consultas, permanecerá a su lado sin abandonarlo, hasta que la persona responsable de la realización de dichas pruebas o consultas se haga cargo del paciente.
- La custodia de la documentación que el personal de enfermería le haya entregado al celador al acompañar a un paciente a consulta o pruebas diagnósticas, es responsabilidad del celador, y en ningún momento deberá permitir que esta sea manipulada ni consultada por el paciente o sus familiares o acompañantes.

4. Apoyar a las enfermeras y auxiliares de planta en la movilización y traslado de los enfermos que sean susceptibles de un tratamiento especial en función de sus patologías, al hacerles los aseos y las camas.

5. Con carácter excepcional, asearán a los pacientes masculinos encamados que no puedan hacerlo por ellos mismos, y siempre bajo las directrices de las supervisoras de planta o de las personas que las suplan reglamentariamente durante su ausencia.

6. Realizar los rasurados en las zonas corporales requeridas de los pacientes masculinos con anterioridad a su intervención quirúrgica por razón de apremio del tratamiento o ausencia de la peluquera.

7. En los quirófanos realizará todas aquellas labores propias del celador que le sean requeridas por médicos, supervisoras y enfermeras.

8. Cuando por causas especiales el paciente no pueda ser movido por la auxiliar o la enfermera, ayudará en la colocación y extracción de las cuñas para efectuar recogidas de deposiciones.
9. También ayudarán a las enfermeras y auxiliares durante el amortajamiento de los pacientes fallecidos, si bien el traslado de los mismos al mortuorio corre de su cargo.
10. Realizarán funciones de auxilio en la realización de autopsias, siempre que estas no impliquen el uso de instrumental sobre el cadáver, y limpiarán la mesa y la sala de autopsias una vez finalizadas las mismas.
11. Bajo las indicaciones de los médicos supervisoras y enfermeras, llevarán a cabo el aseo y mantenimiento de las jaulas y la alimentación de los animales destinados a pruebas experimentales, antes y después de ser realizadas las mismas.

5 Discusión-Conclusión

Por lo expuesto en este capítulo, se deduce que, aunque en todo momento el celador debe dirigir sus actuaciones según las directrices marcadas por el personal de enfermería y médico, no es menos cierto que se le suponen ciertos conocimientos sanitarios que superan el ámbito profesional de la categoría no sanitaria, por lo que nos encontramos ante una situación de gran incongruencia.

Lo presentado en este capítulo sugiere la necesidad de reconsiderar el encuadramiento del grupo profesional de celadores en el grupo de personal sanitario.

6 Bibliografía

1. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Madrid: BOE; 2003.
2. Orden 5 julio 1971 del Ministerio de Trabajo por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. BOE núm. 174, de 22 de julio de 1971. I. Disposiciones generales.
3. S. Celadores online de Instituciones sanitarias [Internet]. Celadores.org. 2018 [cited 9 February 2020]. Available from: http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.htm

Capítulo 963

HABILIDADES DE LA COMUNICACION DEL PERSONAL TRABAJADOR EN CENTROS SANITARIOS

JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

La comunicación es un proceso de intercambio de información, en el que un emisor transmite algo a un receptor a través de un canal esperando que se produzca una respuesta de dicho receptor, en un determinado contesto. En el proceso de comunicación se produce la unión entre personas.

2 Objetivos

- Conocer cómo conseguir una buena comunicación entre personal-usuario para hacer que todo fluya de manera satisfactoriamente.
- Conseguir que el paciente sienta que el personal estatuario está para ayudar en cualquier trámite y duda que le surja.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo hemos realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos de educación a distancia y una búsqueda en glogló académico así como en diversas webs de empresas dedicadas a la comunicación.

Hemos usado Wikipedia como método para definir conceptos y aplicarlos correctamente en el texto.

4 Resultados

Hemos comprobado que una buena comunicación evita que se generen múltiples problemas al no existir un correcto fluyo de información. Es importante que existan los canales adecuados para que la relación personal-usuario logre las metas que se pretende alcanzar por ambas partes. Una comunicación empática con el usuario nos ayudará a conectar mejor con el/ella.

Si escuchamos con atención al usuario y tenemos en cuenta sus sentimientos y sus circunstancias nos ayudará a conseguir los objetivos marcados. Hemos de procurar trasladar el mensaje al usuario de una manera positiva para ayudar a que sea mejor acogido por su parte. La comunicación positiva nos aporta mayor capacidad para ayudar y resolver los problemas del usuario.

5 Discusión-Conclusión

Según los datos obtenidos una buena comunicación debe tener una estructura básica que facilite la comprensión entre el personal estatutario y el usuario. Tratando los temas de manera ordenada concisa y coherente para que nuestro interlocutor comprenda las ideas fácilmente. Debemos intentar transmitir el mensaje de manera natural incluyendo las suficiente información como para resaltar todos los puntos clave a tratar pero sin palabras rebuscadas para evitar que el usuario pierda el interés en el tema.

6 Bibliografía

1-Lorenzo, L. B. A. Las habilidades en información.
2-Sánchez, F. S., Marín, F. J. S., & Benavente, Y. L. (2008). Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. Revista de calidad asistencial, 23(6), 253-258.
3-Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & Van-der Hofstadt, C. J. (2015, August). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 38, No. 2, pp. 213-223).

4-Barranco Morente, S., Puertos, V., Pedro, E., & Coronado Carvajal, P. (2016). Estrategias de comunicación de los profesionales de enfermería con personas sordas o ciegas. Index de Enfermería, 25(4), 253-257.
5-López, A. S. (2008). Comunicación de malas noticias. Seminarios de la Fundacion Espanola de Reumatologia, 9(2), 111-122.
6-Prieto, M. D. M., & Olmo, F. J. V. (2010). El plan de comunicación hospitalario: Herramienta de gestión sanitaria. Editorial club universitario.

Capítulo 964

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO.

CELIA COTO ALADRO

1 Introducción

La sanidad es un pilar fundamental del estado de bienestar que emplea a un gran número de trabajadores especializados y profesionales que se exponen a diario, directa o indirectamente, a múltiples y variados riesgos laborales entre los que se en encuentran:
- Riesgos físicos o de seguridad.
- Riesgos químicos.
- Riesgos biológicos.
- Riesgos ergonómicos.
- Riesgos psicosociales.

En los centros sanitarios los principales focos generadores de microorganismos infecciosos pueden ser: los pacientes, los trabajadores y, en ocasiones, los visitantes que se encuentren en una de estas situaciones:
- Sujeto enfermo en fase aguda.
- Sujeto enfermo en período de incubación.
- Sujeto colonizado por agente infeccioso sin síntomas.
- Sujeto portador crónico de agente infeccioso.

También objetos, superficies, medicamentos y equipos pueden ser fuente de microorganismos infecciosos. Las cinco rutas de transmisión más habituales son:

- Por contacto.
- Por gotículas.
- Por vía aérea.
- Por vehículos comunes.
- Por vectores.

Los centros hospitalarios por sus especiales y específicas características están continuamente expuestos a riesgos emergentes. Asimismo la constante innovación en productos químicos y/o medicamentos requiere una vigilancia continuada y aplicación actualizada de las medidas preventivas más adecuadas en cada caso.

Todo el personal sanitario debe seguir las normas en materia de prevención. Los celadores por su especial desempeño, ya que se mueven por todo el hospital e interactúan con todo el personal y todos los pacientes, deben extremar las precauciones pues pueden ser un foco importante de transmisión de riesgos biológicos.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Definir las metas a conseguir en materia de prevención es la primera y mejor manera de enfrentarse a los posibles riesgos que conlleva el trabajo en cada nivel sanitario.

Objetivos específicos:
- Formar e informar a los trabajadores en materia de prevención y autoprotección.
- Elaborar criterios para la evaluación y control de las actuaciones en materia de prevención.
- Elaborar guías y protocolos de vigilancia sanitaria.
- Elaborar y actualizar los protocolos específicos para notificación y seguimiento de incidencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Guía básica de prevención de riesgos laborales específicos en el sector sanitario.
- http://www.sanidad.ccoo.es.
- Nota Técnica de Prevención 700 INSHT.
- Estatuto de los trabajadores. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre.
- https://accionpreventiva.com/objetivos-preventivos.
- http://www.seguridad-laboral.es/revistas/fsl/155/94/#zoom=z.

Capítulo 965

HOSPITALES, FOCO DE UNA BACTERIA QUE RESISTE A LOS ANTIBIÓTICOS

IGNACIO GONZALEZ TOYOS

1 Introducción

Un estudio paneuropeo muestra que los hospitales son el principal foco para la propagación de una bacteria resistente a los antibióticos de último recurso. La investigación ha secuenciado el genoma de casi 2.000 muestras aisladas de la bacteria Klebsiella pneumoniae. De aquellas que se mostraron resistentes a estos fármacos, más de la mitad procedían de infecciones producidas dentro del hospital o entre hospitales.

Una de las medidas más eficaces y mil veces recordada es el uso prudente de los antibióticos. Su abuso, también en los hospitales, podría facilitar el avance de resistencias y no solo entre la Klebsiella pneumoniae: esta bacteria puede transferir horizontalmente sus genes resistentes a las de su misma especie, pero también puede hacerlo a otras bacterias de la familia de las enterobacterias. Y hay algunas muy conocidas, como la Salmonella typhi, la Escherichia coli o la Yersinia pestis.

2 Objetivos

- Tratar de mitigar la resistencia de algunas bacterias que se dan en los hospitales.

3 Metodología

Por todo ello, se considera de vital importancia la utilización y la garantía de los métodos de desinfección de los microorganismos en los hospitales. Se analizó la efectividad de diferentes métodos de limpieza, tanto métodos que utilizan radiación como el uso de desinfectantes. Los resultados obtenidos tras la exposición de A. baumannii a estos agentes demostraron que ninguno de los desinfectantes estudiados es capaz de eliminar totalmente a este microorganismo.

4 Resultados

Las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema concreto, que ya fue advertido por múltiples investigaciones. De hecho, en 2017 un grupo de investigadores de la Universidad del País Vasco había advertido que los desinfectantes de los nosocomios no eliminaban otra bacteria, la Acinetobacter baumannii, pudiendo sobrevivir más de 30 días en las paredes, superficies y en el material hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, "los esfuerzos globales para mitigar la resistencia bacteriana deberían considerar cómo los microbios pueden adaptarse no solo a los fármacos, sino también a los alcoholes y otros ingredientes utilizados en los desinfectantes", concluyen los investigadores.

6 Bibliografía

- Guillermo Lobo 03/08/2018 Todo Noticias.
- Miguel Ángel Criado 29 de Julio de 2019, El País Ciencia.

Capítulo 966

PROTECCIÓN ANTE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO.

CELIA COTO ALADRO

1 Introducción

Ante un riesgo laboral conocido o desconocido, los trabajadores sanitarios, y en especial los celadores, deben conocer y aplicar las precauciones universales de protección, como la vacunación (frente a ciertos virus), el lavado de manos y utilizar de forma rutinaria elementos de barrera.
Las precauciones universales se aplican a la sangre y a los fluidos biológicos como semen, secreciones vaginales, líquido cerebroespinal, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico. No se aplican a heces, secreciones nasales, esputos, saliva, sudor, lágrimas, orina o vómitos a no ser que contengan sangre visible.

Podemos distinguir entre protección colectiva y protección individual:
- Se entiende por protección colectiva la técnica de seguridad cuyo objetivo es la protección simultánea de varios trabajadores expuestos a un determinado riesgo. Ejemplos de ello serían extintores, señalizaciones, barandillas, etc.
- Se entiende por protección individual o EPI cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin. Estos son guantes, mascarillas, gafas, batas, calzado reglamentario, etc.

Para evitar que el riesgo se convierta en daño se debe:
- Usar guantes cuando se vaya a tocar fluidos u objetos contaminados y como medida general en cualquier contacto con pacientes.
- Utilizar mascarillas y protecciones oculares y faciales.
- Utilizar batas y en general el uniforme de trabajo
- Manipular agujas y dispositivos cortantes con especial cuidado, no reencapsular las agujas y utilizar los contenedores habilitados para tal fin.
- Manipular adecuadamente ropa y enseres contaminados.

Los centros hospitalarios, que por sus características son susceptibles de generar un elevado número de riesgos para el personal que desarrolla en ellos su actividad, deberán poner especial atención en los aspectos fundamentales de cara a la protección:
- Poner siempre a disposición del personal todos los equipos necesarios para una óptima protección
- Velar por que el personal cumpla escrupulosamente las medidas de protección e higiene específicas del puesto de trabajo.
- Garantizar el correcto funcionamiento, mantenimiento, y señalización de las instalaciones destinadas a la protección de trabajadores y usuarios.
- Mantener a los trabajadores formados para hacer frente a situaciones de riesgo, en particular los celadores que forman parte del Equipo de Primera Intervención y que deben:
- Tener un conocimiento absoluto de las instalaciones, vías y tipos de evacuación, áreas de resguardo, ubicación de extintores, etc.
- Impedir actuaciones que constituyan un riesgo.
- Avisar al centro de coordinación.
- Conocer y mantener accesibles las vías de evacuación y salida.
- Informar de las deficiencias que perciba.
- Actuar con un extintor adecuado, sin exponerse físicamente.
- Colaborar en el restablecimiento del servicio.

2 Objetivos

- Dar a conocer las pautas de protección ante los riesgos laborales para evitar que el riesgo se convierta en daño.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Guía básica de prevención de riesgos laborales específicos en el sector sanitario
- http://www.sanidad.ccoo.es
- Nota Técnica de Prevención 700 INSHT
- Estatuto de los trabajadores. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre,
- https://acciopreventiva.com/objetivos-preventivos
- http://www.seguridad-laboral.es/revistas/fsl/155/94/#zoom=z

Capítulo 967

FATIGA VISUAL DERIVADA DEL USO DEL ORDENADOR.

SUSANA SUAREZ GARCIA

1 Introducción

Hoy en día, nadie se imagina acudir a un centro de atención primaria, a un hospital o a un servicio de urgencias, y ver al personal administrativo trabajar sin un ordenador, pero el uso del ordenador en este colectivo, se remonta sólo a algunas décadas, ya que hace algún tiempo, en todos estos servicios se tomaba nota de las citas a mano, cómo aún se continúa haciendo en algunos centros de atención primaria en el turno de noche.
El uso de ordenadores, ha agilizado y facilitado tanto el trabajo del colectivo administrativo, que apenas reparamos en otra cosa que no sea la gran utilidad que nos prestan. Nadie repara en los riesgos que puede generar el uso continuado del ordenador por parte de un trabajador, hasta que con el paso del tiempo, alguna enfermedad profesional haga su aparición. Las personas que pasan mucho tiempo frente a una pantalla tienen muchas posibilidades de sufrir trastornos que deriven en enfermedad profesional, como consecuencia del uso incorrecto de este medio de trabajo.

La fatiga visual es un conjunto de molestias que manifiestan que el ojo se ha visto sometido a un esfuerzo continuado. Puede ser debido a:
1) Mirar la pantalla del ordenador durante un tiempo prolongado.
2) Estar expuesto al aire seco en movimiento de un ventilador, sistema de calefacción o aire acondicionado, que pueden resecar el ojo, o por el contrario el contrario, la presencia de un ventilador puede hacer que lagrimee en exceso.

3) Postura inadecuada frente a la pantalla.
4) Mala iluminación del lugar de trabajo.

Cada persona notará la fatiga visual de diferente manera. Los síntomas más frecuentes de fatiga visual se presentan de diferentes formas:
1) Molestias oculares como escozor, picor con los ojos abiertos y que no disminuye al cerrarlos.
2) Enrojecimiento de ojos y abundante lagrimeo.
3) Visión borrosa y dificultad para enfocar y leer con claridad el documento que hay en la pantalla.
4) Cefalea al mover los ojos, con sensación de nauseas.

2 Objetivos

Reducir y crear consciencia de la fatiga visual derivada del ordenador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se ha observado que para prevenir la aparición de la fatiga visual, es preciso adoptar unas medidas, y las más importantes a tener en cuenta son:
1) Utilizar pantallas con la iluminación adecuada, sin destellos, brillos y reflejos, que faciliten una lectura fácil y rápida del documento en pantalla. Las luces que se reflejan en las pantallas exigen un sobreesfuerzo a los ojos que luego va a derivar en fatiga visual. Es aconsejable que la pantalla tenga un color relajante y cómodo a la vista.
2) Ajustar la configuración de la pantalla, con el tamaño de letra que resulta más fácil de leer, así como el contraste y el brillo a un nivel que resulte agradable.
3) La iluminación de la estancia ha de ser la adecuada, no muy fuerte, ya que estar expuesto a luz brillante o resplandor provoca molestias oculares, ni muy

tenue, puesto que si la luz es insuficiente el ojo ha de hacer un sobreesfuerzo. La habitación ha de tener una iluminación adecuada para llevar a cada actividad, no inferior a 500 lux, y en caso de que fuese posible, luz blanca. El medio óptimo es luz natural, que incida tangencialmente sobre el puesto de trabajo.
4) Se debe evitar la utilización de una mala pantalla, ya que obliga a forzar la vista en el documento, y supone un sobreesfuerzo ocular. Es aconsejable, en monitores viejos, colocar delante de la pantalla filtros de luminosidad y campos electrostáticos.
5) Para que las molestias de estar trabajando con un ordenador se minimicen, la distancia de los ojos a la pantalla ha de ser de aproximadamente unos 50 centímetros, y los ojos deben estar alineados al borde superior de la pantalla. Una postura inadecuada supone un sobreesfuerzo a los músculos oculares, lo que puede provocar cefaleas y conjuntivitis.
6) Cuando los ojos empiecen a manifestar cansancio, lo que se suele traducir en lagrimeo o inicio de cefalea, conviene detener unos minutos la actividad, y llevar a cabo otra más relajante, como cerrar los ojos un par de minutos. Éste simple gesto, ayuda a calmarlos.
7) Para reducir el trabajo de la pupila, y siempre que el oculista así lo aconseje puede ser de gran ayuda el uso de gafas adaptadas a la distancia del equipo de trabajo, para minimizar los problemas de conjuntivitis debido a la cercanía de la pantalla.

5 Discusión-Conclusión

La fatiga visual es una consecuencia de pasar largo tiempo frente a un ordenador, y es un mal silencioso para la mayoría de los trabajadores. Aunque los resultados de los distintos estudios no coinciden, sí que es cierto que hay una clara relación entre el tiempo de contacto con un equipo de trabajo, y la fatiga visual.

6 Bibliografía

- NTP 139: el trabajo con pantallas de visualización
- NTP 251: pantallas de visualización, medidas de distancia y ángulos visuales.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 968

SINIESTRALIDAD LABORAL ENTRE EL PERSONAL NO SANITARIO Y DE SERVICIOS EN CENTROS DE SALUD.

SIRIA ALVAREZ DIAZ

1 Introducción

El sector sanitario es fundamental dentro del estado de bienestar. Da empleo a miles de trabajadores muy especializados y a profesionales, que se ven sujetos a diario, directa o indirectamente, a una gran cantidad de riesgos laborales. Este sector es el segundo con mayor siniestralidad laboral.

La siniestralidad laboral en los centros de salud se incrementó en un 25% desde 2013. El incremento de accidentes laborales supone mayores costes económicos y personales, por ello, es importante determinar los factores que provocan estos riesgos y que medidas preventivas se podrían adoptar.

La Constitución Española, en su artículo 15, reconoce como derecho fundamental la integridad física y moral, y en el artículo 40.2 encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

Para el personal no sanitario y de servicios, ¿qué factores provocan mayor riesgo de siniestralidad? El éxito de una organización se basa en el cuidado y protección de su activo más importante, el capital humano. La reducción de las plantillas, ante el aumento de la demanda, provoca exceso de tareas, lo que supone una carga de trabajo inadecuada. Unas retribuciones bajas y el trabajo a turnos, son también circunstancias que les vuelven vulnerables al estrés y a la violencia.

Exposición a contaminantes biológicos (virus, bacterias,…) y químicos (medicamentos, analgésicos,…); también riesgos ergonómicos y psicosociales. Estos últimos, engloban aspectos del medio físico, de la organización del trabajo y de la calidad de las relaciones entre compañeros.

Nos encontramos también ante una importante dificultad para mantener una formación continuada del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Riesgos de inestabilidad, sobrecarga o mal estado de estanterías, o de documentación mal ubicada, que pudieran provocar el desplome o caída de objetos. Estas situaciones conlleva heridas, fracturas, cortes,…

Factores individuales como la edad, la actitud frente al trabajo o la tensión emocional, afectan al desarrollo del trabajo. También la falta de experiencia o preparación; en este sentido, en el sector sanitario se da una gran rotación de profesionales, debido a la interinidad, lo cual afecta de manera importante a la calidad del servicio (hoy aquí, mañana allí).

¿Qué medidas preventivas se pueden adoptar para evitar estos riesgos de cara al personal no sanitario y de servicios?
- La primera medida a tomar es la evaluación de los riesgos a los que están expuestos sus trabajadores y pacientes, y tomar las medidas adecuadas para minimizar o erradicar dichos riesgos en todos sus niveles y actividades. Una buena política de seguridad y salud favorece un ambiente de trabajo seguro, repercutiendo de manera positiva tanto en la cantidad como en la calidad del trabajo; y además se traduce en una menor incidencia de los factores de riesgo.
- Muy importante también es, proporcionar la formación adecuada en relación a la prevención de riesgos laborales adaptada a los distintos puestos de trabajo de los centros de salud, tanto en el momento de la incorporación del trabajador como tras la aparición de nuevos riesgos. Toda organización ha de contar con el apropiado asesoramiento técnico en materia de prevención de riesgos laborales, así lo indica la ley 31/1995.
- Contar con los equipos de protección individual adecuados para su trabajo diario. También, usar la ropa de trabajo entregada por la empresa: batas, chaquetas, pantalones o delantales.
- Seguir las pautas de vacunación recomendadas en el lugar del trabajo en función de los agentes infecciosos.
- Mantener un buen nivel de orden y limpieza, dejando pasillos y áreas de trabajo, libres de obstáculos. El suelo firme, fijo y estable, de pavimento no resbaladizo y correctamente iluminado. Los cables deben instalarse fuera de las zonas de

paso; en caso contrario, deberán protegerse, o fijar los cables al suelo para evitar tropiezos.
- Los armarios archivadores deben disponer de sistemas que impidan la apertura al mismo tiempo de más de un cajón y contar con dispositivos de bloqueo en los cajones. No sobrecargar los carritos en los que se transportan los expedientes o demás documentación de los pacientes.

2 Objetivos

Dar a conocer las medidas preventivas que se pueden adoptar para evitar los riesgos laborales de cara al personal no sanitario y de servicios.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 969

HUMANIZACIÓN SANITARIA: UN DERECHO DE LOS PACIENTES

CRISTINA COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Aunque la humanización es una característica propia de la actividad asistencial, debido al momento actual es necesario re-humanizar la sanidad, porque en los últimos años los sistemas sanitarios han descuidado la atención sanitaria desde el punto de vista personal y familiar, de ahí que la humanización se haya convertido en todo un reto de la calidad asistencial.

La humanización de la asistencia sanitaria consiste en dar importancia a la dignidad de cada persona prestando una asistencia sanitaria personalizada e individualizada. Todas las personas tienen que participar, hay que proporcionarles la información y formación precisa para que puedan participar en la toma de decisiones, a la vez que hay que prestar especial atención también a las necesidades de los familiares.

2 Objetivos

- Mejorar la salud integral del paciente.
Atender a los pacientes centrándonos en la persona.
- Crear un ambiente de calidad y calidez de trato.
- Informar y comunicar en términos comprensibles.
- Crear un clima de seguridad y confianza.
- Ofrecer una continuidad de la atención sanitaria.

- Ofrecer confort y adecuación de las instalaciones.
- Facilitar los trámites para todos los usuarios, especialmente para personas con dificultades.

3 Metodología

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

4 Resultados

La humanización se debe de entender como parte de la cultura del cuidado del paciente. En los hospitales la humanización no sólo es una cuestión de saber cómo pensamos que se deben prestar los cuidados sanitarios, sino que hay que ver los resultados que producen en la salud. Unos cuidados sanitarios humanizados además de ser respetuosos con los pacientes serán unos mejores cuidados en términos de resultados de salud.

También son importantes los profesionales sanitarios a los que podemos denominar agentes de humanización, a los que hay que reconocer todos sus esfuerzos y a los que hay que destacar su profesionalidad y vocación en la realización de su trabajo. El profesional sanitario deberá apoyar siempre al paciente y a su familia, y además ha de ser cercano y empático con la gente a la que atiende.

5 Discusión-Conclusión

La humanización de la sanidad es una cuestión prioritaria, y para ello es necesario un cambio de actitud. Hay que cambiar el objetivo de la asistencia sanitaria que tradicionalmente estaba puesto en la enfermedad del paciente, ahora hay que colocar al paciente y toda su situación en el centro de todo el sistema sanitario, a la vez que hay que procurar dar al paciente el mismo trato que nos gustaría recibir a nosotros mismos. Tenemos que tener en cuenta también el factor tiempo, hay que pensar que el tiempo de los pacientes no es menos valioso que el de los profesionales sanitarios.

Se deberían desarrollar programas de investigación que nos dé resultados claros del efecto de los cuidados humanizados en el bienestar de los pacientes. El problema que existe es que el desarrollo de dichos programas de investigación es complejo, pero es la forma más segura de justificar los efectos de la humanización en los cuidados sanitarios. En conclusión:
Un sistema sanitario humanizado implica una atención personalizada e individual y esa humanización es el gran reto en el que las instituciones sanitarias han de trabajar.

6 Bibliografía

- Artículo " Humanizar la atención administrativa en sanidad"- Fundación Humana.
- Artículo " La humanización de la Atención Primaria"- Revista Clínica de Medicina en Familia.
- Artículo ¿Cómo se humaniza la sanidad?- Revista Médica.
- Artículo "El camino hacia la humanización de la gestión sanitaria"-Serafín Fernández.
- Artículo " Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios"- Revista Calidad Asistencial.

Capítulo 970

ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO

MARIA CECILIA VARA REMESAL

JOSE FRANCISCO CADAVIECO RIESGO

ANA ISABEL GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El acoso laboral, popularmente conocido con el término de mobbing, se trata de una serie de acciones continuadas de violencia psicológica injustificada, que el trabajador recibe de superiores, subordinados o compañeros de trabajo. Todas estas conductas se realizan de forma consciente, abusiva y premeditada con el objetivo de producir en el afectado un clima laboral hostil y desagradable.

Generalmente el acoso laboral se ejerce sin que haya presencia de testigos, aprovechando encuentros personales para infundir amenazas, insultos, falsos rumores, menospreciando el trabajo realizado por la víctima, sobrecargándola de trabajo o asignándole tareas no correspondientes a su capacidad profesional, sometiéndola a medidas disciplinarias por hechos inexistentes o banales, aislándola de sus compañeros, obstaculizando su vida familiar con horarios abusivos o negándole permisos y vacaciones en fechas adecuadas.

2 Objetivos

- Describir los comportamientos que pueden incitar al mobbing.

- Analizar los rasgos de comportamiento que más se repiten en el perfil del acosador y acosado.
- Establecer las consecuencias para el trabajador que sufre este tipo de acoso.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo empleando una metodología basada en la revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, realizando una búsqueda de libros y consultando artículos en las principales bases de datos, seleccionando aquellos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El acoso laboral es una problemática con la que se encuentran los trabajadores dentro de la sanidad, tanto el personal sanitario, como el no sanitario. Esto puede afectar a su rendimiento y a su salud, pudiendo llegar a sufrir diferentes patologías y dolencias.

Algunos de los comportamientos que se dan en una situación de acoso laboral serían los siguientes:
- Insultos y gritos al trabajador , tanto cuando esté solo, como en compañía de otras personas.
- Cambiar al trabajador de puesto, quitarle actividades importantes o producirle una sobrecarga de trabajo.
- Tener comportamientos discriminatorios con el trabajador.
- Manipular la información importante para el trabajo de la persona afectada.
- Crear rumores maliciosos y calumnias, para perjudicar la reputación del trabajador.
- Controlar su trabajo de manera intencionada para hacerle críticas continuadas e intentar encontrar fallos.
- Invadir la privacidad de la víctima mediante la intervención de su correo, su número telefónico, sus cajones y armarios, etc…
- Atacarlo por sus ideologías personales o su religión.

Dentro de estos comportamientos, que hacen que se pueda desencadenar una situación de acoso laboral, hay que diferenciar que tanto el acosador como el

acosado, tienen unos perfiles con unas características que suelen ser coincidentes para cada uno de ellos.

Las características que más se repiten entre quienes sufren acoso laboral son las siguientes:
- La vulnerabilidad, es una de las características más importantes del perfil de la persona acosada, cuanto menos posibilidad tenga la víctima de enfrentarse a la situación, más fuerte será el acosador frente a ella.
- Las personas que sufren acoso laboral suelen ser envidiadas, ya sea por sus características físicas, psicológicas o sociales.
- Suelen ser personas con valores éticos elevados y en algunos casos se han negado a participar o callar ante situaciones laborales poco éticas.
- Suelen tener gran capacidad laboral y creatividad y valía a nivel profesional.
- Estas víctimas son reacias al enfrentamiento, por lo que no actúan ante los primeros indicios de acoso ante el acosador, pensando que la situación pasará por sí sola.

Por otra parte los acosadores, también tienen una serie de rasgos en su perfil que se suelen repetir, tales como:
- Personas que no toleran en los demás un modo de hacer las cosas diferentes del que ellos consideran apropiado. El superior con puntos de vista distintos no acepta lo que para él es erróneo ni tolera la discrepancia respondiendo en consecuencia.
- No suelen tolerar bien el estrés al que se ven sometidos, por lo que ejercen la misma presión que sienten sobre los demás.
- Personas que utilizan la sensación de poder como ansiolítico.
- Carácter obsesivo con una necesidad de dominar y controlar, queriendo que las cosas se hagan de una manera determinada y no de otra.
- Suelen tener una personalidad fría y calculadora, con rasgos narcisistas acentuados.
- En ocasiones presentan trastorno paranoide de la personalidad.

Algunos de los efectos que puede producir el acoso laboral en el trabajador, tanto a medio como a largo plazo serían:
- Inseguridad personal, baja autoestima y dudas sobre las propias capacidades.
- Malestar emocional, sufrimiento y ansiedad generalizada.
- Comportamientos de miedo, evitación y desconfianza hacia los demás trabajadores.
- Bajada del rendimiento y de las capacidades de concentración.

- Depresión.
- Trastornos físicos como migrañas, problemas digestivos, fatiga.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, en al ámbito sanitario se está produciendo, tanto en el personal administrativo, como en el resto de profesionales un aumento del acoso laboral con respecto a otros tipos de acoso, lo que genera una serie de efectos negativos en los trabajadores.

Es importante que el trabajador sepa distinguir las diferentes situaciones en las que se puede dar la aparición de este tipo de acoso y de esta manera poder pedir ayuda, así como el uso de medidas preventivas dirigidas a evitar esta problemática. Un ejemplo de ello sería una formación específica para poder hacer frente a este problema.

6 Bibliografía

- www.elmobbing.com
- www.redaccionmedica.com
- www.consalud.es
- www.trabajoypersonal.com
- www.asociacionignis.com
- www.psicologiaflexible.com
- www.psicologia-online.com

Capítulo 971

ERGONOMÍA Y FACTORES DE RIESGO PARA EL PERSONAL NO SANITARIO Y DE SERVICIOS DE LOS CENTROS DE SALUD. NORMATIVA.

SIRIA ALVAREZ DIAZ

1 Introducción

La Ergonomía es la ciencia que relaciona al hombre con su entorno y cuya finalidad es la reducción de la fatiga innecesariamente producida por el trabajo. El principal objetivo de la Ergonomía es el diseño del entorno de trabajo para que se adapte el hombre. Como consecuencia de un buen diseño, se obtendrá una mejora en la seguridad, salud, satisfacción y productividad del trabajador.
El personal no sanitario y de servicios de los centros de salud está sometido a riesgos ergonómicos cuando el trabajador interactúa con su puesto de trabajo, y éste conlleva posturas o acciones que pueden dañar su salud.
En relación a los riesgos posturales, el sector sanitario ocupa la quinta posición. Las causas de lesiones debidas a riesgos ergonómicos son, por ejemplo, la manipulación de cargas (pacientes, documentación…), la adopción de posturas inadecuadas, movimientos repetitivos o trabajos con pantallas de visualización de datos en condiciones posturales inadecuadas. Este último punto, es de gran relevancia para el personal no sanitario y de servicios, resaltando los trabajos administrativos; pues un uso excesivo de las mismas, añadido a espacios reducidos o mala ubicación de los equipos informáticos, lo convierten en un factor de riesgo causante de lesiones osteomusculares.

El sedentarismo y la falta de actividad física influyen también, de manera negativa en nuestro cuerpo, provocando debilidad muscular. Los movimientos forzados pueden provocar contracturas musculares y lesiones de articulaciones. Los músculos y los huesos acaparan las enfermedades profesionales más frecuentes. Las causas de los riesgos ergonómicos pueden no aparecer de manera inmediata, sino tras un tiempo de haber desempeñado una determinada actividad de las antes mencionadas.
Según un estudio del INSS, la primera causa de incapacidad temporal es la lumbalgia y la principal causa de los sobreesfuerzos ha sido la movilización de enfermos, representando más del 60%.

Podemos encontrar una serie de normativa, donde se recoge las obligaciones en cuanto a ergonomía.
La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales donde su artículo 15 apartado d, establece que el empresario deberá "adaptar el trabajo a la persona, en particular, en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud".
El Real Decreto 486/1997 sobre Lugares de Trabajo establece que las dimensiones de los locales de trabajo deberán permitir que los trabajadores realicen su trabajo sin riesgos para su seguridad y salud y en condiciones ergonómicas aceptables (Anexo I, apartado 2, punto 1º). En este Real Decreto se recogen dos factores puramente ergonómicos, las condiciones medioambientales (anexo III) y la iluminación de los lugares de trabajo (anexo IV).
Los Real Decreto 487/1997 sobre Manipulación de Cargas y Real Decreto 488/1997 sobre Pantallas de Visualización, enumeran los factores a analizar, sin identificar criterios de referencia ni establecer procedimientos de evaluación. No obstante, se encarga la elaboración de las guías técnicas.

2 Objetivos

Dar a conocer la normativa sobre riesgos ergonómicos del personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Ergonomía y Prevención de Riesgos Laborales en el Sector Sociosanitario Ergo.
- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, de 8 de noviembre.
- Real Decreto 486/1997 sobre Lugares de Trabajo; Real Decreto 487/1997 sobre Manipulación de Cargas.
- Real Decreto 488/1997 sobre Pantallas de Visualización.

Capítulo 972

LAS PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA CECILIA VARA REMESAL

ANA ISABEL GONZALEZ RODRIGUEZ

JOSE FRANCISCO CADAVIECO RIESGO

1 Introducción

En los últimos años se ha producido un importante incremento del uso de las llamadas nuevas tecnologías, y con ellas el uso de equipos informáticos, tanto en el ámbito personal como en el laboral. En lo que se refiere al ámbito administrativo dentro de la sanidad, el uso de estos equipos informáticos facilita y mejora el trabajo, pero hay que tener en cuenta que también puede acarrear nuevos riesgos para el trabajador.

Exponer como el uso de pantallas de visualización de datos, dentro del desarrollo de las nuevas tecnologías, ha generado la aparición de posibles riesgos para el trabajador en su puesto, así como enumerar las medidas preventivas ante esta problemática.

2 Objetivos

Conocer los riesgos y las medidas de prevención ante el uso de equipos con pantallas de visualización de datos.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo empleando una metodología basada en la revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, realizando una búsqueda de libros y consultando artículos en las principales bases de datos, seleccionando aquellos que proceden de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro del ámbito sanitario, el puesto de auxiliar administrativo está vinculado al uso de equipos con pantallas de visualización de datos, que se utilizan de manera habitual y durante una parte relevante del tiempo de trabajo. Este uso continuado de pantallas de visualización de datos es uno de los ejemplos de cómo las nuevas tecnologías pueden suponer la introducción de nuevos riesgos para el trabajador, los cuales se deben prevenir.

Algunos de estos riesgos son:
• Problemas de ojos y vista, que se manifiestan generalmente con picor de ojos, cansancio, inadecuación de la visión, etc…
• Trastornos músculo-esqueléticos, el trabajo con pantallas de visualización de datos puede acarrear el mantenimiento de posturas excesivamente estáticas, lo que puede producir molestias en la nuca, cabeza, brazos y columna vertebral.
• Dolores de cabeza, fatiga mental y estrés, generado por la carga de trabajo y la complejidad de los sistemas informáticos.

Algunas de las medidas de prevención ante esta serie de riesgos por problemas en ojos y vista sería:
- Elección de las fuentes de iluminación de manera que se eviten reflejos sobre las pantallas.
- Las ventanas deberán ser tenidas en cuenta a la hora de posicionar la pantalla, de manera que el eje de vista del trabajador sea paralelo a la línea de ventanas y deberán ir equipadas de manera que se pueda atenuar la luz del día que ilumine el puesto de trabajo.

- Es conveniente que la iluminación artificial sea difusa, proveniente de fuentes de luz de gran superficie, con una iluminación débil en todas las direcciones.
- No es aconsejable la luz natural como única fuente de luz, debido a que puede sufrir grandes variaciones.
- Uso de monitores con el tamaño adecuado, que deben colocarse a una distancia de entre 40 y 50 cm respecto a los ojos del trabajador.

Medidas de prevención en trastornos músculo-esqueléticos:
- El asiento de trabajo debe ser regulable, con el respaldo reclinable y ajustable en altura.
- El teclado debe ser inclinable e independiente de la pantalla. De esta manera, el trabajador podrá adoptar una postura cómoda y evitar problemas en brazos y manos.
- El monitor debe ser orientable e inclinable.
- El ratón debe adaptarse a la curva de la mano y poder deslizarse con facilidad por la superficie de trabajo.
- La superficie de trabajo debe tener dimensiones suficientes para permitir una colocación flexible de la pantalla y el material accesorio.
- Un reposapiés sería recomendable, especialmente cuando la altura del asiento no permite descansar los pies en el suelo.

Si se padece dolores de cabeza, fatiga mental y estrés las medidas para evitarlos:
- Uso de programas que se adecuen al trabajo a realizar, siendo de fácil manejo. Los trabajadores deben recibir formación e información para manejar estas aplicaciones.
- Es importante que haya una buena organización de las tareas, con pausas dentro del tiempo de trabajo y variación en el tipo de tareas, evitando realizar durante tiempo prolongado aquellas que puedan resultar más monótonas.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha expuesto, el aumento del uso continuado de pantallas de visualización de datos ha provocado la aparición de una serie de riesgos para la salud del trabajador, por lo que es importante tomar medidas para reducir o evitar estos riesgos.

La persona responsable deberá analizar los puestos de los diferentes auxiliares administrativos que trabajan con pantallas de visualización de datos para poder

evaluar los riesgos a los que se encuentra expuesto el trabajador, tomando las medidas oportunas para evitar o disminuir estos riesgos.

Los trabajadores deberán ser informados de las medidas a adoptar en cumplimiento del Real Decreto 488/1997 del uso de pantallas de visualización de datos así como recibir formación específica para el adecuado manejo de los equipos informáticos que utilizan.

6 Bibliografía

- www.istas.net
- Real Decreto 488/1997 de 14 de Abril https://www.uso.es/las-pausas-en-el-trabajo-con-pantallas-de-visualizacion-de-datos/
- https://www.padigital.es/prevencion-riesgos/la-prevencion-de-riesgos-con-pvd.html
- https://www.insst.es/

Capítulo 973

ERGONOMÍA Y SALUD FRENTE A UN ORDENADOR

ANA ISABEL GONZALEZ RODRIGUEZ

MARIA CECILIA VARA REMESAL

JOSE FRANCISCO CADAVIECO RIESGO

1 Introducción

El personal administrativo no está asociado a una accidentalidad alarmante pero el diseño inadecuado del puesto de trabajo puede dar lugar al mantenimiento de posturas forzadas y mantenidas en el tiempo. Suele derivar en trastornos musculoesqueléticos, por ejemplo, patologías en la zona cervical y en el músculo trapecio, síndrome del túnel carpiano, etc. siendo la principal causa de bajas por enfermedad relacionada con las condiciones de trabajo. Otras importantes fuentes de riesgo para este colectivo, lo constituyen las patologías de la vista (disminución del parpadeo, sequedad ocular, fatiga).

2 Objetivos

- Adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del ser humano, en este caso, adaptar el puesto de trabajo al personal administrativo que pasa la mayor parte de su jornada laboral sentado frente a una pantalla de ordenador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática de libros y artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La ergonomía se puede clasificar en las siguientes áreas:
- Ergonomía de puestos / ergonomía de sistemas.
- Ergonomía de concepción o ergonomía de corrección.
- Ergonomía geométrica.
- Ergonomía ambiental.
- Ergonomía temporal o cronoergonomía.
- Ergonomía informática: hardware y software.

En este capítulo estudiamos la ergonomía de puestos, con correcta colocación de los elementos que forman parte de una mesa de trabajo administrativo:
- El monitor, la pantalla está de frente, y situada entre 50-55 cm de los ojos. Existe espacio suficiente entre el teclado y el borde de la mesa para poder apoyar las muñecas. En este caso, se dispone de reposamuñecas. o La pantalla se ha de colocar de forma que las áreas de trabajo que hayan de ser visualizadas de manera continua tengan un "ángulo de la línea de visión" comprendido entre la horizontal trazada desde los ojos a la parte superior del monitor y 60° por debajo de la misma. No obstante, la zona preferida por los usuarios se sitúa entre la línea de visión horizontal (ángulo de 0°) y un ángulo de 30°.
- El teclado, entre el borde de la mesa y el deben quedar como mínimo 10 cm. para apoyar las muñecas. Esto evitará posibles lesiones por movimientos repetidos. Algunos teclados actuales están diseñados de tal forma que permiten descansar en ellas las muñecas durante las pausas de escritura (tienen incorporado un reposamuñecas). Para apoyar directamente las muñecas mientras se escribe debe usarse un reposamuñecas independiente. Si el teclado está demasiado alto utilizaremos una almohadilla de apoyo para mejorar la posición de las muñecas. La posición correcta se consigue cuando el antebrazo, la muñeca y la mano forman una línea recta. Existen teclados adaptados a las limitaciones que pueda tener el usuario como teclados más amplios para personas con capacidad de precisión reducida, ampliado, para una sola mano, etc.
- Silla de trabajo, debe ser una silla regulable en altura e inclinación, el respaldo

debe tener una suave prominencia que permita el apoyo lumbar (para la parte baja de la espalda) y ayude a mantener una postura correcta. Debe ser ajustable en altura. También en inclinación, para facilitar la relajación ocasional de la espalda.
- Reposapiés, es necesario en los casos donde no se puede regular la altura de la mesa y la altura del asiento no permite al usuario descansar sus pies en el suelo. Inclinación ajustable entre 0 y 15 grados sobre el plano horizontal. Dimensiones mínimas de 45 cms. de ancho por 35 cms. de profundidad. Superficie y apoyos antideslizantes.
- La postura correcta para trabajar delante del ordenador es aquella en la que la parte superior del cuerpo y la inferior, están formando un ángulo recto (un ángulo de 90º), con la espalda completamente apoyada en el respaldo de la silla. Estar correctamente sentado no implica no cambiar de posición (estatismo postural) es perjudicial para el organismo, incluso cuando se adopta esta postura ideal. Para evitar los efectos negativos del estatismo postural, es conveniente que muevas tus pies y piernas. Varía entre descansar los pies sobre el reposapiés, el suelo y las patas de la silla.

5 Discusión-Conclusión

Las dolencias más comunes sufridas por aquellos que trabajan frente a un ordenador en un 48% se debe a problemas de espalda un 42 % problemas de cuello y un 38 % dolores de cabeza. Hoy en día, se demanda calidad de vida laboral, es decir, el conjunto de condiciones de trabajo que no dañan la salud y que, además, ofrecen medios para el desarrollo personal, es decir, mayor contenido en las tareas, participación en las decisiones, mayor autonomía, posibilidad de desarrollo personal, etc.
Por ello, la importancia de facilitar los medios al personal laboral así como su correcta utilización.

6 Bibliografía

- https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag30022/recomendaciones%20ergonomicas.pdf
- Asociación Española de Ergonomía
- Investigación de Fellowes https://assets.fellowes.com/downloads/es/levado/Guia-Sit-Stand-Puestos-de-Trabajo-Saludables.pdf

Capítulo 974

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL PERSONAL NO SANITARIO

ANA ISABEL GONZALEZ RODRIGUEZ

JOSE FRANCISCO CADAVIECO RIESGO

MARIA CECILIA VARA REMESAL

1 Introducción

La comunicación eficaz, integrada y coordinada es esencial para alcanzar el objetivo fijado por la OMS de mejorar las perspectivas de futuro y la salud de las personas en todo el mundo.

La Organización ha invertido muchos recursos para satisfacer la creciente necesidad de información, recomendaciones y orientación, destinándolos a mejorar la capacidad y la integración de los canales de comunicación existentes, expandir las relaciones con los medios, apostar por las comunicaciones audiovisuales, asentar su credibilidad y potenciar la comunicación social y en línea y la comunicación de riesgos relacionados con las emergencias sanitarias.

Los seis atributos o principios básicos de las actividades de comunicación de la OMS son: accesible, factible, creíble y fiable, pertinente, a tiempo y fácil de entender.

Por ello, el correcto aprendizaje de habilidades sociales y su puesta en práctica debe entenderse como el desarrollo de la capacidad para favorecer un mejor en-

tendimiento, una buena escucha, una empatía, un saber manejar situaciones estresantes que se puedan presentar, con personas de distintos niveles culturales y sociales, manteniendo siempre una relación de respeto y confianza mutua.

La información por sí sola no induce a la acción para que aquello que expresamos tenga el efecto deseado, por lo que debemos tener en consideración los tres elementos intervinientes en la comunicación: el emisor, el receptor y los canales de comunicación.

2 Objetivos

- Mostrar y concienciar al trabajador no sanitario de la importancia de la comunicación adaptándola a cada persona y situación.
- Fomentar una actitud positiva hacia la comunicación verbal y no verbal con los otros que facilite desarrollar una relación interpersonal satisfactoria.

3 Metodología

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

4 Resultados

El resultado de una buena comunicación se mide por el efecto que tiene en el receptor. Cuanto mayor sea la identificación del receptor con el emisor, mayor será integrar adecuadamente el mensaje emitido.

Existen barreras en la comunicación que pueden ser personales, físicas u organizativas: los cambios demográficos, la diversidad cultural, los diferentes idiomas, la escasez de personal sanitario y no sanitario, son factores que convergen para crear desafíos particularmente difíciles contra las que hay que trabajar incansablemente y establecer así una buena comunicación.

Una parte importante de la comunicación oral procede de la comunicación gestual y en especial de la visual. Está constatado que un 75% de la información que se procesa, se comunica visualmente.
La comunicación telefónica tiene una dimensión diferente, donde el lenguaje oral toma relevancia, por lo que, el tiempo de respuesta a la recepción de la llamada, la acogida personal, la confirmación de la demanda, el desarrollo del proceso, la sonrisa telefónica, la solución o el compromiso inmediato y la despedida, son momentos que requieren profesionalidad y trabajo continuado. La calidad en la atención telefónica depende de cómo transcurre esa comunicación telefónica.

No existe eficacia comunicativa en el ámbito de la salud, si no contemplamos la comprensión, el respeto, la escucha activa, la empatía, etc; por lo que una comunicación asertiva respetuosa y no ofensiva. Para conseguir el nivel de precisión adecuado en este tipo de comunicación se requiere por parte del emisor:
- Tener una idea clara y concreta sobre lo que se quiere decir y lo que se quiere conseguir.
- Seleccionar el contenido de la información evitando caer en ambigüedades.
- Seleccionar adecuadamente los códigos y canales de comunicación (los del lenguaje, oral o escrito, los del lenguaje gestual y los de signos).
- Transmitir la información.

5 Discusión-Conclusión

El personal no sanitario es una pieza importante. Su comunicación verbal y no verbal con el usuario del Sistema Nacional de Salud debe adaptarse a las circunstancias, empatizando y redirigiendo situaciones adversas adoptando una actitud de resiliencia de manera que proporcione la información adecuada y clara teniendo en cuenta en todo momento las características del receptor. Así mismo, los profesionales no sanitarios han de aceptar el conflicto como algo natural que puede suceder en su entorno y que necesita de una correcta gestión en cada momento, por lo que no hay que descuidar la prevención del conflicto y desarrollar estrategias comunicativas que nos sirvan en la resolución del mismo.

6 Bibliografía

- Organización mundial de la salud
- Real Academia Española
- “Inteligencia Emocional en el Trabajo”. Goleman, D y Cherbiss,C. (2005)

- “El arte de conversar”. Caine,D. (1999)
- Biblioteca Deusto de Desarrollo Personal (1992). “Cómo escuchar bien y entender mejor”

Capítulo 975

LA ASERTIVIDAD: EL ESTILO DE COMUNICACIÓN EFICAZ ENTRE EN EL PERSONAL NO SANITARIO.

MARIANO VALLINA ANTUÑA

1 Introducción

La comunicación en los equipos de trabajo debe ser efectiva, pero es un hecho que día a día surgen conflictos tanto entre los miembros del equipo de trabajo de cualquier institución sanitaria como entre profesionales-pacientes.

Los estudios revelan que una falta de comunicación o una comunicación ineficaz conlleva a que entre los miembros del equipo de trabajo se originen broncas, rencores, ineficacia, conflictos laborales, errores en la ejecución de las tareas, frustración, malos humores, relaciones tensas y por supuesto influye negativamente en los pacientes, además de poder producirse una mala comunicación personal/paciente.

Por lo tanto, cabe indicar que la utilización de unas adecuadas habilidades de comunicación contribuye: a un buen desarrollo de la actividad profesional individual y grupal, a lograr los objetivos fijados y a evitar conflictos entre los miembros del equipo.

En consecuencia, se constata que es totalmente necesario que la organización tiene que tener presente que es fundamental mejorar los procesos de comunicación, y que la persona que ejerza el rol de líder en cada equipo de trabajo de las

instituciones sanitarias influya en trasmitir la necesidad de fomentar la asertividad como el estilo de comunicación eficaz por excelencia.

2 Objetivos

- Identificar los errores de comunicación más frecuentes.
- Conocer las consecuencias de una mala comunicación.
- Analizar los distintos estilos de comunicación.

3 Metodología

Se han consultado diferentes bases de datos (Dialnet, Pubmed Central, PsycArticles y PsycoInfo).
El período temporal revisado comprende (2006-2019) usando filtro de idioma español e inglés.
Los marcadores utilizados fueron: comunicación, asertividad, assertive communication skills.

De un total de 110 referencias se han seleccionado 20 para un estudio más detallado al cumplir todos los criterios de inclusión establecidos (año de publicación, disponibilidad de texto inglés/español y artículos de revistas científicas).

4 Resultados

En los documentos consultados figura que es imprescindible identificar los errores que se cometen en el proceso de comunicación, con el fin de eliminarlos si el objetivo que se persigue es contar con unas adecuadas habilidades de comunicación.

Los errores que se cometen con mayor frecuencia en la comunicación son los siguientes:
- Oír en lugar de escuchar.
- Decir lo que uno piensa sin tener en cuenta a los demás.
- No es lo mismo hablar que decir, no hace falta hablar mucho, lo que cuenta es que lo que se diga tenga fundamento.
- Falta de confianza, de asertividad.
- Falta de credibilidad.
- Falta de empatía.

-bInadecuada empatía emocional.
- Un lenguaje verbal que se puede calificar de pobre.
- Falta de respeto.

En lo que se refiere a las consecuencias de una mala comunicación, cabe señalar que los estudios consultados constatan que carecer de unas habilidades de comunicación eficaces puede ocasionar efectos como los que se relacionan a continuación:
- Malestar en el ambiente laboral (batallas interminables entre miembros del equipo de trabajo).
- Disminución de la productividad.
- Difusión de rumores.
- Desmotivación.
- Desconfianza.

E incluso puede implicar descontento por parte de los pacientes.
En cuanto a los distintos estilos de comunicación, todos los estudios analizados diferencian tres estilos de comunicación:
- Estilo agresivo: están presentes las acusaciones directas, reproches, críticas e incluso humillación. El objetivo es entrar en una dinámica de poder en la que uno mismo tenga el dominio y la otra parte quede minimizada. Asimismo se caracteriza por elementos paraverbales y no verbales que expresan enfado o bien hostilidad, por ejemplo, tono de voz elevado, tensión de los músculos.

- Estilo pasivo: no defienden sus derechos, no expresan sus necesidades o sus opiniones por lo que los demás no los tienen en cuenta y se aprovechan de ellos, se dejan que los demás les digan lo que tienen que hacer. También, pueden temer la posibilidad de no agradar a los demás, o el simple desinterés y desear zanjar un diálogo cuanto antes. Este estilo es típico de las personas tímidas que se muestran inseguras en las relaciones personales. En lo que respecta al contacto visual es relativamente escaso, el tono de voz bajo, las respuestas cortas o con poca relación con lo que se habla y un lenguaje no verbal que expresa actitud a la defensiva o inseguridad.

- Estilo asertivo: en este estilo la persona comunica de manera directa aquello que piensa y siente, siempre que crea que tiene valor y que no incomodará de manera excesiva a alguien, es decir, se comunica de manera honesta y transparente pero sin intentar dominar a la otra persona. Además, la persona que se comunica de manera asertiva acompaña apropiadamente aquello que quiere compartir con la otra persona a través también del lenguaje no verbal (contacto visual, voz,

postura, expresión facial, gestos, distancia, oportunidad, fluidez y atención).

Una vez descritos los tres estilos de comunicación, cabe indicar que con el fin de que la institución sanitaria sea eficaz, es preciso decantarse por la comunicación asertiva, pues este estilo asertivo se basa en el respeto hacia uno mismo y hacia las demás personas, implicando que cada persona se pueda expresar de manera clara, directa, honesta y con respeto aquello que se considera justo para uno, incluida la habilidad de saber decir NO, poner límites, teniendo en cuenta los derechos, pensamientos, sentimientos y valores de cada uno.

En la asertividad no está presente la agresividad, y se está dispuesto a dirigir así como dejar que otros dirijan. Se actúa de manera honesta, directa, firme, igualitaria y se busca beneficiar a las personas y a las relaciones.
En definitiva, es necesario señalar que cuando varias personas de un equipo de trabajo en una institución sanitaria utilizan la asertividad contribuye a que las demás personas del equipo se expresen libremente, con respeto, sin agredir.

Asimismo, se facilita a que se resuelvan los problemas inmediatos que puedan aparecer en el proceso de comunicación y se reduce el riesgo de que en próximos procesos de comunicación puedan surgir problemas.

5 Discusión-Conclusión

Analizados los tres estilos de comunicación: agresivo, pasivo y asertivo, se concluye que el estilo de comunicación más eficaz es el asertivo.

La asertividad genera en el equipo de trabajo un ambiente agradable y gratificante. La comunicación asertiva resuelve situaciones conflictivas.

Por todo ello, se considera necesario que es preciso vigilar, analizar el estilo de comunicación de cada equipo de trabajo en cada institución sanitaria, pues el estilo predominante va a influir en el clima laboral, y por lo tanto en la productividad del citado equipo.

Por último, es preciso incidir en que la asertividad genera satisfacción laboral, aumenta la autoestima, permite que las relaciones interpersonales sean de calidad, minimiza los enfrentamientos, las relaciones conflictivas entre los miembros del equipo, y por supuesto también beneficia la relación profesional/paciente.

6 Bibliografía

- Rengifo Hernández Germán Alberto La comunicación asertiva, un camino seguro hacia el éxito organizacional 2014 Facultad de Estudios a distancia.
- Gómez Simón José La comunicación 2016 Universidad de Carabobo Venezuela.
- Naranjo Pereira Mª Luisa Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas 2011.
- Rodríguez Jiménez Luz Jinet Comunicación asertiva 2012 Academia Edu.
- Castanyer Olga y Ortega Estela Asertividad en el trabajo 2013 Ed. Conecta.
- Goulston Mark Just liten! 2011Ed. Taller del éxito.

Capítulo 976

IMPORTANCIA DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES EN URGENCIAS

FELIX ALONSO FERNANDEZ

ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Todos tenemos claro la necesidad de una temperatura adecuada en urgencias, además tenemos que tener en cuenta: corrientes; humedad inadecuada y falta de aire acondicionado que repercuten en pacientes y personal que trabaja en el hospital.

Para mantener unas condiciones correctas de climatización hay que tener en cuenta los aspectos de temperatura, humedad, velocidad, distribución y limpieza del aire para tener garantías de seguridad, sobre todo en edificios que soportan una gran presión asistencial. Según normativa UNE 100713- 2005 la temperatura debe de estar entre 24 y 26 grados y una humedad relativa del 45-55%

2 Objetivos

- Conocer la importancia de las condiciones ambientales en los servicios de urgencias de los centros hospitalarios.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la narrativa publicada en las bases de datos PubMed, Scielo, Medline y Lilacs. De los 3150 resultados, se seleccionaron 16 artículos de diverso abordaje metodológico, que cumplían los criterios de inclusión: formato a texto completo, acceso libre y publicado en el periodo comprendido entre 2013 y 2019. Los principales criterios de exclusión fueron la duplicidad en las distintas bases de datos y el año de publicación.

Revisión bibliográfica de la narrativa publicada en las bases de datos PubMed, Scielo, Medline y Lilacs que versa calidad ambiental.

4 Resultados

En los hospitales coexisten espacios para muchos usos distintos, con diversas necesidades y distintas condiciones de diseño.

En casos tales como Consultas, Salas de Espera, Vestíbulos, Zonas de Administración, e incluso en las Áreas de Hospitalización, Urgencias. Existe Reglamentación para los requerimientos de los Hospitales, que generalmente, se nutren de la Norma UNE-100 713.

Si bien se nota una mejora debemos tener en cuenta la especial ubicación del espacio de urgencias y su particular idiosincrasia. El control del aire en el interior de los edificios es un aspecto al desarrollo intrínseco al desarrollo de los mismos tenemos que tener en cuenta que estamos hablando de hospitales donde debemos de elevar los estándares de confort y salud, además esto contribuye a una más rápida recuperación del paciente, lo que no quiere decir que no tenemos que cuidar la economía en lo que atañe a la calidad y coste de los servicios

5 Discusión-Conclusión

Parece evidente la importancia y trascendencia que la instalación de climatización tiene en los hospitales. Una instalación mal diseñada o mal realizada es prácticamente irrecuperable y el hospital la sufrirá hasta que se realice una renovación total del edificio, e incluso si este no dispone de los espacios necesarios. En bastantes casos excelentes diseños arquitectónicos, no suelen ir acompañados de excelentes proyectos de instalaciones diseñadas para hospitales.

La dotación económica para instalaciones técnicas es escasa tradicionalmente y además no ha tenido en cuenta en los últimos años las nuevas normativas aparecidas, los nuevos criterios de diseño y avances tecnológicos que se han incorporado en el mundo occidental y que en su conjunto ha supuesto un encarecimiento de las mismas. De hecho los baremos que hoy se utilizan para la climatización de oficinas de buen nivel es bastante superior al que normalmente se aplica en hospitales.

Finalmente quisiera indicar que en España no hay sorprendentemente, criterios oficiales para validación y acreditación de hospitales para nuevas construcciones o existentes, ni tampoco organismos estatales que marquen prestaciones mínimas o elaboren guías de diseño que unifiquen en lo fundamental la construcción y renovación de hospitales en todo el territorio español, así como valorar con algún tipo de baremo (realizado con cierta periodicidad).

6 Bibliografía

- Normas UNE-100 713. 2005
- Slideshare climatización hospitales 206012400
- Casares A. Arquitectura Sanitaria y Hospitalaria [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad

Capítulo 977

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DENTRO DEL SECTOR SANITARIO

SILVIA MARIA FUENTES MIGUEL

1 Introducción

El trabajador sanitario, cómo cualquier otro trabajador de otro sector, tiene derecho a trabajar sin sufrir daños derivados del trabajo. Trabajar en el sector sanitario implica hacer frente a una serie de riesgos genéricos presentes también en otros sectores (como el nivel de ruido, la climatización , el estrés, el trabajo nocturno y la turnicidad, deformaciones posturales e incluso, agresiones) y riesgos más específicos como son las radiaciones, los agentes biológicos , los riesgos derivados del contagio de enfermedades como la hepatitis o el vih por ejemplo,y los riesgos psicosociales.

En materia de prevención de riesgos laborales hay que hacer el análisis y evaluación de riesgos según las circustancias en que se lleve a cabo el trabajo, ya que no es lo mismo desempeñar el trabajo en un centro de salud u hospital enorme que en uno pequeño y también hay que diferenciar en función de la profesión.

2 Objetivos

- Conocer algunos aspectos de la prevención de riesgos laborales dentro del mundo sanitario.
- Saber cómo actuar en situaciones específicas según la la Prevención de Riesgos Laborales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales en sus artículos del 14 al 29 regula los derechos y deberes de los empresarios (administraciones públicas incluídas) y trabajadores. En el artículo 15, "se enumeran los principios generales que el empresario debe aplicar al desarrollar la actividad de prevención en la empresa:
- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en el origen.
- Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- Tener en cuenta la evolución técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores."

El cumplimiento de éstos principios y la formación de los trabajares son las únicas vías para acabar con la siniestralidad laboral y la exposición a las enfermedades profesionales. Para poder dar cumplimiento a estos principios del art 15 es necesario integrar en el sistema general de gestión de la empresa la prevención de riesgos laborales, para ello hay que llevar a cabo una serie de actuaciones:

Plan de prevención de riesgos laborales
- Debe estar reflejado en un documento y conocido por todos los trabajadores.

- Incluirá la estructura organizativa prevista para la actividad preventiva incluyendo responsabilidades y funciones dentro de la empresa, recursos materiales para realizar la acción de prevención de riesgos en la empresa. Debería aparecer el presupuesto anual si lo hubiera.
- Los recursos humanos, técnicos, materiales y económicos de los que la empresa va a disponer para realizar la acción preventiva de riesgos en la empresa.
- Los instrumentos necesarios para la gestión y aplicación del plan de prevención de riesgos laborales son: (capítulo III derechos y obligaciones)

1. Evaluación de Riesgos: "el empresario deberá realizar una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores teniendo en cuenta la naturaleza de la actividad, las características del puesto de trabajo y los trabajadores que deban desempeñarlos.
2. Planificación de la Actividad Preventiva:"si los resultados de la evaluación de riesgos pusieran de manifiesto situaciones de riesgo, el empresario realizará aquellas actividades preventivas necesarias para eliminar o reducir y controlar tales riesgos.
3. Medios de Protección colectivos e individuales: "el empresario debe proporcionar a sus trabajadores equipos de protección para garantizar a sus trabajadores que puedan realizar su trabajo en condiciones de seguridad y salud".
4. Formación e información de los trabajadores:"los trabajadores tienen el derecho de ser informados antes de su incorporación al puesto de trabajo de los riesgos a los que van a ser expuestos y de las medidas disponibles para evitarlos".
El empresario debe garantizar que cada trabajador reciba una formación teórica y práctica en materia preventiva".
5. Vigilancia de la salud: "El empresario tiene la obligación de garantizar a sus trabajadores la vigilancia periódica de la salud en función de los riesgos de su puesto de trabajo".
6. Consulta y participación: " Los trabajadores tienen derecho a dar su opinión sobre los riesgos y medidas de protección que existan en su puesto de trabajo y también a proponer soluciones".
7. Adaptación del puesto de trabajo:" El puesto de trabajo tiene que adaptarse a cada trabajador, a sus características personales y físicas, teniendo en cuenta los espacios de trabajo ,instalaciones, mesas, sillas, equipos de protección individual…..

Riesgos laborales en el ámbito sanitario.
En los centros sanitarios se dan dos tipos de riesgos laborales en función de su origen:

- Los riesgos asociados al lugar de trabajo originados por el estado de la construcción.
- Los riesgos específicos que son los causados por las actividades, equipos propios del sector sanitario……

1. Riesgos biológicos
Viene condicionado por la exposición a los agentes biológicos: parásitos (tenia, toxoplasma….), esporas, bacterias (micobacterias, clamidia…), hongos, virus (hepatitis, fiebre amarilla paperas, vih….),cultivos celulares humanos o de animales y los agentes biológicos potencialmente infecciosos que éstas células puedan contener.

En el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos en el trabajo se recoge lo relativo las medidas preventivas especificas y las obligaciones de los empresarios (en éste caso los gerentes) ante el riesgo:
Clasificación de los agentes biológicos:
- Grupo 1. "Agentes con escasa probabilidad de causar una enfermedad en el hombre".
- Grupo 2. "Agentes que pueden causar una enfermedad en el hombre y puede suponer un peligro para los trabajadores, siendo poco probable que se propaguen a la colectividad y existiendo generalmente profilaxis o tratamiento eficaz.
- Grupo 3. "Agentes que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente profilaxis o tratamiento eficaz.
- Grupo 4." Agentes que causan una enfermedad grave en el hombre y suponen un serio peligro para los trabajadores, con muchas posibilidades de que se propague a la colectividad y sin que exista generalmente profilaxis o tratamiento eficaz.

Vías de entrada (estos agentes pueden penetrar en nuestro organismo a través de diferentes vías):
- Respiratoria
- Digestiva
- Dérmica
- Parental

Obligaciones del empresario:
- Identificar y evaluar el riesgo periódicamente.
- Sustituir los agentes biológicos por otros que no resulten peligrosos.
- Reducir el riesgo.

- Adoptar mediad higiénicas.
- Garantizar una adecuada y específica vigilancia de la salud del personal en relación con los riesgos por exposición a agentes biológicos.
- Disponer de toda la documentación preventiva relacionada con la exposición a agentes biológicos que deberá tener a disposición de la autoridad laboral y sanitaria.
- Conservar durante 10 años después de que la exposición haya finalizado los listados de las personas expuestas y sus historiales médicos.
- El uso de agentes biológicos de los grupos 2,3,y 4 debe notificarse a la autoridad laboral.
- Informar y formar a los trabajadores y a sus representantes de temas como los riesgos potenciales, disposiciones en materia de higiene, utilización de equipos y ropa de protección individual y todas las medidas que deberán adoptar.
- En todas aquellas cuestiones relativas a la seguridad y salud en el trabajo, consultar a los trabajadores o a sus representantes y permitir su participación.

Precauciones universales:
- La vacunación.
- Normas de higiene personal como cubrir con un apósito las heridas antes de comenzar la jornada laboral, no utilizar cadenas, anillos ni otras joyas, el lavado de manos debe hacerse al comenzar y terminar la jornada laboral.
- Elementos de protección barrera como son los guantes, mascarilla, batas o protección ocular.
- El cuidado con los objetos punzantes.
- Comunicación de los accidentes lo antes posible y siguiendo el protocolo adecuado.

2. Riesgos Químicos
La directiva 98/ 24CE define el agente químico como" todo elemento o compuesto, mezclado o por sí mismo, tal como se presenta en estado natural o es producido, utilizado o vertido como residuo, en una actividad laboral , se haya elaborado o no de modo intencional y se haya comercializado o no".
Agente químico peligroso "agente químico que puede representar un riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores debido a sus propiedades fisicoquímicas, químicas o toxicológicas y a la forma en que se utiliza o se haya presente en el lugar de trabajo".

La exposición a sustancias o productos químicos peligrosos viene caracterizada por ser de baja intensidad pero de larga duración pudiendo abarcar toda la vida

laboral. Por eso, los síntomas de afectación tardan mucho en aparecer. Son enfermedades degenerativas con largos periodos de de evolución. Los trabajadores tienen derecho a tener unas fichas de datos de seguridad que incluye información del producto químico sobre los riesgos para la salud que puede ocasionar. A partir del 1 de diciembre de 2010 todas las sustancias se clasificaran, etiquetarán y envasarán según los criterios del nuevo reglamento CE nº 1272/2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.

3. Riesgos Físicos:
En el sector sanitario, destacamos, a parte de el ruido y las vibraciones, la exposición a energía electromagnética o radiaciones. En los centros de trabajo del sector sanitario es común estar expuesto a un amplio repertorio de estos agentes físicos. La radiación es la transmisión o transferencia de energía en forma de ondas electromagnéticas o partículas. Si inciden sobre el cuerpo humano pueden causar diferentes efectos según sea su origen y la cantidad de energía que lleven asociada. Hay que destacar factores de riesgo como: el tipo de radiación, tiempo de exposición, distancia al foco emisor, dosis recibida, órganos o tejidos afectados, y la sensibilidad de la persona. Hay radiaciones con alto nivel de energía que son las radiaciones ionizantes o otras que, por su baja energía no son capaces de ionizar las moléculas que son las radiaciones no ionizantes.
Zona vigilada ……gris magenta
Zona controlada ……verde
Zona de permanencia limitada ……amarillo
Zona de permanencia reglamentada……. naranja
Zona de acceso prohibido ……rojo

4. Riesgos ergonómicos.
Están asociados a lesiones osteomusculares , siendo éstas enfermedades la causa de invalidez permanente. Las alteraciones musculoesqueléticas abarcan un gran nùmero de lesiones en tendones, ligamentos, músculo, etc. localizadas generalmente en el cuello, los brazos, espalda, codo o muñeca. Son síntomas predominantes el dolor, la contractura, la inflamación y la disminución o la incapacidad funcional de la zona afectada.

En el sector sanitario los riesgos ergonómicos aparecen por movimientos forzados, sedentarismo, movimientos imprevistos, uso de pantallas de visualización de datos (el uso de ordenadores, la mala ubicación, el espacio reducido o lamala ubicación o colocación del equipo informático), el sedentarismo de la actividad, las malas posturas …..son factores de riesgo añadidos.

5. Riesgos psicosociales:
Son aquellos específicos a los que están expuestos por la mala organización en el trabajo y generan efectos negativos para la salud.

• Factores de riesgo:
- Exceso de exigencias psicológicas.
- Falta de influencia y posibilidades de desarrollo.
- Falta de apoyo social y de calidad de liderazgo.
- Escasez de compensaciones.

Los efectos para la salud son el estrés y el síndrome de burnout o síndrome de estar quemado en el trabajo entre otros.

6. Riesgos para la maternidad:
Durante el embarazo y la lactancia se producen muchos cambios fisiológicos y psicológicos en las mujeres, éstos cambios son los que hacen que las trabajadoras que han dado a luz recientemente o que estén embarazadas sean especialmente vulnerables a algunos riesgos laborales.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario, a veces, la prevención de ciertos riesgos es muy compleja, costosa y se necesita un esfuerzo constante y la realización , con antelación , de todas las acciones a llevar a cabo y no hay que limitarse a respetar las leyes formalmente sin cumplirlas materialmente.

Aunque se han ido destinando muchos más medios para fines formativos, no se ha avanzado lo suficiente en la sensibilización de los trabajadores en materia de prevención. Aspectos como la aparición de nuevos riesgos y enfermedades, las constantes innovaciones técnicas en el sector de sanidad requieren una formación continua.

6 Bibliografía

- Revista de administración sanitaria S. XXI, www.elsevier.es
- Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos para su salud y su seguridad derivados de la exposición a agentes biológicos durante el ejercicio de su trabajo.

- Directiva 98/ 24CE
- reglamento CE nº 1272/2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas

Capítulo 978

LA INFLUENCIA DEL MEDIOAMBIENTE EN LA SALUD DE LOS NIÑOS

MARTA FERNÁNDEZ FERNANDEZ

SANDRA PIDAL MONTES

ROCÍO FERNÁNDEZ GARCÍA

MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ

JUAN JOSE VELAZQUEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

En los últimos años, en los países desarrollados, hemos controlado determinadas enfermedades infecciosas y nutricionales pero ha aumentado la incidencia de asma, alergias, cáncer, leucemias, trastornos neurológicos y discapacitaciones.

El aumento de tóxicos ambientales son los responsables, en parte, de estos cambios en los patrones de las enfermedades. Actualmente, los niños están expuestos a 15.000 productos químicos sintéticos, la mayoría desarrollados durante los últimos 50 años. Estas substancias son utilizadas ampliamente en los productos de consumo y dispersados al ambiente. Más de la mitad no son adecuadamente investigados sobre su potencial tóxico.

2 Objetivos

- Poner las medidas preventivas necesarias para que los niños y adolescentes tengan una mejor calidad de vida.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados en el los influencia del medioambiente en los niños y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: hospital, salud, determinantes, población, niños, calidad de vida.

4 Resultados

Los niños son más vulnerables que los adultos a los tóxicos por su mayor exposición y susceptibilidad biológica.
• Respiran más aire, beben más agua y comen más alimentos por kilo de peso que los adultos.
• Sus órganos inmaduros están en desarrollo, y esto dificulta la metabolización y excreción de los •contaminantes.
• Los niños tienen más actividades al aire libre, peor higiene, están más cerca del suelo y no saben protegerse, esto facilita una gran accesibilidad a las substancias tóxicas, una gran parte de ellas se acumulan a poca distancia del suelo.
• Tiempo prolongado de exposición. La mayoría de tóxicos, nuevos y poco conocidos, actuarán desde la época fetal hasta la edad adulta, facilitando el desarrollo de enfermedades como el cáncer y el Parkinson.
Por lo tanto, es importante conocer a qué están expuestos nuestros niños y adolescentes: ¿Qué respiran?, ¿qué beben?, ¿qué comen? y como influye en su salud diferentes agentes como las radiaciones (campos eléctricos y magnéticos); los cambios climáticos (frío y calor extremo); los ruidos; los accidentes; etc.

Los contaminantes industriales, actualmente, son constantes y progresivos. Están saturando y sobrepasando la capacidad autodepurativa que tiene la naturaleza. La sociedad industrializada está produciendo en las últimas décadas más de 100.000 substancias químicas sintéticas que se liberan a la atmósfera, muchas de ellas persistentes y acumulativas. Los principales contaminantes químicos son:

- Tabaquismo: En los países desarrollados el 50-60% de los niños viven en casas con alguna persona fumadora, además están expuestos a otros ambientes como cafeterías, restaurantes, escuelas, transportes.
- Partículas: Mezcla de componentes sólidos y líquidos en aerosol que están en suspensión en la atmósfera.
- Insecticidas: Organoclorados, se prohibieron durante la década de los 70, pese a esto se siguen utilizando en países del tercer mundo en cosechas que después se exportarán a los países industrializados.

La contaminación microbiológica del agua puede dar diarreas. Las aguas ricas en nitratos pueden dar alteraciones en la sangre. El agua con una concentración de calcio entre los 50-150 mg/l es una buena fuente de calcio en la dieta de nuestros hijos.

Contaminantes medioambientales en la alimentación.
Podríamos clasificarlos en:
• Biológicos: bacterias, parásitos, etc.
• Químicos:
- Restos de pesticidas utilizados en la producción y manipulación de los alimentos.
- Colorantes, conservantes y otros aditivos añadidos a los alimentos. Pueden todos ellos producir reacciones alérgicas.
- Sustancias químicas que se incorporan a los alimentos: aflatoxinas, PBC, metales (mercurio, cadmio, plomo, manganeso), nitratos y compuestos orgánicos.

5 Discusión-Conclusión

La lista podría ser interminable. Somos unos privilegiados porque vivimos en una sociedad industrializada y acomodada donde no falta prácticamente de nada, pero pensemos que no hace falta tener de todo, mucho, y en todo momento. Debemos disfrutar de la vida, pero de forma responsable. Nuestras actitudes se deben hablar y discutir delante de nuestros hijos.

No dudemos que una de las bases de la educación será siempre el ejemplo que los padres, principalmente, y profesores, monitores, etc., den a nuestros hijos. Todo esto será porque nuestros niños disfruten de un presente y un futuro más sano y mejor.

6 Bibliografía

1. Ballester Díez, F. Meteorología y salud. La relación entre la temperatura ambiental y la mortalidad. Rev Esp Salud Pública 1996; 70: 25 l-259.
2. Alderson MR. Season and mortality. Health Trends 1985:17: 87-86. Kay-Tee Khau.
3. Temperature and cardiovascular mortality. Lancet 1995; 345: 337-8.
4. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología.

Capítulo 979

LAS DESIGUALDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN EL ÁMBITO SANITARIO

GUADALUPE CUERVO BLANCO

LAURA PRIETO REDONDO

BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO

1 Introducción

A continuación aparecen una serie de definiciones para comprender la desigualdad de género en el ámbito sanitario.

El patriarcado es un sistema de organización social regido por unas relaciones jerárquicas donde los hombres tienen una posición de superioridad respecto a las mujeres en relación al acceso y uso de los recursos existentes.Podemos ver que el patriarcado se encuentra en ámbito político, económico, religioso y militar y existen situaciones de dominación e incluso de explotación de mujeres.

Un ejemplo de ello sería en Arabia Saudí. Las mujeres no pueden ir a la Universidad, ni al médico, ni viajar al extranjero, ni escoger a su pareja sin el permiso de un familiar masculino (esposo, padre, hermano o hasta hijo).

En las sociedades patriarcales se pretende que los hombres mantengan su poder y las mujeres dependan del hombre, y se les atribuyen distintos papeles en función del sexo.

El feminismo es un movimiento que se apoya en la ideología que defiende que las mujeres deben tener los mismos derechos que los hombres.
Los temas más relevantes en los que se ha centrado el feminismo en el entorno sanitario son:
- Derechos civiles y políticos de las mujeres.
- Derechos laborales y económicos de las mujeres.
-Sexualidad y salud reproductiva.
- Violencia contra las mujeres.
- Desarrollo sostenible y papel de las mujeres como motor de un nuevo paradigma económico.
- Derechos del colectivo de mujeres lesbianas.

Sexismo y androcentrismo:
El androcentrismo es la visión del mundo en donde el hombre es el centro y la medida de todas las cosas siendo, por tanto, la referencia en la que fijarse. El sexismo es cuando se atribuyen determinadas características a uno u otro sexo, dando un mayor valor a uno de ellos.

Uso sexista del lenguaje:
La lengua, por su variedad y riqueza, ofrece muchas posibilidades para describir una realidad y para expresar todo lo que nuestra mente es capaz de imaginar. Se acepta como natural la preponderancia y mayor relevancia del hombre. Así, en todos los pares de palabras se establece que la forma masculina precede a la femenina: hombres y mujeres, maridos y mujeres, padre y madre, hermano y hermana, médicos y médicas, enfermeros y enfermeras, etc., a excepción de los tratamientos corteses como, por ejemplo, damas y caballeros.

Mainstreaming o transversalidad de la perspectiva de género es una estrategia de la Organización Mundial de la Salud.
Es la integración de la perspectiva de género en todas las fases del proceso de las políticas sanitarias: diseño, implementación, seguimiento y evaluación, con el objetivo de promover la igualdad entre mujeres y hombres. Significa evaluar cómo inciden las políticas sanitarias en la vida y posición de mujeres y hombres responsabilizándose de su modificación si fuera necesario. Esta es la manera de hacer de la igualdad de género una realidad concreta en la vida de mujeres y hombres creando espacios comunes tanto en las organizaciones como en las comunidades para contribuir a articular una visión compartida del desarrollo humano sostenible, transformándolo en una realidad.

Discriminación por razón de sexo:

Es toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por las mujeres, con independencia de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y de la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas políticas, económicas, sociales, cultural y civil o en cualquier otra esfera.
Tenemos diferentes formas de discriminación en el ámbito sanitario:
- Discriminación directa: la situación en que se encuentra una persona que sea, haya sido o pudiera ser tratada, en atención a su sexo, de manera menos favorable que otra en situación comparable.
- Discriminación indirecta: situación en que una disposición, criterio o práctica, aparentemente neutros, pone a personas de un sexo en desventaja particular con respecto a personas del otro, salvo que dicha disposición, criterio o práctica puedan justificarse objetivamente en atención a una finalidad legítima y que los medios para alcanzar dicha finalidad sean necesarios y adecuados.

El techo de cristal es definido como una serie de elementos psicosociales que impiden que las mujeres, a pesar de tener la misma cualificación y méritos que sus compañeros, no accedan a los puestos de máxima responsabilidad. Es, por tanto en el ámbito sanitario, una barrera invisible resultante de un complejo entramado en las organizaciones que impide o limita el acceso de las mujeres a los puestos de responsabilidad.

Para lograr una metodología de enfoque integrado en cuanto al género, según el "Protocolo de implantación del mainstreaming de género en el ámbito hospitalario", hay que:
- Desagregar los datos por sexos e introducir variables de análisis que permitan identificar las situaciones de desigualdad y medir la reducción de las brechas de género.
- Investigar las causas de la desigualdad detectadas y actuar sobre ellas.
- Incorporar indicadores de género a los sistemas de información a través de los cuales se evalúa y se da seguimiento a la acción pública.
- Erradicar los estereotipos y prejuicios de género a lo largo de todas las fases de la decisión y acción públicas.

La conciliación de la vida personal, familiar y laboral en el ámbito sanitario permite hacer compatibles diferentes aspectos de un proyecto de vida, de articular de una manera adecuada el desempeño laboral, el ámbito familiar y el resto de actividades, dimensiones o esferas a las que se denomina ámbito personal. Es, en

definitiva, la posibilidad que tienen las personas de hacer compatibles intereses, obligaciones y necesidades consideradas desde una visión integral.

En los términos que reglamentariamente se determinen, el Gobierno elaborará un informe periódico sobre el conjunto de sus actuaciones en relación con la efectividad del principio de igualdad entre mujeres y hombres. De este informe se dará cuenta a las Cortes Generales.

2 Objetivos

- Lograr la igualdad real entre mujeres y hombres en el entorno sanitario.
- Facilitar al personal sanitario que interviene en el proceso de incorporación del mainstreaming de género, los conocimientos necesarios así como propiciar el cambio de actitudes favorables.

3 Metodología

Buscar en diferentes bases de datos, artículos y revistas científicas con el descriptor “desigualdad de género”.

4 Resultados

Las desigualdades entre las mujeres y los hombres en el ámbito sanitario tienen repercusiones sobre la salud. Las diferencias en el estado de salud entre ambos sexos se relacionan con factores biológicos que influyen, aunque no se limitan sólo a éstos factores. Un amplio abanico de diferencias genéticas, hormonales y metabólicas desempeñan un papel importante en los distintos patrones patológicos según el sexo. Pero las diferencias biológicas son sólo una parte de los factores que influyen en las diferencias en salud entre ambos sexos. Las características de género, socialmente construidas, también determinan en gran medida el estado de salud.

Indicadores como la percepción de la propia salud, la morbilidad, la mortalidad, la búsqueda y acceso a los recursos de salud y las vulnerabilidades a las enfermedades muestran escenarios distintos para hombres y mujeres en el ámbito sanitario. El resultado es que la salud de hombres y mujeres es distinta.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario replantear las políticas sociales y sanitarias para una efectiva conciliación de la vida laboral y familiar entre las mujeres en términos de igualdad con los hombres. Sin embargo, debido a la falta de sensibilidad de género en las políticas sanitarias, en concreto en los planes de salud que se presentan, además, con desigualdades entre las distintas comunidades autónomas, incluso en los planes con una mayor sensibilidad, el contenido es más simbólico que real, con poca implantación en la práctica.

Lo ideal sería una educación no sexista basada en el aprendizaje y desarrollo de una serie de habilidades, capacidades y valores, que permitan a los alumnos, con independencia del sexo, enfrentarse a una sociedad en continuo cambio, teniendo en cuenta la necesidad de conseguir su propia integración como personas libres y con iguales oportunidades para participar en la sociedad y ser protagonistas de los cambios que se producen en ella, disponiendo de las habilidades necesarias para una óptima adaptación. No es un resultado fácil de conseguir, ya que en el sistema educativo actual coexisten actitudes y valores, tradicionalmente considerados propios de los chicos o de las chicas, con un sistema que formalmente considera iguales a ambos.

Los poderes públicos para eliminar situaciones de discriminación por razón de sexo en el ámbito sanitario pueden realizar acciones positivas que favorezcan que las mujeres puedan acceder a los recursos en las mismas condiciones que lo hacen los hombres y, para ello, se diseñan medidas temporales que faciliten su acceso a recursos como, por ejemplo, las acciones formativas dirigidas específicamente a las mujeres, dentro de la Formación Ocupacional, que promueven su incorporación y mantenimiento en el mercado laboral sanitario.

6 Bibliografía

- Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades (IMIO).
- Escuela virtual de igualdad.
- L.O 3/2007 para la Igualdad efectiva entre Mujeres y Hombres.

Capítulo 980

EL CELADOR ANTE EL EXITUS. FUNCIONES

YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ

MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ

JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ

1 Introducción

El celador, pertenece al grupo de personal subalterno y tendrá a su cargo las funciones propias de su denominación, prestando la colaboración que le sea requerida en orden al debido cumplimiento de su misión. Además, en las unidades hospitalarias está presente en todos los servicios, desempeñado múltiples funciones, todas ellas recogidas. Diariamente se llevar a cabo numerosos ingresos, traslados de una unidad a otra y altas de los pacientes que acuden al hospital buscando mejorar su estado de salud. Sin embargo, no siempre se pueden solucionar sus patologías y desgraciadamente muchos terminan falleciendo. En éste capitulo abordaremos el papel del celador en el éxitus.

2 Objetivos

- Conocer las funciones y obligaciones de la figura del celador en caso de fallecimiento o éxitus de un paciente.
- Definir las actividades que debe desempeñar el celador desde que el enfermo fallece hasta que llegan los servicios funerarios.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión sistemática bibliográfica en buscadores científicos como Pubmen y Scielo. Por otro lado, se revisa el Estatuto Marco del Personal de los Servicios de Salud, se repasan distintos artículos sobre las funciones del celador en revistas sanitarias y se busca en el BOE Disposiciones y Decretos sobre el servicio de salud del Principado de Asturias.

4 Resultados

Tal y como recoge el Estatuto del Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Segurdad Social, Orden del 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. n.O 174, de fecha 22 del mismo mes), entre las funciones y competencias del celador están las correspondientes a su categoría ante el fallecimiento o éxitus de un usuario. Como podemos comprobar, existen 2 apartados en el artículo 14, que recordaremos a continuación:

- ”Informará a los familiares de los fallecidos en la Institución sobre los trámites precisos para llevar a cabo .los enterramientos y. en caso necesario, les pondrá en contacto con la oficina administrativa correspondiente para completar dicha información.”
- ”Ayudarán a las Enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.”

Definiremos primero los conceptos de éxitus y amortajar, antes de detallar los deberes y actuaciones del celador ante esta situación. La palabra éxitus es un término griego que significa ”salida”. En medicina, la forma más correcta es ”éxitus letalis”, o ”salida mortal”,pero se utiliza habitualmente su forma abreviada comúnmente conocida como éxitus. Esto es proceso hacia la muerte.Por otro lado, el verbo amortajar, significa ”poner a un cadáver la mortaja o vestidura con la que se va a enterrar”, otra definición que existe es ” cubrir, envolver, esconder.”

Tras estas explicaciones, comenzaremos detallando las funciones y actividades que va a realizar el celador durante el proceso de preparación del cadáver y su trasporte a la morgue.

El primer paso es certificar la defunción del individuo,para lo cual, se realizará un electrocardiograma para comprobar el cese de actividad eléctrica del corazón por

parte del personal de enfermería. Posteriormente, será el celador el que aporte un certificado de defunción para que rellene el médico. Tras esto, y nunca antes de que el doctor certifique su deceso, se procederá al amortajamiento del fallecido. Éste, debe realizarse lo antes posible, antes de que aparezca el rigor mortis, y después de la autorización del personal facultativo. Con este acto se prepara al cadáver para que sus familiares puedan velar su cuerpo.

El protocolo a seguir les detalla a continuación:

Tras tener el certificado de defunción cubierto por el personal facultativo, prepararemos al paciente. El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y antes que aparezca el rigor mortis (rigor cadavérico), con ayuda de la enfermera y del auxiliar de enfermería.

Se coloca la cama en posición horizontal y se pondrán guantes para manipular al paciente. Se colocará al fallecido en decúbito supino (tumbado boca arriba), con los brazos a los lados, las palmas hacia abajo o cruzando las manos sobre el abdomen.Se deja la almohada de la cabeza para evitar estancamiento de sangre. Se asegurará, la retirada de drenajes,sondas y catéteres venosos. El celador se encargará de retirar los objetos personales del cuerpo, para entregarlos a los familiares del paciente que ha causado deceso. El siguiente paso es la higiene del cadáver con agua,jabón y secado del cuerpo. Mientras el celador y el técnico auxiliar de enfermería están llevando a cabo el aseo, se cerrarán los ojos y la boca el cadáver. Si por alguna causa, existiese pérdida o expulsión de fluidos por alguno de los orificios naturales del cuerpo, éstos procederán a taponarse. Finalmente se colocará un sudario para cubrir el cuerpo. El celador además, comprobará que tanto el paciente, como el sudario y el certificado de defunción estén correctamente identificados, mediante una pulsera y pegatinas con sus datos, para entre ellos y fundamentalmente su nombre completo y fecha de nacimiento.

Una vez terminado la preparación del cuerpo, la familia permanecerá con la persona fallecida hasta que considere oportuno. Luego, es el celador el que hará el traslado desde la habitación o sala donde se haya producido la muerte del enfermo, al mortuorio. Cuando dicha acción se efectúe, será preciso que todas las puertas de las habitaciones de la planta estén cerradas y el pasillo despejado. Durante su traslado, el celador es el responsable de velar y asegurar la correcta llegada del cuerpo a la morgue y deberá custodiarlo hasta la llegada de los servicios funerarios.

En algún momento entre el periodo comprendido entre la realización del electro-

cardiograma y el fin del amortajamiento, es la figura del celador el responsable de informar a la familia sobre los pasos a seguir para el traslado del paciente del hospital y ayudará si la familia del fallecido lo precisase. Así pues, el podría llamar a la funeraria o avisar al resto de familiares y/o amigos si la familia lo pidiera. Durante el acompañamiento y contacto con el núcleo familiar, el celador evitará juicios de valor, actitudes paternalistas o que puedan cohibir a éstos.

5 Discusión-Conclusión

El celador deberá conocer el protocolo de actuación ante una situación de éxitus y mantener una actitud neutral ante la familia del fallecido, para evitar posibles conflictos o situaciones incómodas con ellos. Es importante una correcta actuación por su parte, porque resulta ser, en casi la totalidad de los casos, un proceso doloroso para los presentes durante el amortajamiento, y lo que más desean es que traten al familiar que acaba de morir con cariño y cuidado. Por otro lado, es fundamental una correcta manipulación del cuerpo que evite posibles accidentes (caídas del cuerpo, salpicaduras, etc.) y fundamentalmente asegurarse de una correcta identificación del mismo, que evite posibles problemas o situaciones indeseadas con la familia y/o servicios funerarios.

6 Bibliografía

- Sonsoles. (2018). Tema 23. Actuación del Celador con el Paciente Terminal y Fallecido. 27/01/2020, de Celadores online Sitio web: http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-23.html
- B.O.E. n.O 174, fecha 22/07/1971.
- Real Academia de la Lengua Española (RAE).
- Tema 18 libro CEP celador. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
- Rodrigues, A. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida. 27/01/2020, de SCielo Sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=
sci_arttext&pid= S1695- 61412010000100022
- LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.7/12/2003 BOE núm. 301.
- Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, sobre autopsias clínicas.
- Decreto 2263/1974, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria.

Capítulo 981

EL CELADOR Y LA PREVENCION DE RIESGOS LABORABLES

GLORIA MARTA BAYLE ASENSIO

CARMEN MARIA ALVAREZ GARCÍA

PATRICIA NIEDA VALIENTE

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales es una materia que responde a una realidad preocupante: la siniestralidad laboral, especialmente en el ámbito hospitalario, no mejora. Queda reflejado en el gran número de accidentes y enfermedades profesionales que aun se producen.

Hay que tener un plan de seguridad de prevención de riesgos laborables, hacer previamente una evaluación de todos los riesgos posibles, objetivos, recursos, tareas, acciones y actuaciones, seguimiento y responsabilidades.
Todo plan de prevención ha de ser comunicado al resto de trabajadores y responsables, que ha de preocupase de que esta información llega a todos los empleados. Esta tarea corresponde a los técnicos y delegados, encargados de la formación, información, y comunicación.

A nivel general, esta materia tiene su marco legal de referencia en la ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborables. Conviene apuntar que en todo lo referente a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgo, en particular dorso lumbares, para los trabajadores, el real decreto 487/1997 d e14

de abril, regula las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a dicha materia.

El estrés sanitario es un problema especialmente importante para los celadores partiremos de una concepción del estrés, haciendo hincapié en la capacidad del profesional para ajustarse y responder ante una determinada situación ambiental, en este caso laboral, el estrés esta definido: como el desequilibrio entre las exigencias del entorno y la capacidad de respuesta de la persona, en una situación en la que necesidad de la respuesta es percibida como importante, lo que desencadena una activación fisiológica en el organismo.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos laborales en la profesión de celador y las maneras de prevenirlos.
- Corregir situaciones de peligro y regular.
- Homogeneizar la prevención en todos los sectores de la actividad profesional sanitaria. Se necesitan métodos y procedimientos para corregir los resultados previstos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los celadores dentro de sus responsabilidades, tendrán, competencias definidas en el plan de prevención de riesgos laborales, esto implica: formación informacion y comunicación, con los delegados de prevención, comités de seguridad y salud, debidamente documentado.

Conceptos básicos:

- La prevención: actividades y medidas adoptadas, para con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.
- Riesgo laboral: la posibilidad de que un celador sufra un determinado daño y la gravedad, derivada de su trabajo.
- Daños: enfermedades, patologías, o lesiones, sufridas por motivos derivados del trabajo de celador.
- Procesos peligrosos: actividades, operaciones, equipos o productos, que no tengan una prevención de riesgos laborales y supongan un riesgo para la salud de los celadores.
- Equipo de trabajo: cualquier maquina, aparato, instrumento o instalación, utilizada en el trabajo de celador.
- Condición de trabajo: cualquier característica del trabajo, que pueda influir significativamente, en la generación de riesgos para la seguridad y salud del celador.
- Equipo de protección individual: es el destinado a ser llevado por el celador, para su protección de uno o varios riesgos, que puedan amenazar su seguridad o salud en el trabajo.

Concepto de accidente de trabajo:
Son los daños o lesiones que sufre un trabajador por cuenta ajena, mientras cumple con sus obligaciones dentro del lugar de trabajo, como si realiza una orden encomendada. Estos son: accidentes, enfermedades y accidentes in itinere.

Ventajas y repercusiones económicas de un sistema de prevención de riesgos laborales:
- Ventajas: asegura el cumplimiento de la legislación aplicable de la prevención de riesgos laborales, reduce el nuecero de accidentes, también reduce las enfermedades laborales y así mismo las bajas que conlleva, maximiza la gestión de recursos humanos, favorece las relaciones entre trabajadores sanitarios y la empresa, en este caso el ámbito hospitalario genera aumento de productividad y seguridad.
- Costes humanos: falta de motivación, daños físicos y biológicos, absentismo laboral de los celadores.
- Costes ocultos: perdida de imagen del sistema sanitario y desgaste psicológico del celador.
- Costes sociales: demandas de la sociedad frente a la siniestralidad laboral y la inestabilidad del clima laboral.
- Costes económicos: el celador pierde jornadas laborales y ve disminuido su poder adquisitivo, debido a la baja que conlleva, se producen daños materiales

en equipos y el centro sanitario puede recibir sanciones administrativas y de responsabilidad civil y penal.
- Factores de riesgo: es el conjunto de factores, que estando presentes en las condiciones de trabajo, pueden desencadenar un daño en la salud del celador.

Se clasifican:
1. Condiciones de seguridad, como maquinaria equipos, ropa, etc.
2. Medio ambiente físico, como radiación, luz, ruido, clima, etc.
3. Contaminantes como aerosoles, gases, polen, virus, vapores, etc.
4. carga de trabajo, cargas pesadas.

Elaboración de un plan de prevención de riesgos laborales:
Seguridad laboral: tiene dos funciones principales, evitar accidentes de trabajo por malas condiciones de seguridad y prevenirlos y buscar el origen de dichos accidentes.
Higiene industrial: Prevenir la contaminación por tóxicos químicos y biológicos.
Ergonomía y psicología aplicada: Adaptar el trabajo a las condiciones psicológicas y fisiológicas de los celadores.
Medicina del trabajo: especialidad medica enfocada a patologías derivadas del trabajo. Función curativa y función preventiva.

Evaluación y análisis del riesgo:
Para una buena evaluación de los riesgos laborales se debe en primer lugar, planificarla acción preventiva a partir de una evaluación inicial de los factores de riesgo. En segundo lugar evaluar los riesgos, a la hora de elegir los equipos de trabajo, sustancias, productos químicos y acondicionamiento del lugar de trabajo.

Revisión del riesgo: cuando se detecten daños en la salud de los trabajadores. Cuando las actividades de prevención implantadas, sean inadecuadas o insuficientes, cuando haya cambios en el puesto de trabajo, cambio de sede o incapacidad. Cuando haya nuevo personal, maquinaria, sustancias químicas o materias primas y la introducción de nuevas tecnologías.

Tabla ilustrativa de la tolerancia de riesgos:
Trivial: sin importancia
Tolerable: basta con la acción preventiva.
Moderado: Daño extremo, repetir valoración.
Intolerable: No se debe de comenzar ni continuar el trabajo, hasta que se reduzca o elimine el riesgo.
El delegado de prevención.

Responsables de la formación e información.
Comité de seguridad y salud.

- El delegado de prevención; es el representante de los trabajadores en materia de seguridad y salud tiene funciones y competencias especificas en asuntos relacionados con la prevención de riesgos laborables. Dichas funciones son:
1. Colaboración con la dirección la mejora de la prevención.
2. Promover y fomentar la colaboración de los trabajadores.
3. Ser consultados con carácter previo a su ejecución, acerca delas decisiones que sean tomadas.
4. Ejercer una labor de vigilancia y control sobre el cumplimiento de las normas de prevención de riesgos laborables.

- El comité de seguridad y salud, es un órgano consultivo, cuya misión ejecutiva es la de actuar en casos de riesgo grave o inminente.
Las competencias y funciones son:
1. Participar en la elaboración, puesta en practica y elaboración los planes y programas de prevención.
2. Promover iniciativas sobre métodos y procedimientos de la mejora de las condiciones y la concreción de posibles deficiencias.

5 Discusión-Conclusión

Las formas especificas de cómo hacer frente a los riesgos laborables implica todas las actuaciones y esfuerzos por parte del profesional y la empresa para reducir los riesgos.

Es necesaria una buena implantación de las normas de prevención de riesgos para la buena salud laboral de los celadores. El trabajo en equipo es esencial para rebajar la siniestralidad laboral.

6 Bibliografía

- www.scielo.
- www.auxilliar-enfermeria.com.
- www.sanidad.ccoo.es.
- www.ingesa.msbs.gob.es.
- www.faeditorial.es.

Capítulo 982

EL CELADOR Y SU RELACION CON LA LEY DE PROTECCION DE DATOS

CARMEN MARIA ALVAREZ GARCÍA

GLORIA MARTA BAYLE ASENSIO

PATRICIA NIEDA VALIENTE

1 Introducción

La ley orgánica de protección de datos de carácter personal, Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, tiene por objeto garantizar y proteger en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades publicas y también los derechos fundamentales de las personas físicas y especialmente de su honor, intimidad, privacidad personal y familiar.

Se aprobó en las cortes generales del 13 de diciembre de 1999 y derogada con la entrada en vigor del 6 diciembre de 2018, de loa Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos de la Unión Europea.

Esta ley desarrolla en el capitulo 18 de la Constitución Española de 1978, acerca del derecho a la intimidad familiar, quedan excluidos de esta normativa los datos recogidos para uso domésticos, materias clasificadas del Estado y los ficheros que recogen datos sobre terrorismo y otras formas de delincuencia organizada.

La encargada de velar por el cumplimiento de esta ley, es la agencia española de protección de datos.

El Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre se desarrolla de la ley orgánica de protección de datos. Tanto los principios de la ley como las medidas de seguridad a aplicar en los sistemas de información, tanto en ficheros en soporte automatizado como en cualquier otro tipo de soporte.

Los datos personales se clasifican su mayor o menor grado de sensibilidad, siendo los requisitos legales y de medidas de seguridad informática más estricta según el grado de sensibilidad, es obligatorio la declaración de los ficheros de protección de datos a la agencia española de protección de datos. El deber de información obliga a los interesados que soliciten datos personales, a ser informados previamente de manera expresa, precisa e inequívoca:
1. De la existencia de un fichero de carácter personal, con la finalidad de la recogida de estos y de los destinatarios de la información.
2. Del carácter obligatorio o facultativo de su respuesta a las preguntas planteadas.
3. De las consecuencias de la obtención de datos o la negativa a suministrarlos.
4. De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
5. De la identidad y dirección del responsable del tratamiento de su representante.

Si se permite el tratamiento de datos de carácter personal que no han sido recabados directamente del interesado, no se exime de la obligación de informar de forma expresa, precisa e inequívoca por parte del responsable del fichero dentro de los tres meses siguientes al inicio del tratamiento de los datos.

No es necesaria comunicación en tres meses de dicha información si los datos han sido recogidos de fuentes accesibles al publico y se destinan a la actividad de publicidad o comercialización, en este caso cada comunicación que se dirija al interesado se le informara del origen de los datos y de la identidad del responsable del tratamiento, así como de los derechos que le asisten.

Hay datos cuyo tratamiento está prohibido como los relativos a infracciones penales o administrativas y la excepción, solo se podrán incluir en los ficheros de las administraciones públicas competentes.

El aumento en la creación de ficheros y tratamientos de carácter personal resalta el derecho a la protección de datos de los ciudadanos, la preocupación fue recogida por las instancias europeas que dispuso el 28 de enero la celebración anual del Día Europeo de la protección de datos.

Un cumplimiento muy riguroso de la regulación de esta ley puede ralentizar el trabajo normal de los ficheros por la acreditación documental de los principios y consentimiento.

En sentido contrario, un cumplimiento meramente de obligaciones formales, privaría de sentido a la ley y des protegería a los ciudadanos cuando las empresas recaban datos sin posibilidad de consentimiento de afectado, tiene una gran crítica.

El 25 mayo de 2018 entro en vigor la RGP, una nueva normativa de protección de datos a nivel Unión Europea y de obligatoria implantación, que derogo parte de la ley orgánica de la protección de datos (LOPD) y el reglamento de desarrollo de la misma (RD 1720/2007).

Por lo tanto el celador, conocedor de todas las leyes, debe de ponerlas en práctica si no quiere encontrarse en situaciones comprometidas o ilegales.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Presentar la Ley de Protección de datos en el ámbito profesional del celador.

Objetivos secundarios:
- Conocer el titular y el contenido del derecho a la información asistencia regulada en la ley 41/2002.
- Examinar las disposiciones generales y los principios fundamentales de la ley 15/1999.
- Determinar el alcance del derecho a la intimidad del paciente conforme a la ley 41/2002.
- Determinar el uso y acceso a la historia clínica según la ley 41/2002.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.
- www.scielo.br.

Capítulo 983

PREVENCIÓN DE LAS LESIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS EN LOS PROFESIONALES DE LA ADMINSTRACION DE LA SALUD

MARÍA FE MENÉNDEZ BIGOTES

MARIA JESUS FERNANDEZ ORDOÑEZ

1 Introducción

En la mayoría de trabajos independientemente del sector que se trate, nos encontramos con factores de riesgo que pueden ocasionar lesiones musculoesqueléticas. Es una de las causas que más bajas laborales provocan, además del dolor y las molestias que causan. Las lesiones musculoesqueléticas son un problema de salud relacionado con el trabajo más común y requieren especial atención en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. Estos trastornos se han incrementado de una manera exponencial en los últimos años, afectando a trabajadores de todos los sectores y ocupaciones con independencia de la edad y el género.

Las posturas que adoptamos frente al ordenador, los movimientos repetitivos, la manipulación de cargas son algunos de los factores que nos pueden llevar a sufrir los llamados trastornos musculoesqueléticos (TME). Éstos se evidencian en forma de cervicalgias, mialgias, lumbalgias,etc.

2 Objetivos

• Proponer un modelo de gestión integrada entre: empresarios, trabajadores y administración que deben trabajar de manera coordinada para combatir los TME.
• Sensibilizar a los agentes implicados en la prevención de riesgos laborales sobre el impacto en salud, y socioeconómico que tienen este tipo de trastornos.
• Impulsar la formulación desde las empresas de diagnósticos y programas preventivos para poder así reducir las lesiones y su incidencia en el mundo laboral.
• Facilitar la transferencia de conocimientos y experiencias que facilite la aplicación de actuaciones preventivas ergonómicas en las empresas.
• Sensibilizar a los empresarios en su responsabilidad de ocuparse del mantenimiento, rehabilitación y reincorporación al trabajo de los trabajadores con TME.

3 Metodología

1. Análisis descriptivo de los datos recogidos por factor de riesgo:
• Manipulación manual de cargas
• Movimientos repetitivos
• Posturas forzadas:
• Pantallas de visualización de datos: - El 11% de las empresas ha evaluado este riesgo

2. II Encuesta Navarra sobre Salud y Condiciones de Trabajo (II ENSCT) 2005-2006.

3. Biblioteca general de medios audiovisuales Trípticos, carteles y documentos de divulgación

4 Resultados

Para evaluar los resultados tendremos en cuenta diversos factores relevantes:
• FACTORES BIOMECÁNICOS
El mantenimiento de posturas forzadas de uno o varios miembros que obligan a desviaciones excesivas, movimientos rotativos, etc.
Aplicación de una fuerza excesiva desarrollada por pequeños paquetes musculares/tendinosos.
Ciclos de trabajo cortos y repetitivos, sistemas de trabajo a prima o en cadena que obligan a movimientos rápidos y con una elevada frecuencia. Uso de máquinas o herramientas que transmiten vibraciones al cuerpo.

• Factores psicosociales:
Trabajo monótono.
Falta de control sobre la propia tarea.
Malas relaciones sociales en el trabajo.
Penosidad percibida o presión de tiempo.

• Factores del entorno de trabajo:
- Temperatura, iluminación, humedad, etc.
- Mal diseño del puesto de trabajo.
• Otros factores :
Los resultados obtenidos así lo confirman: Las zonas más afectadas son la espalda, el cuello y el hombro izquierdo. La duración de las molestias es en un porcentaje considerable , permanente, siendo el nivel de intensidad de éstas en torno al 3 (de una escala de 0 a 4). El 26,27% de los trabajadores con TME ha precisado tratamiento médico en los últimos meses.

Algunos TME, por su intensidad y duración, no precisan necesariamente una baja laboral o bien que el profesional decide no acogerse a la baja laboral por las consecuencias fundamentalmente económicas que acarrea.

Los factores en el trabajo relacionados con los TME, son las posturas forzadas, la manipulación de cargas, el ritmo de trabajo elevado, los movimientos repetidos y el estrés, en este orden.
- Los factores procedentes de las exigencias de la tarea relacionados son la responsabilidad por la salud o la seguridad de otros, la jornada prolongada, turnos y trabajo nocturno y la atención sostenida sobre una o más fuentes de información, por este orden.
- Las condiciones físicas del entorno que a los profesionales les parecen más inadecuadas en el puesto de trabajo son los olores, las condiciones ambientales (calor, humedad, calidad del aire, etc.) y la limpieza.
- Los contactos sociales (relación con usuarios y clientes), los conflictos (en el grupo, entre grupos y entre personas), las exigencias sociales (responsabilidad en relación con la salud y el bienestar públicos) y la situación económica (mercado laboral) son los factores sociales y organizativos que generan más carga mental en el puesto de trabajo. En cuanto a las características de la carga, el estar colocada de tal modo que debe sostenerse o manipularse a distancia del tronco o con torsión o inclinación de éste, y el ser pesada, grande, voluminosa y difícil de sujetar son los aspectos relacionados con los TME más valorados .

5 Discusión-Conclusión

La mayor parte de los TME son trastornos acumulativos y afectan principalmente a la espalda, cuello, hombros y extremidades superiores, aunque también pueden afectar a las inferiores. Los diagnósticos más frecuentes son las tendinitis, epicondilitis, síndrome del túnel carpiano, lumbalgias, etc.. La combinación de varios factores incrementa considerablemente el riesgo de padecer un TME

A continuación vamos a detallar una serie de "buenas prácticas" para prevenir las lesiones musculoesqueléticas.
Así, en las tareas de levantamiento manual de cargas, lo primero es comprobar que el peso que se levanta no excede de los límites, la utilización de ayudas mecánicas (grúas, carretillas, etc.) o el levantamiento en equipo, levantar la carga con las rodillas flexionadas y la espalda recta, tratar de mantener la carga siempre pegada al cuerpo, etc.

Para los trabajos que comportan movimientos repetitivos de pequeños segmentos corporales, la prioridad es eliminar o reducir la fuerza a aplicar o la carga que se ha de manejar, seguido por la amplitud del movimiento, la velocidad de éste y el número de repeticiones. La disponibilidad de tiempo para pausas intercaladas entre periodos dedicados a estas tareas, preferentemente autoadministradas, constituye una medida preventiva fundamental.

Por último, para las tareas que se realizan en posturas forzadas, el rediseño ha de considerar prioritaria la eliminación o reducción de la fuerza a ejercer, la suavización postural, es decir, su acercamiento a la neutralidad, y, en consonancia con lo que se consiga respecto a estos dos factores de riesgo, la limitación temporal de cada periodo de trabajo que proceda, estableciendo pausas entre ellos.
En ocasiones, no va a resultar posible llevar a cabo alguna de estas medidas preventivas, o incluso pueden no ser suficientes.

Por ejemplo, el permanecer sentado durante mucho tiempo en el trabajo tiene consecuencias negativas para el cuerpo, la musculatura se debilita, la columna cambia su curvatura adecuada y los discos intervertebrales se someten a mayores presiones. Además, la circulación se ve alterada al permanecer sentados.

De los datos obtenidos, se constatan las deficiencias existentes en la gestión de riesgos de tipo músculo-esquelético, tanto en la evaluación de riesgos y la adopción de medidas correctoras como en la vigilancia de la salud de los trabajadores

expuestos.

En la adopción de las medidas preventivas que se deberán adoptar por parte de la empresa deberán adecuarse a los criterios establecidos en la legislación: prevención antes que protección. Hay que evaluar y conocer para podernos proteger de los riesgos y para actuar y mejorar la salud de los trabajadores. Para ello se suele recurrir a la combinación de algunas de las siguientes acciones o medidas preventivas:
1. Medidas basadas en el diseños de los puestos de trabajo: se trata de acciones destinadas a mejorar los espacios o lugares de trabajo, los métodos de trabajo o las herramientas y maquinaria utilizadas en la realización del mismo aplicando los principios básicos de la ergonomía.
2.-Cambios en la organización del trabajo: ritmos de trabajo, descansos y pausas, sistemas de pago, supervisión e instrucciones, trabajo en equipo, sistemas de rotación, cambios en la secuencia de realización de las operaciones, etc. Suelen ser de difícil aplicación pues los cambios en la organización del trabajo una vez diseñados los procesos suelen ser complicados y costosos, de ahí que se suela recurrir a la combinación de estas medidas con otro tipo de soluciones.

En el caso de la rotación es evidente que las demandas del trabajo no se modifican aunque disminuye la probabilidad de aparición de la lesión al reducirse el tiempo de exposición del trabajador. Esta medida suele mejorar la satisfacción de los trabajadores pues al diversificarse el número de tareas a realizar se enriquece el contenido del trabajo pero obliga a formar y entrenar a los trabajadores en las nuevas tareas que deben realizar. Estas medidas pretenden reducir la demanda física y psíquica del trno sólo se reducen al trabajador, sino que también afectan a las empresas e instituciones en las que estas personas trabajan y, como consecuencia, a las economías de los distintos estados. Los TME son la principal causa de absentismo laboral en prácticamente todos los estados miembros de la Unión Europea, reducen la rentabilidad de las empresas y aumentan además los costes sociales públicos

Por ello, es importante incorporar la actividad física de moderada intensidad a tu rutina de vida con actividades deportivas que promuevan el fortalecimiento muscular. Además de la actividad física, podemos prevenir este tipo de lesiones y también mejoraremos nuestra jornada laboral, realizando una serie de ejercicios de estiramiento, pues está comprobado que mejoran la flexibilidad, reducen la tensión muscular, mejoran la circulación sanguínea y ayudan a reducir la ansiedad y el estrés. Además, las personas que llevan una vida sedentaria, sin practicar

ningún deporte, también pueden usar los estiramientos para fortalecer poco a poco su musculatura.

Además, pueden ayudar a mejorar el rendimiento en actividades físicas o disminuir el riesgo de lesiones ayudando a sus articulaciones, que se mueven a permitiendo a los músculos a trabajar más eficazmente. Con este breve estudio se ha pretendido realizar un pequeño acercamiento a la realidad de los TME que permite confirmar la relación del puesto de trabajo con el padecimiento de TME. Se confirma la existencia de este tipo de trastornos en un importante porcentaje de profesionales de la Administración de la Salud

6 Bibliografía

1. Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.
2. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)
3.Guia Básica de Riesgos Laborales específicos en el sector sanitario.
4. Prevención de Riesgos Ergonómicos. Fundación para la prevención de riesgos laborales.

Capítulo 984

LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

LORENA SUÁREZ CUENCA

1 Introducción

Al Centro de Servicios Sociales llega un caso notificado por un Centro de Educación Infantil de dos menores de 4 y 6 años. La profesora manifiesta que los menores se encuentran en un estado de abandono físico y bastante desnutridos. Lleva un tiempo observando la conducta de los niños y percibe un déficit de atención, cansancio, irritabilidad, desinterés por los juegos, y llanto excesivo. Alega también la falta de asistencia prolongada sin causa justificada.

Inmediatamente el centro escolar se pone en contacto, con la trabajadora social y ésta pide una exploración completa a través del médico de atención primaria para realizar un diagnóstico. Efectivamente tras realizar analíticas y exploración completa el profesional diagnostica desnutrición aguda por falta de vitaminas y minerales y falta de hierro, lo que dificulta la capacidad de aprendizaje.

Dicen vivir con el abuelo de 78 años, tiene una pensión de 500 euros y es el que se ha hecho cargo de los menores como pudo, funcionalmente se encuentra bien, pero la trabajadora social pide revisión completa por el equipo de salud de atención primaria. Tras realizar las pruebas pertinentes, el médico de familia que lo atiende le diagnostica la enfermedad de Alzheimer en fase inicial.

Más tarde, en la visita al domicilio familiar que realizó la trabajadora social, se constata padecer también posible Síndrome Diógenes en el hogar.

La madre de los niños murió cáncer hace un año y el abuelo de repente se vio solo con los dos menores, ya que vivían todos juntos, antes del fallecimiento de

la madre. El padre de los menores se encuentra en paradero desconocido, aunque los hijos si son reconocidos.

Se trata de una familia mono-parental compuesta por el abuelo y sus dos nietos. El abuelo es pensionista con principios de Alzheimer y Síndrome de Diógenes. No presenta estar en condiciones de poder hacerse cargo de los niños por razones tanto físicas como psicológicas, por lo que se hace necesario la intervención de servicios sociales para valorar urgentemente su capacidad y disposición para atenderles.

Es una situación de extrema gravedad debido a que puede haber riesgo de desprotección y de no intervenir de forma inmediata podrá repercutir negativamente en el bienestar de los menores, llegando a adoptarse medidas de separación familiar.

En caso de que la evaluación del abuelo no sea favorable para el cuidado de sus nietos, se tratará de buscar al padre, para la posible custodia.

Desde Servicios Sociales, una vez se les de el alta hospitalaria a los menores, se atenderán todas sus necesidades tanto físicas como psicológicas, interviniendo en todos aquellos aspectos que sean de especial vulnerabilidad, apoyo y seguimiento.

Se realizará una investigación científica técnica de la realidad social, (diagnóstico), teniendo en cuenta los indicadores de riesgo y todos los datos recopilados, a través de los diferentes profesionales que participen en la intervención.

Se planificará la actuación diseñando una Estrategia de Acción Profesional y se elaborará un programa individualizado de atención.

Se ejecutará un Plan de Trabajo en los plazos que se establezcan siendo flexibles a la hora de asumir las posibles alteraciones que pueda sufrir el desarrollo del caso, observando la implicación de cada miembro. Se podrán en marcha el plan teniendo en cuenta los objetivos fijados. Por último se realizará una evaluación a lo largo de todo el proceso, no sólo al final del mismo.

Se utilizaron indicadores cuantitativos y cualitativo:
- Indicadores cuantitativos: número de días de asistencia al colegio, número de citas a las que asisten los miembros de la unidad familiar a las entrevistas convocadas, notas del menor en el IES .
- Indicadores cualitativos: grado de relación con los compañeros del IES, grado de integración en relaciones sociables saludables, participación en las entrevistas,

relación entre los miembros de la unidad familiar, grado de afrontamiento de la situación, colaboración y participación en el plan de intervención, nivel de satisfacción del menor y de la unidad familiar, etc.

Finalmente, se realizará seguimiento del caso con el equipo profesional de forma periódica hasta que se consiga la total normalización de la situación.

Se trabajará en red para una buena coordinación de los equipos interdisciplinares cuya consecuencia final es el bienestar y calidad de vida de los menores y del conjunto familiar.

Se contacta con el médico de atención primaria, para que realice las pruebas pertinentes a los menores, cuyo resultado es una posible situación de desnutrición, por lo que considera necesario el ingreso en hospital, para paliar las carencias nutricionales, desde atención especializada, proporcionando la ingesta de todos aquellos sustentos que su cuerpo necesite.
Una vez en el hospital el médico diagnostica síntomas de desnutrición de segundo grado al niño de cuatro años y desnutrición leve al menor de seis.

Por lo tanto desde la Ciencia de la Salud, pasamos a realizar un estudio pormenorizado sobre la Desnutrición infantil.

La desnutrición es un trastorno muy complejo. Se define como desequilibrio, deficiencia o exceso en la ingesta de nutrientes, cuyos rasgos principales son:
- Retraso en el crecimiento.
- Emaciación (pérdida involuntaria del más del 10% del peso corporal) y de por o menos 30 días ya sea de diarrea, debilidad o fiebre.

Los niños desnutridos tienen más probabilidades de tener retrasos neurocognitivos, que fracase una vacuna o la susceptibilidad a las infecciones. La desnutrición es un trastorno complejo y un importante problema de salud global del que todavía no se entiende la patogénesis. La falta de alimentos es una de las principales consecuencias aunque no es la única, también serían:
- El estado nutricional prenatal de la madre.
- Infecciones entéricas.
- Inflamación intestinal.
- La genética, puede desempeñar un papel en el riesgo de desnutrición a través de varias vías biológicas.

Es importante comprender los riesgos genéticos de la desnutrición, para saber cuáles son los objetivos ideales para intervenir en el tratamiento de la desnutri-

ción (3).
- Llamamos desnutrición de primer grado: a la pérdida de peso que no pase del 25% del peso que el niño debería tener para su edad.
- Llamamos Desnutrición de segundo grado: cuando la pérdida de peso se manifiesta está entre el 25 al 40%.
- Llamamos Desnutrición de tercer grado: a la pérdida de peso del organismo cuando supera el 40%.

Con herramientas tan sencillas como es la cinta MUAC, se puede saber si un niño está desnutrido midiendo el perímetro del brazo. Por debajo de 130-134 milímetros, desnutrición moderada. Entre 104-108 milímetros desnutrición grave, teniendo en cuenta siempre la edad (1).

En España la desnutrición es una realidad, por causas como el abaratamiento de los sueldos, recorte en derechos, educación y el desempleo, el coste de la vida aumenta, por lo que no ayuda a aumentar las tasas de desnutrición.(2).

2 Objetivos

Objetivo principal
- Luchar por el interés superior de los menores.

Objetivos secundarios
- Restablecer las condiciones necesarias, en cuanto a alimentación, de dietas estrictas y suplementos vitamínicos en su caso, siempre pautado bajo supervisión de un profesional.
- Concienciar al cuidador legal de los menores de la importancia de una buena educación alimenticia y de las consecuencias de no ser así.
-Coordinar la ayuda con el centro escolar para en caso que haya servicio de comedor, puedan disfrutar de él y tengan asegurada la cobertura alimenticia durante al menos 5 días a la semana, incluyendo el servicio de desayuno.
- Valorar la adecuada atención de los menores en las áreas de necesidad adscritas.
- Establecer las condiciones que hagan posible la estancia de los menores en su familia garantizando sus necesidades básicas y su seguridad.
-Localizar al padre, ya que al ser el único progenitor es quién ostenta y debe poder hacerse cargo de sus hijos para así poder tramitar todos los documentos necesarios para solicitar las prestaciones que fuesen necesarias. En el caso de que no fuera posible localizar al padre:

- Coordinar las medidas con la atención primaria de salud para seguimiento de los menores.
- Coordinar las medidas con el colegio para seguimiento de la alimentación y de posible absentismo escolar.
- Tramitar y gestionar sus derechos sociales: en caso de que no se hagan cargo de ellos, gestionar pensión de orfandad.
- Gestionar y tramitar becas de comedor.

3 Metodología

Se ha accedido a fuentes de información a través del buscador Google Académico, combinando descriptores con operadores lógicos para acceder principalmente a Pubmes y Medline Plus. Los descriptores utilizados son: desnutrición, infancia, marasmo, Kwashiorko y pobreza. Debido a la cantidad de información encontrada, he tenido que desechar información, incluso siendo válidas para el estudio. La búsqueda no ha presentado barreras idiomáticas, por lo que accedemos a la documentación en inglés y en español. Utilizaremos una metodología activa y participativa de trabajo en red implicando a todos los profesionales directa o indirectamente relacionados con el caso.

Desde el trabajo social se van a emplear diferentes técnicas de búsqueda de la información y diferentes instrumentos. Las técnicas utilizadas va a ser:
- De investigación: entrevista individual y familiar, observación directa e indirecta, visitas domiciliarias.
- De comunicación.
- De intervención: relación de apoyo y ayuda, acompañamiento.
- De coordinación: Con todas las instituciones implicadas.

Los instrumentos utilizamos son:
- Siuss. Aplicación informática de servicios sociales donde se encuentra toda la información necesaria del usuario.
- Historia Social: documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-familiar de una persona usuaria, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y evolución de toda la situación.
- Informe Social: dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el Trabajador Social. Su contenido se deriva a través de la observación y la entrevista donde queda reflejada en síntesis la

situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.
- Ficha Social: soporte documental de trabajo Social, en el que se registra la información sistematizable de la historia social.
- Informe médico y psicológico: documento mediante el cual el médico da a conocer aspectos médicos relacionados con las enfermedades que sufre y los métodos diagnósticos y terapeúticos que utiliza.
- Hoja de seguimiento: instrumento cuya finalidad es la de seguir la evaluación y los cambios seguidos en la realidad atendida.

4 Resultados

En función de la relación entre peso y talla:
- Desnutrición de primer grado o leve
Se produce desnutrición leve o de primer grado cuando el peso es normal para la edad, pero para la talla es bajo. El niño sufre unos cambios difíciles de detectar, por lo que la pericia de la madre es básica. El niño se muestra descontento, no duerme bien y el llanto se vuelve crónico. También sufre pérdida de peso, estacionándose entre las últimas cuatro y seis semanas. En este periodo ya no se observa diarrea sino todo lo contrario, una ligera constipación.

- Desnutrición de segundo grado o moderada
La desnutrición moderada o de segundo grado se da cuando el niño menor de una año no llega al peso que corresponde con su edad. La pérdida de peso va desde el 10 al 25%, hasta pérdidas mayores. Los tejidos del cuerpo se vuelven flojos, perdiendo turgencia y elasticidad, los ojos y las fontanelas se hunden. La irritabilidad se acentúa, pudiéndose producir fácilmente catarros, otitis, diarreas, así como edemas por hipoproteinemia.

Una vez que el médico observa cualquiera de estos síntomas, el siguiente paso sería realizar una minuciosa búsqueda en la dieta del paciente, para valorar su calidad y rendimiento energético, y poder prescribir para la infección en caso que el médico no sea perceptor de estos datos, el niño habrá dado un paso más en la fatal curva de la desnutrición.

- Desnutrición de tercer grado o grave
Aparece cuando un niño de menos de un año tiene un peso inferior al 40% respecto al que corresponde con su edad o cuando un niño mayor de un año tiene un peso inferior al 30% en relación con lo que corresponde para su edad.La cara

del niño se hace pequeña, denominándose cara de viejo, donde los huesos de la cara se hacen prominentes, hundiéndose los ojos y apareciendo la bola grasosa de Bichat, como última reserva grasosa de este sector del organismo.

Los síntomas mencionados anteriormente para la desnutrición de primer y segundo grado, se exageran y el niño bien sea por negligencia o porque la miseria hizo su papel homicida.Los músculos cuelgan forrados de piel seca y arrugada, siendo la piel de los huesos de los miembros superiores del dorso y tórax muy arrugada, con escamas sin elasticidad ninguna y sin apenas vitalidad. Los ojos se agrandan y brillan.

Dependiendo de cada persona, podemos encontrarnos niños desnutridos sin presencia de edemas por carencia proteica o manifestaciones de carencias vitamínicas y hay otro tipos de casos de desnutrición donde los niños aparecen con las piernas, dorso de las manos y párpados hinchados, y sobre estos edemas hay manifestaciones hipercrómicas y discrómicas.

Los síntomas que pueden aparecer son vómitos, intolerancia absoluta a la alimentación y las infecciones vocales que cada vez tienen una mayor virulencia.

El cuerpo del paciente se encuentra en una disfunción orgánica donde las células solamente tienen capacidad para transformar los aminoácidos extraídos de las reservas proteicas que quedan en los músculos, donde no existe alimento por muy sencillo que sea que se pueda aprovechar, ni siquiera tolerar. El organismo no responde del mismo modo que en estado normal donde se encadenan, se equilibran y se complementan para la asimilación (4).

En los países en desarrollo la desnutrición severa es un problema de gran magnitud, que puede presentarse de dos maneras:
- Como Marasmo: es un tipo de desnutrición carente tanto de proteínas como de contenido energético.
- Como Kwashiorkor: asociado a la espticemia, cambios metabólicos profundos que incluyen, metabolismo proteico alterado, esteatosis hepática y aumento del estrés oxidativo.

Los niños con Kwashiorkor, son intolerantes a la glucosa y secreción de insulina. El objetivo de éste estudio es determinar la tolerancia a la glucosa en niños con Kwashiorkor y compararlo con el Marasmo y saber qué relación tiene con la secreción de insulina y la sensibilidad. El estudio se concretó con seis niños con Kwashiorkor y ocho con marasmo, incluyendo tres niños sanos para la comparación. La respuesta a la insulina se vio fuertemente afectada tanto en marasmo

como en Kwashiokor.
En los grupos desnutridos no hubo ningún indicio de resistencia a la insulina periférica o hepática. Se muestra que las tasas de eliminación de glucosa están afectadas tanto en niños con Kwashiorkor que en niños con marasmo, y se correlacionan con las concentraciones plasmáticas de albúmina. Un deterioro en la disponibilidad de insulina, está relacionada con la eliminación alterada de glucosa(5).

El Kwashiorkor y el marasmo son dos formas de desnutrición severa, pero clínicamente se manifiestan de formas distintas. Con éste estudio se probó una hipótesis donde manifestó que las tasas de síntesis y descomposición de proteínas en el cuerpo durante la infección aguda son más altas en el marasmo que en el Kwashiorkor.

Se utilizaron trazadores de isótopos estables en ocho niños con marasmo e infección aguda (neumonía o malaria) para medir la cinética de proteínas por todo el cuerpo. Y determinar la aparición de urea y leucina en plasma. Midiendo también la concentración de albúmina, proteína C reactiva y proteína total.

Estos resultados se compararon con los reportados para trece niños con Kwashiorkor, e infección aguda y se estudiaron con los mismos métodos. La infección por VIH estuvo presente en 10 de 21 niños, siendo:
- Las tasas de descomposición y síntesis de proteínas: mas altas en marasmo que en Kwashiorkor.
- La concentración de globulina; fue mayor en marasmo que en Kwashiorkor.
- Aunque la proteína C reactiva no fue diferente.

La infección por VIH y la composición del cuerpo no pudieron explicar las diferencias entre Kwashiorkor y marasmo, por lo que hay que seguir investigando en la tasa acelerada de renovación de proteínas en niños con marasmo e infección aguda(6).

Desnutrición media a través de las carencias que presentan las personas que la padecen
Dependiendo de las carencias que presenten las personas que las padecen, los tipos de desnutrición son:
- Marasmo: esta clase de desnutrición se da en personas que ingieren una escasa cantidad de alimentos y no se alimentan como deberían. Por lo que pueden presentar los siguientes síntomas como:
Los síntomas son retrasos en el crecimiento.

Pérdida de tejido graso.
Delgadez extrema, llegando a confundirse con caquexia.
Cansancio generalizado.
Bajo rendimiento académico.
- Desnutrición Proteica: se da en aquellas personas que reciben una alimentación que apenas contiene proteína, alimentándose básicamente de carbohidratos.

Este tipo de desnutrición hace que el cuerpo tenga una menor resistencia a las infecciones, a las alteraciones de la piel, problemas hepáticos, abombamiento abdominal, etc. (7).

Causas de la desnutrición
Una de las principales causas de la desnutrición es la sub-alimentación en un 90%. La sub-alimentación es una dieta alimenticia insuficiente por las cantidades ingeridas y la carencia de nutrientes.

Otra de las causas son la pobreza y el hambre entre otras. Normalmente un bebé que se alimenta de la leche materna, aún no teniendo los medios suficientes para su manutención y una higiene deficitaria, el bebé hasta los seis o siete meses de edad, progresa satisfactoriamente. Lo peor viene a partir de esa fecha que es cuando el niño comienza a perder peso, lo que conduce hacia la desnutrición, ya que la madre es incapaz de satisfacer las necesidades de su hijo únicamente con su leche.

En muchas ocasiones el desconocimiento impide saber qué otra cosa puede darle, mientras que la pobreza impide adquirir alimentos que ella sabe que son beneficiosos y que su hijo puede comer, el niño se alimenta de los restos de la leche materna de una mujer que no está bien alimentada y que se encuentra en el periodo de hipogalactia fisiológica.

La malnutrición de la madre también va a interferir en la salud del bebé produciéndose primero un estancamiento en el peso y después hay una desproporción entre la edad y el peso del menor.. La curva de crecimiento de un bebé lo lógico es que sean paralelas si todo es correcto, cuando hay desnutrición la curva del peso y la curva de la edad son divergentes, la única que se mantiene es la edad.

En la pendiente de desnutrición, el niño pasa de la desnutrición ligera a la media y de la media a la muy grave, sino hay una mano experta que lo detenga, la desnutrición crecerá de forma progresiva.

Cuando el niño cumple un año, apenas tiene el peso que tenía con seis meses,

ya que es hora del destete y su alimentación es escasa tanto en calidad como en cantidad. Por lo que el cuerpo es más proclive a las infecciones, afectando tanto a vías enterales como localizándose en los sitios parenterales más vulnerables, llegando a producir una diarrea periódica. En estos casos hay que tener una especial atención que de una desnutrición ligera puede pasar a una desnutrición muy grave si no se trata a tiempo y se pone en manos de especialistas (4).

La carencia de nutrientes y vitaminas a una edad temprana es consecuencia de una alimentación deficitaria, poniendo en riesgo la vida de las personas. Por lo que a través del trabajador/a social y priorizando la salubridad de los menores en todo momento, se coordinará con el médico de familia el cual pide un ingreso hospitalario para tratar la desnutrición de los niños.

Profilaxis de la desnutrición
En la prevención de la desnutrición influyen:
1. Factor familiar
2. Factor médico

- Factor familiar. Un paso importante para la desnutrición sería poder combatir la pobreza, ya que no está en manos de los servicios de salud el poder elevar los estándares de vida de ciertos países.

Sin embargo, existe otro factor a destacar también muy importante que se nos escapa al alcance y es la ignorancia que padecen algunas familias, por lo que el médico debe enseñar a los padres todos los síntomas y conocimientos de puericultura más elementales, para así éstos puedan distinguir al niño sano del enfermo y acudan urgentemente a pedir ayuda al hospital.

Debemos concienciar a los padres de la importancia de pesar a sus hijos durante los dos primeros años, estimando el peligro de no ganar o perder peso por semanas y a temer a los vómitos y diarrea.

La profilaxis de la desnutrición debe de ir de la mano de los equipos interdisciplinares formados tanto por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, de los departamentos oficiales, de instituciones privadas y de todos los organismos que estén en contacto con la madre y el niño de un país.

- Factor médio. El médico pediatra, que sabe interpretar perfectamente la curva de peso durante el primer año de vida del bebé, es quien puede y debe prevenir la desnutrición infantil de todos los niños que se confíen a su cuidado y así poder combatirla correctamente.

Otra de las cosas importantes a tener en cuenta en lo niños son los frecuentes cambios de leche, ya que pueden acarrear desadaptación digestiva y alteración del sistema conduciendo hacia la desnutrición.

El médico para conseguir la adaptación digestiva a nuevas fórmulas deberá armarse de paciencia, aconsejando la misma a los padres, en lugar de estar continuamente cambiando de una leche a otra porque al niño "no le caen" o porque el médico aún no las ha empleado.

Se debe esperar un tiempo razonable antes de cambiar la alimentación, ya que se debe comprobar si esa alimentación rinde energéticamente y si es adecuada y portadora de una buena digestión.

Muchos estados de desnutrición también se pueden prevenir combatiendo a tiempo infecciones y equilibrando los defectos cognitivos. Cuando hay infección, la capacidad para digerir es lógico que esté disminuida, no hay que caer en el error de dietas pobres ya que se conduce al organismos a un peligroso estado de desnutrición.

Una infección prolongada en el tiempo causa peligro de desnutrición y a su vez una desnutrición prolongada puede causar que el organismo sea invadido por infecciones. El conocimiento de este círculo peligroso pondrá en alerta al médico para prevenir la desnutrición.

Tipos de tratamiento

- Tratamiento desnutrición leve.En el 90 % de los casos las causas se desnutrición son por una sub-alimentación, por lo que habrá que atender las necesidades energéticas del niño con una dieta apropiada para su edad y antecedentes donde el niño recupere el peso que tenía y vuelva a su estado natural de felicidad.

Solamente con pautar alimento digestible y suficiente, será idóneo para garantizar el éxito, siempre que se administre correctamente. No hará falta suministrarle al niño ningún medicamento, ni vitaminas.

Cogido a tiempo y en manos de un buen profesional se puede decir que la desnutrición en esta etapa es salvada en un 100%.

- Tratamiento desnutrición grave. Se deben de pautar dos medidas tarapeúticas ante estos casos:

1. En el volumen de la fórmula, la alimentación debe contener un alto valor energético, 250/300 o más calorías por kilo, al día sin que haya vómitos.

2. Combatir las infecciones tenazmente, drenando los oídos si estuvieran enfermos, quitar adenoides, vigilando la piel, el riñón, etc.

- Tratamiento desnutrición muy grave. Las medicinas y los tratamientos para tratar los casos de desnutrición grave, la mayoría de las veces fracasan, porque el niño ha perdido más del 50% del peso que debería tener de acuerdo a su edad. Por lo que se convierte en una desesperada lucha que casi siempre es inútil y muy costosa, sobre todo si hablamos de una desnutrición que ha ido progresando muy lentamente, consumiendo totalmente las reservas del cuerpo y agotando esa capacidad de reacción que tiene el organismo para defenderse.

Por el contrario cuando en el cuerpo de un niño se produce una desnutrición violenta causada por vómitos acetonémicos o fiebre tifoidea, que desnutre en muy poco tiempo, el organismo reacciona más favorablemente, ya que las defensas están vivas y la fuerte combustión de la convalecencia lo ponen a salvo en muy pocos días.

La desnutrición muy grave requiere de una gran discreción para realimentar y busca que el sistema digestivo para complementar esta lucha:
- Alimentos sin grasa, de gran valor energético y en pequeño volumen a expensas de los hidrocarbonados y las proteínas.
Los síntomas agudos se combatirán con tenacidad: infección enteral, infecciones en la piel, infección parental, anhidremia, etcétera.
Son muy frecuentes las reacciones inversas de Fikelstein, donde a medida que más alimento se da, sobre todo prótidos, el peso en lugar de aumentar, se desploma aumentando la fórmula.

Estas reacciones inversas se deben a que la barrera hepática no puede cumplir su función normal sobre las proteínas. Sin embargo, se llega a combatir estas reacciones inversas dando por vía endovenosa aminoácidos (Amigen, Mead) a diario, en una proporción de 3 a 4 gramos por kilo.

No se debe cambiar la dieta para acelerar la curación, ya que se puede exponer a un fracaso, la paciencia, la discreción y los pasos lentos son características indispensables en el tratamiento de la desnutrición de tercer grado.

La desnutrición de tercer grado es indispensablemente un trastorno que sólo se puede tratar en un hospital bien equipado y con experiencia para que haya probabilidad de éxito. Se requieren de tres a cinco meses de cuidados constantes (4).

5 Discusión-Conclusión

Una de las principales causas de mortalidad en países en vías de desarrollo es la desnutrición infantil. Cada año mueren 3.1 millones de niños por causas asociadas a la desnutrición. Aunque no es un problema que sólo afecta a los países más pobres, en España la pobreza infantil ha aumentado considerablemente llegando incluso a ser el tercer país más pobre de la Unión Europea por detrás de Rumanía y Grecia.

Excepto en los casos más severos, la desnutrición es silenciosa y no es fácil de detectar. Para combatirla la desnutrición, el primer paso es hacerla visible, por lo tanto es muy importante la prevención. Un concepto que me parece interesante y está ocurriendo en España es que a parte de la desnutrición hay otro concepto como es la malnutrición que también trae bastantes problemas asociados come es la obesidad. En España hay muchos niños mal alimentados, bien por exceso o bien por defecto, pero no hay educación alimenticia.

En niños con enfermedades crónicas la razón de la desnutrición es multifactorial y está relacionada con enfermedades subyacentes y con factores no asociados a la enfermedad.

Se abordan las causas, el tratamiento y la evaluación de la desnutrición en la enfermedad renal, la enfermedad hepática, la cardiopatía congénita pediátrica y la fibrosis quística. Cuando la ingesta de nutrientes no satisface las necesidades de la funciones normales del cuerpo se produce la desnutrición. La consecuencia es una alteración del crecimiento y desarrollo en los niños, por lo que las enfermedades crónicas son un riesgo por el cual los niños pueden desarrollar la desnutrición. Por lo que es primordial la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo de la desnutrición.

La desnutrición crónica, principalmente se debe a la falta de nutrientes como son:
- Proteínas o hierro.
- Vitamina A
- Ácido fólico.
- Yodo.

En países en desarrollo también influyen otros factores como es la falta de agua potable, provocando constantes diarreas, impidiendo asimilar correctamente los nutrientes. Este tipo de desnutrición afecta a más de 160 millones de niños en todo el mundo. Los efectos se muestran a largo plazo, ya que el niño presenta

un retraso en el crecimiento, producido especialmente durante los dos primeros años de vida, ya que el cuerpo no recibió todos los nutrientes que necesitaba para su buen funcionamiento. Pasados los dos años, si no se trata adecuadamente, la desnutrición crónica puede tener consecuencias irreversibles, tanto a nivel físico como psicológico. Causa otros problemas como un sistema inmunológico debilitado, con propensión a desarrollar diferentes enfermedades.

La desnutrición crónica también afecta en el embarazo por lo que es muy importante el nivel de nutrición de la madre. En el caso de las niñas todavía es aún peor por las consecuencias físicas , ya que cuando se quedan embarazadas, sus caderas no se desarrollan con normalidad siendo más pequeñas de lo habitual, sufriendo complicaciones graves en el parto, incluso provocando la muerte tanto de la madre como del bebé. También se puede producir una evolución uterina anormal, afectando a la placenta y al desarrollo del feto. Como consecuencia los hijos pueden padecer problemas neurológicos, peso por debajo de lo normal, problemas cognitivos con dificultades para leer y escribir.

6 Bibliografía

1.www.eacnur.org
2.www.oxfamintermon.org
3.Duggal P(1), Petri WA Jr(2). ¿La desnutrición tiene un componente genético?.Annu Rev Genomics Hum Genet. 2018; 19: 247-262. doi: 10.1146/annurev-genom-083117-021340.
4 .Gomez Santos F. Malnutrición: Bol Med Hosp Infant Mex. 2016; 73(5):297-301.Doi: 10.1016/j.bmhimx.
5.Spoelstra MN, Mari A, Mendel M, Senga E, Van Rheenen P, Van DijK TH, Reijngoud DJ, Zegers RG, Heikens GT, Bandsma RH. El Kwashiorkor y el marasmo están asociados con una depuración de glucosa alterada relacionado con la disfunción de células β pancreáticas. Metabolism. 2012; 61(9): 1224-30. doi: 10.1016/jmetabol.2012.01.019.
6. Manary MJ, Broadhead RL, Yarasheski KE. Cinética de proteínas de todo el cuerpo en marasmo y kwashiorkor durante la infección aguda. The American Journal of Clinical Nutrition. 1998; 67(6): 1205-9. doi: 10.1093/ajcn/67.6.1205.
7. www.ayudaenaccion.com

Capítulo 985

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIA.

YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ

MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ

JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ

1 Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud), define la ”salud”, como un estado de completo de bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad o afecciones. Esta definición tiene en cuenta el individuo en su totalidad dado que tiene en cuenta las 3 esferas.

En 1986, por la Ley General de Sanidad, se produce la plena integración del enfermo mental en el sistema sanitario general; creando servicios de rehabilitación mental y reinserción social. La rama de la medicina que trata del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales se denomina psiquiatría. Éste, consigue una mejora o recuperación del paciente a través de tratamientos farmacológicos o conductuales (terapias colectivas, de desestructuración sistemática…). Para ello el paciente debe ingresar en unidades especializadas actual efecto. El ingreso puede hacerse de manera voluntaria o involuntaria. En caso de ingreso involuntario será un juez el que ordene su ingreso si la patología que presente el individuo conllevase riesgo para el propio paciente o para su entorno.

2 Objetivos

Analizar el papel del celador en la unidad de psiquiatría, sus funciones y responsabilidades.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática de artículos en buscadores científicos tales como Google académico, scielo, medline… Además se consultan ordenanzas, decretos y estatutos tanto del Ministerio de Sanidad, como del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4 Resultados

La figura del celador está presente en las áreas de hospitalización de psiquiatría/salud mental. Éste, debe estar lo suficientemente preparado e informado sobre sus funciones, dado que la patología de los pacientes a los que va a manejar, precisan un tratamiento distinto al resto de enfermos. Se detalla a continuación las funciones que desarrolla el celador en estas unidades:

Controlará las puertas tanto de acceso como salida de la unidad, permitiendo la entrada solo a personas autorizadas y vigilando especialmente que no introduzcan en la unidad objetos que pudieran resultar peligrosos o que pongan en riesgo la seguridad del enfermo y de los trabajadores que allí estén; como pueden ser: cuchillas de afeitar, cordones, mecheros…

Además será el encargado de evitar posibles fugas de los pacientes allí ingresados. Vigilará junto con el resto del personal que no se lleve a cabo un uso indebido de los enseres que pueda producir su deterioro. Trasladará aparatos o mobiliario de un servicio a otro, así como documentos, objetos y comunicaciones verbales que le sean confiados.
Intentara conseguir una ambiente tranquilo en la unidad que favorezca su buen funcionamiento, evitando exacerbaciones de los trastornos psiquiátricos de los pacientes. Para ello, favorecerá el sueño de los enfermos, creando un buen ambiente de luz y evitando ruidos innecesarios. Será el encargado de subir las persianas por la mañana y bajarlas por la noche. Vigilará además la circulación de visitantes y enfermos tanto dentro de las habitaciones como por las zonas comunes de la unidad.

Ayudará al auxiliar de enfermería al aseo de pacientes que sean dependientes. Colaborará con el resto de personal sanitario en las tareas de inmovilización de pacientes agresivos o agitados. Si fuera necesario, también se encargaría de los paseos de los ingresados en la unidad si el personal de enfermería lo requiriese, vigilando que la actividad se desarrolle de manera tranquila y controlada

5 Discusión-Conclusión

El celador e las unidades de psiquiatría/salud mental, debe de tener formación específica para favorecer y ayudar al personal sanitario de dicha unidad, en la realización y cuidado de los pacientes de salud mental. Es importante que mantenga en todo momento un estado de calma y sea capaz de trasmitir seguridad y tranquilidad al resto.

6 Bibliografía

- B.O.E. n.O 174, fecha 22/07/1971
- OMS.
- Revista chilena de neuropsiquiatria 44 (1), 23-38, 2006
- Revista de psiquiatría y salud mental 3 (3), 90-96,2010
- Anales de Psicología/ Annals of Psychology 28 (2),378-386,2012
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 986

LA EMPATÍA EN EL ENTORNO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO. QUÉ ES Y CÓMO DESARROLLARLA

MARÍA DOLORES DEL REY UGIDOS

MARÍA LUZ LÓPEZ PONTÓN

MARÍA PILAR ALONSO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El entorno de trabajo puede convertirse en un lugar muy complicado. Muchas veces nos puede costar sentirnos en un entorno agradable ya que no elegimos a las personas con las que queremos trabajar.

Muchos de nosotros cometemos el error de ir a trabajar y no intentar conocer a las personas con las que compartimos tantas horas, hacer nuestro trabajo e irnos a casa suele ser algo por lo que muchos nos decantamos, y no nos detenemos e intentamos conocer mejor a nuestros compañeros de trabajo.

La Real Academia de la Lengua Española define la empatía como la "capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos". La empatía es ponerse en el lugar del otro, comprender sus sentimientos y emociones, intentando experimentar de forma objetiva y racional lo que siente el otro individuo.

No se debe confundir la simpatía y la empatía, ya que son dos habilidades distintas. La simpatía se relaciona con la amabilidad, con encontrar algo positivo del problema que nos cuenta la otra persona y busca la aprobación. Con la simpatía se tiende a sentir el mismo estado emocional que la otra persona pero sin necesidad de comprenderla.

La empatía, en cambio, va un paso más allá, no busca lo positivo de la situación, simplemente busca entender a la otra persona. Se escucha para comprender, reconoce las emociones sin juzgar. La simpatía podemos decir que busca algo así como caer bien o gustar y la empatía busca entender y reconocer las emociones del otro.

Tanto la simpatía como la empatía nos ayudan a establecer buenas relaciones con nuestros compañeros, pero es la empatía la que nos ayudará a tener unas conexiones más duraderas y reales. Desgraciadamente, esta competencia profesional, la empatía, es muchas veces olvidada, infravalorada o enfrentada desde una perspectiva equivocada. Como sucede con cualquier otra capacidad innata, unos la desarrollan más y otros no tanto, y siempre es posible potenciarla de una manera adecuada.

2 Objetivos

- Poner de manifiesto la importancia de la empatía con los compañeros de trabajo en el entorno del auxiliar administrativo del ámbito sanitario.
- Dar unas pautas para poder potenciar la empatía y aprender a utilizar esta capacidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva consistente en la consulta de diversas fuentes bibliográficas centradas en la importancia de la empatía y las técnicas para su desarrollo. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de libros y artículos en las principales bases de datos, como: Google Académico, Dialnet y Pubmed, seleccionando aquellos que versan sobre el tema a tratar. Se han empleado como criterios de inclusión textos escritos en idioma de castellano e inglés y se han excluido aquellos documentos que carecieran de acceso gratuito. Palabras clave empleadas como descriptores: empatía, auxiliar administrativo, trabajo y neuronas espejo.

4 Resultados

Todo ser humano cuenta por naturaleza con la cualidad de la empatía. En el año 1996 el equipo del neurocientífico Giacomo Rizzolatti, de la Universidad de Parma (Italia), estaba estudiando el cerebro de mono cuando descubrió por azar un tipo neurona, que finalmente denominó neuronas espejo. Descubrió que la empatía está relacionada con las neuronas espejo, las cuales son células que se activan al observar una conducta en otra persona. Éstas, que se encuentran en nuestro cerebro, hacen que sintamos el impulso de imitar la conducta de otras personas. Sucede con la risa, con los bostezos, con el llanto y con muchos otros sentimientos. Nos permiten aprender por imitación, por ejemplo, no necesitamos tocar el mismo objeto con el que se ha quemado otra persona porque hemos visto su expresión de dolor cuando lo ha tocado ella. Se considera una conducta adaptativa, porque constituye un proceso fundamental dentro de los procesos de aprendizaje.

Sea cual sea nuestro puesto de trabajo, ser empático con nuestros compañeros nos ayudará en muchos sentidos y se sabe después de años de estudio que las personas empáticas tienen mas facilidad a la hora de desarrollar competencias de trabajo en equipo, capacidad de liderazgo y atención al público.

La empatía juega un papel muy importante a hora de relacionarnos en el ámbito laboral, y más de cara al público como es el de auxiliar administrativo de un centro sanitario, ya que se expone a personas muy susceptibles, puesto que suelen estar en relación con personas enfermas. Una persona empática siempre es una persona amable y simpática, pero sobre todo es una persona que sabe comprender las necesidades de sus compañeros de trabajo y de las personas con las que se relaciona, analizar los diferentes puntos de vista, sabe aprender de los demás e intercambiar sus conocimientos, y hace a la persona mas fuerte y equilibrada emocionalmente. Todas estas características hacen que tenga una predisposición especia para el trabajo en equipo, siendo este aspecto uno de los pilares fundamentales para el buen funcionamiento y para una adecuada atención al usuario en el ámbito sanitario.

Enumeramos una serie de claves que ayudaran a desarrollar la empatía en cualquier profesional del ámbito sanitario, como es el auxiliar administrativo:
- Poner atención en cómo comunicamos la información.
- Practicar la escucha activa con la intención de entender al otro.
- Tener paciencia y dedicar un tiempo a entender al otro.
- Evitar el aconsejar si no te lo piden expresamente.

- Entrena la capacidad de entender tus propias emociones. Así será cada vez más fácil entender las de los demás.
- Escuchar al otro sin prejuzgarle y tratar de entender sus motivaciones.
- Ayudar en aquello que otros necesiten.
- Buscar un puente para conectar con personas que, en principio, nos resultan irritantes.
- Despersonalizar las situaciones conflictivas.
- Comprender que cada uno tiene su propio punto de vista y todos son válidos y respetables.
- Reflexionar sobre nuestro propio comportamiento.
- Mantener la calma en los momentos de tensión.
- Enfrentarse con cordialidad a las situaciones difíciles sin huir de ellas.
- Compartir los logros con los compañeros, alegrándonos también de sus logros.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo expuesto anteriormente se puede llegar a la conclusión de que el uso y desarrollo de la empatía hace que el trabajo cotidiano resulte más ameno y el ambiente de trabajo mas agradable y distendido.

Las personas empáticas pueden desarrollar relaciones laborales más fuertes y duraderas en el tiempo debido a su facilidad para relacionarse y es positivo tanto para su trabajo en el ámbito sanitario como para su carrera profesional.

Estos son algunos de los beneficios de la empatía en el trabajo:
- Hace que comprendamos mejor las necesidades de los compañeros y nos ayuda a proporcionarles la ayuda que necesitan.
- Nos da confianza y en nosotros mismos y en los demás, y esto es fundamental para establecer una conexión.
- Mejora el trabajo en equipo ayudando a que entendamos otros puntos de vistas, y no ver el nuestro solamente como el único punto de vista valido.
- Fortalece las relaciones dando lugar a una mayor colaboración y mejora de la productividad.
- Se crean mejores relaciones interpersonales, ayudándonos a ser mas abiertos a la hora de expresar nuestras emociones y podremos relacionarnos de forma más sincera y sentirnos valorados por lo que somos sin miedo a ser juzgados.
- Nos enseña a escuchar y observar los diferentes perfiles de las personas con las que trabajamos, desde las más tranquilas y sonrientes, hasta las más serias y nerviosas.

- Busca interactuar con los demás sin prejuicios y, siempre que sea posible, estimula diálogos que demuestren un verdadero interés en percibirlos en su totalidad (con sus cualidades y defectos), permaneciendo atento a las cualidades
- Contagiaremos a los demás la empatía a gracias a las “neuronas espejo” , haciendo el entorno de trabajo mucho más enriquecedor y agradable.
- Refuerza el aprendizaje ya que estaremos mas abiertos a aprender de los demás.
- Consolida las relaciones profesionales, haciendo que no se basen únicamente en la competitividad.
- Mejora la calidad de la atención al publico, nos ayuda a ponernos en el lugar del otro ayudando a detectar sus necesidades y atenderlas de la mejor manera posible.
- Nos da equilibrio y auto control emocional, haciendo que no perdamos la compostura al enfrentarnos a personas con comportamientos agresivos.
- Mejora la capacidad de liderazgo a quien tiene a su cargo un de equipos de personas.

6 Bibliografía

- www.ceuiam.com.
Escuela de Negocios del Grupo CEU. En los zapatos de tu compañero de trabajo.
- www.eude.es.
Escuela Europea de Dirección de Empresas. La Empatía: Por qué es importante en el trabajo.
- www.cupe.com.
Centro Europeo de Postgrado. ¿Que son las neuronas espejo?
- www.universia.net.
Que es la empatía laboral y porqué es importante desarrollarla.
- www.gref.org.

Capítulo 987

INFLUENCIA DE LOS FACTORES AMBIENTALES EN LA SALUD

NOELIA EXPÓSITO MARQUÉS

1 Introducción

La vigilancia de la salud de las personas trabajadoras tiene como principal propósito comprender el impacto que el trabajo tiene sobre su salud, de tal forma que sea posible mejorar las condiciones de trabajo. Su práctica debe posibilitar que se identifiquen, tan pronto como sea posible, los efectos adversos del trabajo sobre el bienestar físico, mental y social, para evitar la progresión hacia un daño para la salud más importante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define ”la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La salud ambiental hace referencia a la influencia de los factores ambientales sobre la salud de las personas. Estos factores pueden ser físicos, químicos, biológicos o psico-sociales. Pero la salud ambiental tiene otros objetivos, entre ellos el de evaluar, controlar y corregir aquellos factores que puedan afectar negativamente a la salud de las personas.

La OMS establece que ”la salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud”.

2 Objetivos

- Aportar información sobre qué es la salud ambiental y qué factores influyen en ella.
- Dar a conocer las consecuencias de los factores ambientales en la salud de las personas.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Revisión bibliográfica de bases de datos (Scielo, Google Académico), consulta de guías y protocolos hospitalarios.

4 Resultados

¿Cómo influye el medio ambiente en nuestra salud?
El 23% de las muertes están relacionadas con el medio ambiente, lo que representa 12,6 millones de muertes al año siendo las principales causas:
1. Accidentes cardiovasculares (2,5 millones).
2. Cardiopatía isquémica (2,3 millones).
3. Lesiones no intencionales (1,7 millones).
4. Cáncer (1,7 millones).
5. Enfermedades respiratorias crónicas (1,4 millones).
6. Enfermedades diarreicas (846.000).
7. Infecciones respiratorias (567.000).
8. Afeciones neonatales (270.000).
9. Paludismo (259.000).
10. Lesiones intencionales (246.000).

Aproximadamente, 8,2 de los 12, 6 millones de muertes relacionadas con el medio ambiente son debidos a enfermedades no transmisibles.

Estamos expuestos a factores de riesgo en el hogar, el lugar de trabajo y la comunidad a través de:

- La contaminación del aire

La contaminación del aire es una mezcla de partículas sólidas y gases en el aire. Las emisiones de los automóviles, los compuestos químicos de las fábricas, el polvo, el polen y las esporas de moho pueden estar suspendidas como partículas. Algunos contaminantes del aire son tóxicos. Su inhalación puede aumentar las posibilidades de tener problemas de salud. Las personas con enfermedades del corazón o de pulmón, los adultos de más edad y los niños tienen mayor riesgo de tener problemas por la contaminación del aire. La polución del aire no ocurre solamente en el exterior: el aire en el interior de los edificios también puede estar contaminado y afectar su salud.

- Agua, saneamiento e higiene

El acceso al agua y saneamiento es uno de los mayores retos del siglo XXI. Según la OMS, 844 millones de personas en el mundo carecen de acceso a un agua segura y 2300 millones de personas no tienen acceso a instalaciones sanitarias básicas. En consecuencia, cada año alrededor de 4 millones de personas, la mayoría niños, que mueren por enfermedades relacionadas con agua y saneamiento.

El agua es importante no solo para mejorar la salud pública sino también para el sustento diario: las cosechas agrícolas, la ganadería, la industria y el comercio dependen del acceso al agua. Las condiciones del suministro de agua afectan por tanto a la salud, al hambre y a la pobreza tanto como al desarrollo de la comunidad.

Diversos programas de agua, saneamiento e higiene tienen como objetivo la prevención de la desnutrición y del desarrollo de enfermedades relacionadas con el agua, tanto en situaciones de emergencia como en contextos de post-emergencia o desarrollo.

- Agentes químicos y biológicos

Los agentes químicos están constituidos por materia inerte, es decir, no viva, en cualquiera de sus estados de agregación (sólido, líquido o gas), cuya presencia en la atmósfera de trabajo puede originar alteraciones en la salud de las personas expuestas. Pueden presentarse en el aire en forma de moléculas individuales (gas o vapor) o en forma de agregados moleculares (moléculas agrupadas), dando lugar a los aerosoles.

Las principales vías de entrada de los agentes químicos en el organismo son la vía inhalatoria, la vía dérmica, la vía digestiva y la vía parenteral.

Un agente biológico o bioagente es un organismo, como una bacteria, un virus, un parásito, un hongo…

Los daños a la salud comprenden desde las reacciones alérgicas leves hasta situaciones médicas graves que en algunos casos llevan a la muerte. La mayoría de los organismos considerados agentes biológicos se encuentran presentes en el medio ambiente, en el agua, vegetación, tierra y animales. Debido a su rápida reproducción y los escasos recursos necesarios para su supervivencia, representan un riesgo potencial en muchas ocupaciones y actividades.

- Ruido ambiental

La exposición al ruido puede dar lugar a efectos directos e indirectos en la salud. Niveles muy elevados de ruido pueden llegar a dañar el oído, provocando tinnitus o incluso sordera. Los ruidos que encontramos en las ciudades no suelen ser tan elevados, pero sí pueden dar lugar a exposiciones prolongadas. La convivencia con este tipo de sonidos no deseados de manera constante se asocia con estrés, molestias, trastornos del sueño, alteraciones cognitivas y con enfermedades cardiovasculares, en particular la cardiopatía isquémica.

Uno de los mecanismos que da lugar a estas alteraciones en la salud es el estrés, que puede causar molestias que afecten nuestra calidad de vida y nuestro comportamiento. El estrés originado por el ruido también puede conducir a reacciones fisiológicas como la liberación de hormonas y el aumento de la presión arterial que parecen ser particularmente importantes durante el sueño.

El ruido nocturno puede provocar alteraciones del sueño, incluso sin que nos seamos conscientes ni llegamos al punto de despertarnos.

- Radiación

La radiación es energía que viaja en forma de ondas o partículas de alta velocidad. Puede ocurrir naturalmente o ser creada por el hombre. Existen dos tipos:

1. Radiación no ionizante.

En este tipo de radiación se produce un desplazamiento de los átomos sin la energía suficiente para ionizar la materia. Sus riesgos son mucho menores que en las radiaciones ionizantes.

Se pueden clasificar en:

A. Ultravioleta: se recibe principalmente de sol y artificialmente de lámparas, aparatos médicos. Sus efectos se producen sobre la piel (fototraumatismos, enrojecimiento, quemaduras, cáncer…) y sobre el ojo (conjuntivitis, queratoconjuntivitis, fotofobia, etc.).

B. Infrarrojo: efectos sobre la piel y el ojo.

C. Microondas: son especialmente peligrosas por la gran capacidad que tienen de calentar. La exposición continua puede producir cefaleas, vómitos, insomnio, trastornos digestivos y cardiovasculares…

D. Radiofrecuencia: producen efectos similares a las anteriores.
E. Láser: lesiones en la piel (eritemas, hiperpigmentación, quemaduras…) y en el ojo (fotofobia, lagrimeo…)
2. Radiación ionizante.
Tienen energía suficiente para provocar la ionización de la materia biológica, es decir, de producir un desplazamiento de los electrones de los átomos.
Sus efectos pueden ser:
A. Agudos: son de tipo accidental y se caracterizan por la muerte de células del tejido irradiado y por tener un umbral por debajo del cual no se producen daños.
B. Crónicos: son probabilísticos, no tienen un umbral y al aumentar la dosis aumenta la posibilidad de que de dé el efecto. Se puede establecer una dosis de seguridad.

- Riesgos laborales en prácticas agrícolas

El trabajo en la agricultura es bastante más peligroso que el trabajo en otros sectores. Unos 170.000 trabajadores agrícolas mueren cada año en el mundo víctimas de los riesgos laborales. Por otra parte, sufren lesiones o envenenamientos causados por los pesticidas y los productos químicos utilizados en la agricultura. Los índices de mortalidad en la agricultura se han mantenido persistentemente elevados en los últimos 10 años, en marcado contraste con lo ocurrido en otros sectores peligrosos, como la minería y la construcción, en los que se ha registrado una reducción de las tasas de mortalidad.
Riesgos laborales en el sector agrícola
Los mayores riesgos para los trabajadores agrícolas provienen:
A. De las herramientas manuales y, en particular, de las cortantes.
B. De la maquinaria agrícola: más de la tercera parte de las muertes por accidente de trabajo que se registran en la agricultura mundial se relacionan con el uso de los tractores.
C. La exposición a pesticidas y otras sustancias agroquímicas: en algunos países llega a producir el 14% del total de las lesiones profesionales registradas en el sector agrario y el 10% de los fallecimientos.

- Entornos urbanizados

La vida en las ciudades y las crecientes presiones derivadas de la comercialización masiva, la disponibilidad de productos comestibles malsanos y el acceso a la automatización y al transporte influyen sobre el modo de vida y afectan directamente a la salud.

- Cambio climático

El clima es la temperatura promedio en un lugar en un determinado período de tiempo. El cambio climático es un cambio importante de temperatura, lluvias, nieve o patrones de viento que duran muchos años. Puede ser causado por la naturaleza o por las actividades de los seres humanos. Hoy en día, los cambios climáticos están ocurriendo a un ritmo cada vez más acelerado.
El cambio climático puede afectar su salud y causar:
1. Más casos de enfermedades y muertes causados por el calor.
2. Más polen, moho y contaminación del aire. Esto puede aumentar los casos de alergia, asma y problemas respiratorios.
3. Los mosquitos y otros insectos que portan enfermedades pueden empezar a aparecer en áreas que solían ser demasiado frías para ellos
4. Más inundaciones y aumento del nivel del mar. Esto puede causar más casos de contaminación de alimentos y agua
5. Eventos climáticos más extremos como huracanes e incendios forestales. Esto puede causar muertes, heridas, estrés y problemas de salud mental

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, son muchos los factores que afectan a la salud ambiental y por ellos es muy importante adoptar unas buenas medidas que permitan reducir sus efectos en la medida de lo posible y así prevenir sus consecuencias sobre nuestra salud, tanto en nuestra vida personal como en la laboral.

6 Bibliografía

- Who.int. (2020). [online] Available at: https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/PHE-prevention-diseases-infographic-ES.pdf?ua=1
- Cambio climático: MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus.gov. 2020 [cited 13 February 2020]. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/climatechange.html
- [Internet]. Umivale.es. 2020 [cited 13 February 2020]. Available from: https://umivale.es/dam/web-corporativa/Documentos-prevenci-n-y-salud/C-digos-de-Buenas-Pr-cticas-por-sector-/110908_agricola.pdf
- OMS | Urbanización y salud [Internet]. Who.int. 2020 [cited 13 February 2020]. Available from: https://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-010410/es/
- Barcelona I, Clínic C, Mar C. El ruido: mucho más que una molestia - Blog [Internet]. ISGlobal. 2020 [cited 13 February 2020]. Available from:

https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/el-ruido-mucho-mas-que-una-molestia/6002085/0

Capítulo 988

ABORDAJE DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO DE ÁMBITO HOSPITALARIO

AVELINO AUGUSTO FERNANDEZ

1 Introducción

La intervención de la Psicología y la Sociología en el tema de la prevención de riesgos laborales viene dado por la inclusión de estudiar aspectos de la vida laboral a partir de la filosofía de estas ciencias; este interés es debido a que la problemática psicológica y social es frecuente y además tiene consecuencias, no sólo sobre la salud y el bienestar de la persona, sino también en otros aspectos como el rendimiento y calidad del trabajo.

En psicosociología del trabajo, los factores de riesgo son denominados factores psicosociales.

Los factores psicosociales se pueden definir como las condiciones de trabajo relacionadas con la organización y el contenido del trabajo y con repercusión en la salud y el bienestar de los trabajadores, así como en el desempeño del trabajo (absentismo, baja productividad, etc)

De forma esquemática según el Instituto Nacional de la Seguridad e Higiene del Trabajo (INSHT) los factores psicosociales derivan de las interacciones entre:
- Medio ambiente del trabajo, satisfacción en el trabajo y condiciones de organización.

- Capacidades, necesidades y expectativas del trabajador, costumbres y cultura y factores individuales.

Ambos pueden influir y repercutir en : el rendimiento en el trabajo, la salud y la satisfacción en el trabajo.

Cuando el entorno de trabajo y los factores personales están equilibrados, el trabajo es percibido como algo positivo, por lo cual aumenta la satisfacción, por lo que mejora la salud. Cuando hay una asimetría entre las oportunidades y las exigencias laborales por un lado y las aptitudes y anhelos del individuo por otro, produce reacciones diferentes.

Cuando existe una mala adecuación, las necesidades no están satisfechas o cuando se le pide demasiado o se le subestima, el individuo reacciona con respuestas anormales tanto a nivel fisiológico como psicológico.
Los resultados dependen en gran medida de las herramientas del individuo para hacer frente a las situaciones y controlar los síntomas prematuros.

2 Objetivos

- Identificar los factores psicosociales que pueden afectar al trabajador de mantenimiento en el ámbito hospitalario.
- Identificar medidas preventivas para el abordaje de los factores psicosociales.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica de publicaciones y artículos relacionados con los factores psicosociales utilizando palabras clave como: factores psicosociales, riesgos psicosociales, estrés laboral, prevención de riesgos.Se ha realizado la búsqueda en diferentes bases de datos como Scielo, Pubmed y google académico. Se emplearon como criterios de inclusión : textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Los principales riesgos psicosociales son:

1. Estrés laboral: es definido como un ”ajuste inadecuado entre la persona y el entorno”, es decir entre el trabajador y el entorno laboral.

Reconocemos el estrés a través de señales a nivel:
- Cognitivo: falta de concentración y atención, pérdida de memoria por estrés, valoración negativa de la realidad.
- Emocional: tristeza, apatía, sentimientos de soledad, ansiedad, impulsividad, angustia.
- Fisiológica: mareos, náuseas, cansancio, problemas gastrointestinales, endocrinos, de piel.
- Conducta: comportamiento impulsivo, alteración del sueño, no hacerse responsable de las tareas, no relacionarse con nadie.

Las medidas preventivas serían entre otras: una alimentación sana, ejercicio, descanso entre 7-8 horas, aprender técnicas de relajación, comunicación fluida con los compañeros, ser positivo, evitar bebidas alcohólicas y tabaco, organización eficaz del tiempo, y si todo esto no es suficiente pedir ayuda a un profesional.

2. Síndrome de Burnout o desgaste profesional:
- Es un tipo de estrés crónico laboral y organizacional que termina con el individuo agotado emocionalmente y con aumento de fatiga para las tareas del trabajo. Se diferencia del estrés, en que el componente mental está más agravado que el fisiológico por lo que hay mayor desmotivación laboral.
- El individuo presenta las siguientes características: agotamiento emocional, cansancio físico y psicológico, aislamiento social, frialdad con los compañeros y sentimientos de incompetencia, de no poder con las tareas que tiene encomendadas.
- Las medidas preventivas, irán encaminadas a un abordaje precoz, detectando síntomas de situaciones estresantes para poder minimizarlas, logrando una mayor atención y confianza en el trabajador por parte de la empresa. A través de la formación y de dotar al individuo de herramientas y estrategias de comportamiento se puede lograr que el trabajador tenga mayor seguridad en sí mismo y por tanto resolver los problemas a los que esté expuesto.
- También es importante definir claramente los roles de cada trabajador, para así disminuir la ambigüedad y el conflicto. Y una comunicación eficaz y fluida, donde el trabajador pueda expresar libremente lo que piensa, sin sentirse amenazado.

3. Fatiga de los trabajadores: principalmente derivado por el trabajo a turnos y nocturnidad.
- La fatiga la podemos describir como una sensación de cansancio, unida a la menor productividad, no deseada por el trabajador.
- El tiempo de trabajo es uno de los factores que tiene una repercusión más directa en el día a día; ya que afecta no sólo a la calidad de vida en el trabajo, sino también

en la vida familiar y social.
- Hablamos de trabajo a turno, cuando es desarrollado en jornadas laborales distintas abarcando las 24 horas. Se considera trabajo nocturno cuando éste se produce entre las 22 horas y las 6 de la mañana.
- En el ámbito sanitario, el personal de mantenimiento está a turnos y tiene nocturnidad al igual que el personal sanitario. En estudios que se han hecho se ha constatado que los trabajadores a turnos demuestran una menor satisfacción con el horario y con el trabajo en general que los que están en jornada laboral diurna, y esto puede ser debido a la falta de adaptación de los ritmos circadianos y sociales y a una pésima organización de los turnos.
- Las medidas preventivas serán: intentar reducir el número de años que el individuo realice turnos y nocturnidad, programar por la noche solo aquellas actividades que sean imprescindibles, sobre todo en la franja de 3 a 6 horas, en las cuales está demostrado mayor número de errores y evitar que las tareas supongan una elevada atención.
- A nivel individual recomendaciones para mejorar el sueño, mantener un horario regular de comidas, evitar estimulantes en general y el alcohol en particular y realizar ejercicio.

4. Violencia laboral:
Recoge todas las conductas de violencia física como psicológica, que se producen en el trabajo, tanto entre el personal que trabajó en el mismo centro (violencia interna) como la que se produce entre trabajadores con personas externas (pacientes. familiares) en el caso de un ámbito hospitalario.

Dentro de la violencia psicológica tenemos:
- Acoso discriminatorio: ”conducta no deseada en el lugar de trabajo, relacionada con el origen racial, la religión, la discapacidad, la edad, la orientación sexual, que tenga como objetivo atentar contra su dignidad y crear un ambiente intimidatorio, humillante u ofensivo” (Art. 28 de la Ley 62/2003 de 30 de diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social).
- Acoso sexual: ”cualquier comportamiento verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo”. (Art. 7 de la L.O. 3/2007 de 23 de marzo para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres).
- Acoso laboral o mobbing: exposición a conducta de violencia psicológica reiterada en el tiempo hacia una o más personas por parte de una u otras, que parten de una relación de poder, no necesariamente jerárquica con el propósito de per-

turbar la vida laboral de la víctima a través de un entorno degradante.

Estas conductas pueden dar lugar a situaciones de estrés, de humillación, de desprestigio, de aislamiento social y de bajo rendimiento a nivel profesional. Las medidas preventivas serían: comunicación fluida y eficaz, clima de trabajo agradable, confianza por parte de los mandoS, relaciones interpersonales fuertes.

5 Discusión-Conclusión

Los factores psicosociales están identificados en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. El INSHT define los factores psicosociales como las condiciones que se presentan en un ámbito laboral que se relacionan directamente con la organización, contenido y realización de la labor profesional, y además, puede afectar al trabajador, a su bienestar y salud, física,psíquica y social.

Hay estudios que encuentran una estrecha relación entre factores psicosociales del trabajo y la aparición de patologías músculo-esqueléticas; también se habla de trastornos psicológicos severos relacionados con el estrés crónico laboral en especial la depresión y el abuso de drogas.

Existen estudios que muestran evidencias que los factores psicosociales del entorno laboral son un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, así un factor de la organización como son los turnos de trabajo vienen asociadas con un aumento de riesgo de sufrir un infarto de miocardio (Kristensen, 1989).

Los factores psicosociales, además del perjuicio personal, suponen también un gasto para la organización en las que trabajan los empleados, como para el sistema sanitario y social; por ello es muy importante un diagnóstico precoz que evalúe eficazmente los factores psicosociales.

6 Bibliografía

- Factores psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad, Luceño Moreno,L.; Martín García, J.; Rubio Valdehita, S.; Díaz Ramiro,E.
- www.osalan.euskadi,eus:
Factores de riesgo psicosocial
- Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención, INSHT
- Factores y riesgos psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales, Moreno Jiménez B.

- www.cen.es:
Manual de buenas prácticas y recomendaciones para la plantilla trabajadora.
- Condiciones de trabajo en Centros Sanitarios, INSHT

Capítulo 989

LOS DERECHOS DE LOS CIUDADANOS,LA INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA Y LA ATENCIÓN CIUDADANA EN EL PUESTO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

EVA MARIA CARDEÑOSO GARCIA

1 Introducción

Los derechos de las personas en sus relaciones con las administraciones públicas. Los ciudadanos tienen capacidad de obrar ante las Administraciones públicas. Los ciudadanos son titulares en sus relaciones con ellas, de los siguientes derechos. (Montoro 2002)

A comunicarse con las Administraciones públicas a través de un punto de acceso general electrónico de la administración .A ser asistidos en el uso de medios electrónicos en sus relaciones con las Administraciones públicas. A utilizar las lenguas oficiales en el territorio de su comunidad Autónoma, de acuerdo con lo previsto en esta Ley y en el resto del Ordenamiento jurídico .Al acceso a la información pública, archivos y registros, de acuerdo con lo previsto en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno y el resto del Ordenamiento Jurídico. A ser tratados con respeto y deferencia por las autoridades y empleados públicos, que habrán de facilitarles el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones. A exigir las

responsabilidades de las administraciones públicas y autoridades, cuando así corresponda legalmente. A la obtención y utilización de los medios de identificación y firma electrónica contemplados en esta Ley. A la protección de datos de carácter personal, y en particular a la seguridad y confidencialidad de los datos que figuren en los ficheros, sistemas y aplicaciones de las Administraciones Públicas. Cualesquiera otros que les reconozcan la Constitución y las leyes.(Camarero 2003)

Derecho y Obligación de relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas.
Las personas físicas podrán elegir en todo momento si se comunican con las Administraciones Públicas para el ejercicio de sus derechos y obligaciones a través de medios electrónicos o no, salvo que estén obligadas a relacionarse a través de medios electrónicos con las Administraciones Públicas. El medio elegido por las personas para comunicarse con las Administraciones públicas podrá ser modificado por aquella en cualquier momento. Estarán obligados a relacionarse a través de medios electrónicos con las Administraciones Públicas para la realización de cualquier trámite de su procedimiento administrativo, los siguientes sujetos.
• Las personas jurídicas.
• Las entidades sin personalidad jurídica.
• Quienes ejerzan una actividad profesional para la que se requiera colegiación obligatoria , para los trámites y actuaciones que realicen con las Administraciones Públicas en ejercicio de dicha actividad profesional. En todo caso, dentro de este colectivo se entenderán incluidos los notarios y registradores de la propiedad y mercantiles.
• Quienes representen a un interesado que esté obligado a relacionarse electrónicamente con la Administración.
• Los empleados de las Administraciones Públicas para los trámites y actuaciones que realicen con ellas por razón de su condición de empleado público, en la forma en que se determine reglamentariamente por cada Administración.

Las administraciones podrán establecer la obligación de relacionarse con ellas a través de medios electrónicos para determinados procedimientos y para ciertos colectivos de personas físicas que por razón de su capacidad económica, técnica, dedicación profesional u otros motivos quede acreditado que tienen acceso y disponibilidad de los medios electrónicos necesarios .Las previsiones relativas al registro electrónico de apoderamientos, registro electrónico ,registro de empleados públicos habilitados, punto de acceso general electrónico de la Administración y archivo único electrónico producirán efectos a los dos años de la entrada

en vigor de la Ley.

La lengua de los procedimientos tramitados por la Administración General del Estado será el castellano .Los interesados que se dirijan a los órganos de la Administración General del Estado con sede en el territorio de una comunidad autónoma podrán utilizar también la lengua que sea cooficial en ella .El procedimiento se tramitará en la lengua elegida por el interesado .Si concurrieran varios interesados en el procedimiento, y existiera discrepancia en cuanto a la lengua, el procedimiento se tramitará en castellano, los documentos o testimonios que requieran los interesados se expedirán en la lengua elegida por los mismos .En los procedimientos tramitados por las Administraciones de las Comunidades Autónomas y de las Entidades Locales, el uso de la lengua se ajustará a lo previsto en la legislación autonómica correspondiente.(Caballería 2009).

La administración pública instructora deberá traducir al castellano los documentos, expedientes o partes de los mismos que deban surtir efecto fuera del territorio de la Comunidad Autónoma y los documentos dirigidos a los interesados que así lo soliciten expresamente. Si debieran surtir efecto en el territorio de una Comunidad Autónoma donde sea cooficial esa misma lengua distinta del castellano, no será precisa su traducción.

Si avanzamos en el estudio de dicha Ley, también nos encontramos con otro listado de derechos, pensado éste, para los ciudadanos que ya son interesados en un procedimiento concreto.(Rojas Franco 2011)

- El derecho del interesado en un procedimiento administrativo.

Los interesados tienen los siguientes derechos ((Rebollo Puig, Izquierdo Carrasco , Alarcón Sotomayor& Bueno Armijo 2005):

A conocer, en cualquier momento , el estado de la tramitación de los procedimientos en los que tengan la condición de interesados; el sentido del silencio administrativo que corresponda, en caso de que la Administración no dicte ni notifique resolución expresa en plazo; el órgano competente para su instrucción, en su caso, y resolución ; y los actos de trámite dictados. Tendrán derecho a acceder y a obtener copia de los documentos contenidos en los citados procedimientos. Quienes se relacionen con las Administraciones Públicas a través de medios electrónicos, tendrán derecho a consultar la información a la que se refiere en el punto de Acceso General electrónico de la Administración competente o en las sedes electrónicas que correspondan A identificar a las autoridades y al personal al servicio de las Administraciones Públicas bajo cuya responsabilidad se tramiten los procedimientos. A no presentar documentos originales salvo que

la normativa reguladora aplicable establezca lo contrario. En caso de que , excepcionalmente , deban presentar un documento original, tendrán derecho a obtener una copia autenticada de éste. A no presentar datos y documentos no exigidos por las normas aplicables al procedimiento de que se trate, que ya se encuentren en poder de las Administraciones Públicas o que hayan sido elaboradas por éstas. A formular alegaciones, utilizar los medios de defensa admitidos por el Ordenamiento Jurídico.

2 Objetivos

- Analizar el derecho de información.
- Identificar los principios de Atención Ciudadana.
- Conocer la definición de Información administrativa.
- Corroborar la definición de Información general.
- Analizar la Información particular.
- Conocer lo que es una Sugerencia.
- Identificar lo que es una Queja.
- Formular alegaciones.
- Conocer información.
- Identificar las obligaciones de pago.

(Chinchilla Imbett, 2011)
(Rodríguez-Arana 2013)
Murdick & Munson 2000)
(Aguasaco Munevar & Gómez Luna 2019)

3 Metodología

Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre los derechos de los ciudadanos y la atención ciudadana. Se consultaron diferentes bases de datos (Dialnet, ISOC Ciencias Sociales y Humanidades .) , así como el directorio de revistas con acceso abierto (DOAJ).En todos los casos se limitó la búsqueda al intervalo 2000-2019.En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional) se utilizaron descriptores en español (“medios electrónicos”, “ordenamiento jurídico”, “archivos” , “registros”, “decretos”).Los criterios establecidos fueron : Estudios que analizan el derecho de información. Que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión. Con acceso al texto completo.

4 Resultados

El derecho de información es el derecho que asiste a los interesados en un procedimiento de conocer en cualquier momento el estado de su tramitación, la Administración contará con los instrumentos de información a los ciudadanos que garanticen el efectivo conocimiento por parte de éstos por el procedimiento a seguir para las solicitudes o actuaciones que se propongan realizar ante aquélla. Reglamentariamente se determinará la articulación de los instrumentos de información a que se refiere este artículo en el Decreto 89/2017 de 20 de diciembre. (Macho 2010).

La atención ciudadana, como conjunto de medios puestos a disposición de la ciudadanía en orden a facilitar el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones en sus relaciones con la Administración, se regirá por los siguientes principios:
• Objetividad, eficacia y eficiencia en el servicio a la ciudadanía y a los intereses públicos.
• Igualdad y no discriminación en el acceso a los servicios de atención ciudadana.
• Deferencia, esmero y máximo respeto en la prestación de los servicios de atención ciudadana, y en general, en el trato con los ciudadanos.
• Transparencia, integridad, autenticidad, actualización y máxima accesibilidad de la información, garantizando que todas las personas ejerzan sus derechos en igualdad de condiciones.
• Neutralidad y adaptación progresiva a los cambios tecnológicos para garantizar la mayor calidad y eficacia en los servicios de atención ciudadana.
• Confidencialidad, de acuerdo con la normativa reguladora de protección de datos de carácter personal.
• Coordinación y cooperación con otras Administraciones Públicas.
• Simplificación, celeridad e impulso de la iniciativa de oficio.
• Responsabilidad en la gestión del Servicio de Atención Ciudadana.
(Prieto Barragán 2013) .

Se define la información administrativa como aquella información que permite a la ciudadanía acceder al conocimiento de sus derechos y obligaciones y a la utilización de los bienes y servicios públicos.

La información general se corrobora cómo la información administrativa relativa a la identificación , fines, competencia, estructura, funcionamiento y localización de organismos ,unidades administrativas, autoridades y personal al servicio de

las Administraciones y de sus organismos y entes públicos; la referida a los requisitos jurídicos o técnicos que las disposiciones impongan a los proyectos, actuaciones o solicitudes que las personas se propongan realizar; la referente a la tramitación de procedimientos , a los servicios públicos y prestaciones, así como a cualquier otro dato que aquéllas tengan necesidad de conocer en sus relaciones con la Administración y con sus organismos y entes públicos.

La información particular es la información administrativa concerniente al estado o contenido de los procedimientos y a la identificación de las autoridades y personal al servicio de la Administración y de sus organismos y entes públicos bajo cuya responsabilidad se tramiten aquellos.Podrá referirse a datos especialmente protegidos de acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Sugerencia es la manifestación o declaración de un ciudadano en la que éste transmite una idea con la que pretende mejorar los servicios que presta la Administración o sus organismos y entes públicos, o alguno de sus procesos , o bien solicita la prestación de un servicio o actuación no previsto o no ofrecido.

Una queja es la exposición de una incidencia, durante la prestación de un servicio por parte de la Administración o sus organismos y entes públicos que produce en la persona que reclama la percepción de ineficacia o de actuación inadecuada, y requiere de una respuesta.

- Derecho a formular alegaciones , a utilizar los medios de defensa admitidos por el Ordenamiento Jurídico y aportar documentos en cualquier fase del procedimiento anterior al trámite de audiencia , que deberán ser tenidos en cuenta por el órgano competente al redactar la propuesta de resolución.
- A obtener información y orientación acerca de los requisitos jurídicos o técnicos que las disposiciones vigentes impongan a los proyectos, actuaciones o solicitudes que se propongan realizar.
- A actuar asistidos de asesor cuando lo consideren conveniente en defensa de sus intereses.
- A cumplir las obligaciones de pago a través de los medios electrónico. Cualesquiera otros que le reconozca la Constitución y las leyes. Además de los derechos previstos, en el caso de procedimientos administrativos de naturaleza sancionadora, los presuntos responsables tendrán los siguientes derechos.
- A ser notificado de los hechos que se le imputen, de las infracciones que tales hechos puedan constituir y de las sanciones que, en su caso, se les pudieran imponer, así como de la identidad del instructor, de la autoridad competente para

imponer la sanción y de la norma que atribuya tal competencia.
- A la presunción de no existencia de responsabilidad administrativa mientras no se demuestre lo contrario.

Los derechos de los ciudadanos, gozarán en sus relaciones con la Administración de los derechos reconocidos con carácter general en la legislación básica del régimen jurídico de las Administraciones públicas y de cuantos estén establecidos en las disposiciones aplicables en cada caso. Reglamentariamente se determinarán los mecanismos para el ejercicio de estos derechos. (Linde Paniagua 2011)

5 Discusión-Conclusión

Sin perjuicio del derecho que asiste a los interesados en un procedimiento de conocer en cualquier momento el estado de su tramitación, la Administración contará con los instrumentos de información a los ciudadanos que garanticen el efectivo conocimiento por parte de éstos por el procedimiento a seguir para las solicitudes o actuaciones que se propongan realizar ante aquélla.

(Alvarez Guevara & Navarro Rojano 2018)La atención ciudadana conjunto de medios puestos a disposición de la ciudadanía para facilitar el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones en sus relaciones con la Administración. Se regirá por objetividad, eficacia y eficiencia en el servicio a la ciudadanía y a los intereses públicos. Igualdad y no discriminación en el acceso a los servicios de atención ciudadana. Deferencia, esmero y máximo respeto en la prestación de los servicios de atención ciudadana, y en general , en el trato con los ciudadanos .Transparencia , integridad, autenticidad, actualización y máxima accesibilidad de la información, garantizando que todas las personas ejerzan sus derechos e igualdad de condiciones. Neutralidad y adaptación progresiva a los cambios tecnológicos para garantizar la mayor calidad y eficacia en los servicios de atención ciudadana. Confidencialidad, de acuerdo con la normativa reguladora de protección de datos de carácter personal. Coordinación y cooperación con otras Administraciones Públicas .Simplificación, celeridad e impulso de la iniciativa de oficio .Responsabilidad en la gestión del Servicio de Atención Ciudadana.

Las funciones de la atención ciudadana a prestar por el Servicio de Atención Ciudadana es la de Orientación e Información, cuya finalidad es la de ofrecer las aclaraciones y ayuda de índole práctica que los ciudadanos requieren sobre procedimientos, trámites, requisitos y documentación para los proyectos , actua-

ciones o solicitudes que se propongan realizar, o para acceder al disfrute de un servicio público o beneficiarse de una prestación, así como la ayuda relativa a la localización de dependencias y empleados públicos. El Servicio de Atención Ciudadana conocido por las siglas del SAC ,tiene la función de la recepción y gestión de sugerencias y quejas.La acreditación de la identidad para la emisión de los certificados o claves a los que se refieren los artículos 9 y 10 de la ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).La asistencia a los ciudadanos en el ejercicio del derecho de petición. Las funciones atribuidas a las oficinas de asistencia en materia de registros. Cualquier otra que se le atribuya legal .Todos los órganos y unidades administrativas, así como los organismos y entes públicos deberán colaborar con el SAC para el adecuado cumplimiento de sus funciones.(Melgarejo & Betancourt 2013)

La atención ciudadana se prestará por medio de unos canales:
• Presencial a través de las Oficinas de Atención Ciudadana del SAC.
• Correo postal.
• Correo electrónico.
• Telefónico
• Por Internet a través de la sede electrónica de la Administración.

Para el acceso a la información, general o particular , el interesado podrá dirigirse al SAC o directamente a las unidades administrativas que gestionan los procedimientos concretos. (del Estado B.O 2007)La información general se facilitará obligatoriamente a cualquier persona que la solicite, sin exigir para ello la condición de interesado en un procedimiento.

La información particular se facilitará obligatoria y exclusivamente, a quienes tengan la condición de interesados en cada procedimiento o a sus representantes legales .Si la información particular solicitada contuviera datos especialmente protegidos a los que se refiere la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, se podrá autorizar en caso de que se contase con el consentimiento expreso y por escrito del afectado.

La información proporcionada será clara, concreta y de fácil comprensión, considerándose, las particularidades de las personas que solicitan la información. Tendrá carácter orientativo y no originará derechos ni expectativas de derecho. En ningún caso supondrá una interpretación normativa, consideración jurídica o económica. La información facilitada no podrá invocarse a efectos de interrupción o suspensión de plazos, caducidad o prescripción.

La solicitud de información administrativa ante el SAC se regirá por las siguientes reglas:

- La información general podrá solicitarse a través de cualquiera de los canales previstos y será facilitada de inmediato, a ser posible, o en el plazo de quince días si resultase necesario realizar la consulta a otro órgano o unidad.
- La información particular podrá solicitarse a través de los canales previstos. El solicitante deberá estar debidamente identificado .La información se facilitará en el plazo de quince días. Si la petición de información administrativa requiere la consulta a otro órgano o unidad requerida deberá comunicar su respuesta al SAC, servicio encargado de facilitar la información al solicitante.
- Los plazos anteriores quedan exceptuados cuando una vez solicitada la información, el órgano o unidad requerida considere preciso obtener determinadas aclaraciones .El interesado dispondrá de un plazo de diez días para subsanar, aclarar o completar su solicitud.
- Si la información demandada correspondiera a organismos o entidades distintas de la Administración ,se indicará al solicitante el órgano que se considere competente. En el caso de Que la petición sea formulada por escrito, se dará traslado de ésta a dicho órgano, dando cuenta de ello al interesado. (Sagarzazu 2005).

6 Bibliografía

- Álvarez Guevara, G. A., & Navarro Rojano, M. A. (2018). Plan de mejoramiento continuo que permita optimizar el proceso del sistema de atención al ciudadano (sac).
- Aguasaco Munevar, D. P., & Gómez Luna, L. E. (2019). Modelo de procesos para la gestión de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias-PQRS de la Superintendencia de Sociedades bajo metodología business process management-BPM.
- Caballería, M. V. (1999). Derechos de los ciudadanos: lengua de los procedimientos, registros administrativos y subsanación de solicitudes. Documentación Administrativa.
- Camarero, C. G. (2003). Las nuevas formas de comunicación de la administración con el ciudadano. In Anales de documentación (Vol. 6, pp. 109-119). Facultad de Comunicación y Documentación y Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Casado, E. G. (2016). 1 Panorámica de la Administración electrónica en la nueva legislación administrativa básica. Revista Española de Derecho Administrativo, 2016(175), 06-22.

- Chinchilla Imbett, C. A. (2011). El deber de información contractual y sus límites. Revista de Derecho Privado, (21), 327-350. del Estado, B. O. (2007). Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos. Madrid: BOE. Recuperado de https://www. boe. es/buscar/act. php.
- Linde Paniagua, E. (2011). Fundamentos de Derecho Administrativo. Del Derecho del poder al Derecho de los ciudadanos. Colex y UNED. Madrid.
- Macho, R. G. (Ed.). (2010). Derecho administrativo de la información y administración transparente. Marcial Pons.
- Melgarejo, M. M. P., & Betancourt, Y. U. (2013). La importancia de las funciones ejecutivas para el desarrollo de las competencias ciudadanas en el contexto educativo. Cultura Educación y Sociedad, 4(1).
- Montoro, Á. J. G. (2002). La titularidad de derechos fundamentales por personas jurídicas: un intento de fundamentación. Revista española de derecho constitucional, (65), 49-105.
- Murdick, R. G., & Munson, J. C. (2000). Sistemas de información administrativa. Prentice Hall.
- Prieto Barragán, T. A. (2013). Elementos a tomar en cuenta para implementar la política de mejor atención al ciudadano a nivel nacional.
- Rebollo Puig, M., Izquierdo Carrasco, M., Alarcón Sotomayor, L., & Bueno Armijo, A. (2005). Panorama del derecho administrativo sancionador en España Los derechos y las garantías de los ciudadanos. Estudios Socio-Jurídicos, 7(1), 23-74.
- Rodríguez-Arana, J. (2013). La buena administración como principio y como derecho fundamental en Europa. Misión Jurídica: Revista de derecho y ciencias sociales, 6(6), 23-56.
- Rojas Franco, E. (2011). El debido procedimiento administrativo. Derecho PUCP, (67).
- Sagarzazu, I. M. (2005). Internet, un nuevo canal de atención ciudadana SAC (on-line). Mediatika. Cuadernos de Medios de Comunicación, (11).

Capítulo 990

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS CENTROS SANITARIOS

CARMEN MARIA SUAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El Burnout es una respuesta psicológica prolongada debida a estresores crónicos del lugar de trabajo, que parece suceder de un modo más común, entre trabajadores cuya labor se realiza en relación directa con la gente.

Basándose en la definición de "Maslach", el Burnout incluye 3 dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

2 Objetivos

Establecer las variables que pueden influir en el personal de los centros sanitarios a sufrir Burnout.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de estudios realizados por diferentes organismos como universidades y consejería de sanidad de Madrid además de consultar varios artículos en diversas revistas online como Medigraphic, PW Magazine y bases de datos como Dialnet.

4 Resultados

Son varios los factores personales que pueden influir en el síndrome de Burnout: la edad, el sexo, el nivel educativo, años de trabajo, hábitos de vida (dieta alimenticia, actividad física e intelectual, higiene, abuso de sustancias, etc.). Todo esto sumado a una mala situación laboral con falta de medios y apoyo, exceso de carga de trabajo, deficientes condiciones y falta de coordinación.

La repercusión que el Burnout puede tener sobre los trabajadores de los centros sanitarios es preocupante ya que puede provocar en éstos, enfermedades y alteraciones físicas, psicológicas y trastornos del comportamiento.

5 Discusión-Conclusión

Es un hecho que el síndrome de Burnout está muy presente en los centros sanitarios cuyos trabajadores se ven requeridos para la realización de tareas que implican una elevada demanda emocional y cognitiva. Por ello sería importante investigar formas de vencerlo y sobre todo prevenirlo, ya que afecta severamente tanto a los profesionales como a la calidad laboral.

6 Bibliografía

1. Pedro R. Gil Monte. Profesor Titular de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
2. Diversas revistas online, (Medigraphic, PW Magazine…).
3. Consejería de Sanidad de Madrid.
4. Revisión de estudios en diferentes universidades.

Capítulo 991

CÓMO AFECTA LA DEPRESIÓN A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

AINHOA SUÁREZ COLUNGA

1 Introducción

"La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos" (Medlineplus, 2018)

Cuando una persona llega a la última fase de su vida comienza a repasar su historia. Las personas mayores raras veces hablan de situaciones relacionadas con el presente, más bien cuentas historias del pasado, momentos que recuerdan como felices.

Las personas mayores suelen tener problemas físicos o psíquicos los cuales provocan desánimo y depresión. Por eso este trabajo quiere investigar hasta qué punto la depresión puede afectar en esta etapa de la vida y cómo evitarlo.

2 Objetivos

El objetivo principal:
- Investigar cómo afecta la depresión a la tercera edad

Los objetivos específicos son:
- Conocer las razones por las que una persona de la tercera edad tiene depresión
- Estudiar las estadísticas relacionadas con el tema
- Saber cómo solucionar este problema y de mano de quién está

3 Metodología

Para el estudio se ha recopilado datos de la siguiente manera.

Repasando estudios sobre las enfermedades en la tercera edad, causas de mortalidad, analizar estadísticas sobre los ancianos y ancianas que viven con su familia o en residencias, leer estudios científicos y médicos sobre personas de la tercera edad, buscar en revistas científicas y otras fuentes de información como artículo cualquier tipo de información relacionada con el tema.

Una vez terminada la búsqueda, se ha realizado un análisis de la información y finalmente expuesto las conclusiones.

4 Resultados

"La depresión en el anciano se está convirtiendo en un importante problema de salud pública" (Elsevier, 2018)

"La depresión es, junto con la demencia, la enfermedad mental más frecuente en los ancianos" (Elsevier, 2018)

Factores que pueden desencadenar en depresión en personas de tercera edad.
• La inactividad tras dejar de trabajar.
• Las enfermedades propias del envejecimiento.
• La pérdida de seres queridos.
• La falta de inquietudes.
• En algunos casos la soledad,
(Sanitas, 2018)

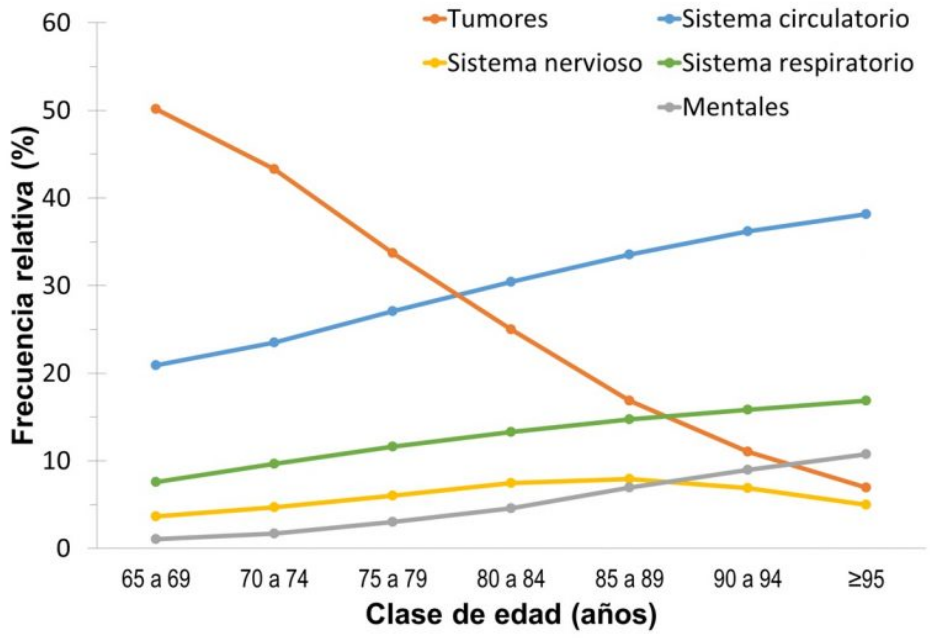
Estadística de mortalidad de la tercera edad
Como se aprecia en la ilustración, las enfermedades mentales son causa de mortalidad en forma ascendente, cuantos más años tenga la persona, más posible es fallecer a causa de una enfermedad mental. Figura 1

Quién sufre más frecuentemente depresión
A partir de los 65 años sufrir depresión es algo cada vez más frecuente debido a la cultura general de dejar de lado a las personas mayores, algo que no ocurría hace unas décadas o que sería impensable en otro tipo de culturas.

De todas formas las mujeres son las que más sufren esta enfermedad y eso es debido a que las estadísticas dicen que la esperanza de vida de la mujer es mayor y

por lo tanto son las que se quedan viudas. Entre el 10%-15% van a sufrir depresión crónica. (Aparicio, 2017)
Separar depresión de enfermedad

Cuando una persona sufre una enfermedad mortal como el cáncer es difícil separar la depresión de la enfermedad. “Se estima que el 25% de los pacientes con cáncer sufren de depresión y 50% de los pacientes con accidentes cerebrovasculares son afectados también con la depresión.” (Aparicio, 2017)



5 Discusión-Conclusión

La soledad es la causa que mayormente causa depresión en las personas mayores ya que debido a esa falta de inactividad y al encontrase solos disponen de mucho tiempo para pensar. Al verse sin actitudes físicas o psíquicas activas esto les produce mayor debilidad de la que realmente tienen. Si estas personas tienen el añadido de que se encuentran solas o que su pareja ha fallecido entran en un círculo depresivo que desemboca en una depresión. Esta va en aumento según pasan los días hasta el punto de dejar de luchar por mejorar su salud y por lo tanto puede llegar hasta ser causa de muerte.

"Una persona deprimida es incapaz de disfrutar de las actividades de la vida" (Aparicio, 2017). Según los datos revelados por "SHARE: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" entre el 10% y el 15% de la población europea que sufre depresión posee más de 65 años.

Una de las soluciones para estos problemas es estar presente en la vida de las personas de la tercera edad, no solo por obligación sino por humanidad. Es una realidad que todo individuo llegará a esa fase de su vida por regla general, por eso es importante ponerse en su lugar. Las personas deben de ser conscientes de que si dejan de lado a las personas mayores están permitiendo que se mueran más rápido.

6 Bibliografía

- Elsevier. (2018). Obtenido de https://www.elsevier.es/
- Aparicio, D. (2017). psyciencia. Obtenido de https://www.psyciencia.com/
- Medlineplus. (2018). Obtenido de https://medlineplus.gov
- Sanitas. (2018). Obtenido de https://www.sanitas.es

Capítulo 992

LA TURNICIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL CELADOR

MARÍA NATIVIDAD ORNIA FERNÁNDEZ

JOAQUÍN DÍAZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Partimos en este trabajo diferenciando los conceptos de turnicidad, nocturnidad y trabajo nocturno. En el Art. 36 del Estatuto de los Trabajadores vienen recogidos estos conceptos de la siguiente manera:

- Trabajo a turnos: "toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas",
- Trabajo nocturno: "el que tiene lugar "entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana" .
- Trabajador nocturno: el que "invierte no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario."

Dentro del sector sanitario y más concretamente en los hospitales, se establece en la mayor parte de los casos un régimen de trabajo a turnos.

En un hospital donde el servicio al paciente tiene que estar cubierto 24 horas al día los 365 días del año,la jornada laboral del personal (tanto sanitario como no

sanitario) se distribuye en turnos de mañana, tarde y noche.

Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), el trabajo nocturno aumenta la exposición a los riesgos laborales de los trabajadores y merma su salud.

Para tratar este tema, vamos a desarrollar los efectos negativos que podría tener sobre los trabajadores este régimen de turnos (haciendo hincapié en la nocturnidad), así como las medidas preventivas disponibles para paliar sus efectos.

2 Objetivos

Identificar los factores de riesgo del trabajo nocturno y así poder afrontarlos con estrategias para mejorar la salud y calidad de vida de los trabajadores.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Principales efectos del trabajo a turnos
La jornada laboral a turnos, especialmente cuando se incluye el horario nocturno, tiene consecuencias para los trabajadores en los siguientes aspectos:
- Salud
- Vida social y familiar
- Desempeño del trabajo

1.1. Alteraciones sobre la salud
En este apartado, vamos a centrar la atención en los cambios que se producen en los ritmos biológicos, en el cambio de los hábitos alimenticios y las alteraciones del sueño, ya que son los efectos más relevantes y habituales.

Cambios en los ritmos biológicos. Según National Institute of General Medical Sciences los ritmos circadianos son cambios físicos, mentales y conductuales que siguen un ciclo diario, y que responden, principalmente, a la luz y la oscuridad en el ambiente de un organismo. Dormir por la noche y estar despierto durante el día es un ejemplo de un ritmo circadiano relacionado con la luz. Nuestro organismo, según el ciclo de ritmos biológicos que tenemos, está preparado para estar activos durante el día y descansar por la noche. Por tanto, parece que lo más coherente sería trabajar durante el día para respetar nuestros reloj biológico.

Los ritmos biológicos coinciden con los estados de vigilia (fase de activación) y sueño (desactivación). El trabajo nocturno hace que cambien los ciclos de sueño / vigilia y por tanto hace que se desequilibren los ritmos circadianos. Cuando trabajamos por la noche sometemos al cuerpo a una tensión continua debido al sobreesfuerzo que hay que realizar para adaptarse a esos cambios de ritmo atípicos para nuestro organismo. Esto repercute en nuestros patrones de sueño y por tanto en nuestra salud

Deterioro de los hábitos alimenticios.
- El trabajo a turnos implica que tengamos que cambiar frecuentemente nuestros horarios de comida y que no podamos tener el horario regular de comidas que sería conveniente para nuestra salud.
- Además de cambiar nuestros horarios de comida, es habitual debido a ese cambio de ritmos biológicos, el prescindir de alguna comida o la tendencia a los malos hábitos alimentarios. Todo ello, en el largo plazo podría derivar en trastornos digestivos.

Alteraciones del sueño
- Teniendo en cuenta precisamente nuestros reloj biológico, lo natural sería dormir durante la noche y poder completar todas los ciclos del sueño para recuperarnos de la fatiga diaria.
- Durante el sueño, al comienzo hay una fase de sueño lento (permite la recuperación física) y al final una fase de sueño ligero (permite la recuperación psíquica).
- Al igual que mencionamos con respecto a los horarios de comida, en este caso también vemos que lo conveniente sería tener unos horarios de sueño nocturnos y regulares. Es conclusión, lo ideal sería tener una rutina diaria.
- Al trabajar a turnos, nos vemos obligados a cambiar nuestros patrones de sueño. Cuando cambiamos nuestros horarios habituales de sueño, implica que interrumpes alguno de las fases que son necesarias para un sueño recuperador.

Por ejemplo, cuando nos toca cambiar de turno al de mañana y tenemos que levantarnos muy pronto interrumpimos la fase del sueño ligero y esto hace que no puedas tener un sueño reparador.

Además de los efectos indicados anteriormente, hay estudios estadísticos que relacionan el trabajo nocturno con el aumento de hábitos tóxicos (como el tabaquismo y consumo estimulantes o sedantes) .
Inclusive diversos estudios científicos demuestran que si la nocturnidad se realiza en periodos prolongados hace que los trabajadores sean más propensos a enfermedades como: trastorno del sueño, diabetes, síndrome metabólico o cáncer de mama.

1.2. Implicaciones en la vida social y familiar
En este aspecto, los efectos también son significativos ya que el no tener un horario estable y habitual complica el tener relaciones sociales o una buena conciliación familiar.

1.3. Efectos sobre el trabajo
Debido a los horarios que nos marca nuestro reloj biológico, por la noche es cuando nuestro organismo está más preparado para descansar. Teniendo en cuenta esto, es lógico entender que nuestras capacidades en un en este horario no son las mismas que durante el día. Por tanto, vemos cómo también tiene efectos sobre nuestro trabajo, ya que que lo habitual es tener un rendimiento más bajo y una menor calidad cuando trabajamos por la noche.

2. Medidas preventivas que podemos aplicar
Para poder minimizar los efectos que supone el trabajo nocturno se pueden tomar medidas tanto por la organización como a nivel personal. A continuación hacemos referencia a las más relevantes en cada caso.

2.1.Medidas a adoptar por la organización
- Ciclos cortos. Se recomienda periodos cortos de cada turno para una menor repercusión sobre los ritmos biológicos (Ej. 2 mañanas / 2 tardes / 2 noches).
- Posibilidad de realizar “siestas nocturnas”.
- Facilitar el acceso a comidas calientes.
- Reducir en la medida de lo posible el horario nocturno
- Tener en cuenta la edad y dar la posibilidad a las personas con edades más avanzadas de realizar el trabajo por el día.
- Reducir la carga de trabajo durante la noche.
- Una buena iluminación.

- Facilitar los horarios con antelación.
- Tratar de que los horarios respeten al máximo los patrones de sueño.
- Dar la posibilidad al trabajador de participar en los horarios de trabajo y ofrecer en la medida de lo posible voluntariedad.

2.2.Recomendaciones a realizar por los propios trabajadores
- Favorecer el descanso, buscando espacios oscuros y sin ruidos para dormir.
- Tratar de tener buenos hábitos alimentarios. Evitar comidas frías y pesadas durante el horario nocturno.
- Evitar también hábitos tóxicos (café, tabaco, estimulantes).
- Hacer deporte regularmente ayudaría a compensar los efectos negativos de los que hablamos.

5 Discusión-Conclusión

Conociendo los efectos de la turnicidad así como las diferentes formas que tenemos de minimizarlos, podemos llegar a conseguir una mejora en este aspecto.

Por parte de los organizaciones, creemos que tiene margen de recorrido para seguir avanzando en este aspecto ya que quedan bastantes puntos que se podrían mejorar.

Los trabajadores entendemos que también pueden contribuir a conseguir una mejora en este aspecto, siguiendo las recomendaciones comentadas y trabajando también a título personal para una mejor adaptación.

6 Bibliografía

- www.bibliotecaunirioja.es
- http://www.sanidad.ccoo.es
– Guía básica de riesgos laborales en el sector sanitario
- www. Insst.es:
- Estudio del Efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo.
- www. Portal.uned.es - Consejos de seguridad. Trabajo a turnos y nocturnidad

Capítulo 993

EL FUTURO DEL VEGANISMO Y SU EFECTO EN LA SOCIEDAD

AINHOA SUÁREZ COLUNGA

1 Introducción

Actualmente es frecuente escuchar a muchas personas que son veganas. Hace pocos años esta palabra era desconocida para la sociedad pero hoy en día en cualquier supermercado hay productos aptos para este nuevo grupo social.

Antes era una excepción ser vegetariano pero ahora el veganismo está a la orden del día. Este trabajo quiere estudiar cómo afecta esta nueva posición social tanto a la sociedad como a la industria y por tanto a la cultura social.

2 Objetivos

El objetivo principal:
- Saber cómo afecta el veganismo a la sociedad.

Los objetivos específicos son
- Conocer cuáles son las motivaciones principales del veganismo
- Diferenciar entre vegetarianismo y veganismo
- Investigar los inicios de este movimiento
- Saber cómo puede repercutir en un futuro

3 Metodología

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

4 Resultados

Vegetariano /Vegano
• Los vegetarianos pueden consumir productos de origen animal como quesos, huevos, leche….
• El veganismo se considera una forma de vida , no solo se basa en una dieta, tiene que ver con la ropa, los cosméticos…
• El veganismo está cambiando el desarrollo tecnológico, se está intentando producir ciertos alimentos sin la necesidad de que provengan de un animal.
• Una persona vegetariana puede tener algo de vegano pero no al revés
(Torres, 2019)

Hay que destacar que ahora también hay otra opción que son los flexitarianos (aquellos que son vegetarianos pero comen carne de vez en cuando)

¿Es natural ser vegano?
El ser humano es omnívoro así que ser vegano es una opción totalmente natural. Una creencia incorrecta es pensar que porque se sea vegano es más sano que una persona con una dieta omnívora. En cualquiera de los casos puede llevarse una dieta sana o no saludable, eso depende de la opción de los alimentos que se consuman.

Una de las carencias que están comprobadas en una dieta vegana es la falta de B12, los médicos aconsejan tomarla como suplemento.

Al eliminar la carne y el pescado, los huevos y los productos lácteos, hay que aumentar de manera muy significativa las raciones diarias de legumbres, frutos secos y semillas; también las de verduras y frutas; tomar sal yodada y un suplemento de vitamina B12" (El correo del sol, 2019). Uno de los grandes problemas es que algunos adultos imponen esta dieta a sus hijos, no hay que olvidar que

son personas sin desarrollar que necesitan todo tipo de nutrientes y principalmente proteínas. El problema no radica en que sean veganos o no sino de que son personas que no son médicos ni nutricionistas y juegan con la salud de sus hijos.

Mathilde Kersting, del Instituto de Investigación para alimentación infantil de Dortmund, advierte que la alimentación vegana representa cierto riesgo para los niños". (El correo del sol, 2019). El término vegan (vegano/a) fue acuñado por primera vez en 1944 por Donald Watson.

La Asociación Vegana Española lo describe como "un estilo de vida centrado en la exclusión razonable, en la medida en que sea posible y practicable, de toda forma de explotación y crueldad hacia la utilización de los animales como alimento, ropa u otros usos; y por extensión, promueve el desarrollo y uso de alternativas de procedencia no animal para el beneficio de los humanos, el resto de animales sintientes y el medioambiente. En términos dietéticos se refiere a la práctica de excluir todo producto de origen animal, incluyendo carne, pescado, lácteos, miel u otros derivados". (myvegannese, 2020)

Motivaciones de una persona vegana
• La explotación animal es la principal
• Estar a favor de la conservación y protección del medioambiente
• Para mejorar la salud. La OMS, 2015 dijo que "un consumo excesivo de carne roja puede ser peligroso para la salud y aumentar el riesgo de padecer algunos tipos de cáncer".
(Vegaffinity, 2017)

-Cómo afecta a la industria alimentaria esta iniciativa. La alimentación es un negocio en España. "El número de restaurantes especializados en este tipo de dieta se ha duplicado en apenas cinco años, pasando de 353 en 2011 a 703 al cierre del último ejercicio." (Romera, 2017).

La industria alimentaria ha empezado a lanzar productos aptos para veganos simulando productos de origen animal.

5 Discusión-Conclusión

Ser vegano es una opción como otra que no afecta a la salud de las personas, el problema radica en que hay que tener unos conocimientos para saber compensar

la falta de proteínas sobre todo en aquellos que quieren imponer esta cultura a sus descendientes.

La industria se sube al carro del mundo vegano ofreciendo productos aptos para este sector. Los ganaderos son los más afectados, algunos optan por granjas ecológicas, como los proveedores de huevos que tienen la opción de huevos camperos y ecológicos pero tampoco son una opción para los veganos.

"Frente al 7,8%de 2017, en 2019 el porcentaje de la población adulta española que rechaza o disminuye el consumo de carne, es del 9,9%" (Atienza, 2019)

"La cadena británica BBC ha emitido recientemente un documental titulado 'Life in 2039' , en el que una serie de expertos analizan cómo cambiarán nuestros hábitos de aquí a dos décadas. Uno de los capítulos expone la posibilidad de que la carne del futuro se "fabrique" en un laboratorio a través de células madre" (Atienza, 2019)

Aunque el veganismo haya existido desde hace años, su momento cumbre es en estos momentos y son muchos los que siguen este movimiento. Es probable que el veganismo siga creciendo modificando las leyes, la industria y por lo tanto la cultura y las costumbres. En este momento se están viviendo los inicios de lo que será un cambio radical en el futuro.

6 Bibliografía

- Vegaffinity. (2017). Obtenido de https://www.vegaffinity.com/comunidad/articulo/cuales-son-las-3-motivaciones-que-mueven-el-veganismo--a119
- El correo del sol. (2019). Obtenido de https://elcorreodelsol.com/articulo/la-dieta-vegana-es-natural

myvegannese. (2020). Obtenido de https://myveganesse.com/historia-del-veganismo/

- Atienza, J. (2019). LA Vanguardia. Obtenido de https://www.lavanguardia.com/comer/tendencias/20190514/462204731787/veganos-veggy-datos-espana-comida-futuro-dieta.html
- Romera, J. (2017). El economista. Obtenido de https://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/8824928/12/17/La-alimentacion-vegana-un-negocio-de-5000-millones.html
- Torres, A. (2019). psicología y mente. Obtenido de https://psicologiaymente.com/nutricion/diferencias-entre-vegano-vegetariano

- OMS, 2015, https://www.who.int/es

Capítulo 994

GESTIÓN DE RESIDUOS SANTITARIOS

ANGELA PARDILLA CASTRO

1 Introducción

La generación de residuos y su impacto medioambiental es uno de los problemas actuales a los que se enfrenta el sector sanitario. Los centros sanitarios producen gran cantidad de desechos de diversa índole; este volumen de residuos genera diferentes riesgos: por un lado para quien los manipula y por otro lado para el medio ambiente y por ende para la salud humana ya que la salud ambiental y salud humana están estrechamente relacionadas.

2 Objetivos

Abordar la importancia de la gestión de residuos sanitarios y los aspectos más destacados relacionados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los aspectos clave para mejorar la gestión de residuos en la actividad sanitaria deben implicar a todos los profesionales. Además, es necesario disponer de unos objetivos definidos y desarrollar programas de formación para los profesionales sanitarios y no sanitarios.

Algunas acciones de mejora podrían ser:
- Segregar los residuos en su origen.
- Limitar el uso de material desechable sólo a los trabajos que entrañen un peligro de infección.
- Sustituir, en la medida de lo posible, los productos peligrosos por productos que no conlleven riesgos cuando se convierten en residuos.
- Aplicación de nuevas tecnologías, por ejemplo, la digitalización de las radiografías, que supone la eliminación de residuos de líquidos reveladores y fijadores, así como la reducción del número de placas que se convertirán en residuo.

La normativa europea, a través de la Decisión de 18 de diciembre de 2014, de conformidad con la Directiva 2000/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, indica la clasificación de residuos, especificando en el punto 18 los de servicios médicos, veterinarios o de investigación asociada, salvo los residuos de cocina y de restaurante no procedentes directamente de la prestación de cuidados sanitarios.

La Ley 22/2011 de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados, define residuo como cualquier sustancia u objeto que su poseedor deseche o tenga intención de desechar y residuo peligroso es el que posee alguna característica de peligrosidad. Asimismo esta ley nos dice que los centros sanitarios están obligados a realizar el tratamiento de los residuos por sí mismos, encargar el tratamiento a un tercero debidamente acreditado o bien entregar los residuos a una entidad pública o privada para su tratamiento.

Se entiende por residuos sanitarios aquellos residuos generados en el desarrollo de las actividades sanitarias llevadas a cabo en centros o servicios médicos, farmacéuticos, veterinarios o de investigación (hospitales, farmacias, clínicas veterinarias, clínicas dentales, centros asistenciales, etc.). El material sanitario se considera residuo a partir del momento en que su utilidad o uso clínico se dan definitivamente por concluidos.

La gestión de residuos comprende las operaciones de clasificación, minimización,

manipulación, segregación, envasado, etiquetado, transporte y almacenamiento. Es imprescindible que los trabajadores de centros sanitarios tengan formación sobre la gestión de residuos y la problemática ambiental derivada de una mala gestión.

Según estimaciones de la OMS, se calcula que de todos los residuos generados por las actividades de atención sanitaria, aproximadamente un 85% son desechos comunes (envases, papel, comida, etc.), exentos de peligro. El 15% restante se considera material peligroso que puede ser infeccioso, tóxico o radiactivo y requiere un manejo especial.

5 Discusión-Conclusión

La correcta gestión de los residuos sanitarios permite disminuir el posible riesgo hacia la salud y el medio ambiente. En este sentido, la clasificación de los residuos sanitarios debe hacerse en base a cuatro criterios:
- El riesgo para la salud debido a la propia naturaleza o composición del residuo, por ejemplo, riesgo infeccioso.
- El riesgo para el medio ambiente, por ejemplo, por efecto acumulativo.
- El riesgo según la forma del residuo, por ejemplo, residuos cortantes.
- El riesgo según su forma de eliminación, por ejemplo, la incineración.

En algunas circunstancias, los desechos sanitarios se incineran, pero si la incineración no es total o si se incineran materiales que no se prestan a este tipo de tratamiento (por ejemplo cloro, mercurio, plomo…), se liberan a la atmósfera agentes contaminantes, así como cenizas residuales lo que puede dar lugar a la emisión de dioxinas, furanos y otros tóxicos, sustancias que son cancerígenas para el ser humano y han sido asociadas a diversos efectos perjudiciales para la salud.

Hoy en día existen soluciones alternativas a la incineración, como la esterilización en autoclave o por microondas, el tratamiento por vapor combinado con agitación de los materiales o el tratamiento químico.

Otro posible riesgo es el de carácter infeccioso, como la propagación de microorganismos tras su liberación al medio originada en establecimientos sanitarios.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 995

SÍNDROME DE BURNOUT EN CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

HENAR MATA RAMOS

1 Introducción

En este capítulo exponemos el síndrome de burnout en el personal no sanitario, concretamente en celadores y auxiliares administrativos ya que es una patología muy común en las personas que trabajan de cara al público. Normalmente estos profesionales sufren presiones laborales desde los jefes hasta el propio trabajador con multitud de plazos y exigencias que cumplir, horarios, conocimientos…, pero también se dan en nivel ascendente en todo lo que se refiere a permisos, aumentos de sueldo, días libres, vacaciones…

Es muy frecuente que se produzca el síndrome de Burnout en los trabajadores cuando sus expectativas no se cumplen ya que sufren una sobrecarga a nivel personal y en los centros sanitarios se produce un ambiente muy propicio para su aparición.

2 Objetivos

Analizar el síndrome de burnout en el personal no sanitario, concretamente en el caso de auxiliares administrativos y celadores así como los síntomas que provoca esta enfermedad y las técnicas para prevenirla y superarla.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente sobre el síndrome de Burnout. Se ha realizado una búsqueda en libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El agotamiento laboral o síndrome de burnout (estar quemado), afecta al personal no sanitario, concretamente a auxiliares administrativos y celadores, cuando se ven desbordados por las muchas exigencias que plantea el trabajar de cara a un público que puede ser muy exigente, ya que se trata de personas enfermas y los familiares de estas, que acuden a los centros preocupados por las difíciles situaciones por las que están pasando.

El término "burnout" se tomó de la industria aeroespacial, que significa agotamiento del carburante de un cohete como resultado del calentamiento excesivo. La traducción literal de este término es "estar quemado" y en su inicio se describió para los deportistas.

Es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974, por el psiquiatra Freudemberg, que prestaba sus servicios en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Durante su trabajo observó que después de un año allí trabajando, la mayoría de los voluntarios sufrían una pérdida gradual de energía hasta llegar al agotamiento, además de síntomas de depresión y ansiedad. Si nos detenemos un poco en la definición, podemos observar que incluye varios aspectos:
– Agotamiento emocional: cuando aparece una disminución y/o pérdida de los recursos emocionales.
– Despersonalización o deshumanización: cuando aparecen actitudes negativas, de insensibilidad y desarraigo hacia los receptores de los cuidados.
– Falta de realización personal: suele evaluarse el trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.
– Síntomas físicos de estrés: cansancio y malestar general.

Según Chernis, el síndrome de burnout se desarrolla en tres fases que son continuas pero fluctuantes en el tiempo:

– Desequilibrio entre las demandas y los recursos: aparecería una situación de estrés psicosocial.
– Tensión psicofísica.
– Cambios conductuales: a consecuencia de un afrontamiento defensivo y huidizo que da lugar a evitar las labores estresantes y provoca un alejamiento personal, lo que incita a tratar a los pacientes de una forma distante, rutinaria y mecánica, anteponiendo las propias necesidades.

Las características generales que se dan en el síndrome de burnout son las siguientes:
– Aparece de forma brusca: aparece de un día para otro, lo que varía de unas personas a otras es la intensidad dentro del mismo individuo. Es frecuente que sea difícil precisar hasta qué punto padece el síndrome o es el propio desgaste profesional y donde está el límite entre una cosa y la otra.
– Negación: se tiende a negar, ya que suele vivirse como un fracaso profesional y personal. Los compañeros son los primeros que lo notan y esto es muy importante para un diagnóstico precoz.
– Fase irreversible: entre el 5 y el 10% de los casos el síndrome de burnout resulta irreversible y actualmente la única solución es la retirada de los cuidados asistenciales. Por lo tanto, es importante la prevención ya que, normalmente, el diagnóstico precoz es complicado y la línea que separa el desgaste del burnout es muy delgada.

Además como causas desencadenantes del síndrome de burnout podemos destacar las siguientes:
– Edad: puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería más vulnerable al síndrome de burnout, siendo estos los primeros años de la carrera profesional, ya que es el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica diaria, dándose cuenta de que las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.
– Sexo: el grupo más vulnerable sería el de las mujeres, en este caso por la doble carga de trabajo que conlleva estar sometida a la práctica profesional y las tareas familiares.
– Estado civil: aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, no hay un acuerdo unánime. Parece ser que las personas solteras tienen más cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o conviven con una pareja estable.

– Turnicidad laboral: esto sumado al horario de los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, según algunos autores, conlleva la posibilidad de sufrir este síndrome, aunque tampoco hay unanimidad en esta cuestión.
– Antigüedad profesional: aquí tampoco existe acuerdo entre los autores. Unos encuentran relación entre el síndrome y los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de antigüedad, identificando estos dos períodos como los que menor nivel de asociación tienen con el síndrome.
– Sobrecarga laboral: es conocida la relación entre la sobrecarga laboral y el burnout, ya que esto produciría una disminución en la calidad asistencial ofrecida por estos profesionales, tanto en calidad como en cantidad.
– Salario: en la literatura no queda clara la relación, pero algunos autores lo anotan, como relacionado a bajo salario.
– Características individuales del sujeto: son características que también influyen en la aparición de este síndrome. Como algunas de las características individuales nocivas podemos destacar:
• Poca preparación para este tipo de trabajo.
• Muchas demandas concentradas en uno.
• Dificultad para pedir ayuda.
• Dificultad para pedir consejo cuando se necesita.
• No compartir ideas.
• No hacer uso de los mecanismos de soporte, en caso de haberlos.
• Sentimientos de miedo, culpa y desesperanza.
• Necesitar soporte de la familia en determinados momentos y no pedirlo por evitar sobrecargarlos.
• No descansar lo suficiente cuando se está cansado.

Las manifestaciones clínicas del síndrome de burnout aparecen de forma física, mental y conductual
– Manifestaciones físicas: Insomnio, taquicardia, cefaleas, alteraciones gastrointestinales…
– Manifestaciones mentales: Agotamiento, sentimientos de vacío, impotencia, fracaso, nerviosismo, inquietud, baja tolerancia a la frustración, dificultad para la concentración
– Manifestaciones conductuales: Aumento del consumo de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales en algunos casos; bajo rendimiento personal; predominio de conductas adictivas y evitativas; absentismo laboral; distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros con frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro del núcleo familiar.

Para el manejo del síndrome de burnout Maslach recomienda seguir una serie de estrategias que pueden ser útiles como pueden ser las siguientes:
– Establecer objetivos realistas, conseguir cosas factibles y realistas, teniendo en cuenta nuestra capacidad y nuestras limitaciones.
– Realizar lo mismo de forma diferente, intentar huir de la rutina, ya que esto proporciona psicológicamente un mayor sentido de autonomía y de libertad personal.
– Hacer pausas, oportunidad de darse un respiro o de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una pregunta impertinente.
– Tomar las cosas con más distancia, ya que el agotamiento emocional aumenta cuando se implica demasiado con la gente, tomar una cierta distancia puede ayudar, procurar no llevarse el trabajo a casa, ni en las manos ni en la cabeza.

Otro aspecto importante a la hora de prevenir el síndrome de burnout sería cuidarse a uno mismo aparte de cuidar a los demás lo que puede traducirse en:
– Acentuar los aspectos positivos, pensar en los éxitos y gratificaciones personales que obtenemos de nuestro trabajo, así contrarrestamos las frustraciones y los fracasos.
– Conocerse a sí mismo, analizar nuestras propias reacciones y reflexionar sobre el porqué de tales reacciones. El autoanálisis debe ser constructivo, no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, ya que esto será un paso hacia el crecimiento personal.
– Reposo y relajación, ya que la aparición del estrés significa que existe una sobrecarga y será preciso identificar y tratar su causa.
– Establecer las fronteras, diferenciando lo que es el trabajo y lo que es el hogar.
– Mantener la vida privada, ya que muchos obtienen una descarga de su tensión con amigos o con una pareja comprensiva. Es importante también tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre y nos ayuden a olvidar el trabajo.
– Cambiar de trabajo, aunque sería la última alternativa, aunque se trata de una decisión que hay que meditar llegado el momento.
– En la mayoría de los casos de agotamiento, un buen apoyo es la pareja, los compañeros y los amigos, ya que nos ayudan a reducir de la tensión emocional y a afrontar la situación de forma distinta.

Como técnicas para prevenir el síndrome de burnout podemos destacar las siguientes:
– Información sobre la existencia del síndrome de agotamiento profesional o síndrome de burnout.

– Información anticipada sobre los requerimientos emocionales del trabajo a las personas que se incorporan.
– Programas de formación sobre el síndrome de burnout y las fuentes de estrés emocional.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout es un grave problema que afecta al personal que trabaja en sanidad, tanto a personal sanitario como no sanitario, como es el caso de celadores y auxiliares administrativos, ya que las presiones laborales que sufren unidas a la excesiva carga de trabajo, las agresiones verbales por parte de algunos usuarios, el trato directo con los pacientes, sus familiares y los propios compañeros son algunos de los factores que pueden contribuir a desencadenar este síndrome en el trabajador.

Como conclusión podemos decir que los trabajadores pueden evitar caer en el síndrome de burnout relajándose, evitando pensar en el trabajo durante el tiempo libre y conociendo y aplicando técnicas de relajación adecuadas.
Es muy importante saber reconocer el problema desde que se produce su inicio, pudiendo buscar una solución temprana o dejándose aconsejar por profesionales en el afrontamiento del síndrome para conseguir luchar contra esta patología de la mejor manera posible. Además, de esta forma se obtienen beneficios directos para la salud del trabajador tanto en el ámbito laboral, como familiar y social.

Por lo tanto sería interesante que desde los centros sanitarios se impartieron diversas técnicas de prevención del síndrome de burnout entre sus trabajadores para mejorar tanto la atención a los usuarios como las relaciones laborales entre los propios empleados.

6 Bibliografía

– Alvarez Gallego, E. ; Fernández Rios, L. El síndrome de burnout o el desgaste profesional. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. XI. Nº 39. Ortega Ruíz. C. y López Rios. F. (2004) El Burnout o síndrome de estar quemados en los profesionales sanitarios; revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4, 137, 160.
– Torres FC, et al. Burnout, liderazgo y satisfacción laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer nivel en Bogotá. Diversitas: perspectivas en psi-

cología. 2013: 9 (1): 65-80.
– Yslado, R. Atoche, R. Cermeño, B. Rodríguez, D. Sánchez, J. Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos-organizativos en profesionales de salud. Hospitales el callejón de Conchucos, Ancash, Perú-2012. Revista de Investigación en Psicología. 2013; 16(1); 191-209.
– Solís-Chuquiyauri, Z. Zamudio-Eslava, L. Matzumura-Kasano, J. Gutiérrez-Crespo, H. Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú 2015. Horizonte médico. 2016; 16(4): 32-38.
– Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México.Revista Costarricense de Salud Pública, 15, 1-7.
– Ayuso, J. L. y López, J. (1993). Síndrome de burnout y SIDA. Cuadernos de Medicina Psicosomática, 27, 42-46.
– Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. Información Psicológica. 2008; nº 91: 64-79

Capítulo 996

IMPORTANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL

ANGELA PARDILLA CASTRO

1 Introducción

Salud ambiental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a la ”teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones”.

Además la OMS ha declarado que “la salud humana depende en última instancia de la capacidad de la sociedad para manejar la interacción entre el medio ambiente físico y biológico”, lo que viene a remarcar la conexión existente entre salud y medio ambiente.

Ante semejante escenario, no es de extrañar que muchos países hayan decidido encarar la sanidad ambiental mediante leyes como las que se citan a continuación:
- Directiva 2014/52/UE Del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la evaluación de las repercusiones de determinados proyectos públicos y privados sobre el medio ambiente.
- Directiva 2008/99/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 19 de noviembre de 2008 relativa a la protección del medio ambiente mediante el Derecho penal (PDF).
- Ley 16/2002, de 1 de julio, de Prevención y Control Integrados de la Contaminación: regula la Autorización Ambiental Integrada en las actividades recogidas en su anexo.

- Ley 9/2018, de 5 de diciembre, por la que se modifica la Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental: instrumento preventivo destinado a determinar la compatibilidad ambiental de un determinado proyecto. Otorga voz a los ciudadanos en la aprobación de proyectos que puedan comprometer al medio ambiente.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, establece que la sanidad ambiental tiene como funciones la identificación, la evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos para la salud que puedan derivarse de los condicionantes ambientales; así como la vigilancia de los factores ambientales de carácter físico, químico o biológico y de las situaciones ambientales que afectan o pueden afectar a la salud.
- Ley 26/2007, de 23 de octubre, de Responsabilidad Medioambiental: regula la responsabilidad de los operadores de prevenir, evitar y reparar los daños medioambientales y establece la obligación de reparar el daño causado.
- Ley 34/2007, de 15 de noviembre, de calidad del aire y protección de la atmósfera: establece el catálogo de actividades potencialmente contaminadoras de la atmósfera.
- Ley 1/2005, de 9 de marzo, regula el régimen del comercio de derechos de emisión de gases de efecto invernadero.
- Ley 27/2006, de 18 de julio, por la que se regulan los derechos de acceso a la información, de participación pública y de acceso a la justicia en materia de medio ambiente.

2 Objetivos

Conocer las repercusiones del cambio climático en la salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se calcula que aproximadamente el 22% de las enfermedades diagnosticadas hoy en día son debidas a factores medioambientales. El cambio climático está afectando a la salud a escala mundial: contaminación, sequías o desastres naturales conllevan enfermedades infecciosas, hambrunas, desnutrición, problemas respiratorios y un largo etcétera de problemas de salud tanto individual como colectiva.

La sanidad ambiental se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud. Por tanto, tomar conciencia de la importancia de la salud ambiental es el primer paso para hacer efectivo un cambio radical que repercutirá directamente en el bienestar de la humanidad.

Repercusiones del cambio climático en la salud:
- Disminución de la capa de ozono y efecto invernadero: cada vez son más frecuentes las olas de calor, las temperaturas extremas están asociadas directamente a las defunciones por enfermedades cardiovasculares y respiratorias. La polución ambiental es la responsable del aumento de los casos de asma, insuficiencia respiratoria y enfermedades cardiovasculares. Las radiaciones ultravioletas causan enfermedades de la piel, cánceres y daños oculares.
- Desastres naturales: se han multiplicado en las últimas décadas. El aumento del nivel del mar puede provocar migraciones masivas de personas, además de provocar directamente muertes y lesiones. Las sequías conllevan falta de higiene y escasez de alimentos entre otras cosas, dando lugar a una población malnutrida y enfermedades diarreicas, respiratorias o infecciosas. Las inundaciones contaminan el agua dulce, incrementando el riesgo de enfermedades transmitidas por el agua y por vectores como los mosquitos.

5 Discusión-Conclusión

La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud, quedando excluidos factores intrínsecos a la persona como puedan ser la genética o las condiciones económicas o sociales.

Los factores físicos los podemos dividir en:
- Factores atmosféricos: son los relacionados con la calidad del aire y el cambio climático. Por ejemplo estrés térmico, radiaciones, variaciones en el geomag-

netismo, movimientos sísmicos, ruido, vibraciones, etc.
- Factores sidéricos: son las características abióticas de nuestro planeta tales como los factores solares, lunares y de los cometas de alrededor. Por ejemplo, el nivel de radiación solar que afecta directamente e indirectamente a la salud, la presión atmosférica o los vientos.
- Otros factores: como aquellos derivados del uso de electrodomésticos o equipos informáticos, maquinaria industrial, el acceso a la electricidad, el acceso a agua potable o a una alimentación equilibrada.

Por otro lado los factores químicos son los que tienen mayor incidencia sobre la salud ambiental, debido a que se encuentran en el aire, agua y en los productos de uso cotidiano y pueden penetrar en el organismo a través del sistema respiratorio, digestivo o por el contacto directo con piel o mucosas. Son las características químicas del medio, la salinidad, la acidez o alcalinidad y los elementos o compuestos químicos naturales o sintéticos, entre ellos los nutrientes. Por ejemplo, los metales y pesticidas, cada vez más presentes en los alimentos de origen natural así como las hormonas y vacunas administradas a animales destinados al consumo humano o los fármacos que no son desechados correctamente.

En cuanto a los factores biológicos, son las bacterias, los virus, los parásitos, los hongos, levaduras y sus micotoxinas, los vegetales y los alérgenos de origen biológico.

6 Bibliografía

- https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/informeBase.pdf
- https://www.who.int/globalchange/health_policy/who_workplan/es/
- http://www.unep.org/geo/geo3/english/086.htm
(Perspectivas del Medio Ambiente Mundial GEO-3, PNUMA)
- https://es.wikipedia.org/wiki/Salud_ambiental

Capítulo 997

LA PROTECCIÓN DE DATOS PARA PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CELADOR

HENAR MATA RAMOS

1 Introducción

En el presente capítulo tratamos la importancia de la protección de datos en el ámbito sanitario tanto para auxiliares administrativos como para celadores. Debemos sensibilizar a todo el personal del centro sanitario para lograr el máximo respeto a la intimidad, a la confidencialidad y a la protección de datos de los usuarios y en este aspecto juegan un papel muy importante tanto auxiliares administrativos como celadores al ser el personal con el que primero establecen contacto los usuario en los centros sanitarios.

Los auxiliares administrativos en los centros sanitarios durante su jornada de trabajo están continuamente tratando con datos asistenciales y datos privados de pacientes por lo que deben estar concienciados de la importancia que tiene la protección de datos.

2 Objetivos

- Exponer el objeto y ámbito de aplicación de la Ley de Protección de datos.
- Establecer las recomendaciones para la defensa del derecho a la intimidad, el derecho a la información sanitaria y el acceso a la historia clínica de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La protección de datos se regula en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal y su objeto es el de garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal será de aplicación a los datos de carácter personal registrados en soporte físico, que los haga susceptibles de tratamiento, y a toda modalidad de uso posterior de estos datos por los sectores público y privado.

Se regirá por la presente Ley Orgánica todo tratamiento de datos de carácter personal:
- Cuando el tratamiento sea efectuado en territorio español en el marco de las actividades de un establecimiento del responsable del tratamiento.
- Cuando al responsable del tratamiento no establecido en territorio español, le sea de aplicación la legislación española en aplicación de normas de Derecho Internacional público.
- Cuando el responsable del tratamiento no esté establecido en territorio de la Unión Europea y utilice en el tratamiento de datos medios situados en territorio español, salvo que tales medios se utilicen únicamente con fines de tránsito.

No se aplicará la Ley de Protección de datos en los siguientes casos:
- A los ficheros mantenidos por personas físicas en el ejercicio de actividades exclusivamente personales o domésticas.
- A los ficheros sometidos a la normativa sobre protección de materias clasificadas.
- A los ficheros establecidos para la investigación del terrorismo y de formas

graves de delincuencia organizada. No obstante, en estos supuestos el responsable del fichero comunicará previamente la existencia del mismo, sus características generales y su finalidad a la Agencia de Protección de Datos.

A continuación exponemos los conceptos más importantes que abarca la Ley de Protección de Datos:
- Datos de carácter personal: cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.
- Fichero: todo conjunto organizado de datos de carácter personal, cualquiera que fuere la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso.
- Tratamiento de datos: operaciones y procedimientos técnicos de carácter automatizado o no, que permitan la recogida, grabación, conservación, elaboración, modificación, bloqueo y cancelación, así como las cesiones de datos que resulten de comunicaciones, consultas, interconexiones y transferencias.
- Responsable del fichero o tratamiento: persona física o jurídica, de naturaleza pública o privada, u órgano administrativo, que decida sobre la finalidad, contenido y uso del tratamiento.
- Afectado o interesado: persona física titular de los datos que sean objeto del tratamiento.
- Procedimiento de disociación: todo tratamiento de datos personales de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable.
- Encargado del tratamiento: la persona física o jurídica, autoridad pública, servicio o cualquier otro organismo que, sólo o conjuntamente con otros, trate datos personales por cuenta del responsable del tratamiento.
- Consentimiento del interesado: toda manifestación de voluntad, libre, inequívoca, específica e informada, mediante la que el interesado consienta el tratamiento de datos personales que le conciernen.
- Cesión o comunicación de datos: toda revelación de datos realizada a una persona distinta del interesado.
- Fuentes accesibles al público: aquellos ficheros cuya consulta puede ser realizada, por cualquier persona, no impedida por una norma limitativa o sin más exigencia que, en su caso, el abono de una contraprestación.

En cuanto al derecho a la información sanitaria tanto auxiliares administrativos como celadores deben respetar cuidadosamente los siguientes derechos de los pacientes:
- Derecho a la información asistencial

• Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
• La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
• El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.
- Titular del derecho a la información asistencial
• El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
• El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
• Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
• El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.
• Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.
- Derecho a la información epidemiológica: Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección

de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

La historia clínica garantiza una asistencia adecuada al paciente. Los auxiliares administrativos y celadores únicamente tendrán acceso a la parte de la historia clínica que sea necesaria para el desempeño de sus funciones y deberán guardar el debido secreto profesional sobre los datos consultados.

El paciente o su representante debidamente acreditado tienen derecho al acceso a la historia clínica sin perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella. Además, sólo tendrán acceso a la historia clínica de pacientes fallecidos las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho salvo que el fallecido lo haya prohibido.

Sólo debe entregarse la historia clínica al paciente o a sus representantes debidamente autorizados y acreditados para garantizar que cumplimos en todo momento con la normativa para proteger la intimidad del paciente.

Por último, actualmente cobran especial relevancia el caso de los ficheros automatizados y la destrucción de documentos. En cuando a los ficheros automatizados hay que minimizar los riesgos de vulneración de la confidencialidad, por lo que cada profesional contará con una clave de acceso de la que será el único responsable. Auxiliares administrativos y celadores podrán acceder a la parte de la historia relacionada con sus funciones a través de su clave personal y cuando hayan terminado la consulta deben cerrar el fichero para que otras personas no puedan acceder a la información

Respecto a la destrucción de documentos: Los documentos que contengan datos de carácter personal y que ya no sean de utilidad, deberán destruirse por completo mediante métodos que aseguren su completa eliminación de forma que no sea posible extraer información ni identificar a la persona a la que se refieran.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que auxiliares administrativos y celadores estén concienciados con la protección de datos y el derecho a la intimidad de los usuarios de los centros sanitarios, ya que normalmente son las primeras personas en atenderlos a su llegada al centro y deben respetar las reglamentaciones establecidas para el acceso a la historia clínica.

Por lo tanto auxiliares administrativos y celadores deben evitar hacer comen-

tarios sobre la salud de los pacientes en lugares públicos como pueden ser los pasillos, ascensores o cafeterías y no dar información sobre ningún paciente al personal que no se encarga de su cuidado.

La información debe darse al paciente o a los familiares en lugares específicos y reservados, evitando informar en los pasillos o en lugares de paso del público en general. El objetivo final es que todo el personal que trabaja en el centro de salud esté mentalizado sobre la importancia de la protección de datos.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 3/2018, 5 Diciembre de Protección de Datos.
- Constitución Española.
- Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. Guía de protección de datos personales para servicios sanitarios públicos. Ed. Civitas.
- Herrán Ortiz, Ana Isabel. El derecho a la protección de datos personales en la sociedad de la información. Universidad de Deusto.
- Sánchez Caro, Javier y Abellán, Fernando. Telemedicina y protección de datos sanitarios. Aspectos legales y éticos. Ed. Comares.
- María Beltrán, Josep; Collazo, Eliseo; Gervás, Juan; González Salinas, Pedro; Gracia Guillén, Diego; Júdez, Javier; Rodríguez Sendín, Juan José; Rubí, Jesús y Sánchez, Miguel. Guías de ética en la práctica médica.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 998

RIESGOS LABORALES ERGONÓMICOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CELADOR EN CENTROS SANITARIOS

HENAR MATA RAMOS

1 Introducción

En este capítulo vamos a tratar los riesgos ergonómicos que puede sufrir el personal no sanitario, concretamente en el caso de auxiliares administrativos y celadores, ya que muchas veces no cuentan con la información necesaria para prevenir estos riesgos al no tener una formación sanitaria como es el caso de otros profesionales de centros sanitarios.

Por lo tanto, vamos a plantear los principales riesgos ergonómicos que sufren los auxiliares administrativos y celadores en su trabajo diario y las recomendaciones que deberían seguir para evitarlos. De esta manera mejoraremos las condiciones de trabajo de auxiliares administrativos y celadores, mejorará la atención a los usuarios y la satisfacción laboral de estos trabajadores y disminuirá el absentismo laboral por este motivo.

2 Objetivos

- Analizar los riesgos ergonómicos a los que se exponen los auxiliares administrativos y celadores en sus tareas diarias en los centros sanitarios.
- Exponer las recomendaciones que deben seguir estos profesionales para evitar los posibles efectos de los riesgos ergonómicos sobre su salud.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica existente sobre los riesgos ergonómicos que sufren auxiliares administrativos y celadores en los centros sanitarios. Se ha realizado una búsqueda en libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La ergonomía es la rama de carácter multidisciplinar que estudia la adaptación de los elementos del ambiente a las características y limitaciones del profesional con el fin de asegurar su bienestar, seguridad y rendimiento (International Ergonomics Association, 2016). La LPRL en su Artículo 15 1. expone que el empresario debe adecuar el trabajo a la persona lo que coincide con la definición de ergonomía.

La Asociación Española de Ergonomía, divide la ergonomía en:
- Ergonomía geométrica o biométrica, que trata los aspectos entre el hombre y su puesto de trabajo estudiando el confort posicional tanto estático como cinético operacional.
- Ergonomía ambiental, se ocupa del confort acústico, térmico y lumínico, pudiendo añadir el cromático.
- Ergonomía cognitiva, relacionada con la carga mental que supone el trabajo
- Ergonomía psicosocial u organizacional, que incluye el ritmo, la jornada de trabajo, la comunicación y el estilo de mando.

Los objetivos que busca la ergonomía son los siguientes:
- Amoldar el área laboral y su contexto a las peculiaridades del trabajador.
- Mejorar el confort laboral e intensificar la motivación del empleado.
- Ayudar a que las condiciones físicas y organizativas del entorno laboral ofrezcan comodidad y eficiencia al trabajador, y preserven su seguridad y su salud.
- Examinar, determinar y aminorar los riesgos laborales ergonómicos.
- Comprobar que las nuevas tecnologías se adapten a las características de los empleados.
- Fijar preceptos ergonómicos aplicables a los materiales y las herramientas de trabajo adquiridos.

En cuanto a riesgos ergonómicos, el personal auxiliar administrativo y celador está sometido a múltiples riesgos.

Los auxiliares administrativos suelen tener como riesgos ergonómicos:
- Utilización inadecuada de las pantallas de ordenador, al no ajustar adecuadamente su luminosidad, contraste, o la propia colocación de la pantalla para evitar reflejos o destellos.
- Mala colocación del teclado y el ratón, evitando que descanse la muñeca o colocándolos demasiado cerca o alejados del cuerpo.
- Realización múltiples labores como uso del ordenador, atención telefónica y consulta de documentos.
- Fatiga visual al permanecer mucho tiempo delante de las pantallas de visualización de datos.
- Mala regulación de la altura del asiento o postura inadecuada del cuerpo cuando está sentado.
- Dimensiones excesivas o escasas de la mesa de trabajo.
- Mala disposición de los elementos de trabajo sobre la mesa impidiendo su acceso directo.
- Carencia de barreras físicas de protección ante potenciales agresiones verbales o físicas del usuario.
- Iluminación general y localizada poco apropiada que produce destellos y deslumbramientos.
- Incomodidad térmica por temperaturas excesivamente altas o bajas.
- Incomodidad acústica por exceso de ruido ambiental interno y externo.
- Cansancio postural debido a la postura de sentado prolongada sin realizar ejercicios ni estiramientos.
- Excesiva carga física y mental por la atención directa al usuario o la cantidad o tipo de información que se debe procesar.
- Factores intrínsecos al trabajador como sus características conductuales, edad, estado de fatiga, motivación, inestabilidad emocional o alteraciones de tipo psicosomático.
- Requerimiento de un alto grado de concentración durante largos períodos de tiempo.
- Insuficiencia de medios o carencia de autonomía para responder a las necesidades de los usuarios.

Para evitar los riesgos en los auxiliares administrativos se recomienda:
- Diseño ergonómico del puesto de trabajo adaptando el mobiliario al trabajador y a las tareas.

- Uso de sillas de ruedas, regulables en altura y con respaldo anatómico y regulable.
- Formación del trabajador sobre la postura ergonómica.
- Apoyar los pies en el suelo o usar plataformas reposapiés en caso necesario.
- Efectuar pausas cortas, con ejercicios de relajación y estiramiento muscular.
- Mantener el teclado y el ratón de forma que la mano y brazo permanezcan relajados, y las muñecas rectas, sin flexionarse ni hacia arriba ni hacia abajo.
- Utilizar un sistema de iluminación que evite la fatiga visual y los dolores de cabeza.
- Regular la pantalla del ordenador en inclinación y altura, perpendicular a ventanas y fuentes lumínicas para que los datos sean legibles desde cualquier ángulo.
- Temperatura ambiente entre 20 y 24 grados en invierno y entre 23 y 26 grados en verano.

En cuanto a los riesgos ergonómicos a los que están expuestos los celadores podemos exponer los siguientes:
- Esfuerzos físicos inapropiados en la movilización y traslado de pacientes.
- Desplazamiento manual de cargas de más de tres kilos en sentido vertical a una distancia superior a los 25 cm.
- Elevación de cargas a una altura superior a 175 cm.
- Elevación y desplazamiento de cargas de más de 25 kg para hombres o de 15 kg para mujeres.
- Realización de giros del tronco al levantar cargas.
- Posturas corporales forzadas al realizar esfuerzos físicos.
- Ejecución de trabajos en espacios angostos e insuficientes.
- Movimientos repetitivos y prolongados en el tiempo.
- Factores personales como la poca aptitud física para el trabajo o la falta de formación en movilización y traslado de pacientes.
- Estar sometido a temperaturas ambientales cambiantes, superiores o inferiores a la temperatura de confort.
- Uso inadecuado del material de trabajo.
- Indumentaria y calzado inapropiados

Para evitar los riesgos ergonómicos en celadores se recomienda:
- Formación en técnicas de manipulación de cargas.
- Uso de dispositivos mecánicos al manipular objetos pesados o adaptar la carga a la capacidad de la persona, dividiéndola en cargas menores o pidiendo la colaboración de un compañero.
- Levantar la carga con la espalda recta y pegada al cuerpo.

- Higiene postural adecuada en la movilización y traslado de pacientes.
- Empujar las cargas, en lugar de tirar de ellas.
- Usar grúas, transfer y demás ayudas mecánicas y pedir ayuda a compañeros.
- Dominio de las técnicas de cambios posturales y de movilización y transferencia de pacientes.
- No adoptar posturas forzadas durante la manipulación de una carga.
- No efectuar giros de cintura durante el manejo de pesos.

5 Discusión-Conclusión

El personal no sanitario, concretamente los auxiliares administrativos y celadores están sometidos durante su jornada diaria de trabajo a una gran cantidad de riesgos ergonómicos que es necesario que conozcan a través de la formación adecuada para que puedan aplicar las técnicas necesarias para evitar, en la manera de lo posible, sus consecuencias para la salud.

Es muy importante en los centros de salud promover la formación para evitar los riesgos ergonómicos en sus trabajadores ya que estos riesgos producen inquietud, malestar muscular, estrés e insatisfacción, lo cual se traduce en un peor rendimiento de los trabajadores durante su jornada y una peor atención a los usuarios.

6 Bibliografía

- Asociación Española de Ergonomía [Internet]. Ergonomos.es. 2019 [cited 2 September 2019]. Available from: http://www.ergonomos.es/ergonomia.php
- Prevención de Riesgos Laborales Celadores de Instituciones Sanitarias [Internet]. Celadores.org. 2019 [cited 3 September 2019]. Available from: http://www.auxiliar-enfermeria.com
- GIRÓN CÓNSUL M, FERNÁNDEZ GARCÍA R. Los riesgos ergonómicos en el puesto de trabajo del personal administrativo. Gestión Práctica de Riesgos Laborales. 2011;(nº 78):50 a 55.
- Gestal, J.J. Salud Laboral. Evolución y concepto actual. Condiciones de trabajo y salud. En: Gestal JJ. Riesgos Laborales del Personal Sanitario. 3ª Edición. Madrid: McGraw Hill; 2003. p. 3-15.
- Reglamento de los Servicios de Prevención. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero (Boletín Oficial del Estado, núm. 27, de 31 de enero de 1997, p. 3031 a 3045).

Capítulo 999

VENTAJAS DEL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS

MARIA PURIFICACION BAYON FERNANDEZ

MARTA MONTSERRAT FERNANDEZ IGLESIAS

INMACULADA FERNÁNDEZ CARAMAZANA

1 Introducción

Se entiende equipo de trabajo a un grupo de profesionales que se organiza para alcanzar un objetivo común. Cada miembro del equipo aporta sus conocimientos, capacidades, formación, destrezas, habilidades, etc., para conseguir una meta.

Para poder trabajar en equipo es necesario adquirir unos conocimientos, valores y conductas que contribuyan a la cultura del trabajo en equipo. Se deben implantar estrategias que promuevan y faciliten el trabajo; así como apoyar y fomentar el trabajo en equipo. Para conseguir todo ello es necesario una formación previa.

El auxiliar administrativo forma parte de equipos dentro del ámbito sanitario, siendo su función tan necesaria e importante como la de los demás profesionales que conforman el equipo.

2 Objetivos

Proveer en cualquier ámbito a los pacientes y su familia la atención más integral de salud posible.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para lograr un buen trabajo en equipo será necesario:
- Establecer unos objetivos bien definidos, aceptados y asumidos por cada uno de los miembros del equipo, dirigidos a la salud y a la satisfacción del usuario.
- Definición de las funciones de cada grupo profesional, de forma independiente y en colaboración con el equipo. Es un aspecto fundamental para llevar a cabo los objetivos.
- Participación de todos los profesionales en la solución de conflictos y relación mutua de ayuda y colaboración.
- Relación de respeto y de igualdad: el equipo somos todos, desde el que está arriba hasta la última persona. Todos somos importantes.
- Comunicación entre sus componentes mediante reuniones.
- Actitudes activas, adaptativas y facilitadoras de la relación en equipo.

Las principales ventajas del trabajo en equipo son:
- Las tareas se complementan: cuando los profesionales entienden que es mejor trabajar unidos, el tiempo de una tarea se reduce considerablemente.
- Existe confianza: el trabajo en equipo trata de confiar en el trabajo de los demás, así es más fácil resolver cualquier problema.
- Aumenta el sentido de pertenencia: las cosas en tu centro pueden ir mucho mejor si cada uno de los integrantes se siente parte del equipo, desde quien se encarga de la limpieza hasta el director del centro. El sentido de pertenencia evita la rotación del personal y eleva la motivación.

- Incrementa la armonía: cuando existe confianza resulta más fácil compartir ideas, alegrías o cualquier sentimiento.
- Los problemas son más fáciles de resolver: si se trabaja en conjunto cada uno aportará una idea para eliminarlos de forma efectiva.
- Se obtienen mejores resultados: trabajando en común se obtienen mejores resultados que si cada uno de los miembros trabajara por separado y posteriormente se reunieran con sus resultados individuales.

5 Discusión-Conclusión

Para que un equipo tenga éxito en el ámbito sanitario es necesario que se compartan unos mismos objetivos y normas comunes, que los miembros del grupo sean competentes tanto desde el punto de vista técnico como científico, que haya una relación empática en el grupo que facilite la comunicación y la autocrítica y que las tareas estén bien delimitadas y sean adecuadas al campo competencia de cada uno de los integrantes del grupo.

6 Bibliografía

- Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria; http://www.elservier.es
- Las ventajas del trabajo en equipo en el ámbito sanitario; http://blogs.funiber.org
- Celadores online de instituciones sanitarias; http://celadoresonline.blogspot.com
- La importacia de trabajar en equipo: https://talentsearchpeople.com

Capítulo 1000

ESCUCHA ACTIVA

SARA MARÌA MORO VILLAR

1 Introducción

Una de las funciones tanto del personal sanitario como no sanitario dentro de las instituciones no sanitarias es tratar con el paciente y su entorno, siendo este contacto directo y a diario. Hay que saber cómo establecer una buena relación confianza-ayuda.

En ocasiones las familias se muestran nerviosas por las situaciones acontecidas y nuestra función es tranquilizar y ayudar en lo que podamos para que la comunicación sea efectiva.

2 Objetivos

- Establecer una buena relación entre paciente/familia y personal tanto sanitario como no sanitario.
- Analizar posibles problemas de la relación paciente/familia y personal, así como las medidas para su solución.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una buena relación paciente/familia con personal permite resolver los problemas que puedan surgir de manera satisfactoria siendo una buena opción la de ponernos en el lugar de la persona que tenemos enfrente para lograr los mejores resultados.

Debemos contrastar e identificar cualquier problema relacionado con la tranquilidad siendo muy importante tener una buena disposición para lograr un objetivo.

En la medida de lo posible se identificarán las posibles dudas y se contrastará con cualquier malentendido en la mayor brevedad posible para así evitar que aumente la confusión o las preocupaciones, debiendo crear un ambiente óptimo y tranquilo.

5 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista de la calidad asistencial no debemos olvidad que la satisfacción del paciente es una prioridad en la atención sanitaria.

Es necesario para el personal sanitario y no sanitario saber mejorar una serie de pautas para lograr mantener un buen trato y relación entre paciente/familia y personal. Será muy beneficioso para la recuperación del paciente.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1001

SÍNDROME DE BURN-OUT

ANGELA PARDILLA CASTRO

1 Introducción

Recientemente, la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) ha incluido el Síndrome de Burn Out o Síndrome del trabajador quemado en la nueva Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11) que entrará en vigor en enero de 2022. En esta actualización, se define el Burnout como "un síndrome conceptualizado como resultado de un estrés laboral crónico que no ha sido satisfactoriamente manejado", a la vez que remarca su específica relación con el contexto laboral, y que no debe ser utilizado para describir experiencias en otras áreas de la vida.

La primera mención al término Burn-out la hizo Freudenberger en 1974 al observar que al cabo de un período más o menos largo (de uno a tres años) muchos de sus pacientes sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación y falta de interés por el trabajo hasta llegar a afectar a la vida personal e incluso a la salud. Otra característica común en los pacientes que registraban estos síntomas es que todos trabajaban en ambientes laborales de características similares: la mayoría trabajaba en profesiones vocacionales (teniendo menor prevalencia en profesiones que no habían sido elegidas) con un contacto directo con el "cliente". Especialmente, profesiones del ámbito sanitario, profesores, trabajadores sociales, etc.

Años después, las psicólogas Maslach y Jackson popularizaron el término y establecieron tres vértices del síndrome de desgaste profesional: cansancio emocional debido a las exigencias del trabajo, despersonalización (actitud negativa hacia personas del entorno laboral) y baja realización personal.

Si bien no hay una característica única o específica para reconocer el Síndrome del Trabajador Quemado, podemos decir que los síntomas más frecuentes se dividen en tres grupos:

- Físicos: fatiga crónica, cansancio, frecuentes dolores de cabeza, espalda y musculares, insomnio, alteraciones respiratorias, hipertensión, etc.
- A nivel conductual: frustración, quejas constantes, despersonalización que se manifiesta en actitudes negativas o incluso conductas agresivas hacia los clientes, en el caso del personal sanitario puede llegar a la deshumanización en el trato.
- A nivel emocional: agotamiento emocional, depresión, ansiedad, estado permanente de nerviosismo, falta de autoestima, etc.

2 Objetivos

El objetivo principal es la prevención.

Las técnicas que se recomiendan para hacer frente al burnout se pueden agrupar en tres niveles de intervención: individual, social y organizacional. Dado que según el tipo de organización y su actividad empresarial las estrategias podrían variar, nos vamos a centrar en los aspectos individuales de prevención. Así, de forma general y teniendo en cuenta que no todas las personas responden igual ante las mismas pautas, podemos sugerir como estrategias de prevención: aprender técnicas de relajación, practicar yoga y/o meditación, ser asertivos, utilizar el tiempo correctamente, ajustar las expectativas laborales, etc.

3 Metodología

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

4 Resultados

Aunque existen otros instrumentos que permiten evaluar el síndrome de Burnout, la prueba más utilizada para el diagnóstico del síndrome de fatiga en el trabajo es

el Maslach Burnout Inventory (MBI) que plantea cuestiones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. El MBI consta de cinco formularios diferentes en función de la profesión, siendo uno de ellos general y los otros cuatro son específicos uno para médicos, otro que agrupa al resto de profesionales sanitarios, otro para docentes y otro para estudiantes.

Los formularios constan de un rango entre 16 y 22 cuestiones a valorar y se califican usando una escala de frecuencia de 7 niveles de ”nunca” a ”diario”, donde 0= nunca, 1= algunas veces al año o menos, 2= una vez al mes o menos, 3= algunas veces al mes o menos, 4= una vez a la semana, 5= algunas veces a la semana y 6= todos los días.

Para el cálculo de puntuaciones se suman las respuestas dadas a las cuestiones que se señalan en la siguiente tabla de interpretación de resultados:
Aspecto evaluado Preguntas a evaluar Indicios de Burnout
Cansancio emocional 1–2–3–6–8–13–14–16–20 Más de 26
Despersonalización 5–10–11–15–22 Más de 9
Realización personal 4–7–9–12–17–18–19–21 Menos de 34

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout es el resultado de varios factores tanto personales como organizacionales, relativos a la empresa en la que se trabaja. Entre otras causas podemos citar las siguientes: altos niveles de estrés, excesiva carga de trabajo, poca autonomía, expectativas laborales que no se ajustan a la realidad cotidiana, desequilibrio entre la vida laboral, familiar y social. Por otro lado, las personas conformistas, inseguras y dependientes tienen más posibilidades de sufrir depresión y ansiedad si tienen que enfrentarse a situaciones estresantes.

6 Bibliografía

- Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid, España: Pirámide
- Maslach C y Jackson SE. MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Research edition. 1986. Palo Alto. University.
- Fernández JL, Álvarez I, Doménech G. Un problema de salud laboral: estrés laboral-Burn out. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2004;50;65-78.

- https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/guia-actuacion.pdf

Capítulo 1002

MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS

ANGELA PARDILLA CASTRO

1 Introducción

La manipulación manual de cargas se refiere a cualquier transporte o sujeción de una carga, como el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción, el transporte o el desplazamiento, que entrañe riesgos, en particular dorso-lumbares.

El manejo manual de cargas es una tarea común en todo tipo de actividad realizada por el ser humano. De hecho, en casi todos los sectores, desde el sanitario al comercio, incluso en industrias que cuentan con medios mecánicos, en muchas ocasiones es necesario el esfuerzo humano el que para manejar o mover cargas, que pueden ser objetos o bien personas como en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

Abordar los principales aspectos de la manipulación manual de cargas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La realización de tareas de manipulación en condiciones inadecuadas puede ser causa de lesiones, como contusiones o fracturas debido a cortes o heridas causadas por bordes cortantes en la carga, por la presencia de clavos o astillas, caídas o golpes contra objetos etc. En concreto, en las operaciones de manipulación de cargas son muy frecuentes las molestias o lesiones que afectan a la zona dorsolumbar que pueden tener una larga y difícil curación, pudiendo llegar incluso a incapacitar a la persona para realizar su trabajo habitual.

De hecho, el dolor de espalda es uno de los principales problemas de salud relacionados con el trabajo en la Unión Europea, con un 39 % de trabajadores afectados. Por eso es sumamente importante que los empleados encargados de manipular manualmente una carga sean conscientes, tanto de los peligros que conlleva una deficiente manipulación, como de las recomendaciones para evitar todo tipo de lesiones.

REFERENCIAS LEGISLATIVAS
> Ley 31/1995 establece los principios generales relativos a la prevención de riesgos laborales
> Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorso-lumbares, para los trabajadores.
> Guía Técnica del INSHT (Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el Trabajo) para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas.
> Directiva 90/269/CEE del Consejo, de 29 de mayo de 1990, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores

La Organización Internacional de Normalización – ISO – continuando con su interés en desarrollar y publicar estándares relacionados con diferentes áreas de la ergonomía, con el objeto de uniformizar los criterios de análisis y prevención entre los países que están afiliados al organismo, elaboró el grupo de normas 11228, donde las partes 1 y 2 especifican los límites recomendados para el levantamiento,

descenso y transporte manual y para las tareas de empujar y jalar, respectivamente; siendo éstos los cinco movimientos fundamentales en el manejo manual de cargas.

FACTORES DE RIESGO EN LA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS
* Características de la carga: si es demasiado pesada o grande, cuando su forma o tamaño la hacen difícil de sostener, si es inestable o su contenido corre riesgo de desplazarse.
* Características del medio de trabajo: el espacio libre para manejar la carga es insuficiente, suelo irregular o resbaladizo, cuando se debe manipular la carga a diferentes niveles y otros factores como temperatura, humedad o iluminación inadecuadas.
* Factores individuales de riesgo: la falta de aptitud para el trabajo, existencia previa de lesiones dorso-lumbares, falta de formación o vestimenta y calzado inadecuados.
* Exigencias de la propia actividad: cuando el esfuerzo a realizar es frecuente o prolongado, cuando las distancias de elevación, descenso o transporte son grandes, si el trabajador no dispone del tiempo suficiente de reposo o de recuperación física.

5 Discusión-Conclusión

Antes de iniciar la tarea es necesario es tener en cuenta los siguientes principios básicos:
> Utilizar los equipos de ayuda disponibles, siempre que sea posible se deberán usar ayudas mecánicas.
> Solicitar ayuda de otras personas si el peso o las dimensiones de la carga lo requieren.
> Tener prevista la ruta de transporte y eliminar los posibles obstáculos.
> Seguir las indicaciones que aparezcan en el embalaje acerca de los posibles riesgos de la carga (centro de gravedad inestable, materiales corrosivos…). Si no aparecen indicaciones, observar las características de la carga: forma y tamaño, peso, zonas de agarre, etc.
> Sujetar firmemente la carga y pegarla al cuerpo. Lo más importante es que el agarre sea completamente seguro. El mejor tipo de agarre suele ser un agarre en gancho .
> Usar vestimenta y el calzado adecuados.

> Separar los pies para proporcionar una postura estable y colocar un pie más adelantado que el otro en la dirección del movimiento.
> Levantamiento suave. No mover la carga de forma rápida o brusca ni dar tirones.
> Realice levantamientos espaciados. Se recomienda la alternancia de tareas y la realización de pausas, que se establecerán en función de cada persona y del esfuerzo que exija el puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la Manipulación manual de cargas. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de trabajo y asuntos sociales de España. 2009
- Díaz C, Ipas M. Método de evaluación de carga física en puestos de trabajo. Mapfre Seguridad, 1996. 62: 15-19.
- Diego-Mas, Jose Antonio. Evaluación de la manipulación manual de cargas mediante GINSHT. Ergonautas, Universidad Politécnica de Valencia, 2015. Disponible online: https://www.ergonautas.upv.es/metodos/ginsht/ginsht-ayuda.php

Capítulo 1003

LA EMPATIA

SARA MARÌA MORO VILLAR

1 Introducción

Consideramos la empatía una competencia básica en el aprendizaje de las profesiones de la salud en el siglo XXI, queda definida como la capacidad de entender las emociones de los pacientes y familiares.

2 Objetivos

- Describir qué es la empatía.
- Conocer formas para potenciar la empatía.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la empatía. Con la consulta de libros y artículos en las principales bases de datos: PubMed, Scielo, Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La empatía empieza cuando escuchamos a alguien sin presuponer nada y con animo de ayudarle. Este esfuerzo no solo se efectúa emocionalmente, sino, también semiológicamente. Porque la empatía debe ser global y es la comprensión del sufrimiento psicológico, físico y social.

Como potenciar la empatía con los pacientes:
- Área de comprensión empática. Ayuda a englobar los sentimientos de los usuarios en un amplio marco de comprensión.
- Comunicación de respeto: hacer hincapié en la actitud por parte del profesional de respetar a la hora de juzgar el problema del paciente como algo normal y natural.
- Expresión concreta: lograr la expresión directa de los sentimientos y experiencias del paciente y motivar para que así se produzca.
- Autenticidad y congruencia: ser congruente con lo que respondes respecto a lo que el usuario expresa, no hablar se manera huidiza y generalista sobre los problemas.
- Auto revelación facilitadora: aportar una experiencia personal para facilitar la revelación del paciente.
- Confrontación en procesos inter/intrapersonales: se trata de saber detectar si lo que explica el paciente es consistente, si pasa algo raro al captarlo, tiene que ver con la comunicación no verbal.
- Inmediatez en la relación: su finalidad es ver como el profesional tiene en cuenta (lenguaje no verbal: expresiones, gestos) las expresiones de los pacientes.
- Timming: observación de las tres fases: bienvenida, proceso y despedida, para ver si el tiempo dedicado es coherente.

5 Discusión-Conclusión

Es clave potenciar la empatía para alcanzar la calidad asistencial en la comunicación con el paciente.

6 Bibliografía

- https://www.fcchi.org.ar/el-efecto-de-la-empatía-en-la-practica-asistencial/.
- https.//old.cedesca.com/noticias/blog/352-claves-para-mejorar-la-empatia%C3%ADa-en-el-%C3%A1mbito-sanitario.html.

Capítulo 1004

EL CELADOR: CONOCIMIENTOS GENERALES

MANUEL GARCÍA TORRES

1 Introducción

En el presente capítulo se trata de establecer una visión estructurada de los derechos y deberes que tiene el celador en su labor profesional. Ambos son importantes y todo profesional debe tenerlos claros para desarrollar su labor de forma óptima.

Como ya dijo una vez Félicité Robert de Lamennais, ”el derecho y el deber son como las palmeras: no dan frutos si no crecen uno al lado del otro”. Así mismo, se enfatiza la importancia del papel del celador dentro del equipo sanitario.

2 Objetivos

- Definir el papel del celador como miembro del equipo sanitario.
- Identificar los derechos y deberes del celador.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva y sistemática de varias fuentes bibliográficas. Se han seleccionado aquella información que puede aportar una visión clara y objetiva del papel del celador dentro del equipo sanitario y, de este modo, esclarecer algunos puntos que son básicos para el desarrollo de su labor.

4 Resultados

Para empezar, es necesario aclarar qué se entiende por ”equipo”. Este término se refiere al conjunto de personas en el cual son comunes un conjunto de circunstancias. Cada miembro del equipo debe estar totalmente integrado en el grupo, además de tener unas capacidades y aptitudes propias. Es muy importante que cada integrante sepa cuál es su función, de forma que todos los esfuerzos realizados estén coordinados. Así mismo, la característica principal de la actuación de cada miembro debe ser la asertividad, de forma que propongamos ideas pero también escuchemos las de los demás, aceptemos las decisiones mayoritarias y colaboremos para que se lleven a cabo correctamente.

Según la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, se establecen una serie de derechos y deberes para el personal estatutario que están clasificados de la siguiente forma: derechos individuales, derechos colectivos y deberes.

Derechos individuales: estos derechos serán aplicados al personal temporal en la medida que el origen del mismo derecho lo permita.
- Estabilidad en el empleo y desempeño de las funciones que correspondan.
- Formación continuada.
- Percepción de las retribuciones establecidas por razón del servicio.
- Protección en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- Respeto a la dignidad e intimidad personal.
- Promoción interna y desarrollo profesional.
- Descanso necesario.
- No discriminación por cualquier condición.
- Encuadramiento en el Régimen General de la Seguridad Social.
- Acción social en los ámbitos que se determinen.
- Jubilación en los términos establecidos.

Derechos colectivos (según establece la Constitución y la legislación aplicable):
- Libre sindicación y actividad sindical.
- Huelga.
- Negociación colectiva.
- Disposición de servicios de prevención y de órganos representativos en lo relativo a la seguridad laboral.

Deberes:

- Respetar la Constitución.
- Mantener los conocimientos actualizados para el correcto ejercicio de su labor.
- Desempeñar las funciones que correspondan a su nombramiento.
- Llevar a cabo las instrucciones recibidas por sus superiores.
- Prestar colaboración profesional cuando sea requerido por las autoridades.
- Colaborar en la consecución de los objetivos asignados a la institución.
- Cumplir los horarios y la jornada.
- Respetar la intimidad personal de los usuarios del servicio de salud.
- Informar a los usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios disponibles.
- No discriminar por ninguna condición.
- Emplear el instrumental e instalaciones en beneficio del paciente y no ilegítimamente.
- Cumplir las normas de seguridad y salud.
- Cumplimentar registros y demás documentación clínica o administrativa establecida.
- Cumplir el régimen sobre incompatibilidades.
- Identificarse por el nombre y categoría profesional.

Además de los derechos y deberes expuestos hasta el momento, existen unos derechos generales y económicos que son necesarios de mencionar: derechos generales y derechos económicos.

Dentro de los derechos generales cabe destacar recompensas, vacaciones, permisos,licencias y acción social.

Recompensas: como los premios en metálico, la mención honorífica y las becas de estudios.

Vacaciones: por cada año de servicio activo se percibirá un mes de vacaciones retribuidas, o los días que correspondan si el tiempo en activo ha sido menor. Éstas son irrenunciables.

Permisos:
- Por el nacimiento de un hijo y la muerte o enfermedad grave de un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad: dos días cuando el suceso ocurre en la misma localidad y cuatro días cuando ocurre en una distinta.
- Para realizar funciones sindicales.
- Por traslado de domicilio sin cambio de residencia: un día.

- Para acudir a exámenes finales y pruebas definitivas de aptitud.
- El funcionario que tenga un hijo menor de 9 meses tiene derecho a una hora diaria de ausencia al trabajo.
- El funcionario al que le falten menos de 5 años para cumplir la edad de jubilación forzosa puede solicitar una reducción de jornada hasta un medio. Lo mismo ocurre para quienes tengan a su cuidado directo a algún menor de 6 años, un anciano que requiera cuidados especiales o un disminuido físico o psíquico.
- Para deberes inexcusables de carácter público o personal.
- Por adopción de un niño de hasta 6 años: hasta 16 semanas ininterrumpidas.
- Seis días al año por asuntos particulares.
- Por parto: 16 semanas ininterrumpidas.
- A los funcionarios que se presenten a las elecciones: tiempo de duración de las elecciones.

Licencias:
- Por enfermedad: 3 meses cada año natural con plenos derechos económicos, prorrogables por períodos mensuales.
- Por matrimonio: 15 días con plenos derechos económicos.
- Por riesgo durante el embarazo: 3 meses.
- Por estudios relacionados con la función pública.
- Por asistir a cursos de perfeccionamiento profesional no relacionados con la función pública: máximo 3 meses (no retribuidos).
- Por asuntos propios: sin exceder 3 meses cada dos años (no retribuidos).

Acción social:
- Anticipos ordinarios reintegrables sin interés: siempre que la cuantía no exceda el 20% de su haber base anual.
- Anticipos extraordinarios reintegrables sin interés: de una cuantía máxima del 100% con un plazo máximo de amortización de cinco años. Para ello deben cumplirse unos requisitos.
- Plus de casado: así como los viudos con hijos a su cargo y los solteros con hijos naturales legalmente reconocidos, los casados percibirán un plus de 15€ anuales.
- Ayudas por hijos menores de 18 años o incapacitados permanentes: se percibirá la prestación correspondiente a la Seguridad Social.
- Ayudas de estudio: mediante la concesión de becas.
- Plan de formación profesional: cursos de estudio y becas.
- Ayuda para guarderías: para el personal femenino y hombres viudos que presten servicio en Instituciones cerradas.

- Socorro por fallecimiento de un empleado: la cuantía variará dependiendo del tiempo que llevara en plantilla.

En cuanto a los derechos económicos cabe destacar las retribuciones básicas y las retribuciones complementarias.

Retribuciones básicas:
- El sueldo.
- Los trienios.
- Las pagas extraordinarias.

Retribuciones complementarias:
- El complemento de destino.
- El complemento específico.
- El complemento de atención continuada.
- El complemento de productividad.
- El complemento personal y transitorio.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar esta investigación, es necesario subrayar que el celador forma parte del equipo multidisciplinar del área de la salud. Todo equipo tiene un objetivo principal, y en este caso es formar una unidad de trabajo que consiga el bienestar de los pacientes. Por lo tanto, se considera preciso introducir las funciones del celador:
- Funciones propias: son aquellas en las que tiene total autonomía en su realización. Por ejemplo, movilizar enfermos.
- Funciones delegadas: son aquellas que le son derivadas por otros profesionales. Por ejemplo, transportar muestras.
- Funciones en equipo: son aquellas desempeñadas por profesionales sanitarios y no sanitarios. Por ejemplo, trasladar enfermos entre hospitales.

Por todo ello, el celador es un integrante fundamental del equipo sanitario y su colaboración será imprescindible para alcanzar los objetivos establecidos.

6 Bibliografía

- Alonso Olea, M.; Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. 2ª edic. Madrid, Editorial Cívita. 1999.
- Del Castillo Torres, L.; Martos Navarro, F.; Gómez Martínez, D.; González Rabanal, J.M.; Vidal Ramírez, M.; Alés Reina, M.; Celadores de las Instituciones Sanitarias de Insalud. 8ª edic. Sevilla, Editorial MAD. 1999.

Capítulo 1005

EL PRESENTISMO LABORAL EN LOS CENTROS SANITARIOS

REBECA RODRÍGUEZ GARCÍA

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALONSO

1 Introducción

El origen de la palabra presentismo, es una traducción del inglés ("presentism") que, pese a no haber sido aceptada por la Real Academia Española, se usa ya con mucha frecuencia, para referirnos al fenómeno en el que el trabajador permanece en el centro de trabajo, incluso más horas de las necesarias. Pero no está realizando las tareas que le competen, sino que dedica su tiempo a hacer otras cosas que nada tienen que ver con su puesto. No obstante, no tiene que ser claramente observable. Por ejemplo, un auxiliar administrativo, que está trabajando en un ordenador.
No se puede saber si está navegando por internet para hacer compras personales, o si está consultando información para su trabajo. De igual modo, es difícil conocer, si un celador está pasando por una zona determinada del centro de salud, porque va a recoger a un enfermo o si simplemente está dando un paseo.

El "presentismo" laboral se puede definir como el opuesto al absentismo. Aunque son dos formas diferentes que tiene el trabajador de no cumplir con lo que se espera de él. Son perjudiciales para el correcto funcionamiento del ámbito laboral.

Pese a lo que pueda parecer, es bastante habitual que se produzca el presentismo laboral. Este ocurre en todos los ámbitos y por supuesto los centros sanitarios

no son una excepción. En especial nos centraremos en el personal no sanitario, auxiliares administrativos, celadores, pinches, etc.

Centrándonos en el entorno sanitario, se pueden extraer algunos de los motivos que conducen al presentismo:

- Compromiso con los pacientes. En este caso, el trabajador considera que tiene que seguir con sus funciones porque los pacientes necesitan de sus servicios. Y acudiría por ejemplo a su lugar de trabajo, incluso estando enfermo o lesionado. Estando presente, pero no pudiendo realizar todas las tareas que debería.

- Miedo a tener repercusiones negativas, por marcharse a la hora, hace que las personas se queden más de lo necesario, incluso cuando no tienen tarea. Lo que provoca un desgaste en el trabajador y aumenta el malestar en los compañeros.

- Pérdida económica, derivada de estar en situación de incapacidad temporal. Los trabajadores no quieren coger la baja, para no perjudicar su situación económica. Y acuden al trabajo incluso enfermos, no estando capacitados para realizar las funciones que deberían.

- No querer perjudicar a los compañeros de trabajo. En ocasiones, resulta difícil que se sustituyan rápidamente a los trabajadores de baja, quedando su hueco vacío durante unos días. Lo que implica que se repartan el mismo trabajo entre menos personas, incurriendo en sobrecarga. Las personas enfermas o de baja, al acudir a su puesto, pero no poder realizar todas las tareas requiere la movilización de los compañeros. Aumentando su malestar.

- Exceso de volumen de trabajo, que genere saturación y bloqueo de los profesionales. Si hay un número excesivo de pacientes con los que trabajar y el personal es insuficiente. Una maniobra de algunos trabajadores, puede ser la huida. Es decir, irse a "realizar otras labores" dejando a sus compañeros con todo el trabajo duro.

- Falta de comunicación entre los directivos y superiores y los equipos. Si no hay una buena comunicación y coordinación entre los equipos de trabajo, quedarán personas sin suficientes tareas y otros en exceso.

- Ausencia de motivación o síndrome de burnout. Que puede derivarse de lo anterior, dónde los trabajadores pueden quemarse, si perciben que ellos llevan la principal carga de trabajo, mientras otros compañeros hacen excesivas pausas, salen a fumar constantemente y otras prácticas de absentismo.

- Establecimiento de metas inalcanzables que produzcan desmotivación del per-

sonal.
Y todas estas causas pueden venir siempre acompañadas de otros problemas personales que impiden al empleado concentrarse durante la jornada laboral.

2 Objetivos

- Revisar las posibles causas del presentismo y las variables socioeconómicas que lo condicionan. Para intentar comprender por qué se produce, y cómo se podría disminuir.

3 Metodología

Se ha realizado una amplia consulta de artículos, tanto científicos como de divulgación, relacionados con la temática del absentismo laboral y el presentismo (que es el tema que nos ocupa).

Para la búsqueda de los documentos, hemos recurrido a revistas científicas, así como prensa digital. Utilizando para llegar a ella buscadores de internet.

De toda la información que aparece al introducir palabras clave como "absentismo" "presentismo laboral" o "sector sanitario" se hace una criba, para separar los estudios del extranjero, de los de aquí. Ya que las costumbres y sesgos culturales son distintos en cada lugar y pese a existir puntos comunes, preferimos centrarnos en España, y concretar en los centros sanitarios de Asturias ya que es el ámbito en el que tenemos experiencias propias.

Aplicamos, por tanto, nuestros conocimientos propios, extraídos de la experiencia adquirida en los centros del Área Sanitaria IV y VI.

4 Resultados

Una vez analizadas las posibles causas del presentismo, vemos que la mayoría de las cifras de los estudios, pertenecen al absentismo en las empresas privadas y en algunos centros sanitarios.

Un informe elaborado por la consultora Randstad, con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) concluye que, durante el segundo trimestre del año 2017, la tasa de absentismo laboral en el sector de las "actividades sanitarias y

servicios sociales" era del 7,7%, más que en ningún otro sector y lejos de la media de todas las profesiones, que es del 4,7%.

Estas cifras se refieren al absentismo en general, la tasa de absentismo por causas que están injustificadas, que cuyo porcentaje se sitúa en un 2,7%, lejos de sectores como la Hostelería (sólo un 0,7%) o las actividades inmobiliarias (un 1%).

Pese a que el sector sanitario lidera las tasas de absentismo laboral, algunos estudios también señalan que los profesionales sanitarios también tienen tendencia al "presentismo". Una encuesta publicada en la revista científica Jama, por ejemplo, desvelaba que el 83% de los más de 500 profesionales sanitarios consultados admitían haber trabajado mientras estaban enfermos al menos una vez en el último año y hasta el 50% lo habían hecho al menos durante cinco días.

Al ser instituciones públicas, hay ciertas medidas que no se pueden tomar, por lo que no las incluimos en nuestro análisis, pero entre las aplicables tenemos:

- Mejorar el ambiente de trabajo: el clima laboral es un factor determinante en estas situaciones, ya que, si el lugar de trabajo es hostil o excesivamente estresante, los trabajadores buscarán no acudir al centro de trabajo o minimizar su tiempo en él.

Para evitar un ambiente de trabajo desagradable, la base es hacer una distribución equilibrada de la carga de trabajo.

Otra forma de mejorar el ambiente es fomentar las relaciones humanas. Si los trabajadores colaboran entre sí, en un ambiente de trabajo positivo, se genera una corresponsabilidad entre ellos que les hace ser más cumplidores con sus funciones, para no perjudicar a sus compañeros.

Reconocer el trabajo bien hecho. Los jefes de cocina, supervisores o coordinadores de turnos deberán reforzar en público el buen trabajo de sus subordinados. Hacer ver que se aprecia el trabajo bien hecho y las buenas intenciones, es un aliciente para que los trabajadores mantengan su buena actitud.

- Apostar por la conciliación familiar y personal: cómo se trata de una institución pública y los horarios vienen estipulados, no hay una flexibilidad absoluta. Pero siempre se puede tener en cuenta la situación personal de cada trabajador, para asignarle unos turnos u otros. El hecho de cuadrar la cartelera teniendo en cuenta (hasta cierto punto) las necesidades de los trabajadores, puede ayudar a que estén más a gusto en su trabajo y estén más motivados para cumplir con sus funciones.

- Vigilar la salud de la plantilla. Los trabajadores que acuden a su puesto inmersos en una enfermedad tenderán a "escapar" de sus labores, ya que no se encuentran con suficiente energía para cumplir con todo lo que su puesto requiere. Sin contar con que pueden contagiar a compañeros o pacientes.

Que un trabajador sano rendirá más y se sentirá más motivado que otro que padece una enfermedad o se encuentra estresado. Parece algo básico, pero en ocasiones las cosas más corrientes, no se tienen en cuenta. Lo adecuado es controlar que el personal no acuda a su puesto enfermo y si se observa algún síntoma de mala salud, comentarlo con el afectado y evaluar la situación por si necesita irse a descansar.

- Escuchar al personal. Facilitar la comunicación, permitir que los últimos eslabones de la cadena de trabajo puedan comentar los fallos que ven en su día a día o las cosas a mejorar. Para conseguir que la organización pueda hallar soluciones adecuadas a cada caso.

5 Discusión-Conclusión

En relación a toda la bibliografía consultada, y los estudios leídos. Así como la información que no hemos conseguido, nos lleva a concluir, que el presentismo en el ámbito público no es algo que esté muy estudiado o al menos no hay cifras a disposición de cualquiera que permitan ilustrar con números lo que se puede ver en el día a día. Un campo más extendido es el absentismo que sí que viene desglosado con muchas más cifras y con los datos separados por motivos de la ausencia de los trabajadores.

Está claro que el presentismo y el absentismo laboral en el ámbito sanitario, es un problema real, que debe de trabajarse para reducirlo e intentar prevenirlo. Ya que afecta directamente a la calidad de la asistencia sanitaria que reciben los pacientes. Estando el absentismo mejor estudiado, ya que resulta más fácil de apreciar.

Como ambos fenómenos tienen unas bases parecidas, se pueden combatir de un mismo modo, aplicando las directrices ya explicadas en el apartado anterior.

En definitiva, aunque no se perciba como un problema real, conviene tomárselo en serio para que no se convierta en algo realmente grave dentro de nuestro sistema de salud.

6 Bibliografía

- Artículo Clínica Galatea. 23 de mayo de 2018. “Presentismo laboral, ¿a qué nos referimos?” http://www.clinica-galatea.com/es/bloc/presentismo-laboral/.
- Artículo Con Salud. 1 de diciembre de 2017 “Los sanitarios, los empleados con mayor absentismo laboral” https://www.consalud.es/profesionales/los-sanitarios-los-empleados-con-mayor-absentismo-laboral_44707_102.html.
- Munera, I. Periódico el mundo, 19 de diciembre de 2017. https://www.elmundo.es/economia/2017/12/19/5a301029e2704e49568b45e8.html
- Oliveras. E,F. P&A Group, 10 de abril de 2018 https://blog.grupo-pya.com/presentismo-laboral-causas-efectos-pautas-erradicacion/.
- Pladevall, X. Blog Europreven, 22 de noviembre de 2018. https://www.europreven.es/noticia.php?noticia=508-combate-absentismo-presentismo-laboral.
- Rubinstein, P. BBC WorkLife, 28 de febrero de 2019 https://www.bbc.com/worklife/article/20190227-how-to-tell-your-boss-youre-sick-and-why-you-should.
- Sánchez-Zaballos M. 6 de octubre de 2017; Artículo: Presentismo en profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias.

Capítulo 1006

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES POR RIESGOS ELÉCTRICOS PARA LOS TRABAJADORES

JOSE MARÍA GONZÁLEZ PEDROUZO

1 Introducción

Los trabajadores que se dedican a la instalación y reparaciones de sistemas eléctricos están expuestos continuamente a sufrir accidentes que pueden tener consecuencias fatales para su salud e incluso poner en peligro su vida.

2 Objetivos

- Evaluar los riesgos potenciales que los trabajadores puedan sufrir en el desempeño de su trabajo.
- Proporcionarles la información y medidas de protección necesarias para que éstos no se produzcan.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los trabajadores que sean susceptibles de sufrir accidentes por riesgos eléctricos debido a su trabajo deberán recibir la formación adecuada, además de las medidas de protección oportunas frente a éstos o cualquier otro riesgo que pueda poner en peligro su salud o su vida.

Algunas de las medidas utilizadas serán los equipos de protección individual, tales como:
- Guantes aislantes.
- Casco de seguridad aislante.
- Calzado de seguridad.
- Pantalla facial o gafas adecuadas al arco eléctrico.
- Arnés o cinturón de seguridad .
- Guantes de protección contra el arco eléctrico.

Además es importante el uso de las herramientas adecuadas que estén aisladas para trabajos eléctricos, así como, desechar los equipos y sistemas que estén deteriorados.
No se deben manipular aparatos eléctricos estando mojado, se deben respetar las distancias de seguridad a tendidos eléctricos y evitar el contacto con instalaciones subterráneas.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta formación, combinada con el uso adecuado de las medidas de protección descritas con anterioridad, resulta de vital importancia para prevenir que se produzcan accidentes que puedan comprometer la vida del trabajador.

6 Bibliografía

- quironprevencion.com.
- construmatica.com.
- trabajoenconstruccion.com.
- prevención.es.
- tecnalia.com.

Capítulo 1007

AGRESIONES AL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

JOSE FRANCISCO CADAVIECO RIESGO

MARIA CECILIA VARA REMESAL

ANA ISABEL GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

En los últimos años se ha registrado un aumento de las agresiones por parte tanto de pacientes, como familiares de enfermos o usuarios, hacia el personal administrativo existente en los diferentes puestos de trabajo del ámbito sanitario. El tipo de agresiones a las que están sometidos estos profesionales suele ser ataques verbales, también pueden darse daños físicos y en otras ocasiones estas agresiones se traducen en amenazas hacia el empleado administrativo, incluso a su entorno familiar. El incremento de casos en los últimos años ha hecho que este tipos de agresiones hayan pasado de ser consideradas casos aislados a ser un problema realmente preocupante al cual es preciso prestar atención.

2 Objetivos

• Dar a conocer la existencia de este problema
• Identificar las causas por las que el personal administrativo sufre estas agresiones en el ámbito sanitario

• Enumerar posibles medidas para disminuir el riesgo de sufrir una agresión en el puesto de trabajo
• Exponer la manera de actuación ante estas situaciones de agresión

3 Metodología

Este capítulo se ha elaborado mediante una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática de libros y artículos científicos y mediante la consulta de artículos científicos publicados en base de datos como PuMeb, Dianet, Scielo y Medline plus.

4 Resultados

En la actualidad tanto el personal sanitario como el no sanitario sufren agresiones verbales y físicas de los usuarios de la sanidad pública y sus allegados. Este tipo de agresiones ha experimentado un aumento en los últimos años. Este aumento afecta al personal administrativo, el cual se siente en una situación de inseguridad e incomodidad en su puesto de trabajo, lo cual contribuye a un aumento de las bajas laborales por depresión y ansiedad.

Algunas de las causas que pueden desencadenar este tipo de agresiones serían:
• El personal administrativo es normalmente la primera persona con la que se encuentran los usuarios al llegar al centro de salud y a los hospitales, lo cual les hace más vulnerables frente a las agresiones.
• Las esperas de usuarios y pacientes, podrían desencadenar en ellos una tensión.
• Diagnósticos con los cuales el paciente podría no estar de acuerdo.
• Acudir a los centros de salud habiendo consumido drogas o alcohol.
• Querer que se le prescriban medicamentos a los que no tiene derecho.
• Intento de obtener bajas laborales fingidas.

Existen una serie de medidas que permiten reducir el riesgo de sufrir este tipo de agresiones:
• Establecer códigos de aviso, alarmas internas y ante una situación de agresión avisar al personal Seguridad.
• Uso de un mobiliario que no permita el acceso a las zonas donde se encuentra el personal administrativo.
• Informar con carteles que incluyan los artículos 550 y 551 del Código Penal en las diferentes salas.

• Denunciar las agresiones y dar parte de lo sucedido a la persona responsable del centro.

Aún tomando esta serie de medidas, hay que tener en cuenta que frente a una agresión, el personal administrativo debe actuar siguiendo un procedimiento:
• Mantener la calma y no realizar movimientos bruscos.
• Establecer una distancia prudencial con el agresor y evitar gestos que le puedan resultar ofensivos.
• No quedarse solo con el agresor e intentar pedir ayuda.
• No debemos mirarle fijamente a los ojos ni señalarle con el dedo ya que es un gesto que se puede interpretar como una agresión.
• Evitar discutir con el agresor, usando un tono de voz calmado y comprensivo, ya que un tono distante podría aumentar la agresividad.
• Informar al posible agresor de las consecuencias de su acción, ya que si se produce la agresión le serán de aplicación los artículos 550 y 551 del Código Penal.

Si finalmente el personal administrativo pasa por una situación de agresión, deberá elaborar un informe de lo ocurrido, con la mayor cantidad de detalles posibles y el nombre de los testigos.

5 Discusión-Conclusión

Estamos ante un aumento de las agresiones dirigidas al personal administrativo en el ámbito sanitario, por lo que es importante saber cuáles son los puntos de posible conflicto y poder aplicar las medidas necesarias para que se reduzcan o desaparezcan del todo. La formación encaminada a dotar al personal sanitario y no sanitario de habilidades para hacer frente a situaciones conflictivas es una de las medidas esenciales en la prevención.

6 Bibliografía

- www. astursalud.es
- Código Penal. Título XXII. Delitos contra el orden público.
- Ley 31/1955, de 8 de noviembre, Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- www.medicosypacientes.com
- www.isanidad.com
- www.seguridad-laboral.es

Capítulo 1008

EL ESTRÉS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

JOSE FRANCISCO CADAVIECO RIESGO

ANA ISABEL GONZALEZ RODRIGUEZ

MARIA CECILIA VARA REMESAL

1 Introducción

El estrés laboral es un tipo de estrés que se da en el ámbito laboral y puede provocar saturación y/o colapso físico y mental en el trabajador que lo padece, afectando al resto de ámbitos de su vida. Las demandas y la presión en el entorno laboral cada vez son mayores, largas jornadas de trabajo, la dificultad para conciliar la vida laboral y familiar, la incertidumbre por el puesto de trabajo etc… Todo esto hace que el estrés vaya en aumento, siendo fundamental su prevención y su tratamiento para manejarlo de la forma más adecuada.

2 Objetivos

• Determinar las causas desencadenantes del estrés laboral.
• Analizar sus síntomas y cómo afecta al trabajador.
• Exponer las medidas de prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como un conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción, tales como: tensión, agobio, angustia o nerviosismo. Así mismo la Organización Internacional del Trabajo lo define como una patología y ha sido incluso catalogado como la epidemia del siglo XXI.

Todas las personas estamos sometidas a un nivel mínimo de estrés que, en situaciones concretas, puede aumentar y dependiendo de la persona puede provocar una serie de síntomas negativos.

Para poder prevenir el estrés es necesario conocerlo, si bien las causas del estrés laboral son distintas para cada persona, hay una serie de fuentes comunes, como son:

• Un elevado grado de responsabilidad en el trabajo.
• Excesiva carga de tareas.
• Relaciones laborales insatisfactorias.
• Ambiente físico-laboral inadecuado o una combinación de factores.
• Preocupación ante el despido.

El estrés laboral que se prolonga por un largo tiempo puede afectar a la salud. El estrés laboral puede incrementar el riesgo de presentar problemas de salud como:

• Padecimientos cardíacos
• Dolor de espalda
• Depresión y agotamiento
• Lesiones en el trabajo
• Problemas del sistema inmunitario
• Enfermedades y patologías graves
• Problemas fisiológicos, cognitivos y motores
• Trastornos inmunológicos, respiratorios, cardiovasculares, endocrinos, dermatológicos, sexuales y psicopatológicos, que pueden llevar, en casos graves, a la depresión e incluso al suicidio.

Contra el estrés laboral hay que tomar medidas, tanto preventivas para evitar situaciones estresantes en el ámbito laboral, así como correctivas si ya se ha dado

la situación de estrés. Existen una serie de consejos para prevenir el estrés, como son:
• Hacer ejercicio y mantener un buen estado físico.
• Llevar una dieta equilibrada.
• Dormir un mínimo de 6 horas.
• Tomarse un tiempo de descanso.
• Discutir sobre tus problemas con gente de confianza.
Proteger la seguridad y salud de los trabajadores es fundamental para lograr un buen desarrollo de todas sus tareas, las cuales influyen directa en indirectamente a usuarios y pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral es una problemática que en el ámbito sanitario afecta tanto al personal administrativo, como al resto de profesionales. En lo referente al personal administrativo el estrés le puede llevar a una atención inadecuada tanto a usuarios como a pacientes, ya que afecta a la eficacia de su trabajo y puede provocar problemas en su salud psicológica y física.
Por ello es necesaria la prevención y actuación correspondiente, tareas tanto del trabajador como de los superiores del mismo.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000884.htm.
- https://www.who.int/es.
- Fundación Española del Corazón, https://fundaciondelcorazon.com/.
- https://prevecon.org/es/el-estres-laboral-definicion-causas-consecuencias-y-como-prevenirlo/
https://muysaludable.sanitas.es/salud/efectos-sintomas-del-estres-cuerpo/.

Capítulo 1009

NORMATIVA SANCIONADORA EN MATERIA DE PROTECCION DE DATOS APLICABLES AL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ANA ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

El incumplimiento de la ley de protección de datos, conlleva sanciones e infracciones, las empresas que incumplen por mala gestión de la información personal de los interesados, con la consecuencia de daños en la reputación de las personas implicadas, son sancionadas dependiendo de la gravedad de la acción.
Se han incrementado las sanciones en protección de datos hasta la cifra de 20 millones de euros, esto supone un aumento ostensible frente a los 600 mil euros previstos en la anterior normativa de la Ley Orgánica 15/1999.

2 Objetivos

- Delimitar el régimen de infracciones y sanciones en materia de protección de datos aplicable al personal auxiliar administrativo del Sector Sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

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

4 Resultados

Las cuantías de las Infracciones y sanciones en materia de protección de datos se valoran en base a los derechos de los afectados y por los perjuicios causados según el grado de culpabilidad.

- Faltas Leves. Entre 601,01 a 60.101,01.-€.
No atender las consultas de la AGPD, no atender solicitudes de cancelación y rectificación, recopilar datos sin informar y no solicitar inscripción en el fichero de AEDP.

- Faltas Graves: Sanciones entre 60.101,21 y 300.506,25 €. Ficheros sin seguridad, utilizar datos protegidos sin autorización, no seguir garantías, ni remitir notificaciones a la LOPD, no inscribir ficheros, usar ficheros con otra finalidad, datos inexactos, no dejar acceder a los ficheros, sin consentimiento del interesado, utilizar ficheros para otras cosas y no inscribir los ficheros en la AGPD.

-Faltas Muy Graves: Sanciones entre 300.506,25 y 601.012,1 €. Transferir datos a países sin protección, No atender las solicitudes del AGPD, la ilegalidad en el tratamiento de los datos, uso ilegitimo de datos, cesión de datos sin permiso, revelar datos especialmente protegidos, no atender las solicitudes de cancelación, utilizar datos sin autorización, recoger datos ilegalmente y crear ficheros ilegalmente.

5 Discusión-Conclusión

Las infracciones en materia de protección de datos en el sector sanitario serán tipificadas atendiendo a su graduación y conllevarán sanciones económicas. Los auxiliares administrativos del sector sanitario pondrán especial cuidado en el cumplimiento de las obligaciones en materia de protección de datos debido a los especiales riesgos y a la especial protección de que goza la información que han de manejar.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales.
- Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679.
- Cumplimiento de la LOPD en Sanidad. PSN.
- GUICHOT, Emilio. Datos personales y administración pública. [Madrid]: Thomson Civitas, 2005.
- APARICIO SALOM, Javier. Estudio sobre la Ley orgánica de protección de datos de carácter personal. 3ª ed. Cizur Menor, Navarra: Aranzadi, 2009.
- Protección de datos personales en la sociedad de la información y la vigilancia. Las Rozas, Madrid: La Ley, 2011.
- VERDAGUER LÓPEZ, Jordi. Prontuario protección de datos, 2011. Valencia: CISS, 2011.
- Ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Madrid: GPS, 201412/980508.

Capítulo 1010

USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SANIDAD

FRANCISCO PÉREZ TORAÑO

JOSE LUIS LÓPEZ GÓMEZ

1 Introducción

• La identificación del paciente junto a la cama es de suma importancia para garantizar que se administre la atención adecuada.
• Una de las funciones del celador de hospital es ayudar al traslado de enfermos y auxiliarle en la habitación en "aquellas funciones que se le pida" por parte de auxiliares o superiores.

2 Objetivos

• Con el objetivo de que el celador que visite en la habitación a cada paciente, pueda saber las características básicas de ese paciente a nivel de información propia para celadores, introducimos las nuevas tecnologías

3 Metodología

• El código QR se usa actualmente en muchos productos cotidianos y es muy popular entre la población para conocer información sobre artículos cotidianos desde nuestro dispositivo móvil
• Introduciendo un código QR en la pulsera de identificación actual del paciente y asociándolo a sus datos e historial clínico, podemos aprovechar un aparato cotidiano como es nuestro dispositivo móvil para que cualquier celador, a través de este código y su correspondiente aplicación en el móvil, acceda a los datos del paciente pertenecientes al nivel del celador para el mejor desempeño de sus funciones: si el paciente colabora en traslados, etc.
• Para acceder únicamente a la información correspondiente al celador y no a todo el historial del paciente, se usará una aplicación instalada en el dispositivo móvil y a la cual se accederá con usuario y contraseña para poder gestionar así, desde el nivel superior correspondiente, permisos sobre la información que el celador verá

4 Resultados

• Aprovechando el uso popularizado del móvil y del código QR conseguimos optimizar las funciones que el celador desempeña en el área hospitalaria a nivel de atención hacia el enfermo y calidad asistencial, evitando así problemas que puedan surgir por desconocimiento de información por parte del celador en esta área.

	APLICACIÓN SESPA ACCESO A HISTORIAL DE PACIENTES				
	USUARIO:				
	CONTRASEÑA:				

5 Discusión-Conclusión

• Facilitando el acceso inmediato a la información por parte de los celadores de hospital desde la propia habitación del paciente, optimizamos la calidad asistencial que el celador puede dar en sus funciones propias de ayuda al enfermo en el área de hospital y facilitamos un servicio de atención sanitaria integral a todos los pacientes.

6 Bibliografía

• Daniel Mera Núñez; Manual Básico para celadores.1ª edición. London: Ed. Lulú Enterprise Inc; 2009
• Laura Martínez, Victoria Gimeno, Roser Anglès
• Joaquim Bañeres, Lluís Torralba, Rafael Manzanera . Sistemas de identificación de pacientes en hospitales de Cataluña. Revista de Calidad Asistencial. 2008; Vol. 23 (Núm. 4): páginas 158-163
• Conesa Hernández, D.; Conesa Jiménez, M.L. Evidencia científica sobre la reducción de los eventos adversos con el uso de brazaletes identificativos.Hospital General universitario Santa Lucía

Capítulo 1011

ERGONOMÍA EN EL CELADOR

FRANCISCO PÉREZ TORAÑO

JOSE LUIS LÓPEZ GÓMEZ

1 Introducción

En el día a día del trabajo y tareas del celador es una realidad que las lesiones y daños musculo esqueléticos son las más comunes y abundantes, especialmente derivadas de la movilización de pacientes y otras cargas físicas.

El celador en sus distintas funciones tiene una carga postural y de esfuerzos físicos en la cual tiene que conocer y aplicar medidas de prevención siguiendo una serie de pautas de ergonomía postural y funcional.

2 Objetivos

Evitar lesiones en el desempeño de funciones de celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

En su función de ayuda en la movilización de pacientes, aplicar método Paul Dotte mediante el cual usamos el propio cuerpo y destreza de la persona que ejecuta la técnica para trasladar o movilizar al paciente de una manera segura tanto para el paciente como para la persona que realiza la maniobra. Algunos ejemplos pueden ser el traslado de sedestación a bipedestación.

Para traslado de sedestación a bipedestación el celador se coloca por delante del paciente, con la espalda recta y piernas en posición de dar un paso (con una pierna suya entre las piernas del paciente y la otra hacia atrás flexionando las rodillas). En el caso de pacientes que colaboren poco, el celador rodea la espalda del paciente con sus brazos a la altura de la cintura y al mismo tiempo el paciente apoya sus brazos sobre los hombros del celador. Finalmente y manteniendo la postura, inclina el tronco del paciente hacia delante y después lo levanta hacia arriba hasta dejarlo colocado en bipedestación. Para pacientes que colaboren más, también se pueden colocar las presas agarrándose el celador y el paciente antebrazo con antebrazo.

En su función de labores auxiliares de traslado de utensilios y documentación y de trasporte de cargas:
- Empujar siempre los pesos y nunca tirar de ellos.
- Acercar los pesos al cuerpo y aproximar así los centros de gravedad.
- Dividir los pesos siempre que sea posible.
- Flexionar piernas y nunca doblar espalda.

Para completar la prevención de lesiones, el celador puede realizar una serie de estiramientos antes de comenzar la jornada laboral y terminar la misma repitiendo la rutina.

Siguiendo las distintas pautas de ergonomía en el trabajo y movilización ergonómica de pacientes, conseguiremos un ahorro energético del celador en sus funciones, una prevención de lesiones y una seguridad tanto para el celador como para los pacientes trasladados o movilizados.

5 Discusión-Conclusión

Con una buena formación de los celadores en esta área y la aplicación de los métodos de ergonomía en el trabajo del celador se conseguirá una mejora en las

condiciones de trabajo del celador y, además, en el desempeño y calidad de su trabajo.

6 Bibliografía

• Alvarez-Casado, E.; Hernandez, A.; Rayo, V. El riesgo asociado a la movilización de pacientes. "Gestión Práctica de Riesgos Laborales", Gener 2010
• MANUAL PRÁCTICO PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO ERGONÓMICO Y PSICOSOCIAL EN EL SECTOR SANITARIO Y SOCIOSANITARIO. Ferreras Remesal, A.; Begoña Baiget Orts, Conchin Monzonís Rallo y otros. Invassat Ergosanitario, 2015
• Dotte, Paul. (1992): Métodos de movilización de enfermos e incapacitados. Barcelona: editorial Doyma.
• Técnicas para mover al paciente con la máxima eficacia y sin autolesionarse; Ma. Victoria Sanfeliu Cortés*; Revista ROL de Enfermería nº 77

Capítulo 1012

PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES: LAVADO DE MANOS EN EL CELADOR

FRANCISCO PÉREZ TORAÑO

JOSE LUIS LÓPEZ GÓMEZ

1 Introducción

Durante el desempeño de su trabajo, el celador está en contacto con multitud de riesgos biológicos, entre otros, con los cuales ha de saber convivir y prevenir riesgos, transmisiones ó contaminaciones.

Está demostrado que un buen lavado de manos es la técnica más eficaz pero no siempre se conoce la técnica o el momento de usarla por parte del personal celador.

2 Objetivos

- Prevenir la transmisión de enfermedades durante el transcurso del desempeño de labores del celador en sus distintos papeles y funciones.
- Reducir la flora bacteriana de las manos y antebrazos para que queden limpios. La esterilización completa sólo se consigue con la bata y los guantes.

3 Metodología

El lavado se realiza con agua corriente, jabones antisépticos, un set de lavado con limpiauñas, cepillo con púas y esponja.

CUÁNDO:
1. Antes de tocar al paciente
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes)
4. Después de tocar al paciente
5. Después del contacto con el entorno del paciente

CÓMO:
A. LAVADO PRELIMINAR

1. Abrir set de lavado sin retirar funda
2. Impregnar cepillo de jabón
3. Mojar y enjabonar manos y antebrazo
4. Aplicar jabón en una mano y enjabonar de mano a codo mediante movimientos circulares descendentes
5. Limpiamos con la púa el lecho ungueal de los dedos de una mano y luego de la otra
6. Limpiar uñas y yemas de los dedos con el cepillo con púas
7. Enjabonamos de manos a codo con la parte de la esponja del cepillo mediante movimientos circulares descendentes. Limpiamos: i. Palmas y dorso de las manos ii. Dedos y espacios interdigitales. Primero una mano y después la otra. iii. Muñeca y antebrazo hasta después del codo sin retroceder en el proceso del cepillado. Primero una extremidad y después la otra. iv. Aclarado con las manos en alto. El agua debe caer desde la punta de los dedos, por las palmas, muñeca y antebrazo hasta el codo.

B. LAVADO PRINCIPAL

1. Mójese las manos con agua
2. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos
3. Frotar las palmas de las manos una contra otra
4. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos, y viceversa

5. Frotar las palmas de las manos entre sí, entrelazando los dedos
6. Frotar con la palma de la mano izquierda el pulgar de la mano derecha con un movimiento de rotación, y viceversa
7. Enjuagar las manos con agua
8. Secarse con una toalla desechable
9. Usar la toalla desechable para cerrar el grifo

CUIDADOS ADICIONALES DE LAS MANOS: llevar siempre las uñas bien cortadas y sin esmaltes, no llevar anillos ni pulseras, relojes o joyas.

4 Resultados

Conseguimos así una buena y eficaz prevención de transmisión de virus y bacterias y evitar así transmisión de enfermedades y contaminaciones.

5 Discusión-Conclusión

Mediante una buena formación al personal celador sobre cómo realizar un correcto y eficaz lavado de manos, se evitarán muchos contagios, contaminaciones y transmisión de enfermedades entre enfermos y al propio personal celador.

6 Bibliografía

- GUIA: LAVADO DE MANOS CLÍNICO Y QUIRÚRGICO; Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas; Dr. Juan Alberto Días Plasencia, Dr. Pedro Hernández Morón y otros. Septiembre 2012.
- Efectividad del lavado quirúrgico de manos en salas de cirugía del Hospital San Ignacio; Ana Isabel Bernal, 1989.
- Guía Para la Prevención Y El Control de Las Infecciones en Servicios de Salud, Dirigida a Estudiantes de Las Carreras de Ciencias de la Salud; Organización Panamericana de la Salud OPS; 1988.

Capítulo 1013

ACOSO LABORAL O MOBBING EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.

ANA MENDEZ MORALES

ELISA PEREIRA RAMOS

1 Introducción

El acoso laboral es un daño que puede sufrir cualquier persona, sea como sea. Si bien es cierto, que existen una serie de puestos de trabajo que tienden a ser más propensos a este tipo de acoso, en cualquier ámbito se puede padecer.

El mobbing o acoso laboral son comportamientos que tienden a minar la moral de la persona acosada, haciéndole perder su autoestima y sometiéndola a un procedimiento de aislamiento que degrada la consideración personal y social de la misma.

La persona que es víctima del mobbing no solo sufre en el interior de su psiquis dañada por el ataque acosador, sino que, también, desmerece en la consideración que los demás, el grupo social o laboral, tienen de ella.
Los empleos por oposición tienen un mayor número de incidencia en relación con el acoso laboral ya que mantienen unas características relevantes y que afectan a la persona acosada.

El acoso laboral se produce en las Administraciones Públicas con mucha frecuencia, de tal modo que afecta a una gran cantidad de trabajadores. Este hostigamiento no se produce de forma abrupta sino que el proceso es paulatino y genera una destrucción psicológica poco a poco.

Los empleos públicos tienen una característica común y es la permanencia indefinida dentro de la Administración Pública. Por este motivo, el acoso sufrido tiende a ser más fuerte y prolongado en el tiempo.

Desde 1888 hasta nuestros días hemos experimentado grandes cambios en las Administraciones Públicas con la introducción de las TICS, pero en las relaciones personales laborales estamos igual que en el siglo XIX y por encima de todos los avances tecnológicos está la dignidad de la persona. Las Administraciones Públicas pueden ser sancionadas por su pasividad ante un acoso laboral y están obligadas a proteger la salud de sus empleados.

Con la reforma del Código Penal (LO 5/2010) el mobbing es un delito, por ello mismo se considera delito la realización reiterada de "actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, supongan grave acoso a la víctima. La pena puede llegar hasta los dos años de prisión.

El delito de acoso esta contemplado en la Ley 31/1995 de PRL y en todos los Ordenes Jurisdicionales españoles.
También la nueva Ley 36/20011 reguladora de la Jurisdicción Social que entró en vigor el 11 de diciembre de 20011, aborda diversos aspectos del Ordenamiento Jurídico Social.

A parte de la vía judicial que tienen las víctimas del acoso laboral, las Administraciones Públicas deben desarrollar estrategias y técnicas preventivas adecuadas a las características de estos riegos emergentes y posibilitar la detección precoz de estos tipos de riesgos y proponer una estrategia de intervención que mejore las condiciones de trabajo desde la concepción integral de la salud definida por la Ley de Prevención de Riesgos laborales. Deben implicarse:
- los servicios de prevención de riesgos laborales y los representantes de los trabajadores:
- los primeros en la elaboración de un plan de prevención de acoso en el que se haga una definición muy clara, indicándose las conductas no tolerables y especificar el procedimiento de denuncia, garantizando la privacidad de la misma
- los segundos introduciendo en la negociación de los convenios colectivos un listado de conductas encuadradas dentro del concepto y caracterización del acoso moral, que posibilite la detección precoz de posibles casos y la intervención sindical al respecto, incluyéndose sanción disciplinaria a aplicar en el caso de este tipo de prácticas.
- También, deberíamos añadir un plan de formación e información a todos los trabajadores sobre los riesgos psicosociales, proporcionar a los líderes programas

formativos, articular mecanismos de presentación, acogida e integración de las personas recién incorporadas a la empresa, etc.

2 Objetivos

- Generar salud y bienestar, ha de ser un elemento más de nuestro desarrollo personal, la seguridad y la salud no son elementos accesorios de las condiciones de trabajo, estos dos conceptos han de ser sus características esenciales.

3 Metodología

Hemos utilizado artículos en diferentes páginas web utilizando tips como ”acoso”, ”mobbing” o ”Administraciones Públicas además de nuestra propia experiencia trabajando como auxiliares administrativos eventuales y la de otros compañeros en la Administración Pública.

4 Resultados

Cuando un funcionario accede a su plaza, tras demostrar su inteligencia a lo largo de las extenuantes pruebas del proceso selectivo, más bien aterriza en un planeta extraño al que debe adaptarse, llamado Planeta Administración.
Este funcionario recién llegado a la Administración no sabe qué es el mobbing laboral y por supuesto no sabe identificarlo, pero incluso los más veteranos tampoco saben identificarlo.

Entre las modalidades utilizadas del acosador laboral, podemos citar las siguientes:
- Quitarle tareas de responsabilidad clave, ofreciéndole a cambio tareas rutinarias, sin interés e incluso ningún trabajo que realizar hasta que se aburra o se vaya.
-El superior limita sus posibilidades de comunicación cambiándole de ubicación y separándole de sus compañeros.
- Asignarle objetivos o proyectos con plazos que se saben inalcanzables o imposibles de cumplir y tareas que son manifiestamente inacabables en el tiempo o de contenido imposible por ser ilegal.
- Humillar a la víctima en presencia de otras personas.
- Sobrecargar selectivamente a la víctima con mucho trabajo.
- Descalificación de su trabajo.
- No tle asigna tareas.

- Amenazar de manera continuada a la víctima o coaccionarla(por ejemplo, amenazarla con abrirle un expediente disciplinario).

Las estrategias y las modalidades utilizadas para someter a la víctima a acoso laboral o mobbing son muy variadas, y la mayor parte de las veces se combinan unas con otras.

Los grupos que pudieran llamarse de riesgo por su propensión a ser sujetos acosados son mujeres, discapacitados y personas aparentemente débiles o especialmente eficientes.

El mobbing puede ser horizontal o vertical o incluso mixto:
- El mobbing horizontal: es el producido entre personas del mismo estatus dentro de la empresa, es decir entre compañeros. Su repercusión sobre el individuo acosado puede incluso superar al vertical. Nos hallamos ante el supuesto, nada extraño, de que sean los propios compañeros los que aíslen o produzcan el vacío al trabajador. Los motivos pueden ser multiples y variados, normalmente tendente a marginarlo para que abandone la empresa o no sea obstáculo en los intereses profesionales del resto.
- El mobbing vertical: Es el producido de arriba abajo entre el superior y el inferior dentro de la estructura de la empresa, en el que una persona se aprovecha de su mejor puesto en la jerarquía laboral para humillar a un trabajador para que abandone la empresa o recluirse en sí mismo, preso de su aislamiento con las graves consecuencias que ello conlleva como baja por enfermedad, afectación a la autoestima etc.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing laboral posee un sustrato ético esencial que se refiere a la falta de respeto y de consideración a la dignidad del trabajador.

Las consecuencias que producen en el afectado es una situación de aislamiento, ansiedad y alteraciones psicosomáticas con el fin primordial, aunque no exclusivo, de que termine abandonando el trabajo, produciendo un daño progresivo y continuo a su dignidad y frecuentemente a su salud.

La víctima confusa, se interroga una y otra vez acerca del porqué de sus problemas con el acosador.

Cualquier funcionario que se salga de las directrices que se acometen en esos

puestos laborales, tiene sentenciada su estancia en esa administración pública. Suelen ocurrir dos supuestos:
1. El funcionario abandona su plaza en la administración pública. De esta forma, lo único que se consigue es reforzar la actitud de los hostigadores, que piensan en el acoso como herramienta para conseguir sus propios beneficios.

2. El funcionario decide abandonar la 'guerra' y mantener una actitud servicial hacia los hostigadores, con el fin de que cese el acoso. Una vez más, el hostigamiento ejercido se reforzará, y el acosador lo contempla como un elemento disuasorio de actitudes reivindicativas y para conseguir la sumisión de cualquier funcionario.

Para concluir, debemos afirmar que cualquier puesto de trabajo puede ser una diana para sufrir acoso laboral. Si bien, en la Administración Pública y a través de los procedimientos disciplinarios falsos, se llega a destrozar física y psicológicamente a la víctima de este tipo de conductas acosadoras.

El mobbing laboral por desgracia existe en las Administraciones Públicas, el cual debe ser detectado precozmente y erradicado, porque lo más importante en una Administración es la salud de las personas y de la misma manera que ha de ser una Administración innovadora, ha de ser también una Administración saludable y respetuosa con las personas, el elemento humano es lo más importante.

6 Bibliografía

- https://jupsin.com/en-sus-manos/acoso-laboral-administracion-publica.
- https://www.administracionpublica.com/el-mobbing-laboral-en-las-administraciones-publicas.
- https://prevencionar.com/2019/08/05/el-acoso-laboral-en-las-administraciones-publicas-actualmente-es-una-realidad-emergente.

Capítulo 1014

CONCILIACION FAMILIAR, CORRESPONSABILIDAD Y EQUILIBRIO

ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

ALEJANDRA CASTRO TORRICO

NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ

MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La conciliación personal, familiar y laboral se puede definir como "La participación equilibrada entre mujeres y hombre en la vida familiar y en el mercado de trabajo, conseguida a través de la reestructuración y reorganización de los sistemas; laboral , educativo y de recursos sociales, con el fin de introducir la igualdad de oportunidades en el empleo, variar los roles y estereotipos tradicionales , y cubrir las necesidades de atención y cuidado a personas dependientes".

El concepto ha sido analizado por diversas disciplinas, atribuyéndole múltiples significados.

- Perspectiva sociológica, proceso de cambio en una rígida estructura social inicial, fundamentada en valores tradicionales y los roles de género.
- Perspectiva económica, el proceso de conciliación se concibe como una externalización de los costes asociados a las tareas familiares, buscando un modelo de

corresponsabilidad entre los distintos agentes económicos (familias, mercado y Estado). Para ello, se hace necesaria la correcta valoración de los "costes invisibles" del trabajo doméstico.

Desde una perspectiva más operativa y cercana a la realidad de las personas, la conciliación tiende a recaer en el ámbito de las libertades individuales, como un derecho a decidir sobre el uso del propio tiempo, dentro de los límites que las obligaciones laborales y el ámbito familiar imponen.

El adecuado equilibrio entre los distintos ámbitos de la vida privada y profesional pasa por una mayor implicación y corresponsabilidad de todos los agentes sociales involucrados, incluyendo, además de las familias y sus miembros, al sector privado y las Administraciones Públicas.

2 Objetivos

- Sensibilizar y formar a la sociedad con respecto al problema de la conciliación de la vida personal y familiar y la ausencia de un modelo de responsabilidades compartidas, no únicamente dentro de la organización familiar, sino entre distintos agentes socioeconómicos.
- Articular medidas que realmente conciliarían la vida familiar y laboral.
- Hacer visible que la conciliación no es un privilegio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Lograr el equilibrio y la armonización de las tres esferas de vida: personal, familiar y profesional, pasa, necesariamente, por asumir la corresponsabilidad como filosofía y norma de vida en sus diferentes dimensiones;

- Corresponsabilidad individual, entre mujeres y hombres, para romper roles de género tradicionales y la estructura sexual de los usos del tiempo.
- Corresponsabilidad social, entre los distintos agentes sociales e institucionales, es decir, Estado, instituciones, empresas, sindicatos, organizaciones no gubernamentales, etc., al objeto de ampliar los grados de libertad, para que hombres y mujeres puedan elegir distintas formas de combinación entre vida personal, familiar y profesional y lograr el equilibrio.
- Corresponsabilidad familiar, entre los distintos miembros de la familia, a través de un pacto intergeneracional que respalde el sostenimiento económico y afectivo del hogar.

Conciliación en el centro de trabajo:
- Reducir la temporalidad laboral, mejorando la planificación y gestión de los RRHH dentro del ámbito sanitario.
- Flexibilidad de las horas de entrada y salida del lugar de trabajo.
- Banco de horas; acumular horas extra en una cuenta por periodo de tiempo determinado (anual, trimestral, mensual).
- Trabajo compartido; dos personas comparten un mismo empleo.
- Excedencias laborales más flexibles.
- Días libres en situaciones familiares excepcionales ó para asuntos propios.
- Semana laboral comprimida.
- Vacaciones adaptadas a los horarios escolares para padres y madres.
- Provisión de servicios e infraestructuras que permitan la realización de tareas o la satisfacción de necesidades de la esfera personal en el propio centro de trabajo y, así, evitar desplazamientos innecesarios.
- Políticas de transporte y movilidad, disminución de los tiempos de desplazamiento a través del desarrollo de infraestructuras, sistemas de transporte público eficientes y planes de movilidad.

Facilidades para el acceso de la ciudadanía a servicios e infraestructuras:
- Servicios de apoyo a la conciliación: atenuar las responsabilidades familiares y tareas domésticas (guarderías, colegios con servicios de conciliación, servicios de ocio y tiempo libre de menores, etc.).
- Otros servicios: fomento del ocio y tiempo libre (instalaciones deportivas, actividades culturales).

Desarrollo del sistema de protección social:
- Mejorando las prestaciones económicas que se conceden a personas o familias

(prestaciones por maternidad y paternidad, riesgo durante el embarazo, deducción por nacimiento, etc.).
- Reducir los tiempos burocráticos. Unificando y haciendo más accesibles y transparentes sus políticas de conciliación. También, simplificando aquellos trámites y gestiones administrativas que más tiempo consumen a la ciudadanía.

Ordenación y coordinación de los servicios privados que, en muchos casos, se constituyen como el brazo ejecutor de los servicios públicos a través de contrataciones y concesiones, por lo que es muy importante establecer criterios de calidad que formen parte de las calificaciones para la contratación.

Las ventajas de aplicar unas buenas políticas de conciliación laboral y familiar son muchas y variadas, tanto para los trabajadores y trabajadoras que se acojan a las medidas ya vistas y previstas por la legislación española y a otras medidas extra que puedan ofrecerles en su trabajo como para la sociedad.

Ventajas de conciliación familiar y laboral para familiares:
• Más tiempo compartido, más tiempo en familia, más satisfacción, menos estrés.
• Trabajo presencial en el hogar, desarrollo del rol familiar.
• Mayor posibilidad de tener más hijos gracias a la conciliación de la vida familiar y laboral.
• Se reducen las rupturas matrimoniales como divorcios y separaciones.
• Mejor educación paterna y materna, los hijos e hijas aprenden de los padres.
• Los niños crecen viendo el trabajo como algo positivo y edificante.

Ventajas de conciliación familiar y laboral para la sociedad:
• Sociedad mejor preparada y estructurada para afrontar nuevos retos, una sociedad más igualitaria y comprometida.
• Sociedad cívica y solidaria, mayor respeto y comprensión de los diversos roles en el trabajo.
• Mayor natalidad.

Ventajas de conciliación familiar y laboral para el gobierno:
• Mayor motivación de la gente trabajadora.
• Mayor empleabilidad nacional, reducción de los gastos de desempleo.
• Reducción del gasto sanitario (depresión, ansiedad, estrés).
• Menos siniestralidad laboral.
• Menores costes judiciales.

5 Discusión-Conclusión

En un ámbito donde los cuidados se dispensan las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días al año, situación que requiere horarios que conllevan una penosidad extra, como los nocturnos, a turnos o largas jornadas de guardias en días festivos, que dificultan especialmente la conciliación del personal.

La conciliación es una estrategia clave para mejorar la productividad y calidad de los servicios.

Una buena estrategia en dicha materia conlleva los siguientes beneficios con respecto a la gestión de los recursos humanos:
• Se mejora el clima laboral y la retención del talento, creándose un buen ambiente de trabajo, lo que incide en una relación más fluida de comunicación entre la dirección y el personal trabajador y se refuerza la motivación en el trabajo.
• Una mayor eficacia, mejorando el rendimiento y la productividad, además de la calidad del servicio prestado.
• Se reduce el absentismo laboral y se refuerza la salud laboral de la plantilla, reduce el estrés y las enfermedades laborales y posibilita la promoción laboral.
• Fomenta la consolidación de un nuevo modelo de convivencia doméstica en el que hay un reparto de las responsabilidades familiares.
• Se incrementa la fidelidad de las plantillas, en tanto que el personal se halla satisfecho con la gestión de los recursos humanos.
• Mejora el mantenimiento del sistema social de bienestar.
• Refuerza la imagen positiva hacia el exterior.
• Espacio para el tiempo y el desarrollo pleno personal para la participación social y/o política, tanto para hombres como para mujeres.
• Potencia la consecución de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, puesto que contribuye a romper las barreras que han impedido a las mujeres y a los hombres compaginar y desarrollar su vida familiar y laboral en igualdad de condiciones.

6 Bibliografía

- Consalud.es
- malasmadres.com
- UNICEF
- Redacción medica
- Prevención integral

- artículos digitales como Cataluña plural
- http://www.ib.ccoo.es/comunes/recursos/12/doc22183_Conciliacion_de_la_vida_laboral,_familiar_y_personal._.pdf

Capítulo 1015

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL ÁMBITO LABORAL Y SU PREVENCIÓN

ALBERTO ANTONIO LABRADA SUÁREZ

1 Introducción

Uno de los factores que más incidencia tienen sobre los trabajadores en el desempeño y desarrollo de su labor son los trastornos músculo-esqueléticos causados, principalmente, por la adopción de posturas inadecuadas y forzadas, muchas veces durante prolongados espacios de tiempo, un incorrecto diseño del puesto o lugar de trabajo, o en las actividades de traslado y manejo de cargas y/o enfermos.

Estas acciones constituyen una de las principales causas de accidente en los centros sanitarios por la constante aparición de lesiones lumbares, así como otros trastornos derivados como pueden ser micro-traumatismos en codos, muñecas y/o dedos, además de fatiga visual, y agotamiento físico y mental, cuyo efecto a corto, medio y largo plazo son causa de una parte importante del absentismo laboral.

2 Objetivos

Fomentar el conocimiento de los riesgos que conlleva la adopción de una postura corporal incorrecta, inadecuada o prolongada y de las pautas y pequeños ejercicios físicos a seguir para evitar lesiones músculo-esqueléticas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Charla informativa donde se dan a conocer al trabajador las nociones básicas para ser capaz de analizar su entorno laboral, de forma que puede constatar que situaciones son proclives a generar alguno de los aspectos que generan actuales o futuros conflictos con su cuerpo, ya que estas molestias y problemas no suelen presentarse de forma inmediata, si no que suelen tardar un tiempo en declararse, motivo por el cual no suele dárseles la importancia debida hasta que llega el momento en que esas molestias son duraderas o ya producen una lesión, ya que parecen de carácter inofensivo y se suele ignorar hasta que se producen de forma crónica y el daño ya es permanente.

Por otro lado se ayuda al reconocimiento de aquellas posturas que provocan situación de estrés físico que actúan sobre la musculatura, los tendones, los ligamentos y los huesos.
Recomendaciones sobre actuaciones periódicas sobre la necesidad de descansos intermitentes.:
- Se relacionan distintos aspectos relacionados con la colocación de instrumental y diversas herramientas de uso cotidiano.
- Se evalúan las formas en que se deben levantar pesos desde el suelo o a la hora de levantarlos en altura y el reparto corporal que debe conllevar.
- Se plantea la importancia de la utilización de carros de transporte y la forma correcta de ejercer la fuerza de empuje sobre él.
- Exposición de paneles con los diversos ejercicios y estiramientos físicos para ayudar a corregir hábitos de trabajo.

Lo más importante es ayudar a reconocer que en un primer momento este tipo de dolencias se manifiestan con dolor y cansancio durante las horas de trabajo, desapareciendo al término de la jornada laboral; que puede durar varias semanas y meses y aparentemente no se produce una disminución del rendimiento en el

puesto de trabajo, siendo fácilmente en esta etapa el recuperarse de los cambios negativos que suponen dichas dolencias.

Más adelante estos síntomas dejan de ser exclusivas de la jornada de trabajo para instaurarse en la vida diaria, disminuyendo por una parte la capacidad laboral y llegando incluso a cambios en el sueño debido al dolor instaurado de forma permanente, momento este en que ya es necesario un tratamiento médico.

En este tipo de casos la respuesta por parte del personal es muy importante ya que se incide sobre un aspecto fundamental: recuperar la condición física que limita su vida diaria, no solo en el medioambiente laboral y profesional, sino también, y esta parte es de vital importancia, en su faceta personal y vida privada.

El trabajador toma mayor conciencia de como las posturas corporales adoptadas en su actividad laboral afectan a su salud, tanto a su integridad física como mental. La suma de estiramientos y pequeños ejercicios, junto a la realización de pausas, ambos frecuentes y de corta duración, se traduce en una sinergia que afecta muy positivamente a la faceta psico-social del trabajador, pues al sentirse bien físicamente, su actitud con compañeros y eventuales usuarios se torna más relajada y cercana, al sentirse bien, incidiendo en su humor y en una mejor comunicación interpersonal.

Se disminuyen de forma eficiente los movimientos repetitivos.

Los mejores resultados se obtienen cuando la dirección se involucra de forma activa colaborando con los trabajadores para promover cambios, y la mejora de la organización del trabajo, introduciendo mejoras ergonómicas y que tienen lugar en los propios puestos de trabajo.

Se consigue una disminución de la fatiga física y mental, muchas veces crónica, y se potencia una mejora de la salud en general que trasciende más allá de los problemas concretos que se evitan, una reducción importante de la ingesta de medicamentos para controlar el dolor y por tanto, un ahorro económico que hay que valorar de forma apropiada, un mejor y mayor rendimiento y una menor abstención laboral, ya que este tipo de problemas músculo-esqueléticos es uno de los que mayor número de bajas provocan entre los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

La colaboración entre los diversos sectores implicados en el desarrollo de la actividad, dirección, sindicatos y trabajadores facilitan la adopción de medidas para el correcto conocimiento de las soluciones que están a mano para evitar males mayores, que en algunos casos llegan a la incapacitación.

Se hace de necesaria importancia el llevar este tipo de planteamientos al puesto de trabajo específico de cada trabajador para evaluar las situaciones estresantes o traumáticas que tiene en el desempeño de dicha labor. Este tipo de diferenciación in situ es una de las mejores armas para solventar este tipo de lesiones ya que cada trabajo lleva aparejadas un conjunto de posturas corporales diferentes.

Uno de los resultados asociados a este tipo de prevención es que, una vez que el trabajador es consciente de como las malas posturas condicionan su día a día, se convierte en un vector de comunicación inestimable, ayudando con sus consejos a que otros compañeros sean conscientes de sus recomendaciones, ya que se convierten en un ejemplo cercano de como los pequeños gestos son realmente efectivos.

6 Bibliografía

- Manual de seguridad y Salud en el Sector Hospitalario. (1)
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, Trastornos musculo esqueléticos. (2)
- Cuestionario Riegos Músculares esqueléticos, PRL Neuropatia. (3)
- FREMAP. UCM. [Online].; 2014. Acceso 1 de FEBRERO de 2020. Disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2014-11-19-MANUAL%20DE%20SEGURIDAD%20Y%20SALUD%20EN%20EL%20SECTOR%20HOSPITALARIO.pdf.
- SALUD AEPLSYL. OSHA.EUROPA. [Online].; 2000. Acceso 1 de FEBRERO de 2020. Disponible en: https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/3
.
- NEUROPATÍA P. PRL NEUROPATÍA. [Online].; 2016. Acceso 1 de Febrero de 2020. Disponible en: http://www.prlnaturopatia.com/portfolio/cuestionario-riesgos-musculo-esqueleticos/

Capítulo 1016

AGRESIONES AL PERSONAL NO SANITARIO EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

SUSANA SUAREZ GARCIA

1 Introducción

Entendemos por agresión a cualquier acción violenta que realiza una persona con la intención de causar un daño a otra, y toda acción que es contraria a los derechos de una persona.

Se define la violencia laboral, como toda acción mediante la cual un trabajador es humillado, lesionado o amenazado en el ejercicio de su actividad profesional.

Se considera que las profesiones relacionadas con el sector de la sanidad, tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones por parte de los usuarios, ya que hay un contacto directo entre paciente y personal administrativo que atiende al paciente ante su llegada a un centro de atención primaria, ya sea a pedir una cita médica, o a realizar cualquier otro tipo de gestión, como renovar una receta electrónica, sellar una receta, etc., por el estrecho contacto que mantienen usuarios del centro de salud y personal administrativo.

El paciente sabe en la sanidad pública que el profesional es alguien que paga con sus impuestos y tiene que atenderle y quiere que se le atienda con calidad pero también con diligencia, nuestra sociedad se tolera cada vez menos el error y determinados sectores de la población se sigue recurriendo a la violencia como forma de exigir los derechos o afrontar la frustración y los problemas, que son el caldo de cultivo para que se produzcan agresiones.

Cualquier tipo de agresión tiene como objetivo una intención de causar daño, provocar un daño real, y alterar el estado emocional de la persona que recibe la agresión. El receptor de la agresión, debe de saber identificar este tipo de pacientes y actuar adecuadamente sin caer en las provocaciones.

2 Objetivos

Analizar los diferentes tipos de pacientes que pueden suponer una agresión para el personal de atención primaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes que pueden ser potencialmente agresores se caracterizan porque presentan una actitud y tono amenazante, un paciente que apunta con el dedo, aprieta los puños y mira fijamente con mirada amenazante. También puede ser problemática un paciente que llegue gritando frases irónicas del tipo "ya veo que aquí no trabaja nadie" y similares. Es importante saber reconocer a pacientes con trastornos psiquiátricos, alterados por problemas de salud mental o por adicciones a drogas.

Pacientes que continuamente hacen visitas al centro de salud y que consideran que la atención que presta el sistema público de salud es insuficiente, y lento, ya que sus expectativas no han sido cumplidas, ya sea por que el médico no les ha concedido una baja laboral, o porque la lista de espera para realizar una prueba determinada es muy larga, y consideran que no pueden esperar.

Usuarios con actitudes delictivas y pacientes que presionan o agreden para obtener de forma ilícita lo deseado, ciudadanos poco receptivos a las explicaciones y/o simuladores, con actitudes que persiguen un beneficio personal fraud-

ulento a través de la asistencia sanitaria (recetas, bajas laborales, remisión a un especialista, solicitud de un análisis o prueba de diagnostico, certificados o informes médicos de interés personal, etc.).

5 Discusión-Conclusión

La necesidad de establecer un dialogo entre paciente-personal administrativo-sanitario hace que la identificación de un agresor sea difícil así como la de actuar de una manera rápida. La experiencia del personal administrativo, las protecciones con mamparas de seguridad del lugar de trabajo, mostradores amplios, dispositivos de alarma interna camuflados, teléfonos de emergencia con conexión directa con el servicio de seguridad en las mesas de trabajo, videocámaras con grabación de espacios comunes, y finalmente el mantenimiento de una distancia de seguridad con un paciente hace que sea mucho más difícil que se puedan materializar las agresiones.

Nunca se ha de dar al paciente falsas expectativas que no se vayan a cumplir, ni quitar importancia al hecho que ha provocado su enfado o rechazo. Sólo hacerle entender que el motivo de su enfado, es algo cuya solución no está al alcance de un auxiliar administrativo, como por ejemplo hacer un cambio de medicamento de una receta, o adelantar una cita de un especialista.

La formación en habilidades de comunicación debería ser parte de la formación continua del personal administrativo.
Sin embargo una vez que se ha sufrido una agresión, ya sea verbal o física, se debe de notificar a la dirección del centro de atención primaria, y al servicio de prevención de riesgos laborales de la empresa, ya que se tiene que llevar un registro de los hechos, y estudiar cada agresión de manera individual.

En caso de que la agresión haya sido física, es imprescindible acudir al médico de urgencias, para que realice un parte de lesiones. El siguiente paso, es denunciar los hechos. La justicia está cada vez mas sensibilizada y una agresión a un trabajador en su centro de trabajo, por parte de un usuario, se puede considerar agresión a un funcionario público ejerciendo un servicio.

6 Bibliografía

- PLAN DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios. Servicios de Salud del Principado de Asturias.

- Agresiones a trabajadores sanitarios: estrategia de actuación. CARLOS A. ARENAS, ESPECIALISTA MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1017

CONTENCIÓN MECÁNICA POR EL CELADOR.

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA

1 Introducción

La agitación de un paciente se determina como una fase de inquietud y tensión mental que requiere una actuación rápida, y un manejo correcto para disminuir la ansiedad del paciente y reducir el riesgo de agresión y violencia. Esto encarna un grave problema para el mismo paciente, familiares, personal. Se trata de una urgencia hospitalaria habitual con consecuencias graves y que muestra algunas dificultades ya que por lo general estos pacientes son poco colaboradores por el estado en que se encuentran.

2 Objetivos

Definir y dar a conocer el funcionamiento de este protocolo mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del celador ante un paciente agitado tiene una gran importancia. El celador debe vigilar la seguridad del paciente a la vez que de su entorno. Las medidas a tener en cuenta para garantizar dicha seguridad comienzan desde una contención verbal tratando de tranquilizar al paciente, hasta contención mecánica usando dispositivos de sujeción mecánica utilizados para limitar la movilidad física. De todas formas, se usarán casi siempre las medidas menos forzosas y traumáticas para el paciente.

En caso de que se tome la decisión de contención mecánica, esta deberá realizarse por lo menos con cuatro personas. Hay varios tipos de contenciones que enumeramos a continuación:

- Contención verbal: El papel del celador en la contención verbal será la de mostrar en todo momento un talante tranquilizador a la vez que firme y contundente, procurando mantener la calma y controlando siempre la situación, Se debe mantener una conversación tranquila con el paciente agitado, hablar sin elevar la voz y transmitiendo calma, y mantener una escucha activa.
- Contención farmacológica: Este tipo de contención suele ser siempre lo siguiente a una contención a una contención mecánica, este tipo de contención deberá ser indicada por un facultativo.
- Contención física o mecánica: Esta es una medida excepcional como último recurso cuando las otras contenciones no han dado el resultado esperado, esta convendrá aplicarse en estado de agitación grave o riesgo. Esta contención consiste en asegurar la inmovilidad de las articulaciones (hombros, codos y rodillas) disminuyendo además el riesgo de fracturas. Para realizar este tipo de contención serán necesarias no menos de cuatro personas. En todas estas contenciones que hemos enumerado, el celador tiene como principal labor ayudar. Siempre estará acompañado de personal sanitario. Nunca solo.

5 Discusión-Conclusión

Tras este estudio llegamos a la conclusión de que se deberían establecer equipos especializados en agitación y proporcionarles preparación continua sobre la identificación de agitación, como proceder en estos casos, manejo del paciente, colocación de contenciones, etc., para adquirir los conocimientos necesarios, beneficiando así al paciente y a los profesionales del sistema de salud.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1018

LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.

VANESA IGLESIAS ALVAREZ

1 Introducción

La comunicación, tanto verbal como no verbal, es un factor relevante en la atención sanitaria. El contexto sanitario no siempre es proclive para que se produzcan interacciones satisfactorias para ambas partes: profesionales y pacientes. No obstante, el profesional debe ser capaz de llevar a cabo una comunicación eficaz. Ofrecer al paciente un trato desde la empatía debe ser un compromiso ético de la profesión sanitaria.

Por otra parte, también es importante que exista una buena comunicación entre los propios profesionales para que las relaciones humanas sean adecuadas y faciliten el desarrollo del trabajo a desempeñar.

Los usuarios o pacientes esperan que el profesional sepa dar respuesta a sus necesidades y valoran la calidad del servicio en función de la atención recibida.

2 Objetivos

- Definir la comunicación humana.
- Determinar los elementos de la comunicación.
- Indicar qué factores influyen en la comunicación.
- Formular cómo podría mejorarse la comunicación en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando hablamos de la comunicación, debemos resaltar que se trata de un proceso social básico en el cual se produce un intercambio de información entre un emisor y un receptor.
En cuanto a los elementos de la comunicación se deben indicar los siguientes:
Emisor: quién produce el mensaje y lo envía.
Receptor: quién recibe el mensaje y realiza la interpretación oportuna
Código: conjunto de signos y reglas compartidas por emisor y receptor. Su función principal es codificar y decodificar el mensaje.
Mensaje: se trata del enunciado que el emisor envía, con destino al receptor.
Canal: definido como el medio físico por el cual circula el mensaje.
Situación: Conjunto de circunstancias psicológicas, sociales y emocionales, que condicionan el mensaje.
Referente: Elemento, situación real.
Ruido: Interferencias que pueden producir el fracaso del proceso comunicativo.
En este proceso, es clave que se produzca la llamada comunicación eficaz, es decir, que tanto el emisor como el receptor compartan el mismo significado.
Existen diversos factores que influyen en la comunicación como son las expectativas, los sentimientos, las actitudes y los prejuicios, entre otros. Estos factores pueden dificultar o facilitar la comunicación humana.
Desde el punto de vista del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, es clave el uso de un lenguaje apropiado al usuario concreto, evitando palabras o conceptos difíciles de comprender ya que el objetivo último es que la otra persona entienda exactamente lo que se le está intentando decir.
Además, debemos permitir que el usuario pueda expresarse sin interrumpirle innecesariamente. Solo se deberá interrumpir cuando no se haya entendido un dato importante o cuando se pierda el hilo de la conversación. Es importante no cortar al usuario ni acabar las frases que esté utilizando. Al no interrumpir al

paciente continuamente, se estará ganando su respeto y confianza, claves a la hora de conseguir una comunicación eficaz. Debe recalcarse la importancia de una escucha activa, donde el profesional escucha para entender la necesidad del paciente y no solamente para responder.

Por otra parte, se debe propiciar que el usuario se sienta cómodo a la hora de expresar aquello que necesita trasmitir. Para conseguir ese objetivo es imprescindible la existencia de un clima de cordialidad, mostrando un respeto absoluto e incondicional hacia el paciente y su intimidad. Puede hacerse uso de preguntas para conocer datos relevantes o comprender mejor lo que el usuario nos está intentando comunicar. Una técnica de la que se pueden valer los profesionales es la paráfrasis, que consiste en repetir el mensaje recibido para verificar si se ha comprendido exactamente. La paráfrasis va a permitir al profesional comprobar si él mismo ha entendido con exactitud el mensaje y, a su vez, llevar a cabo una verificación sobre el paciente, para contrastar que éste ha captado los detalles con el objetivo de evitar que surjan obstáculos en la atención sanitaria. Esta verificación debe partir de una actitud abierta y de escucha activa para volver a explicar en términos más comprensibles la información, si fuera necesario.

No menos importante es la comunicación no verbal. Cuando el auxiliar administrativo está en una interacción con un usuario, debe mostrar interés por lo que está diciendo, mirándole a la cara, colocando el cuerpo frente a él, afirmando con la cabeza, entre otros. También es importante el uso de la sonrisa si la situación lo permite y el mantener una expresión facial distendida a la vez que se utiliza un tono de voz cordial que transmita calma. Respecto a la postura corporal, es clave que ésta sea abierta y no contemple el cruzarse de brazos, esconder las manos o la expresión de tensión corporal. Nunca se debe gesticular excesivamente, ni mostrarse inexpresivo. Todas estas acciones sirven para que el usuario se sienta comprendido y escuchado. Todo ello, deberá tener efectos positivos en la participación y colaboración del paciente. Además, el profesional debe estar atento a los mensajes no verbales que está recibiendo debido a que son una fuente de información para comprender mejor las necesidades y preocupaciones de la persona que está solicitando ayuda. Si analizamos los mensajes no verbales del paciente, se puede obtener información sobre sus expectativas y su motivación, entre otros. Hay que destacar que está información debe ser utilizada en conjunto con la obtenida por medio de la comunicación verbal.

También es importante evitar interferencias físicas como son las interrupciones, la existencia de ruido ambiental y los espacios físicos inapropiados. Será igualmente importante que el profesional deje a un lado las distracciones y preocupaciones respecto a su vida privada o profesional, así como las interferencias actitu-

dinales: prejuicio, estereotipos y juicios de valor. En caso de efectuarlos estamos propiciando que el usuario asuma una actitud defensiva y poco colaborativa, lo que dificultará enormemente el trabajo del auxiliar administrativo.
A nivel psicológico es clave contar con empatía, entendida ésta como la capacidad de ponerse en el lugar del otro para comprender sus sentimientos y necesidades. Ser empático se demostrará comprendiendo la posición ajena desde la del propio usuario. También deberá contarse con paciencia a la hora de la interacción, permitiendo que el usuario se exprese completamente y mostrando calma y cordialidad en todo momento.
Por otra parte, se debe demostrar una elevada motivación y satisfacción hacia el propio trabajo. La desmotivación puede ser captada por el usuario, teniendo efectos negativos en la credibilidad otorgada al profesional.
Mostrar una actitud de amabilidad, una capacidad de adaptación y de flexibilidad en el trato con el paciente también sería clave a la hora de interaccionar con el usuario.

5 Discusión-Conclusión

Es clave que el auxiliar administrativo tenga una cierta habilidad comunicativa para poder ofrecer un servicio de calidad en los centros sanitarios. Es importante que esté preparado y sepa responder adecuadamente también ante aquellos pacientes que sean más complicados ya sea por presentar alguna problemática o simplemente por carecer de habilidades sociales y no saber ser partícipes de interacciones normalizadas.
Importante es que cualquier profesional del ámbito sanitario reciba una formación permanente y actualizada en relación a temas tan importantes para la práctica diaria como lo es la comunicación.

6 Bibliografía

- Gil, F., León, J.M. y Jarana, L. (1995). Habilidades sociales y salud. Madrid: Pirámide
- Nouvilas, E. (2003). Atribución del cumplimiento terapéutico: Diferencias entre pacientes y profesionales de la salud. En J.F. Morales y C. Huici (Eds.), Estudios de psicología social. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pons, X. (2006) La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. "Enfermería Integral", Nº 73, pp. 27-34.

- Rodríguez, J. y Mira, J.J. (2002). Calidad y humanización de la atención sanitaria. Viure en Salut, 53, 12-13.

Capítulo 1019

USO DE UN LENGUAJE NO SEXISTA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL ÁMBITO SANITARIO

VANESA IGLESIAS ALVAREZ

1 Introducción

El artículo 14 de la Constitución indica que "los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social" y, además, en su artículo 9.2 manifiesta que "corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social".

Con la publicación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres se pretende combatir tanto la discriminación directa como indirecta sobre las mujeres, que se manifiesta a través de la violencia de género, la discriminación salarial, la discriminación en las pensiones de viudedad, el mayor desempleo femenino, la escasa presencia de las mujeres en puestos de responsabilidad política, social, cultural y económica o los problemas de conciliación entre la vida personal, laboral y familiar. Para ello, se hace especial hincapié en la prevención de las conductas discriminatorias y en la previsión de políticas activas.

A nivel internacional, cabe destacar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre del año 1979 y ratificada por España en 1983. Por otra parte, la Unión Europea también ha manifestado en diversas ocasiones la necesidad de seguir luchando porque esa igualdad sea efectiva.

2 Objetivos

- Hacer visible la existencia de discriminaciones ocultas en el uso de nuestro idioma.
- Facilitar pautas al personal auxiliar administrativo para evitar el uso de un lenguaje sexista en la atención al paciente.

3 Metodología

La connsulta para llevar a cabo la revisión bibliográfica se ha efectuado en diversas guías de Organismos como el Instituto de la Mujer y la Fundación ONCE. También se ha revisado la legislación correspondiente en materia de igualdad de género.
Las palabras clave utilizadas son: lenguaje sexista, igualdad de género, lenguaje inclusivo, igualdad de oportunidades.

4 Resultados

El SESPA, al ser un ente vinculado a la Administración, está en la obligación de cumplir la normativa vigente, adoptando medidas dirigidas a evitar cualquier tipo de desigualdad. El personal auxiliar administrativo debe tomar algunas precauciones a la hora de comunicarse tanto de forma oral como por escrito con los/as pacientes.

El sexismo se define como la discriminación hacia las personas de un sexo por considerarlas inferiores al otro. El sexismo abarca todos los ámbitos de la vida, siendo el lenguaje uno de ellos, pudiendo encontrarnos con el uso de un vocabulario o con un modo de estructurar las palabras de acuerdo a un patrón sexista. El problema que surge es que al hacer un uso sexista del lenguaje se transmiten y refuerzan las actitudes y comportamientos que mantienen la situación de subordinación de las mujeres.

Los/as profesionales que tienen un contacto directo con el paciente deben evitar:
- Expresarse única y exclusivamente en masculino con valor genérico.
- Sobrevalorar lo masculino, ignorando o minimizando la presencia de las mujeres.
- Evitar manifestar estereotipos de género.
- Evitar utilizar los tratamientos de cortesía que no resultan adecuados. Por ejemplo, el vocablo "señor" definiría a un hombre adulto, independientemente de su estado civil. Sin embargo, la palabra "señora" o "señorita" se centraría en el estado civil de las mujeres.
- Nunca realizar chistes ni refranes que enfaticen el sexismo.
- Evitar el uso del género femenino con el objetivo de descalificar.

Por el contrario, debe fomentarse:
- El uso de sustantivos genéricos y colectivos debido a que hacen referencia a ambos sexos.
- El uso de perífrasis y expresiones compuestas con el objetivo de reorientar el sentido sexista del genérico.
- La utilización del desdoblamiento, es decir, proceder al nombramiento de ambos sexos.
- La omisión de pronombres y determinantes masculinos cuando sea posible para favorecer un sentido neutro de las palabras.
- El uso de determinantes y pronombres sin género.
- El uso de conjugaciones impersonales.
- La utilización de recursos gráficos en el lenguaje escrito: barras, arrobas y guiones.
- El uso de las formas no personales del verbo.

Una vez enumeradas las pautas a seguir debemos precisar que para las cartas, correos electrónicos y circulares abiertas puede ser útil la utilización del desdoblamiento y las palabras neutras.

En el caso de los documentos cerrados como son las cartas, cuando se conoce el sexo de la persona en el proceso administrativo, debe utilizarse en las referencias del texto el género correspondiente: masculino para hombres y femenino para mujeres. Estos documentos deben ser redactados de manera personalizada según el sexo de la persona a la que se dirigen.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el lenguaje no es sexista en sí mismo, pero sí lo es su utilización. Para contribuir a la igualdad es imprescindible que se haga una utilización correcta.

Utilizar un lenguaje no excluyente tanto en los textos administrativos como en el uso oral del lenguaje, permite visibilizar a las mujeres, eliminando los estereotipos y prejuicios sexistas que se han venido desarrollando en nuestra sociedad. Debe partirse de la idea de que existe una compatibilidad entre el uso de las normas gramaticales y el uso no sexista de la lengua. Además, debe evitarse el uso innecesario o abusivo del masculino genérico debido a que produce ambigüedad y no visibiliza a las mujeres.

6 Bibliografía

- Fundación Once. Guía para un uso no sexista del lenguaje
- Guía de uso para un lenguaje igualitario. Universitat de Valencia, 2011.
- Guía para el uso no sexista del lenguaje. Instituto de la Mujer.
- Ley 3/2007 de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres

Capítulo 1020

LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

VANESA IGLESIAS ALVAREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como ”un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.
Inicialmente se le concedía mayor importancia a la seguridad, higiene y ergonomía dentro de la prevención de riesgos laborales. No obstante, cada vez más se ha venido otorgando un mayor peso a los riesgos psicosociales una vez que éstos tienen una gran influencia en el bienestar físico y mental del trabajador.

Los riesgos psicosociales se definen como aquellos factores de riesgo para la salud que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico (reacciones neuroendocrinas), emocional (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivo (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc) y conductual (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc) que pueden perjudicar nuestra salud, independientemente de la personalidad y que tienen su origen en la organización del trabajo.

La exposición nociva a los riesgos psicosociales se ha identificado como una de las causas más importantes del absentismo y de problemas de salud frecuentes como son las enfermedades cardiovasculares, depresiones y trastornos musculoesqueléticos, entre otros.

Dentro de los riesgos psicosociales que podemos observar en el Siglo XXI, nos encontramos con el estrés, el acoso laboral o mobbing, el acoso sexual,y el Síndrome de Burnout, entre otros.

Es importante que se dediquen recursos para poder combatir las situaciones que generan este tipo de riesgos en el ámbito laboral sanitario.

2 Objetivos

- Determinar los principales riesgos psicosociales del puesto de auxiliar administrativo.
- Determinar el papel del Delegado de Prevención en cuanto a los riesgos psicosociales.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar, haremos referencia al estrés. El estrés, según la OMS, se define como: "El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción". Dentro del estrés tenemos varios componentes:
1. Eustrés: su adecuada activación es necesaria para culminar con éxito una determinada prueba o situación.
2. Distrés: conlleva consecuencias perjudiciales por una excesiva activación psicofisiológica, es decir, cuando la situación desborda la capacidad de control del sujeto, apareciendo irritabilidad y ansiedad en el sujeto que lo padece.

A la hora de abordar el estrés nos encontramos con varias fases:
- Reacción de alarma: es la respuesta inmediata a una amenaza o reto laboral. En esta fase, se produce la movilización del sistema nervioso autónomo. Se ve

afectado el estado de ánimo, la regulación del sistema cardiovascular, la respiración, la tensión muscular y las actividades motrices. Los síntomas de esta fase pueden ser: palpitaciones, respiración rápida, jadeos, tensión muscular (dirigida a espalda, cuello y hombros), sequedad de la garganta, náuseas y ansiedad.
- Fase de resistencia: Se produce al mantenerse en el tiempo la reacción de alarma o éste se produce de manera reiterada. Los principales síntomas de esta fase son dolores de cabeza, sensación de fatiga, contracturas musculares, problemas de memoria, alteraciones del sueño e irritabilidad, entre otros.
- Fase de agotamiento: el organismo se debilita, pudiendo afectar al sistema inmune. En esta fase es posible que se pueda sufrir un accidente cardiaco o cerebrovascular así como crisis de pánico o ansiedad.

Por otra parte, si analizamos los factores causantes del estrés nos encontramos con:

-Exógenos: factores ambientales como los ruidos, la polución, las fluctuaciones de temperatura, entre otros.
-Endógenos: factores intrínsecos al propio organismo como son la frustración, la ansiedad y la sobrecarga emocional. La anticipación y la imaginación de situaciones o hechos también pueden desencadenar la reacción de estrés

Si nos centramos en el puesto de auxiliar administrativo, tenemos factores como la falta de creatividad e iniciativa al encontrarnos con tareas sencillas que no requieren de una gran actividad cognitiva.
Como consecuencias del estrés, nos encontramos con predisposición a contraer enfermedades, la alteración de las relaciones personales y la disminución del rendimiento laboral.

En relación al acoso laboral o mobbing, podemos definirlo como “toda situación o conducta que, por su reiteración en el tiempo, por su carácter degradante de las condiciones de trabajo y por la hostilidad o intimidación del ambiente laboral tiene por finalidad o como resultado poner en peligro la integridad del trabajador”. El acoso laboral tiene una serie de efectos en los acosados: temor ante el agresor, desesperanza, tensión muscular, estrés, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, tendencia al aislamiento, disminución del rendimiento, entre otros.

Por otra parte, el acoso sexual se define como cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

Ejemplos de acoso sexual son:
- Observaciones sugerentes, bromas, o comentarios sobre la apariencia o condición sexual del trabajador o la trabajadora.
- El uso de fotografías o imágenes que contengan contenido sexualmente explícito.
- Llamadas telefónicas, cartas o mensajes de correo electrónico de carácter ofensivo y de contenido sexual.
- El contacto físico deliberado y no solicitado, o un acercamiento físico excesivo o innecesario.

Por último, el llamado síndrome de burnout, también denominado síndrome del quemado o síndrome de quemarse en el trabajo, es un trastorno emocional vinculado con el estrés generado en el ámbito laboral. Este síndrome tiene consecuencias muy graves a nivel físico y psicológico.

Para poder anticiparse a estos riesgos, el Delegado de Prevención tiene un papel muy importante a la hora de mejorar la acción preventiva puesto que puede ejercer una labor de vigilancia y control. También se encuentra entre sus funciones el realizar las investigaciones oportunas y solicitar al ente sanitario que emprenda las acciones correspondientes.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de los riesgos laborales en el ámbito sanitario debe incluir los factores de riesgo psicociales.
Al ser las instituciones sanitarias ambientes con unas características laborales específicas como presencia de un gran número de trabajadores, trabajo jerarquizado, elevada demanda y altas expectativas de los usuarios, el trabajador del sector de la salud presenta altas probabilidades de exposición a riesgos sociales. Por tanto, se hace imprescindible una prevención en este ámbito.

6 Bibliografía

- Aguado Martín, J; Bátiz Cano, Ainhoa; Quintana Pérez, Salomé. El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual José Ignacio Aguado Martín, Ainhoa Bátiz Cano y Salomé Quintana Pérez.
- Guía de prevención de riesgos psicosociales en el sector sanidad. Observatorio permanente de riesgos psicosociales. UGT.

- Peiró, J.M. Desencadenantes del Estrés Laboral.Universidad de Valencia.
- Vázquez Díaz, A.J; Pérez Cano, Dolores; Moreno Ramos, R.M; Arroyo Yanes, F; Suárez Delgado, J,M. Factores psicosociales motivacionales y estado de salud. Scielo.

Capítulo 1021

RIESGOS LABORALES EN CENTROS SANITARIOS Y HOSPITALES

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALONSO

REBECA RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

El coronavirus un género de virus ARN de vertebrados de Coronaviridae. Son virus envueltos con un genoma de ARN de cadena sencilla con polaridad positiva y simetría helicoidal., suele presentar fiebre no muy elevada y síntomas respiratorios (tos, disnea o dificultad para respirar). Las enfermedades a las que estamos más expuestos son tipo vírico: la hepatitis, gripe A, VIH, diferentes tipos de virus.

2 Objetivos

- Disminuir el absentismo por contagio.
- Reducir los contagios al máximo, evitando el movimiento de la rueda infecciosa.
- Protecciones en los mostradores de atención del personal al público, tipo mamparas de cristal
- Estar preparados para las alertas en cualquier momento

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

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

4 Resultados

Podemos deducir que estamos expuestos de manera continua a los diferentes virus, vivimos en una sociedad con el libre mercado y un tránsito de personas y animales tan grande que hace que sea impredecible la próxima alerta de contagio. Solo siguiendo unas mínimas precauciones conseguiremos minimizar las infecciones. Las vacunaciones del personal y de la población con más riesgo hasta ahora han funcionado en su mayoría. El control del uso de antibióticos que llego a ser desorbitado también en los animales ayudara en un futuro.

5 Discusión-Conclusión

Debería considerarse la instalación de protecciones en los mostradores de atención del personal al público, tipo mamparas de cristal. Así, aunque estornuden o tosan los pacientes infectados, bien sea gripe común, resfriados, gripe A o coronavirus, habrá un protector en primera fila entre el paciente y el administrativo.

La vacunación es eficaz al menos para evitar males mayores. Es muy necesario el seguir investigando para vacunas de los nuevos virus. Se puede mejorar siempre, pero estamos alerta en todo momento, la humanidad lleva siglos luchando con epidemias que nos hacen más fuertes. Las farmacias españolas facturaron en enero casi un millón de euros por la venta de mascarillas en plena crisis de coronavirus.

6 Bibliografía

- https//guiamedicafamiliar.com/infeccion
- ine.estadisticas
- Noticias SESPA
- www.20minutos.es
› minuteca › coronavirus.

Capítulo 1022

TIPOS DE ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

ROBERTO VALLINA FRESNO

LORENA SÁNCHEZ PÉREZ

1 Introducción

El acoso psicológico en el trabajo (APT), acoso laboral o mobbing es aquella exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo hacia una o más personas por parte de otras que actúan frente a aquellas desde una posición de poder (no necesariamente jerárquico). Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud.

Así pues, acoso es cualquier situación en la que el trabajador es hostigado, ya sea verbal o físicamente, de forma continuada.

2 Objetivos

- Describir los distintos tipos de acoso laboral y determinar los protocolos a seguir en cada caso concreto.
- Analizar las causas más frecuentes que lo motivan.
- Conocer sus consecuencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación documental consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una recopilación sistematizada de libros y también se han consultado artículos en dos de las principales bases de datos, Redalyc y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para que se considere acoso laboral se establecen tres criterios:
- Intencionalidad: El asedio no es casual, sino deliberado.
- Frecuencia: Las conductas se repiten semanalmente al menos.
- Duración: Un acto que a priori no parece calificarse como acoso laboral, puede llegar a serlo si se realiza de forma sistemática por un período de tiempo no inferior a seis meses.

Los tipos de acoso laboral más comunes son tres. Acoso moral o mobbing comprende todos aquellos actos de hostigamiento psicológico repetido que recibe un trabajador, entre los que destacan:
- Acoso laboral horizontal. Se puede presentar entre compañeros de trabajo en una categoría similar o equivalente, pudiendo provenir de un compañero o de varios. El acosador tiene la intención de dificultar las tareas de su compañero para empañar su labor (Puede llegar a atribuirse a sí mismo los méritos conseguidos por su compañero).
- Acoso laboral vertical. Se trata del acoso vivido entre personas que pertenecen a diferentes rangos jerárquicos en el ámbito laboral. Dentro de este tipo de acoso hay dos subcategorías. Está el acoso laboral descendente, más común, donde el jefe o un superior acosa a uno de inferior categoría. Por otro lado, está el acoso laboral ascendente en el cual un trabajador de nivel jerárquico superior es acosado e incordiado por uno o varios de sus subordinados.
- Acoso laboral mixto. En esta situación, el acoso empieza como el horizontal, pero luego cuando el jefe o responsable se da cuenta de la situación no intenta solucionar este problema de acoso, por tanto, el superior acaba formando parte de esta situación. Sin embargo, también puede presentarse acoso laboral mixto a la inversa, es decir, comenzar como mobbing vertical descendente y sumarse a este acoso posteriormente trabajadores de la misma categoría que el afectado.

Por otro lado se encuentra el acoso sexual o acoso por razón de sexo, el cual consiste en una serie de actitudes repetitivas en las que un trabajador, busca los favores sexuales de otro u otra. En casos extremos, las actitudes pasan de lo verbal al contacto directo. Uno de los problemas tradicionales ha sido el de la falta de perspectiva de género, lo que ha supuesto que se considerasen normales actitudes que no lo eran en absoluto. El acoso por razón de sexo se refiere a la discriminación u hostigamiento a una persona por razón de su sexo en la empresa, destinándola a cumplir tareas por debajo de su cualificación profesional en comparación a otros compañeros. Gran parte del problema de la brecha salarial de género tiene que ver, precisamente, porque no se ha tenido en cuenta esta cuestión.

Por último el trato discriminatorio puede estar o no relacionado con el acoso por razón de sexo, pero implica siempre que la persona que lo padece es relegada a funciones secundarias. Para inferir que, efectivamente hay acoso, es fundamental el agravio comparativo, puesto que es posible que esas funciones sean necesarias en un determinado momento.

Heinz Leymann, pionero en esta materia, realizó una descripción operativa del mobbing basada en cinco categorías:
- 1ª. Limitar la comunicación.
- 2ª. Limitar el contacto social.
- 3ª. Desprestigiar a la persona frente a sus compañeros.
- 4ª. Desacreditar su capacidad profesional y laboral.
- 5ª. Comprometer su salud.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral en sanidad tiene un denominador común para todas las personas que lo sufren, el miedo. Este elemento es distintivo sobre los demás en tanto que supone un impedimento para comunicar lo que está sucediendo, sobre todo por temor a represalias.

Existen pocos datos acerca del acoso laboral en el sector sanitario español, pero la percepción es que existe en mayor o menor medida de forma generalizada. De acuerdo al IV estudio sobre la situación laboral de los médicos en España, presentado por la Organización Médica Colegial (OMC) en año 2016, un 43,5% de los médicos aseguraba haber sufrido algún tipo de acoso, discriminación o maltrato en su centro de trabajo.

El acoso laboral continuado conduce a un deterioro de la salud mental y a una disminución del bienestar; al mismo tiempo, el hecho de tener un comportamiento ansioso pone a la víctima en una posición débil y la convierte en un blanco fácil, lo que lleva a una espiral de abusos.

Las competencias sanitarias están en la obligación de iniciar un protocolo de actuación ante el acoso laboral, que deberá iniciarse una vez denunciado por el trabajador o su representante. Si la empresa no ejerciera su compromiso, es cuando se debe iniciar el procedimiento legal sancionador.

El Ministerio de Sanidad deberá, además de tomar medidas contra los acosadores en el lugar de trabajo, ayudar a las víctimas a obtener las habilidades necesarias para hacer frente a las situaciones difíciles, por ejemplo, mediante la creación de programas de capacitación para aprender mecanismos de defensa y romper con ello la cadena de acosos.

6 Bibliografía

- José Vicente Rojo, Ana Mª Cervera. Mobbing o acoso laboral. 1ª Ed. Altebar. 2005.
- http://www.medicosypacientes.com/
(Dr. Bátiz; VI Congreso de Deontología Médica).
- https://www.insst.es/
(Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo).
- https://www.cerem.es/
- https://www.investigacionyciencia.es/
(Ana Sanz. Universidad de Anglia Oriental. Anxiety, Stress & Coping: An International Journal).
- Heinz Leymann. Mobbing: La persécution au travail. Seuil. Paris 1996.
- Jordi Escartín-Solanelles, Carlos Arrieta-Salas, Álvaro Rodríguez-Carballeira. "Mobbing" o acoso laboral: Revisión de los principales aspectos teórico-metodológicos que dificultan su estudio.

Capítulo 1023

EL CELADOR. VIOLENCIA LABORAL.

MARIA CARMEN FERREIRO SUÁREZ

JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA

MARGARITA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

ANDRÉS GARCIA RAMOS

1 Introducción

Los estudios científicos nacionales e internacionales realizados hasta el momento en agresiones en el medio sanitario se centran en los Servicios de Psiquiatría, Urgencias y en el personal de enfermería. Sin embargo, el resto del personal sanitario está expuesto igualmente a este tipo de agresiones. Todo ello hace necesarios más estudios para obtener una mayor información sobre los factores asociados con las agresiones externas y sus consecuencias para poder proponer posibles medidas de prevención e intervención adaptadas a los diferentes servicios, centros de trabajo y categorías profesionales.

2 Objetivos

- Conocer las características de los episodios de violencia externa que nos permitiría establecer una evaluación de riesgo para la elaboración de medidas de prevención.
- Investigar más exhaustivamente al personal sanitario agredido.

- Desarrollar una mayor formación del personal sobre el manejo de estas situaciones y plantear medidas de protección una vez identificadas las áreas más conflictivas.

3 Metodología

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

4 Resultados

En cuanto a las acciones preventivas propuestas por el trabajador agredido, destaca la demanda de mayor presencia y actuación del personal de seguridad. También son necesarias campañas periódicas de divulgación que incidan en la importancia de notificar todas las agresiones, informando de los medios disponibles.

Se recomienda el uso de un registro estandarizado de declaración de agresiones de campos cerrados, con ítems destinados a obtener más información de la agresión y su resolución así como del perfil de la persona agresora, seguimiento de los agredidos, medidas de prevención existentes en el puesto de trabajo, revisión posterior del caso por parte del SPRL y valoración continua de las mejoras introducidas.

En la descripción de la agresión apreciamos que los insultos asociados a amenazas son las predominantes, seguidas por las físicas sin intención y con intención. El resto declararon insultos, amenazas, mixtas, otras (acoso, robos, exhibicionismo, daños a la propiedad, descalificaciones telefónicas/escritas). Las agresiones fueron generadas en su mayoría por pacientes/usuarios y motivadas por circunstancias dependientes del mismo y de la relación paciente/sanitario.

El hecho de tener más agresiones en el turno de mañana se relacionaría con mayor proporción de trabajadores y mayor presencia de usuarios. Teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de agresiones se produce en los servicios de Salud Mental y Urgencias. En el caso de Urgencias podría deberse a que es un servicio

de atención inmediata con una gran carga de estrés, mientras que en Salud Mental se debe a las especiales características de los pacientes. Se observan más agresiones físicas en Salud Mental (sin diferencias entre unidades de hospitalización psiquiátrica y centros ambulatorios) y un mayor número de notificaciones de agresión verbal en Urgencias.

5 Discusión-Conclusión

El personal más agredido es el profesional de enfermería o el facultativo, bien porque se centran en esos colectivos o porque enfermería y auxiliares se incluyen en la misma categoría. Existe mayor frecuencia de agresiones en Auxiliares de Enfermería, sin embargo cuando tenemos en cuenta el número de trabajadores en cada una de las categorías profesionales observamos que el mayor riesgo de agresión es en celadores. En general los profesionales que proporcionan cuidados directos al paciente son los que sufren más agresiones, los Auxiliares de Enfermería y celadores en maniobras de contención, enfermería durante el "triage" y facultativos en las consultas/ boxes.

Hay que tener en cuenta, que en muchas ocasiones del acto violento por parte del sanitario, que asume la agresión como parte del trabajo habitual y a que muchos de los agresores son pacientes psiquiátricos o bajo un estrés extremo.

6 Bibliografía

- Medlineplus.
- Scielo.
- Varios artículos científicos.

Capítulo 1024

ESTRÉS LABORAL Y ESTRATEGIAS PARA COMBATIRLO.

ABRAHAM MENÉNDEZ TABERNA

1 Introducción

El estrés es una respuesta psicológica, fisiológica y de comportamiento de una persona que intenta adaptarse a presiones internas y externas.
El estrés del personal de los servicios de salud es un tipo de estrés que surge en el ámbito laboral, ya sea en un centro de salud, un hospital… y puede llegar a causar cansancio físico y mental en el trabajador, teniendo afecciones en su vida familiar y personal, no sólo en lo estrictamente laboral. Ser capaces de manejarnos con mantener un nivel adecuado de estrés es clave para que no repercuta en nuestra vida o nuestra salud.

2 Objetivos

Comprender qué es el estrés, intentar revertir el estrés negativo hacia algo motivador, y tocar técnicas que puedan ayudar a contrarrestar un exceso de estrés.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: ”estrés”, ”estrés laboral”, ”estrés personal sanitario y no sanitario”.

4 Resultados

Abordaremos primeramente un enfoque referido a la importancia actual del estrés, para posteriormente definir distintos tipos de estrés y sus consecuencias, y por último una serie de técnicas que pretender combatir el estrés negativo.
El estrés es cada vez más frecuente, ya que en la actualidad es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea. La organización internacional del trabajo lo definió como una patología y se habla de una epidemia del siglo XXI. Dentro del estrés laboral, está el síndrome de Burnout o más comúnmente síndrome del trabajador quemado, un tipo de estrés laboral que se va traduciendo en un paulatino agotamiento mental y físico, y que se produce con más frecuencia en las personas que en su trabajo tengan que estar continuamente en contacto con terceras personas, por ejemplo, los administrativos de centros sanitarios.
Es cierto que todo el mundo está sometido de alguna manera a un nivel de estrés bajo, y que en ocasiones se aumenta, y en ese momento es cuando depende de la capacidad de adaptación que tenga el organismo de cada persona, y puede derivar en los llamados estrés positivo y estrés negativo.
El positivo o eustress es aquél que tras desaparecer el factor que lo causa, desaparece, y ayuda a lograr unos objetivos. Por ejemplo, cuando nos concentramos en nuestro trabajo, pero cuando nos vamos a casa desconectamos.
Por el contrario, cuando el nivel de estrés aumenta durante un largo período de tiempo, se convierte en estrés negativo o distress, dando lugar a múltiples problemas de salud tales como

- Problemas cardiacos: aumento del ritmo cardiaco.
- Depresión, ansiedad.
- Dolores de cabeza, dolores de espalda
- Problemas gástricos
- Accidentes laborales.
- Insomnio.
- Disminución de defensas.
- Depresión, ansiedad.
- Sin defensa en el sistema inmunitario.
- Dolores de cabeza frecuentes.

CAUSAS

Las causas son múltiples, desde factores más cercanos a la persona (personalidad, tendencia a neuroticismo, género, edad, situación familiar) a factores atribuibles al propio trabajo, como por ejemplo Carga excesiva de trabajo: puede provocar ansiedad, nerviosismo y agotamiento.

Inestabilidad laboral: el miedo es unos de los detonantes del estrés más potentes.

Exceso de monotonía: las tareas repetitivas o sin estímulos pueden suponer una carga insoportable.

Mal ambiente en el lugar de trabajo: acoso laboral (mobbing), falta de apoyo por parte de los jefes puede convertir la jornada laboral en algo muy desagradable.

Demasiada responsabilidad: sin medios para poder desarrollar el trabajo o poca organización.

Malas condiciones ambientales: mucho ruido, iluminación inadecuada, exceso de calor o frío, humedad.

Pero no todo es negativo: Se puede luchar contra un estrés excesivo con la utilización de muy variadas estrategias. A continuación, expondremos una selección significativa que nos permita combatirlo. Pese a ser de las más representativas, no son ni mucho menos las únicas: Cada uno puede buscar sus propias fórmulas de atajar el estrés.

BUENAS RELACIONES CON LOS COMPAÑEROS: Este es el factor determinante para poder tolerar más o menos estrés. La red social, sentirse valorado por los compañeros, tenido en cuenta, apoyado en los momentos difíciles, sentirse entendido ante las dificultades, es la herramienta con la que contamos los humanos más potente para tolerar mejor lo que nos sobrepasa.

DELEGAR: Si estamos sobrecargado de tareas, una opción para tener una lista menos cargada es delegar; pero pensemos en los otros también, si ellos están como nosotros, lo único que haremos es cambiar el problema de persona, pero el problema seguirá existiendo. La delegación bien entendida -no pasar tareas que no apetecen hacer- es una herramienta que contribuye al crecimiento organizativo, ayuda a la maduración y la adquisición de nuevos aprendizajes. Hay que tener en cuenta que se debe delegar en alguien que tenga ganas de hacer el trabajo propuesto, tiempo, capacidad y conocimientos. Y cuando deleguemos, valoremos si hay que decir cómo hacer las cosas; tengamos en cuenta que con personas con iniciativa y seguridad en sí mismas, la mejor manera de convertir en talento de rendimiento es decir qué hay que hacer, para cuando tiene que estar hecho y dejar campo por recorrer. El talento siempre encuentra el camino de menor resistencia, y es aquel que pasa por las capacidades de cada uno.

ORGANIZARSE: Si tenemos la sensación de que no llegamos a todo, pero no esta-

mos organizados, antes de pedir ayuda es necesario organizarnos. Si llevamos un equipo de personas, para trabajar bien, las herramientas que usan para trabajar deben estar en condiciones, el espacio debe estar ordenado, las cosas deben estar en su lugar. Valores como el cumplimiento de plazos, la puntualidad, el orden, etc. son necesarios para trabajar bien. No es necesario llegar al extremo, pero es difícil trabajar bien si estos valores básicos no se siguen.

PONER LÍMITES: A menudo cuando uno asume tareas que cree que no debería asumir o cuando no pone palabras a las cosas que le generan incomodidad, se queda, «mal». La asertividad es la herramienta que nos ayuda a nivel individual a combatir este sentimiento incómodo. Expresar en el momento oportuno, a la persona indicada, en el contexto adecuado y de una manera respetuosa lo que nos ha molestado nos ayuda a sentirnos bien con nosotros mismos y al mismo tiempo intenta no incomodar a nuestro interlocutor. Porque a veces hay que saber decir que no.

RESPIRAR CONSCIENTEMENTE: Respirar es necesario para vivir, pero si respiramos mejor, viviremos mejor. Tal vez no hemos puesto nunca mucha atención en cómo respiramos, las personas que se han formado en este tema saben que, si respiramos usando de manera adecuada el diafragma, inhalamos más aire y ventila mejor. Si practicamos esta respiración tendremos menos ansiedad, menos depresión, menos fatiga y contribuiremos a que las células de nuestro organismo oxigenen mejor.

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON: Edmon Jacobson fue un médico que hacia el año 1929 ideó la conocida «relajación progresiva de Jacobson». Se trata de, en pocos minutos y un poco de práctica, conseguir un estado de relajación corporal y liberar la tensión que el estrés nos hace acumular en nuestro cuerpo. La idea es trabajar con el propio cuerpo tensando y destensando grupos de músculos durante pocos segundos, de manera que con un par de pases conseguimos destensar la tensión que nos acompaña.

BIOFEEDBACK: El biofeedback consiste en aumentar la conciencia y el control de algunos procesos internos como son la tensión muscular, la tasa cardiaca o la temperatura de la superficie de la piel que normalmente nos pasan por alto; esta práctica necesita la ayuda de un profesional que mediante el uso de aparato nos oriente y nos dé herramientas para conseguir este objetivo.

HACER EJERCICIO: El ejercicio ayuda a que se liberen endorfinas, un opiáceo endógeno que ayuda a que nos sintamos mejor emocionalmente y físicamente, así que es una forma natural de tratar de sentirse bien. Ahora bien, si se tiene que elegir qué tipo de práctica deportiva se hace, elijamos algo que nos guste, y, sobre todo, seamos regulares, no es necesario que sea muy intenso: hay autores

que recomiendan que mientras la practique debe poder hablar y no debería de poder cantar. A menudo, las personas, cuando nos iniciamos en alguna práctica deportiva tenemos un inicio entusiasta y poco a poco la motivación y la dedicación va disminuyendo; teniendo esto en cuenta, hay que marcarse un objetivo realista que se pueda alcanzar con cierta facilidad (no ponerse un hito excesivo que quizás está muy bien, pero no seamos capaces de alcanzar).
HACER MENOS COSAS: Si todo esto nos sigue manteniendo estresados, quizá lo que necesitamos sea precisamente borrar cosas de nuestra agenda.

5 Discusión-Conclusión

El estrés es uno de los grandes protagonistas del siglo XXI. Todos podemos tener un mal día, y todos estamos estresados alguna vez. Pero si no conseguimos mantenerlo a raya, pasará factura a nuestro trabajo, nuestra salud y nuestra vida. Pero no todo está perdido: Tenemos armas para combatirlo.

6 Bibliografía

1. Suárez González, A.B; Longo Rodrigo, A. y N.; El estrés laboral es problema de todos. Ocronos Revista médica y de enfermería. 2020.
2. Del hoyo Delgado, M.A.; Estrés laboral. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
3. Building Talent. Güell, O. Universitat de Barcelona. 2016.
4. OIT. La prevención del estrés en el trabajo. Serie Condiciones de Trabajo, 8. INSHT. 1996.
5. Martinez M, Guerra MP. Síndrome de Burnout El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y cambios 1998.
6. Bermann S. ¿Fatiga, stress, desgaste laboral? Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre salud y trabajo. Cuadernos Médicos Sociales 1990.
7. José Ignacio Aguado Martín1,4, Ainhoa Bátiz Cano2,4 y Salomé Quintana Pérez3,4 El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. Unidad Docente de Medicina del Trabajo. 2013.

Capítulo 1025

LA IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL SECTOR SANITARIO

MARIA DOLORES GARCIA GONZALEZ

EVA BEATRIZ BLANCO GUTIERREZ

LIDIA FERNANDEZ BARRERO

1 Introducción

Las habilidades sociales son el conjunto de capacidades y destrezas que tenemos cada uno de nosotros y que nos permiten relacionarnos con los demás de manera adecuada. Estas habilidades sociales nos permiten expresar lo que sentimos, lo que opinamos, lo que deseamos o lo que necesitamos, en cualquier situación y sin que experimentemos ninguna emoción negativa como tensión o ansiedad. Todas estas destrezas o capacidades se agrupan bajo el término Habilidades para la Vida (HpV).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993 las define como “aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que nos permita enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria”.

2 Objetivos

- Analizar las habilidades sociales.
- Estudiar su importancia en los profesionales del entorno sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las habilidades sociales son el conjunto de conductas que nos permiten relacionarnos con los demás de manera satisfactoria, por lo que son imprescindibles en cualquier ambiente que nos podamos encontrar, cuanto más, en el trabajo.
Destaca la importancia de los factores cognitivos (creencias, valores, formas de percibir y evaluar la realidad) y su importante influencia en la comunicación y las relaciones personales.
Podemos distinguir:
Habilidades sociales básicas:
- Escuchar
- Iniciar una conversación
- Formular una pregunta.
- Dar las gracias.
- Presentarse.
- Presentar a otras personas.
- Realizar un cumplido.

Habilidades sociales más complejas:
- Empatía. Es una habilidad, propia del ser humano, que nos permite comprender y experimentar el punto de vista de otros sin por ello tener que estar de acuerdo, es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona para desde ahí comprenderle.
- Inteligencia emocional. La inteligencia emocional es la habilidad social de una persona para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones (Salovey y Mayer, 1990).
- Asertividad. Habilidad para ser claros, francos y directos, diciendo lo que se quiere decir, sin herir los sentimientos de los demás ni menospreciar la valía de

los otros, sólo defendiendo sus derechos como persona.
Su propósito es lograr una comunicación verdadera en la que se consiga un compromiso entre las personas mediante el que cada uno alcance el mayor número de objetivos, conforme a sus necesidades y derechos respetando los de los demás. En este compromiso va implícito el respeto y, aunque no se llegue a un acuerdo, existe el derecho a que cada uno tenga su opinión y no se intenten imponer exigencias sobre el otro.
- Capacidad de escucha. Ser capaz de escuchar con comprensión y cuidado, entendiendo lo que la otra persona quiere decir y transmitiendo que hemos recibido su mensaje.
- Capacidad de comunicar sentimientos y emociones. Poder manifestar ante las demás personas nuestros sentimientos de una manera correcta, ya sean positivos o negativos.
- Capacidad de definir un problema y evaluar soluciones. Habilidad social de una persona para analizar una situación teniendo en cuenta los elementos objetivos, así como los sentimientos y necesidades de cada uno.
- Negociación. Capacidad de comunicación dirigida a la búsqueda de una solución que resulte satisfactoria para todas las partes. Tendrá en cuenta los sentimientos, motivaciones e intereses de ambos.
- Modulación de la expresión emocional. Habilidad de adecuar la expresión de nuestras emociones al entorno.
- Capacidad de disculparse. Capacidad de ser conscientes de los errores cometidos y reconocerlos.
- Reconocimiento y defensa de los derechos propios y de los demás. Habilidad de ser consciente de nuestros derechos y los de los demás y defenderlos de una manera adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Una adecuada puesta en práctica de estas habilidades es beneficiosa para aprender a expresarse y comprender a los demás, tener en cuenta las necesidades e intereses de todo el mundo, intentar encontrar la solución más satisfactoria para todos ante un problema o ser solidario, cosas fundamentales si queremos vivir en sociedad.

Si lo trasladamos al trabajo diario en el sector sanitario que implica relacionarse con todo tipo de usuarios (prepotente, agresivo, desconfiado, extranjeros, personas mayores…) y todo tipo de situaciones, vemos lo importante que es tener

una serie de habilidades en la comunicación y en las relaciones interpersonales. Poniendo en práctica estas técnicas, que están a nuestro alcance, logramos una mejoría en el nivel de satisfacción de los pacientes y usuarios.

En el caso de la empatía, la capacidad de identificarse con el paciente y comprender así su conducta y sus sentimientos, a la vez que se le transmite comprensión. Es la capacidad para comprender las emociones del paciente, puede ser verbal o no verbal, simplemente con un gesto.
En el ámbito sanitario, la comunicación no verbal adquiere aún mayor importancia. Los pacientes no están en sus casas, se sienten más solos y desprotegidos, necesitando más que nunca relaciones cálidas y personales que les ayuden a superar su situación.

Claves para desarrollar nuestra capacidad empática: Atender a lo que nos dicen. No imponer nuestros criterios o ideas. Ser capaces de captar el mensaje verbal y no verbal. Dar la misma importancia a los problemas de los otros que la considerada por ellos.

- Tácticas conseguir ser asertivos: autoestima, no enfadarse, no avasallar a los demás.
- Explicar de una forma clara y concisa lo que se quiere, los demás no tienen por qué saberlo.
- Acepta las críticas y la derrota.
- Ventajas de la asertividad: ser menos agresivo, decir lo que se desea de manera adecuada.

Tiene consecuencias favorables tanto para los destinatarios que reciben una información clara y no manipulada que incitará a que ellos también se expresen de la misma forma, creando relaciones basadas en la sinceridad, cuyo resultado es la satisfacción de las dos partes, como para uno mismo ya que posibilita manifestarse libremente, con una comunicación honesta que aumenta la probabilidad de ser respetado, y aunque no siempre se consiguen los objetivos, el haberlos expensado generalmente produce satisfacción.

Por ejemplo, en el ámbito sanitario, el personal que comunicara un mal pronostico a los familiares de un paciente utilizando el estilo asertivo, lo haría dando la información de forma clara, con un tono de voz templado, mirándolos de frente, estando cerca de ellos y haciéndoles llegar que conoce y entiende sus sentimientos

El estilo asertivo ocupará un lugar especial entre los demás, tanto en la vida

cotidiana como en el ámbito sanitario, ya que abastece al personal de recursos para expresarse honestamente y establecer relaciones sinceras con los pacientes. Las habilidades sociales se pueden entrenar, aprender y desarrollar.

6 Bibliografía

- http://www.bemocion.mscbs.gob.es/comoEncontrarmeMejor/habilidadesSociales/home.htm
- https://blog.neuronup.com/habilidades-sociales-cuales-son-ejemplos-para-que-sirven/
- blogs.murciasalud.es/edusalud/category/habilidadessociales
- https://revistamedica.com/asertividad-empatia-habilidades-sociales-sanidad/
- Temario de celador OPE SESPA
- Temario de auxiliar administrativo OPE SESPA
- Habilidades sociales. Dra. Esperanza Dongil Collado y Dr. Antonio cano Vinden. Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés.

Capítulo 1026

ACTUACION DEL CELADOR PARA EVITAR CAIDAS EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR

ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO

1 Introducción

Los ancianos y personas mayores son vulnerables a las lesiones que casi siempre vienen derivadas por las caídas y accidentes en el hogar. Es muy importante un patrón de prevención de riesgo para estas personas por su vulnerabilidad a la hora de sufrir este tipo de accidentes

2 Objetivos

- Identificar las diferentes intervenciones para reducir o remediar en la medida de lo posible las caídas en el paciente mayor.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación de diferentes estudios en Dialnet, Google académico y PubMed.

4 Resultados

Casi todos los años entre el treinta por ciento y en ocasiones mas del cuarenta por ciento de los ancianos y personas mayores que viven en la comunidad y el

cincuenta por ciento de los que viven en hogares y/o centros geriátricos experimentan caídas y accidentes . Estas caídas ponen en riesgo la independencia y libertad de los ancianos así como su vida, causando una multitud de consecuencias individuales y socio-económicas lamentables para todos. Entre los problemas que aumentan este riesgo es la edad, la cantidad y el mal uso de los medicamentos que deben tomar y las alteraciones en la estabilidad. Las medidas a seguir con cautela, deberán centrarse en una revisión exhaustiva de la medicación, ejercicios para perfeccionar la estabilidad de los recorridos, programas de ejercicios para aumentar y fortalecer la agilidad personal del anciano. Hacer cambios en la adecuación del hogar tratando de evitar obstáculos y quitando objetos del camino que puedan interrumpir el paso como pueden ser alfombras, muebles. Sin olvidarnos de una buena iluminación que les de mayor seguridad. Utilizar medidas para una mayor protección como usar barandillas de ayuda para caminar y mejor sujeción en escaleras, pasillos o camas, inodoros con sujeción o elevadores, adecuar el baño, sobre todo la ducha donde se produce más del 75% de las caídas y accidentes. Otra medida que sería importante para la persona mayor o anciano que vive solo y con riesgo, seria un dispositivo de tele asistencia que informan a la vez que permiten a la persona mayor estar más seguro en su hogar.

5 Discusión-Conclusión

Es extremadamente importante la preparación y sobretodo la formación de los profesionales de la salud y celadores para poder llevar a cabo las pautas y seguimiento que se necesitan para que el anciano o persona mayor pueda evitar las caídas con frecuencia y sobretodo de la gravedad de las mismas, intentando también transmitir en todo momento la seguridad y tranquilidad. La principal medida es actuar sobre los elementos mas vulnerables del anciano.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scholar.google.es
- https://dialnet.unirioja.es

Capítulo 1027

EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

SILVIA MARIA FUENTES MIGUEL

1 Introducción

El artículo 18.4 de la Constitución Española recoge, en su artículo 18.4, la protección de datos personales como derecho fundamental regulado por el reglamento Europeo de protección de datos, la ley orgánica de protección de datos y su reglamento de desarrollo. La persona física es la única es la única que puede decidir lo que se puede hacer con sus datos de carácter personal.

La normativa de protección de datos se complementa con la Ley de Autonomía del paciente 41/2002 de 14 de Noviembre que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

2 Objetivos

- Analizar qué informaciones de carácter personal son datos y cuáles no.
- Respetar los principios conforme a los cuales debe realizarse el tratamiento de datos de salud.
- Dar a conocer los nuevos objetivos legales sobre la protección de datos.

3 Metodología

Leyes que regulan los derechos del paciente en el ámbito sanitario.

4 Resultados

La Ley de Protección de datos define el Dato de carácter personal como "cualquier información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo que identifique o haga identificable a una persona física".

El Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, define el dato personal relacionado con la salud como" aquellas informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura, física y mental, de un individuo". Es, por lo tanto, cualquier información relativa a una discapacidad, al riesgo de padecer enfermedades, el historial médico, a una enfermedad, también son datos de salud los datos genéticos que son aquellos datos relativos personales relativos a las características genéticas que proporcionen una información única sobre la fisiología o salud de ésa persona.

Por lo tanto, los datos personales que hay normalmente en las bases sanitarias son de 2 tipos:
- Los que identifican a la persona (DNI, tarjeta sanitaria, nombre completo, dirección etc.
- Los datos acerca de su estado de salud (cirugías, medicamentos, radiografías, TAC, antecedente familiares, etc.).

Toda ésta información personal y de salud es lo que forma la historia clínica (conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial) que define la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El tratamiento de datos debe hacerse de conformidad con los siguientes principios:
1. Consentimiento. Aparece en el art 9 RGPD , Según la nueva normativa europea, el consentimiento deberá ser explícito y recogido por escrito.

2. Calidad de los datos. De acuerdo con el artículo 4.7 de la LOPD la información sanitaria no puede recopilarse de manera desleal ilícita o fraudulenta.

La recogida y el tratamiento de datos persiguen una finalidad plasmada en la propia finalidad de la historia clínica: garantizar una asistencia adecuada al paciente.

La información necesaria para la asistencia sanitaria ha de realizarse con los siguientes datos:
- Exploración física.
- Información de exploración complementaria.
- Hoja de interconsulta.
- Informe de anestesia.
- Aplicación terapéutica de enfermería.
- Informe de urgencia.
- Órdenes médicas.
- Autorización de ingreso.
- Documentación referida a la hoja clínico- estadística.
- Evolución.
- Informe de anestesia.
- Autorización de ingreso.

3. Información. Los pacientes siempre deben estar informados de la existencia de éstos ficheros, de su finalidad, de los posibles destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable de su mantenimiento y de la posibilidad del ejercicio de sus derechos.

Es obligatorio que en cada centro sanitario exista una hoja de información al paciente en la que se solicita su autorización para el tratamiento de sus datos.

En ésa hoja se recogen datos como el nombre del centro y el del profesional donde ha sido atendido el paciente, propósitos de la petición, expresa la conformidad de publicación del caso clínico en publicaciones científicas dirigidas a profesionales de la salud, el nombre del paciente y el DNI entre otras cosas, etc.

4. Confidencialidad. El secreto profesional es de obligatorio cumplimiento que tenga acceso a los datos del paciente. Los centros médicos están obligados a adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y el procedimiento legal de acceso. Se deben conservar los datos al menos cinco años contados desde el alta de cada proceso asistencial. En el caso de que la información recogida en las historias clínicas se utilice para fines distintos a los meramente asistenciales, deberán separarse los datos relativos a la identificación personal de los datos clínico asistenciales , salvo que el paciente dé su consentimiento y en los casos

de investigación y prevención de la salud pública y si lo ordena la autoridad judicial.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el reglamento introduce muchas novedades, los analistas piensan que su impacto no será el esperado pero si hará que las organizaciones que procesan datos de salud tengan que revisar sus prácticas, procedimientos e incluso analizar sus políticas para poder asegurar el cumplimiento.

6 Bibliografía

- Constitución Española de 1978.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y su reglamento de desarrollo.
- La ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo del Consejo, de 27 de Abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la libre circulación de éstos.
- https:// www.aepd.es

Capítulo 1028

ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.

EVA BEATRIZ BLANCO GUTIERREZ

LIDIA FERNANDEZ BARRERO

MARIA DOLORES GARCIA GONZALEZ

1 Introducción

El acoso laboral también conocido como Mobbing es una situación que se da en el trabajo, donde una persona o varias ejercen violencia bien sea física o psíquica contra una o varias personas con tal de hacerles daño.
Para considerarse acoso, la violencia debe de ser efectuada de forma repetida y continua en el tiempo y de forma sistemática.
En materia de acoso laboral o Mobbing debe hacerse mención de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, que en su artículo 15 hace especial hincapié en los principios de la acción preventiva a nivel general.

2 Objetivos

Definir y dar a conocer pautas para identificar y saber cómo actuar ante un acoso laboral mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Se utilizan palabras clave como acoso, Mobbing, sector sanitario, violencia.

4 Resultados

Según el Congreso de los Diputados, que modificó algunos artículos de la Ley del Estatuto de los Trabajadores y de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social, con fecha 24 de diciembre de 2003, el Mobbing está definido como "toda conducta no deseada que atente contra la dignidad de una persona y cree un entorno intimidatorio, humillante u ofensivo".
Cualquier persona puede ser víctima de acoso laboral, no hay un perfil determinado, estas personas tienden a quitar importancia a las ofensas y no se toman las indirectas en serio para no sentirse ofendidos, sin embargo, a medida que avanza el acoso tienden a obedecer al acosador, por miedo a que perjudique a su carrera profesional, suelen ser personas con respeto a las normas, iniciativa y muy apreciadas por sus compañeros.
Sin embargo, la mayor parte de los compañeros que son testigos del Mobbing no suelen hacer nada para apoyar a la víctima.
Los acosadores suelen ser personas inseguras y suelen tener características particulares como: cobardes, agresivos, manipuladores, sin sentido de culpabilidad, envidiosos y poco empáticos, no suelen ser capaces de resolver un problema sin generar un conflicto, no tiene intención de hacerlo de una manera que no produzca incomodidad en la persona a la que acosa.
El acoso laboral se clasifica en dos categorías dependiendo de la posición jerárquica puede ser vertical y horizontal.
1. Vertical:
Descendente: desde superiores a subordinados (bossing).
Ascendente: de trabajadores y trabajadoras a superiores.
2. Horizontal: Entre compañeros y compañeras del mismo nivel.
Según las encuestas realizadas por la organización médica colegial OMC en el sector sanitario el mobbing es más frecuente de superiores a subordinados que

entre compañeros y compañeras, lo que indica que el acoso laborar es más común de manera vertical que horizontal. Las mujeres son las que más los sufren y las trabajadoras y trabajadores menores de 40 años.
Es un hecho difícil de atajar debido a las pocas denuncias que se realizan, las personas acosadas no suelen denunciar por motivos muy diversos: no les parece grave la situación, tienden a normalizar el acoso porque les parece normal estas situaciones en las instituciones sanitarias o temen represalias.

5 Discusión-Conclusión

Se debe de intentar atajar este tipo de conducta irrespetuosa o agresiva que repercute en la salud de las trabajadoras y trabajadores creando un entorno de trabajo desagradable.
El mobbing o acoso laboral es una serie de malas conductas y puede causar daños psicológicos y profesionales hay que actuar desde el inicio y no esperar a que cause daños en la persona a la que se acosa y se convierta en una víctima.
Con un buen sistema de prevención y diagnóstico se ahorran costes para la sociedad y se mejora en las relaciones laborales.
Los encargados de la responsabilidad en cuanto a la prevención y el diagnostico de estos pacientes son los responsables de los Servicios de Prevención, cumpliendo la ley de Prevención de Riesgos Laborales, lo que conlleva el estudio y la evaluación de los riesgos psicosociales de los puestos de trabajo.
Algunas de las consecuencias del acoso laboral suelen ser:
Personales: perdida de la motivación y satisfacción laboral; trastornos del sueño perdida de la autoestima; nerviosismo e irritabilidad; enfermedades psicosomáticas; depresiones o fobias; tendencias suicidas; efectos cardiovasculares y alteraciones gastrointestinales; problemas de concentración y atención, estrés., cambios de humor.
Familiares y sociales: agresividad e irritabilidad en las relaciones; perdida de ilusión en proyectos comunes; abandono de responsabilidades y compromisos; abandono de familia o amistades; incluso llegando a la separación matrimonial.
Laborales: absentismo y bajas laborales; perdida de motivación; bajada de rendimiento; dificultad de concentración.
Empresa: disminución del rendimiento de trabajo; problemas de comunicación; bajas laboral y absentismo; pérdidas económicas.
Sociedad: aumento de gastos sanitarios.
Para prevenir el mobbing, se deberán de llevar unas pautas en modo de prevención para intentar localizar casos de acoso laboral y atajarlos desde el principio.

- Se debe de intentar localizar los casos de acoso laboral llevando una vigilancia de la salud, evaluando el ambiente laboral, controlar el absentismo, realizar encuestas anónimas para que la persona acosada se atreva a contestar sin miedos a represalias.
- Se debe de comunicar la situación a quien corresponda dentro del hospital o centros de salud.
- Dar cursos e información a los trabajadores de que hacer en caso de sufrir o ser testigo de acoso laboral.
- Si algún compañero o superior fuera conocedor o testigo de Mobbing hacia una persona no debe mantenerse al margen, debe comunicarlo a la persona que lleve el tema de prevención de riesgos incluso algún sindicato, y ofrecer ayuda al compañero o compañera que lo estén sufriendo
- Los superiores deberán desarrollar habilidades para resolver conflictos y conocer los síntomas del Mobbing.
- Incentivar a los trabajadores, trabajadoras y superiores para que el entorno laboral sea agradable,
- La persona acosada no se debe de callar, ni debe de intentar solucionarlo el mismo es mejor que lo comente con alguna persona de confianza.

El acoso laboral en el entorno sanitario no solo perjudica a la persona acosada, sino que perjudica a la sociedad, a las instituciones sanitarias y al gobierno, las personas acosadas pierden interés y motivación por el trabajo con lo cual rinden menos en su trabajo debido a la desilusión de no sentirse valorados y valoradas en el trabajo que hacen, esto conlleva un gasto extra, al no tener motivación suelen rendir menos y muchas veces las instituciones tiene que contratar más gente de la necesaria para poder sacar el trabajo adelante.

Está demostrado que las personas que están a gusto en su puesto de trabajo rinden más que las que están en ambientes donde existe algún tipo de acoso laboral.

6 Bibliografía

- Peralta, Mana Claudia. (2004). El acoso laboral - mobbing- perspectiva psicológica. Revista de Estudios Sociales, (18), 111-122. Retrieved October 12, 2016.
- Observatorio permanente de riesgos psicosociales (2000). Cuadro clínico y diagnóstico diferencial.
-Martínez León M, Irurtia Muñiz MJ,Camino Martínez León C (2012). El acoso psicológico en el trabajo o mobbing: Patología emergente. Universidad de Valladolid.

Capítulo 1029

SALUD LABORAL. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA PROVISIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS.

MARÍA JOSE CASTRO HEVIA

SARA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

MARIA SONIA DE LAS VECILLAS SANTOS

IGNACIO CRESPO MADIEDO

1 Introducción

Los primeros auxilios son aquellas medidas terapéuticas que deben realizarse en el momento exacto y en el mismo lugar en el que la persona se lesiona, se accidenta o enferma, con el fin de que el estado de la víctima afectada no empeore, y poder facilitar las atenciones iniciales, para con ello poder asegurar la neutralización del agravamiento y el cese de los daños, si eso fuera posible. Hay que considerar algunos datos tan relevantes como que según SEMES, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, sólo un tercio de los europeos se sienten con la capacidad suficiente como para prestar primeros auxilios y sólo un 18% saben qué hacer ante un accidente. También partimos de que España es uno de los países de Europa con menos formación en primeros auxilios. Generalmente la mayor parte de la población no sabe cómo hay que actuar, ya que no han sido formados para poder abordar con éxito situaciones que se pueden dar en la vida cotidiana y en el entorno laboral. Se pone de manifiesto la necesidad de

que cualquier persona, en este caso el trabajador, sepa cómo actuar y tenga una formación mínima que le ayude a poder responder con éxito en estas situaciones.

La normativa de seguridad y salud en el trabajo regula las circunstancias relativas a cómo evitar o minimizar los posibles riesgos profesionales. Además, también establece determinadas acciones dirigidas a atender a los trabajadores que sufren un daño derivado del trabajo, como pueden ser la prestación de los primeros auxilios y, en caso de que sea necesario poder proceder a una evacuación con éxito y sin poner en riesgo al trabajador lesionado.

De las normativas correspondientes se deriva que corresponde a los empresarios disponer en cada lugar de trabajo de unos determinados medios mínimos destinados a prestar los primeros auxilios a los trabajadores que lo necesiten. Lógicamente además hay que informar a los trabajadores de cómo utilizar esos medios, quién será el destinado a ofrecer los primeros auxilios si sufren un accidente o una indisposición en el trabajo, dónde poder localizar un analgésico o antiséptico o un apósito para realizar una primera cura de urgencia en el propio lugar de trabajo, a qué centro médico hay que dirigirse para poder ser atendido en primera instancia.

Lamentablemente, y en muchas ocasiones estas medidas son teóricas y no siempre se aplican, bien por falta de formación y desconocimiento, lo que provoca que las medidas sean más bien teóricas y poco efectivas.

Los primeros auxilios son necesarios e indispensables para mantener la salud laboral y es imprescindible que integren la formación ofrecida en la prevención de los riesgos laborales. Es necesaria una planificación mediante el establecimiento de protocolos organizados para poder atender a cualquier trabajador en una situación de emergencia sanitaria de una forma efectiva. El establecimiento de la formación y la planificación de estos primeros auxilios pasa por indicar las pautas de cómo actuar a la hora de enfrentarse a las urgencias sanitarias que el trabajador se puede encontrar en su lugar de trabajo. La formación puede consistir en cursillos de forma presencial, cursos on-line, charlas, trípticos y manuales informativos, talleres de actuación, en los que se trate de una manera práctica y efectiva tanto la prevención de accidentes como la asistencia sanitaria urgente de lesiones, aliviando el posible dolor, infecciones, hemorragias, evitando el empeoramiento de las lesiones producidas, y en los casos que así sea necesario, transportando el trabajador lesionado o enfermo a un centro médico donde pueda recibir una asistencia sanitaria rápida y efectiva.

Las empresas deben establecer las distintas medidas de emergencia, mediante procedimientos relativos a la asistencia inicial al enfermo y el traslado posterior del enfermo en caso de que así sea necesario. Los medios de evacuación, en caso de necesidad, serán distintos en función del lugar de trabajo. Si las condiciones del lugar de trabajo, en función del límite legal así lo requiere, se dispondrá de un lugar donde poder administrar los primeros auxilios, que tendrán la dotación necesaria indicada por la ley. Incluso en algunos casos se podrá exigir la presencia permanente de personal médico en el lugar de trabajo. Será conveniente poder exhibir en un lugar visible la dirección y los datos de contacto, así como la ubicación del centro de asistencia sanitaria más cercano al centro de trabajo.

En cuanto a los protocolos de actuación ante una situación de emergencia es necesario que el trabajador sepa si puede actuar y lo principios básicos que deben regir esa actuación, que consistirán en proteger tanto a uno mismo como a la víctima, avisar a emergencias y socorrer a la víctima.

Los principios generales que se deben atender a la hora de actuar tienen que ver con mantener la tranquilidad, hacer una primera evaluación de la situación en función de los heridos o herido y su gravedad, mover a los heridos solo si es imprescindible, no hacer nada más que lo indispensable, intentar ayudar al herido a mantener la calma y nunca dejarle solo. Es importante también el conocimiento mínimo de las actuaciones conocidas como Soporte Vital Básico (S.V.B.).

También son necesarios conocimientos en cuanto a la manera de actuar en relación con las alergias y también a la notificación de las propias alergias mediante placas identificativas a llevar por los sujetos con dichas alergias. La formación tiene también que comprender la actuación relativa a traumatismos, contusiones, heridas, cortes, hemorragias, convulsiones, fiebre, deshidratación, golpes de calor, por el frío, quemaduras, insolaciones, electrocuciones, intoxicaciones, lesiones en las distintas partes del cuerpo, pérdida de conocimiento, hipoglucemia y diabetes, lesiones producidas por animales.

También hay que tener en cuenta la vacunación preventiva, que puede prevenir muchas enfermedades. Dentro de la formación no se debe olvidar el botiquín de urgencias, debe estar colocado en un lugar accesible y visible y todos los trabajadores deben saber de su existencia y su localización. Cada botiquín deberá ser organizado por el centro de trabajo en función de sus características y necesidades.

2 Objetivos

- Lograr que todos los trabajadores puedan adquirir las aptitudes y las habilidades necesarias para poder ofrecer una ayuda eficaz, en los casos en los que se necesite actuar de una manera rápida y especializada para poder resolver situaciones de emergencia de cualquier tipo.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Blasco Mayor, A. (2003). Regulación y organización de los primeros auxilios en los lugares de trabajo - Dialnet. Prevención, Trabajo y Salud: Revista Del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene En El Trabajo, 25–40..
- Iser Coli, M. (n.d.). Pautas fundamentales de actuación en caso de accidente - Dialnet.
- Martínez Más, J., & Guillén Torres, J. M. (2003). Los primeros auxilios: ¿asignatura pendiente?
- Serafín Balanza Galindo, S., Aguilera Zamora, A., García Pérez, V., & López Arroyo, M. . (2004). Análisis del grado de cumplimiento de la ley de prevención de riesgos laborales: Contenido del material de primeros auxilios y formación sanitaria en un polígono industrial de la región de Murcia - Dialnet. Enfermería Global.

Capítulo 1030

EL ESTRÉS DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO

CELIA ALBA RODRÍGUEZ

REBECA ALBA CRESPO

OLGA ISABEL BLANCO DÍAZ

MARIA JESUS MENENDEZ ALVAREZ

ISABEL MIRANDA PEÑA

1 Introducción

Según el Consejo General de la Psicología en España podemos definir como estrés al proceso que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación como amenazante, o que desborda los recursos de los que el sujeto dispone.

En la actualidad el estrés es uno de los principales problemas tanto para la salud de los trabajadores del Sector Sanitario, como para la seguridad laboral. Esta situación afecta tanto a la calidad de vida de los trabajadores como a su productividad.

Algunas de las principales causas del estrés relacionadas con el trabajo serían: las exigencias del puesto, el conflicto de funciones, el exceso o la falta de trabajo, la ambigüedad de las funciones que debe desempeñar, exceso de responsabilidad, falta de apoyo social, las condiciones del puesto de trabajo o determinadas situaciones personales o familiares, entre otras.

Los síntomas más característicos de este tipo de situaciones son: aceleración del ritmo cardiaco, insomnio, problemas para concentrarse, sudoración, tensión muscular o cambios de humor.

2 Objetivos

- Tener en cuenta la implementación de determinadas actividades o técnicas que favorezcan la reducción del estrés del personal que desempeña funciones dentro del ámbito sanitario.

3 Metodología

Las técnicas y medidas que se van a llevar a cabo para mejorar la calidad de vida de los trabajadores a partir de una disminución del estrés serán:
- Cambios en la dieta: Una dieta saludable, reduciendo la ingesta de sal, grasas y azúcares, al igual que la eliminación o la reducción del consumo de alcohol y tabaco, favorecerán a una reducción del estrés físico.
- Ejercicio: la actividad física es fundamental para mejorar el estrés que sufre una persona, ya que la incorporación de rutinas deportivas dentro de nuestra vida, al igual que una dieta equilibrada, harán que se reduzca el estrés físico. El ejercicio favorece a la liberación de endorfinas y serotonina, que hace que se tenga una mayor sensación de placer y bienestar.
- Relajación y meditación: favorece la disminución de la tensión muscular, las pulsaciones o los problemas de concentración, efectos del estrés.
- Terapias psicológicas: Los psicólogos llevaran a cabo técnicas cognitivas o conductuales para gestionar este tipo de situaciones, desensibilización sistemática o la inoculación de estrés por ejemplo.
- Ocio y tiempo libre: otro aspecto importante a tener en cuenta es la necesidad de tener tiempo para el disfrute personal, salir de la rutina y dedicarse tiempo a uno mismo.

4 Resultados

Al aplicar las técnicas o medidas que sean más adecuadas en cada caso, se espera que se produzca una reducción del estrés que presentaba el trabajador, previamente a la aplicación de las mismas. Esto favorecerá a una mejor calidad de vida

de los trabajadores y una mayor efectividad, mejorando la eficiencia del Servicio de Salud.

5 Discusión-Conclusión

Conocer las causas que producen el estrés y los mecanismo que nos permiten reducirlo es algo de suma importancia, tanto para los propios trabajadores como para el Servicio de Salud, ya que de esta forma podrían reducirse el número de bajas motivadas por esta situación, favoreciendo una mayor eficacia y efectividad del Servicio y trabajadores en mejores condiciones y con mayor calidad.

6 Bibliografía

- Consejo General de la Psicología en España https://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag13.htm.
- Aguado Martín, José Ignacio, Bátiz Cano, Ainhoa, & Quintana Pérez, Salomé. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. Medicina y Seguridad del Trabajo, 59(231), 259-275. https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200006.
- Benitez Leiva, Antonio; Santiago Ávila, Cristina & Zafra Delgado, Antonio. (2011). Actualización en recursos humanos. Formación y Sanidad (FYSA). Tema 11.

Capítulo 1031

INMIGRACIÓN Y SANIDAD

ISABEL MIRANDA PEÑA

OLGA ISABEL BLANCO DÍAZ

CELIA ALBA RODRÍGUEZ

MARIA JESUS MENENDEZ ALVAREZ

REBECA ALBA CRESPO

1 Introducción

España cuenta con un elevado número de población de inmigrantes, es una sociedad multicultural, dentro de un mismo territorio coexisten diferentes culturas. Según el Instituto Nacional de Estadística el crecimiento de la población de España se debió al crecimiento de la población de nacionalidad extranjera, ya que la de nacionalidad española se redujo.

El número de extranjeros en España aumentó en 285,554 personas durante 2018 hasta un total de 4,848,516 a 1 de enero de 2019. la asistencia en España para extranjeros está regulada en la Ley Orgánica sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, en la que se establece que "los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria".

Así el último real decreto–ley puesto en marcha por el Gobierno tiene como objetivo principal rescatar la sanidad universal pública y gratuita para que cualquier

persona que resida en España, ya sea nacional o extranjero, pueda acudir a un centro hospitalario en caso de padecer algún problema de salud. De esta forma, todos los inmigrantes se encuentran en igualdad de condiciones respecto a los españoles, ya dispongan de un permiso legal de residencia o no.

2 Objetivos

- Conocer las dificultades que presenta la atención sanitaria del inmigrante con idioma y cultura diferente.
- Informar sobre la formación de los profesionales para eliminar dichas barreras.

3 Metodología

Se realizan búsquedas de información utilizando palabras clave como: inmigrantes, salud, promoción de la salud, inmigrantes e idioma, comunicación. De esta forma vemos los retos a los que se enfrentan los profesionales que atienden a este tipo de población multicultural.

4 Resultados

En toda la información consultada se identifican barreras no solo lingüísticas y culturales sino también socio- económicas, así como los prejuicios por parte de los profesionales. Es necesario que el profesional desarrolle ciertas habilidades básicas así como contar con servicios de traducción y mediadores culturales para poder ofrecer una atención de calidad.

5 Discusión-Conclusión

- Los profesionales deben tener una aptitud abierta a los inmigrantes.
- Las barreras lingüísticas y culturales repercuten en la calidad de la atención prestada.
- Es necesaria la acción de la administración.

6 Bibliografía

- SCIENCEDIRECT: La utilización de los sistemas sanitarios por la población inmigrante en España.

- UC3M: La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante.
- SCIELO: Gaceta sanitaria. Temas actuales de la Salud Pública. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos.

Capítulo 1032

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La inteligencia emocional es un tema que no se ha abordado lo suficiente en el ámbito de la salud. El término Inteligencia Emocional se refiere a la capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar estados emocionales en uno mismo y en los demás. Inteligencia emocional no es ahogar las emociones, sino dirigirlas y equilibrarlas. La Inteligencia Emocional nos ayuda a entender de qué manera podemos influir de un modo adaptativo e inteligente sobre nuestras emociones como en nuestra interpretación de los estados emocionales de los demás.

Este aspecto de la dimensión psicológica humana tiene un papel fundamental tanto en nuestra manera de socializar como en las estrategias de adaptación en labores tan importantes como la prestación de servicios y cuidado de la salud de nuestros profesionales sanitarios.

2 Objetivos

Objetivos principales
- Sensibilizar a la administración sanitaria para formar a los profesionales en este campo que requiere saber cómo responder emocionalmente ante diversas situaciones y circunstancias personales y profesionales.
- Desarrollar habilidades cruciales como conocer patrones de conducta y factores desencadenantes, la regulación emocional, el manejo de conversaciones difíciles y la construcción de la empatía.

- Administrar de las emociones y establecer lo útil que es sentirse de una manera frente a cada situación.
- Contar con profesionales emocionalmente inteligentes que puedan empatizar con los pacientes, motivarlos a cambiar, trabajar en equipos interdisciplinarios y enfrentar el estrés y las demandas organizativas.

Objetivos secundarios
- Tomar conciencia de nuestras emociones.
- Lograr un mejor equilibrio emocional y profesional
- Comprender los sentimientos de los demás.
- Tolerar las presiones y frustraciones que soportamos en el trabajo.
- Acentuar nuestra capacidad de trabajar en equipo.
- Adoptar una actitud empática y social que nos brindará mayores posibilidades de desarrollo personal.
- Participar, deliberar y convivir con todos desde un ambiente armónico y de paz.

3 Metodología

- Autoconocimiento emocional (o autoconciencia emocional).
Se refiere al conocimiento de nuestros propios sentimientos y emociones y cómo nos influyen. Es importante reconocer la manera en que nuestro estado anímico afecta a nuestro comportamiento, cuáles son nuestras capacidades y cuáles son nuestros puntos débiles.
- Autocontrol emocional (o autorregulación).
El autocontrol emocional nos permite reflexionar y dominar nuestros sentimientos o emociones, para no dejarnos llevar por ellos ciegamente. Consiste en saber detectar las dinámicas emocionales, saber cuáles son efímeras y cuáles son duraderas, así como en ser conscientes de qué aspectos de una emoción podemos aprovechar y de qué manera podemos relacionarnos con nuestro entorno para restarle poder a lo que daña más de lo que nos beneficia.
- Automotivación.
Enfocar las emociones hacia objetivos y metas nos permite mantener la motivación y establecer nuestra atención en las metas en vez de en los obstáculos. En este factor es imprescindible cierto grado de optimismo e iniciativa, de modo que tenemos que valorar el ser proactivos y actuar con tesón y de forma positiva ante los imprevistos.
- Reconocimiento de emociones en los demás (o empatía).

Las relaciones interpersonales se fundamentan en la correcta interpretación de las señales que los demás expresan de forma inconsciente, y que a menudo emiten de forma no verbal. La detección de estas emociones ajenas y sus sentimientos que pueden expresar mediante signos no estrictamente lingüísticos (un gesto, una reacción fisiológica, un tic) nos puede ayudar a establecer vínculos más estrechos con los pacientes con los que nos relacionamos.
- Relaciones interpersonales (o habilidades sociales).
Una buena relación con los demás es una fuente imprescindible para nuestra felicidad personal e incluso, en muchos casos, para un buen desempeño laboral. Y esto pasa por saber tratar y comunicarse con aquellas personas que nos resultan simpáticas o cercanas, pero también con personas que no nos sugieran muy buenas vibraciones; una de las claves de la Inteligencia Emocional.

Y es que este tipo de inteligencia está muy relacionado con la Inteligencia Verbal, de manera que, en parte, se solapan entre sí. Esto puede ser debido a que parte del modo en el que experimentamos las emociones está mediado por nuestras relaciones sociales, y por nuestra manera de comprender lo que dicen los demás.

4 Resultados

Recientes investigaciones han aportado la relación positiva existente entre la inteligencia emocional, el bienestar y la salud dejando evidencias de correlaciones existentes entre los beneficios del desarrollo de la inteligencia emocional y la salud, especialmente en la mejor regulación del sistema inmunitario del individuo.

La escucha activa, la empatía, la asertividad, la cercanía, y en general una personalidad con inteligencia emocional puede ayudar en el sentimiento del paciente para sentirse entendido, escuchado, apoyado, atendido, cuidado y respectado consiguiendo un mayor nivel de compromiso, confianza en el tratamiento y su recuperación.

De manera que podemos concluir que fomentar la inteligencia emocional en el sector del ámbito sanitario verdaderamente podría ayudar de muchas maneras, como por ejemplo a:
- Mejorar la relación con pacientes (alianza terapéutica, joining, unión, etc.) en aspectos que están relacionados con la calidad del cuidado y satisfacción del paciente.
- Influir positivamente en el rendimiento y en la eficacia del proceso terapéutico.

- Mejorar la satisfacción personal y profesional que el sanitario siente a la hora de ejercer su trabajo, y por consiguiente en su implicación.
- La rehabilitación, la recuperación del paciente tendría una interacción también en relación a la inteligencia emocional del personal que le atiende.
- Muy probablemente habría una recuperación más rápida y eficaz, con menor riesgo de recaída, y una mayor autonomía. De este modo, el paciente podrá sentirse más seguro, con más herramientas y habilidades que potenciará sus recursos personales.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de profesionales en el ámbito sanitario no han recibido formación para lidiar con este entorno, por ello es necesario formar ante diversas circunstancias que se dan en el ámbito sanitario para que los profesionales sanitarios aprendan las herramientas básicas y fundamentales de gestión emocional aplicables tanto en el ámbito profesional como personal con el fin de que lleguen a reconocer la importancia de la inteligencia emocional en el ámbito sanitario como fundamental para desempeñar su labor asistencial además de conocer herramientas de regulación emocional.

De manera que la inteligencia emocional se refiere a una serie de habilidades relacionadas con el éxito en la vida, entre éstas se encuentra el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad para motivarse a sí mismo. Conocimiento de nuestras propias emociones y de cómo nos afectan. Es muy importante conocer el modo en el que el estado de ánimo influye en nuestro comportamiento, e identificar fortalezas y debilidades.

En un campo impulsado por los datos exactos, como es el campo de los cuidados de la salud, la Inteligencia Emocional se considera aún como algo secundario, a pesar de que las investigaciones corroboran su importancia como indispensable. Por ello se deben desarrollar programas de desarrollo para los estudiantes de los diversos campos de salud. Es hora de que la Inteligencia Emocional sea tratada no como un complemento o un complemento opcional, sino como una herramienta fundamental que necesitamos para hacer el trabajo de manera efectiva.

Por tanto, son momentos de dar mayor énfasis a esta relación terapéutica y a generar mayor conciencia en este sentido y en este ámbito sanitario, ya que se ha centrado muchos años en la parte de diagnóstico y tratamiento estudiando los resultados que tienen en el paciente con rigurosos estudios clínicos, dando

menor relevancia a los resultados que los mismos tratamientos pueden tener sumándoles el potencial que puede traer consigo la alianza terapéutica con la inteligencia emocional creando un vínculo con el paciente más estrecho.

6 Bibliografía

- http://riem.facmed.unam.mx/node/311
- https://psicologiaymente.com/inteligencia/inteligencia-emocional
- https://institutopsicobiologico.com/institutoweb/beneficios-de-la-inteligencia-emocional-en-el-ambito-sanitario/
-
- https://esp.6seconds.org

Capítulo 1033

LA CARA OCULTA DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS.

LORENA SUÁREZ CUENCA

1 Introducción

Mujer de avanzada edad que por diferentes causas reside en un centro gerontológico de concesión pública. Tras recibir la visita del médico del centro y ver el estado en el que se encuentra la paciente, decide mandarla al servicio de urgencias del hospital más próximo. El profesional que recibe el caso y tras realizar las pruebas pertinentes emite el siguiente diagnóstico:
Mujer de 70 años presenta fiebre alta con síntomas de desnutrición leve.
Inmediatamente el médico al observar desnutrición, pone el caso en manos del Trabajador Social, el cual tomará las medidas pertinentes, realizando las investigaciones necesarias para que la intervención sea beneficiaria para la persona.
El trabajo de los profesionales dentro de un centro geriátrico, debe estar dirigido a seguir unas pautas de observación, prestando atención a las siguientes señales, cuyos síntomas son:
-Tendencia a atragantarse al comer o al beber.
-Pérdida de peso no intencionada.
- Pérdida de masa muscular.
-Pérdida de fuerza en el músculo.
-Cansancio al realizar las tareas básica de la vida diaria.
Si el facultativo observa cualquier síntoma de alarma debe ponerlo en conocimiento del centro, de lo contrario se podría estar incurriendo en negligencia.
UNA VEZ DIAGNOSTICADO EL PROBLEMA

El tratamiento dependerá de la causa de la desnutrición, tratando primero la patología de base como causa del problema. Si hay disfagia será necesario modificar la textura de los alimentos para poder tragarlos bien. A veces la causa de que la persona mayor deje de comer puede ser debido a la ingesta de algún medicamento. Se procurará que la persona tome menos de cinco medicamentos a la vez, por eso es preciso que el facultativo revise la medicación
El ejercicio físico es fundamental para la desnutrición y los ejercicios de fuerza, resistencia, flexibilidad y equilibrio van a ayudar a no perder la masa muscular.
El facultativo que atienda el caso en primer lugar le preguntará a la persona su peso habitual, y se interesará por la talla para poder determinar el índice de masa corporal., dividiendo el peso entre la estatura elevado al cuadrado.
Se considera que las personas mayores de 70 años con un IMC inferior a 22 se encuentran en estado de desnutrición.(1).

La desnutrición es uno de los procesos más importantes en la población anciana, por eso desde los profesionales sanitarios y la comisión científica existe una concienciación cada vez mayor de mantener un buen estado nutricional en la población anciana.
Para identificar las causas de los posibles déficits nutricionales, determinar situaciones de riesgo, diseñar el plan de actuación y evaluar la efectividad de las intervenciones nutricionales, una detección precoz de la desnutrición es fundamental una adecuada valoración del estado nutricional.
En la actualidad no existe una herramienta para la valoración nutricional geriátrica de referencia, ni parámetros válido para diagnosticar la desnutrición.
En la Sociedad Geriátrica y Gerontológica, se creó un grupo de profesionales sanitarios formando un Grupo en Nutrición y Geriatría.
Para detectar situaciones de malnutrición sin recurrir a técnicas complejas se utilizará el cribado nutricional. Mediante el cual se accede a un mayor número de pacientes en el menor tiempo posible, con los recursos disponibles, identificando precozmente sujetos que requieren una valoración nutricional exhaustiva, beneficiándose de una intervención nutricional temprana.
La herramienta de cribado perfecta debe incluir:
Índice de Masa Corporal (IMC).
Cambios en la ingesta.
Pérdida involuntaria de peso.
Otra herramienta es el Mini-Nutritional Assessment (MNA), destinado fundamentalmente a la población anciana. Debe ser administrado solo por un profesional y sirve para detectar el riesgo nutricional de forma precoz.
Incluye 18 puntos agrupados en cuatro apartados:

Valoración antropométrica.
Valoración general.
Valoración dietética.
Auto-evaluación del propio estado de salud y nutrición.(2).

PREVENCIÓN
Para prevenir la desnutrición en personas mayores, se puede comenzar con buenos hábitos de alimentación, realizando cuatro comidas al día, siendo éstas equilibradas incluyendo alimentos que aporten energía como vitaminas, proteínas y minerales, vigilando siempre tanto el tránsito intestinal, como la ingesta de agua.
La dieta de un anciano sano, no difiere de la del adulto. Deberá contener menos calorías y más proteínas. Las pautas alimenticias se resumen en dar prioridad al pescado, preferentemente el azul tres veces por semana, consumir legumbres al menos tres veces al día, puñado de frutos secos a diario, el huevo frente a la carne, consumir al menos un lácteo sin azúcar al día, dar prioridad a los cereales integrales y tomar mucha fruta y verdura,. El patrón idóneo en cualquier persona es una dieta mediterránea.(1).

2 Objetivos

Objetivo general:
- Detectar conductas inadecuadas en personas mayores institucionalizadas.

Objetivo específico:
- Conocer el estado de salud de la mujer.
- Protegerla y prestarle los apoyos necesarios.
- Ofrecer atención médica y psicológica si fuese necesaria.
- Investigar si la desnutrición es por causa natural o se ha cometido mala praxis en el centro gerontológico.
- Elaborar un protocolo de valoración nutricional en geriátricos.
- Describir aspectos relacionados con la prevención, control y seguimiento de la desnutrición.
- Mejorar el estado nutricional de los pacientes en el centro gerontológico.
- Determinar situaciones de riesgo.
- Diseñar un soporte nutricional adecuado.
- Evaluar su efectividad.

3 Metodología

Desde el equipo interdisciplinar de servicios sociales trabajan codo con codo desde el trabajador social, educador, psicólogo, auxiliar administrativo. Desde atención primaria y especializada médicos, enfermeras, auxiliares…todos aquellos profesionales que fueran necesarios de cualquier institución. Se ha utilizado una metodología activa y participativa de trabajo en red con todos los profesionales involucrados en el caso.
Las técnicas utilizadas son:
- Técnicas de Investigación: entrevistas, observación directa e indirecta, visitas.
- Técnicas de Comunicación.
- Técnicas de Intervención: relación de apoyo, ayuda, acompañamiento…
- Técnicas de Coordinación: con todas las instituciones implicadas.

Las herramientas utilizadas serán:
• Siuss. Aplicación informática de servicios sociales donde se encuentra toda la información necesaria del usuario.
• Historia Social: Documento en el que se registran exhaustivamente los datos personales, familiares, sanitarios, de vivienda, económicos, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-familiar de una persona usuaria, la demanda, el diagnóstico y subsiguiente intervención y evolución de toda la situación.
• Informe Social: Dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el Trabajador Social. Su contenido se deriva a través de la observación y la entrevista donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.
• Ficha Social: Soporte documental de trabajo Social, en el que se registra la información sistematizable de la historia social.
• Informe médico y psicológico: Documento mediante el cual el médico da a conocer aspectos médicos relacionados con las enfermedades que sufre y los métodos diagnósticos y terapeúticos que utiliza.
• Hoja de seguimiento: Instrumento cuya finalidad es la de seguir la evaluación y los cambios seguidos en la realidad atendida.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA
Se ha accedido a fuentes de información a través del buscador Google, combinando descriptores, además de tesauros de referencia de Ciencias de la Salud

DeCS y Mesh accediendo principalmente a Pubmed y Medline.

Los descriptores utilizados fueron: Desnutrición, Malnutrición, Ancianidad, IMC, MNA.
La búsqueda no ha presentado barreras ideomáticas, accediendo a la información tanto en inglés cómo en español.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
- Criterios de inclusión de fuentes documentales: publicaciones científicas que contengan información sobre la desnutrición en la ancianidad.

- Criterios de exclusión de fuentes documentales: después de leer muchos artículos, deseché toda aquella información gris que bajo mi punto de vista no aportaba gran cosa.

4 Resultados

Teniendo en cuenta los datos con los que contamos, el trabajador social realizará un diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación del proceso, teniendo en cuenta tanto aspectos intrínsecos como extrínsecos. Desde el diagnóstico, elaboraremos un juicio técnico y un pronóstico, procurando ajustarnos lo más posible a la realidad del paciente.

Pasaremos a planificar la actuación diseñando una estrategia de acción profesional, elaborando un programa individual de atención. Pasando a detallar los objetivos generales, específicos, las actuaciones y recursos. Ejecutaremos el Plan de Trabajo en los plazos que se establezcan, siendo flexibles a la hora de asumir alteraciones que pueda sufrir el desarrollo del caso, observando la implicación de cada persona implicada. Se realizarán reuniones de seguimiento del caso con todos los profesionales implicados. Por último, la evaluación se realizará a lo largo de todo el proceso, tomando como referencia los objetivos establecidos en la planificación.

Finalmente se realizará seguimiento con el equipo implicado de forma periódica hasta que se consiga la total normalización de la situación. La desnutrición sigue siendo un problema muy importante de salud pública, a pesar de los importantes avances médicos y altamente prevalente en los países desarrollados.

Un apoyo nutricional adecuado y una identificación a tiempo, pueden detener

la trayectoria o ayudar a revertir los efectos negativos asociados a un mal estado nutricional. Por lo que es recomendado realizar una evaluación nutricional, para detectar los casos de desnutrición proteico-energética (PEM), o en riesgo de desnutrición.

En ancianos con PEM, el asesoramiento dietético y los suplementos nutricionales orales, pueden hacer aumentar la ingesta alimentaria, mejorando la calidad de vida de los mismos.(3).

La población de personas mayores está creciendo y es sabido que muchos de los problemas de salud están directamente relacionados con la ingesta nutricional, por lo que tanto las discapacidades físicas como mentales en ancianos van a necesitar adaptaciones específicas a los métodos de evaluación dietética. Aunque la sub-información del consumo de energía es común en la dieta, los enfoques de autoinforme incluyen errores aleatorios y sistemáticos.

Debido a problemas de incontinencia en pacientes de avanzada edad, los biomarcadores en la ingesta de proteínas, como el nitrógeno urinario de 24 horas, a veces no son útiles. Cobran especial importancia algunos micronutrientes como la vitamina B12 en personas mayores.

Otro factor muy importante en esta edad, es la medición en la ingesta de líquidos, ya que los ancianos tienden a la deshidratación. En los geriátricos el estado de desnutrición debe incluirse en la historia y evaluación de cada paciente de forma detallada.

Es muy importante evaluar el estado funcional, ya que el índice de masa corporal no es útil en los ancianos, por lo que se puede utilizar la fuerza de la empuñadura mediante, dinamometría manual, utilizando la velocidad de la marcha.(4).

Para poder optar por una buena salud es muy importante mantener un estilo de vida saludable, donde la alimentación y el ejercicio físico sea vital.

Para minimizar el riesgo a desarrollar enfermedades como pueden ser las enfermedades cardiovasculares, la diabetes o el cáncer, el enfoque de la nutrición se encuentra en las dietas saludables. Sin embargo a medida que nuestro cuerpo va envejeciendo las prioridades de nutrición varían y necesitamos menos energía para satisfacer mayores necesidades de nutrientes, minimizando la pérdida de masa muscular.

Hay muchas causas de desnutrición en las personas mayores, que conducen al agotamiento muscular, como es la caquexia, sarcopenia y la inanición (desnutrición proteica-energética).
La permanencia de la desnutrición proteico-energética aumenta con el número de comorbilidades (trastorno causado por sustancia psicoactiva y un trastorno psiquiátrico) y también aumenta con la edad.
Las personas mayores deberían someterse a pruebas para detectar problemas nutricionales en el ingreso a hospitales u hogares de cuidado, en el momento del diagnóstico, y durante el seguimiento en clínicas de medicina general o consultas externas a intervalos regulares dependiendo del estado clínico. Existen muchas herramientas de detección simples y válidas para detectar la desnutrición como son: MST, MNA-SF y DEBE.
Una identificación y un tratamiento a tiempo, puede conducir a muy buenos resultado y una muy buena calidad de vida.(5).

PROBLEMAS CAUSADOS POR LA DESNUTRICIÓN EN MAYORES
Los problemas de salud asociados a la desnutrición pueden acarrear diferentes problemas de salud como pueden ser:
- Que se debilite el sistema inmunitario, aumentado el riego de contraer infecciones.
- Que las heridas no cicatricen bien.
- Que se produzcan caídas y fracturas, debido a una disminución de la masa ósea y debilidad muscular.
- Que los ingresos hospitalarios sean más frecuentes.
- Que se tenga mayor riesgo a morir.
- Todo esto acompañado de la falta de apetito y desinterés por la comida, por lo que se agrava aún más la situación.

Si en un centro gerontológico después de una exhaustiva inspección no se ven indicios de negligencia por parte del mismo, los problemas de desnutrición en personas mayores pueden ser debido a otras situaciones, por lo que se deberá presta atención a las siguientes señales:

PRESTAR ATENCIÓN A LOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN:cuando un familiar permanece en un centro gerontológico es muy importante que la familia vaya a visitarle y sobre todo a la hora de las comidas.

VIGILAR SI LA PERSONA ADELGAZA:esta atento si la persona sufre cambios

en el cuerpo y si le sirve la ropa o por lo contrario le queda grande.

VIGILAR OTRAS SEÑALES DE ALERTA:además del evidente problema de peso, la desnutrición puede causar una mala cicatrización de las heridas, caídas debido a la debilidad y problemas dentales.

CONTROLAR LA MEDICACIÓN: ya que muchas veces las causas de desnutrición pueden provenir de la ingesta de algunos medicamentos que afectan al apetito, a la absorción de nutrientes y a la digestión.(6).

5 Discusión-Conclusión

Ya lo dijo hace muchos años el filósofo y antropólogo Alemán Ludwig Feuerbach "El hombre es lo que come", más conocida hoy en día como: "Somos lo que comemos". No puedo esta más de acuerdo. La alimentación además de prevenir enfermedades, nos va a ayudar a mantener nuestro organismo sano, joven y fuerte, haciéndonos sentir con más energía.

Llevar una vida saludable es un factor esencial para mantener una buena calidad de vida, siendo fundamental una alimentación rica en nutrientes (grasas, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales). La práctica de un deporte de manera habitual y mesurada previene problemas de salud tanto física como mental y ayuda a mantener un peso corporal saludable.

El creciente peso de la población mayor, es uno de los cambios más significativos que se han producido en la segunda mitad del siglo XX. La población cada vez está más envejecida debido a que la esperanza de vida es mucho mayor y al descenso de la natalidad infantil. Dentro de unos años la población de más de 60 años se duplicará. Por lo que la ancianidad es un tema que nos atañe a todos, puesto que todos vamos a llegar a ella de un modo u otro.

Cada día se ven más centros residenciales para personas mayores, cuya misión es un centro de carácter social que ofrece alojamiento, convivencia y atención integral de forma temporal o permanente tanto públicos como privados.

Dentro de los centros gerontológicos lo que se debe buscar es que el anciano alcance la mayor autonomía posible junto con unos niveles de auto-cuidaos desde una visión bio-psico-social. La gran mayoría son centros espaciosos y bien atendidos, pero todavía existen muchas residencias viejas, mal adaptadas e ilegales.

Por desgracia no en todas las residencias se cumplen las normativas de calidad e higiene de la Comunidad Autónoma correspondiente (procesos, protocolos, proyectos, indicadores de calidad, manuales de buena práctica, registros…). Por lo que debería de haber una aplicación efectiva de medidas sancionadoras y sobre todo agilidad a la hora de determinar el cierre si no se cumple con la normativa.

En la actualidad, en España la desnutrición en ancianos ronda el 30%, si lo asociamos a los cambios de patrones alimenticios, a enfermedades tanto crónicas como agudas, a la esperanza de vida y a una nutrición inadecuada. Por lo que hay que asegurarse bien en el anciano institucionalizado si esa causa de desnutrición se produce por una patología propia del anciano o por el contrario por una mala praxis hospitalaria. Desde servicios sociales se harán todas las investigaciones necesarias desde todas las áreas para realizar una buena intervención.

La malnutrición/desnutrición en la ancianidad se define como una enfermedad en sí misma, como resultado de una inadecuada nutrición. La desnutrición es característica de cualquier edad, pero se acentúa más en colectivos vulnerables como niños y ancianos, sobre todo en estos últimos, pudiendo ocasionar muchos problemas de salud.

Los ancianos son el grupo de riesgo con mayor problemas, tanto por el envejecimiento propio como por otros factores asociados como; cambios físiológicos(alteración de los órganos sensoriales, alteración de la deglución y masticación…), psíquicos, sociales y económicos.

Hoy en día se cuenta con muchas herramientas hospitalarias de cribado para detectar si un anciano está desnutrido, como el peso, el IMC, pero como instrumento más específico para una valoración nutricional del anciano frágil está el Mini Mental Nutritional Assessment (MNA), ya que es fiable, útil y sencillo y capaz de identificar a los ancianos con mayor riesgo de desnutrición en el hospital con un mínimo entrenamiento.
A parte de estos sistemas de cribado, hay una cosa fundamental común a todas las enfermedades que se llama prevención. La prevención de la desnutrición en la ancianidad, se inicia con una buena educación nutricional, a través de programas para concienciar a nuestros mayores sobre la importancia de una buena alimentación.

Me parece de especial importancia cuando tenemos algún familiar institucionalizado, no dejar de ir a visitarle y observar si su estado físico ha cambiado, su comportamiento y sobre todo el de los profesionales que trabajan en la institu-

ción. Ya no tanto en el saber sino en el ser, si son cercanos con los pacientes y si les tratan con cariño, porque al final las personas mayores solo quieren un poco de atención y cariño. Procurar hablar mucho con el familiar y sobre todo permanecer a la hora de las comidas para poder controlar si los alimentos que ingieren son de calidad y si están en buen estado.

Una vez diagnosticado un problema de desnutrición en cualquiera de sus grados, se pautará el tratamiento adecuado a cada enfermo, centrándose en los requerimientos nutricionales, intentando siempre como primera opción la vía oral y como última la vía parenteral y los fármacos.

6 Bibliografía

1.Www.cuidateplus.marca.com
2.María Alicia Camina-Martina, Beatriz de Mateo-Sillerasa, Vicenzo Malafarinab, Rosa López-Mongilc, Virtudes Miño-Martín, José Antonio López-Trigoe, María Paz Redondo-del-Ríoa. Valoración del estado nutricional en geriatría. 2016:51:52-57.doi: 10.1016/j.regg.2015.07.007.
3. Guyonnet S, Rolland Y.Screening for Malnutrition in Older People.Clin Geriatr Med. 2015 Aug;31(3):429-37. doi: 10.1016/j.cger.2015.04.009.
4. Riobó Serván P, Sierra Poyatos R, Soldo Rodríguez J, Gómez-Candela C, García Luna PP, Serra-Majem L.Special considerations for nutritional studies in elderly.
AULA MEDICA EDICIONES 2015 Feb 26;31 Suppl 3:84-90. doi: 10.3305/nh.2015.31.sup3.8756.
5. Agarwal E, Miller M, Yaxley A, Isenring E. Malnutrition in the elderly: a narrative review. Maturitas. 2013 Dec;76(4):296-302. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.07.013.
6. Www.mayoclinic.org

Capítulo 1034

CONOCIENDO LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO

VANESA SUAREZ MENDEZ

SILVIA BENAVIDES DIEZ

RAUL MONTESERIN FERNANDEZ

1 Introducción

Denominamos paciente a "la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud", y usuario a "la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria", según las definiciones legales incluidas en la Ley 14/2002 básica reguladora de la Autonomía del Paciente (art.3, cap. 1, "Principios Generales"); asociados a uno y otro, existen una serie de derechos y deberes, y establecerlos y hacerlos cumplir será la mayor de las garantías para una asistencia sanitaria de calidad. Tanto los derechos como los deberes que les son inherentes están reconocidos por una amplia normativa legal en España, empezando por la propia Constitución de 1978, que establece en su art. 43 el derecho a la protección de la salud, y siguiendo

por la Ley 14/1986 General de Sanidad (en adelante, LGS), que vino a desarrollar tal artículo por extenso, y fue la pionera en introducir las bases en la materia que nos ocupa al enunciar en sus arts. 10 y 11 (cap. 1, "De los principios generales", Título I, "Del sistema de salud") los principales derechos (señala 15) y deberes (establece 4) que asisten a pacientes y usuarios en relación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Por su valor histórico de introducción, y porque marca el camino posterior a seguir (incluida la tendencia a que los derechos sean cuantitativamente muchos más que los deberes), los reseñamos también en esta nuestra introducción:

.- DERECHO a: Respetarse su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que quepa discriminación por razón alguna ; A ser informado sobre cómo acceder a los servicios sanitarios y los requisitos necesarios; A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en centros; A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéutica aplicados puedan utilizarse en función de un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso comportarán peligro adicional para su salud y siendo necesaria previa autorización por escrito; A una información completa y comprensible, verbal y escrita, sobre su proceso, incluidos diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamientos; A la libre elección entre las opciones médicas que le presenten(con excepciones), y con previo consentimiento ; A serle asignado un médico y conocer su nombre; A certificados acreditativos de su estado de salud; A negarse al tratamiento(salvo en determinadas situaciones), y debiendo para ello solicitar el alta voluntaria; A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias; A un informe de alta al finalizar la estancia hospitalaria, quedando constancia por escrito de todo su proceso; A utilizar las vías de reclamación y sugerencias en los plazos previstos; A la libre elección de médico; A la obtención de medicamentos y productos sanitarios necesarios para su sanación.

.- DEBER de: Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población ,y las específicas determinadas por los servicios sanitarios; Cuidar las instalaciones y colaborar para mantener la habitabilidad de las instituciones sanitarias; Responsabilizarse de usar adecuadamente las prestaciones sanitarias, sobre todo en lo referente a la utilización de servicios, procedimientos de baja temporal ó incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales; Firmar el documento de alta voluntaria (vid. foto) en los casos de no aceptación del tratamiento y, de negarse a ello, la dirección del centro puede proceder, a propuesta del facultativo, a un alta forzosa.

2 Objetivos

Inicialmente, señalar de forma genérica algunos de los derechos y deberes más importantes que tienen los pacientes y usuarios de los Servicios de Salud en España, relacionándolos con el marco regulatorio legal en el que se inscriben.
Seguidamente, detallar de forma específica los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud del Principado de Asturias (SESPA), por ser la comunidad autónoma donde vive y trabaja la parte autora del presente capítulo.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, a través del buscador Google Académico, de estudios, informes monográficos y artículos autorizados en la materia, así como publicaciones de interés socio-sanitario procesadas en bases de datos como Pubmed y Scielo.

Descriptores usados: "derechos pacientes", "usuarios servicios salud", "deberes pacientes y usuarios", "pacientes y usuarios del Sespa". Asimismo, se consultaron portales de salud nacionales y autonómicos, y se revisó a través del Boletín Oficial del Estado (BOE) toda la legislación española vigente en materia de derechos y deberes de pacientes y usuarios del sistema sanitario público .

4 Resultados

La Ley 14/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante, LAP) tiró del hilo dejado por la LGS en sus arts. 10 y 11, profundizándolo e implementándolo, y tejió con él los resultados más sólidos que se puedan aportar en materia de derechos y deberes para el paciente usuario de la Sanidad española. Tomará al paciente y su libertad individual como eje protagonista del proceso sanitario, y centrará su interés en la voluntad de humanización de los servicios sanitarios, con un respeto máximo a la dignidad de la persona, a la autonomía de su voluntad y a su intimidad. Exactamente, la LAP tiene por objeto "la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación

clínica".

La LAP hace recaer la mayor parte de las obligaciones en los profesionales (deber de informar; deber de prestar correctamente los servicios y técnicas; deber de respetar las decisiones adoptadas voluntaria y libremente por el paciente; deber de mantener la debida reserva o confidencialidad..) , en la dirección de los centros sanitarios y en los centros mismos (deber de adoptar las medidas necesarias para garantizar el carácter confidencial de los datos , para proteger las historias clínicas y también para acceder a ellas con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública o por motivos de docencia o investigación; deber de archivar, conservar y custodiar diligentemente toda la documentación clínica) , siendo prácticamente solo uno el deber principal del paciente y usuario, y es el siguiente: facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

Los DERECHOS, como contrapartida, son muchísimos. Podemos articularlos en torno a varios bloques temáticos:
1.- Derechos relativos a la información.
1.1 Información sanitaria:
1.1.1 Información sanitaria asistencial:
El paciente/usuario tiene derecho a recibir (generalmente, de forma verbal) toda la información disponible con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud(salvo excepciones, como el "estado de necesidad terapéutica"), pues él es el titular de la misma(y, cuando lo permita de manera expresa o tácita, también podrán ser informadas las personas familiares o vinculadas a él de hecho). Habrá de recibirla por el médico responsable en términos precisos, verdaderos y comprensibles, de forma que le ayude a tomar decisiones posteriores (otro derecho: a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles). Asimismo, tiene también el derecho a no conocer, respetando así su voluntad de no ser informado, extremo éste que habrá de dejarse documentado.
1.1.2 Información sanitaria epidemiológica:
Se reconoce el derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad, cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual.
1.2 Información en el Sistema Nacional de Salud:
Los pacientes y usuarios del SNS tienen derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, sobre su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

1.3 Información para la elección de médico y de centro:
Derecho a recibir la información previa correspondiente (incluso puede concertarse cita) para poder elegir libremente médico y centro, tanto en Atención Primaria como Especializada.
2.- Derecho a la intimidad y confidencialidad
Derecho a la intimidad del paciente como persona, y, correlativamente, derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud (datos especialmente sensibles), sin que nadie pueda acceder a ellos, salvo excepciones autorizadas previamente por ley. Todas las personas que elaboren o tengan acceso a la documentación clínica (médicos, personal administrativo en el ejercicio de sus funciones, etc) estarán obligadas a guardar la debida reserva o sigilo profesional; de hecho, es un deber del personal estatutario codificado en la Ley 55/2003 de Estatuto Marco, tipificándose el quebranto de la confidencialidad como falta muy grave.
3.-Derechos relativos al respeto de la autonomía del paciente
3.1 Consentimiento informado:
Viene a definirse legalmente como la conformidad libre, voluntaria y consciente que el paciente/usuario ha de dar prácticamente siempre (hay salvedades) y, generalmente, verbal(es escrita para intervenciones o bien técnicas invasoras), de forma expresa ó por representación (caso de menores, incapacitados legalmente, etc), tras recibir la información médica adecuada y antes de que tenga lugar una actuación que afecte a su salud. Tiene derecho a dar ese consentimiento, pero también a revocarlo en cualquier momento, y siempre por escrito.
3.2 Instrucciones previas:
Es el derecho que tienen los pacientes (de forma expresa o a través un intermediario que hará las veces de interlocutor), a dejar constancia escrita a través de un documento (siendo mayores de edad, capaces y libres) de sus deseos, expresando anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento de su salud para cuando ya no estén en facultades de poder hacerlo, así como el destino que quieren dar a su cuerpo o a sus órganos (donación). Tiene también el derecho a revocarlo en cualquier momento, y siempre por escrito.
4.- Derechos relativos a la historia y documentación clínicas; otros derechos
• El usuario tiene derecho a acceder a su historia clínica (guardándose algunos límites: caso de pacientes fallecidos, etc), él mismo o a través de representante, y a obtener una copia de los datos que figuran en ella
• Derecho a que los centros sanitarios conserven la documentación clínica generada de forma correcta y segura, evitando su deterioro o una pérdida accidental, y a que sea custodiada por la dirección de los mismos

• Derecho a firmar el alta voluntaria cuando se practica el derecho previo de negarse a recibir tratamiento
• Derecho a recibir certificados médicos acreditativos de su estado de salud, y gratuitos
• Derecho para el paciente, pero también para el familiar o persona vinculada de hecho, a recibir un informe de alta médica al finalizar su estancia hospitalaria
Por lo que respecta, en particular, a las personas residentes en Asturias, sus derechos y deberes sanitarios están protegidos por un marco legal muy amplio, que incluye el general estatal nombrado hasta aquí (Ley General de Sanidad, Ley de Autonomía del Paciente…),como parte que somos del territorio nacional, y el específico que marcan las normas propias de la Autonomía, con especial mención de la hoy vigente y nueva Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud (vid. infra, consideraciones de interés)
Reproducimos, a continuación, la carta de:
.- Derechos y Deberes de los usuarios del Sistema Sanitario Público Asturiano
Todo paciente ó usuario tiene DERECHO a:
1.- Recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios disponibles.
2.- Respetarse su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral o ideológico.
3.- La confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, incluido el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible.
4.- Recibir información completa, verbal y escrita, en todo lo relativo a su estado de salud, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.
5.- La libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los siguientes casos: Cuando la urgencia no permita demoras. Cuando el no seguir el tratamiento suponga un riesgo para la salud pública. Cuando exista imperativo legal. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares ó personas legalmente responsables.
6.- Negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto 5.
7.- Que le asignen un médico, cuyo nombre deberá conocer y que será el responsable de atenderle cuando tenga problemas de salud.

8.- Que quede constancia por escrito de todo su proceso; esta información y las pruebas realizadas constituyen la Historia Clínica.
9.- Que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos sin una información sobre métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico de los principios básicos y normas que establece la Declaración de Helsinki. Las actividades docentes requerirán, asimismo, consentimiento expreso del paciente.
10.- Un correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos y a que la estructura de la institución proporcione unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.
11.- Recibir cuanta información desee sobre los aspectos de las actividades asistenciales que afecten a su proceso y situación personales.
12.- Conocer los cauces formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y, en general, para comunicarse con la administración de las instituciones. Tiene derecho, asimismo, a recibir una respuesta por escrito.
13.- Que las instituciones sanitarias proporcionen: Una asistencia técnica correcta con personal cualificado. Un aprovechamiento máximo de los medios disponibles. Una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.
Todo paciente ó usuario tiene el DEBER de:
1.- Colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las instituciones sanitarias.
2.- Tratar con el máximo respeto al personal de las instituciones sanitarias, los otros enfermos y sus acompañantes.
3.- Solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la institución y los canales de comunicación (quejas, sugerencias, reclamaciones y preguntas). Debe conocer el nombre del médico.
4.-Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
5.- Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente de baja laboral ó incapacidad permanente, y prestaciones farmacéuticas y sociales.
6.- Utilizar las vías de reclamación y sugerencias.
7.- Exigir que se cumplan sus Derechos.
Específicamente para el caso de los Servicios de Salud del Principado de Asturias (SESPA), queremos destacar algunas consideraciones de interés en materia de derechos y deberes que extraemos de la reciente Ley 7/2019 de Salud asturiana:
- La Ley del Principado de Asturias de Salud viene a blindar aún más, con sus medidas, la autonomía de decisión del enfermo y sus derechos a la intimidad y

a la transparencia de la información, continuando la línea que marcó la norma básica nacional Ley 14/2002(vid. supra. Resultados)

- No solo se mantiene el derecho a la libre elección de médico y de centro (tanto en atención primaria como hospitalaria), sino que los pacientes deberán ser además informados y consentir la presencia de estudiantes en prácticas de Ciencias de la Salud durante el acto clínico. Su derecho a la confidencialidad va más allá de la mera protección de datos referida a género, creencias, ideología u orientación sexual y se hace extensivo al genoma.
- Los usuarios incluso tendrán derecho a conocer los tiempos de espera para recibir asistencia desde el momento en que piden cita, y saber así a qué demoras se enfrentan, así como derecho a conocer los resultados asistenciales y los indicadores de calidad de cada centro o servicio.
- Se regula, asimismo, otro aspecto que en ocasiones resulta polémico en la gestión del día a día, como es el acompañamiento en los hospitales y centros sanitarios del SESPA: los menores de edad, ancianos, personas discapacitadas, parturientas, enfermos mentales y pacientes terminales tendrán derecho a tener acompañante. A su vez, las gestantes que ingresen para dar a luz, podrán demandar un plan de partos individualizado y consensuado previamente.
- El texto legal no es ajeno al nuevo perfil de paciente usuario asturiano que dibuja la demografía actual de la región, y va en alza: paciente de edad cada vez más avanzada, con varios procesos de carácter crónico e incluso con un alto riesgo social; de ahí que se apueste por reforzar el "papel nuclear" de la Atención Primaria, el trabajo multidisciplinar y la cooperación de los servicios sanitarios con los sociales.
- Asimismo, contempla la figura del paciente empoderado, aquél que quiere ser parte activa de las decisiones que afectan a su salud, y que reclama más responsabilidad y voz. De hecho, y como gran novedad, esta ley creará el Consejo de Pacientes del Principado, un órgano destinado a promover la participación institucional de los pacientes en el sistema público. En él estarán representadas las diferentes asociaciones y organizaciones de los enfermos de la región.

5 Discusión-Conclusión

Se constata que la figura del paciente-usuario aparece ampliamente recogida en la legislación española y en la autonómica, normativas que se han ido adaptando también de alguna manera a él, conscientes de su necesaria modernización. El paciente usuario es una figura que ha ido evolucionando con las décadas, así como su forma de relacionarse con los profesionales de la Sanidad y de participar en

el proceso de la toma de decisiones sobre su enfermedad, de manera que el perfil de paciente considerado tradicionalmente como mero receptor de las decisiones que el médico y demás personal tomaban unilateralmente sobre él ha ido dando paso a otro perfil de paciente convertido en un agente de derechos bien definido y con una amplia capacidad de decidir sobre sí mismo; de mero espectador, ha pasado a ser protagonista y corresponsable de su propio proceso, y la legislación en materia de derechos y obligaciones que le ampara no podía dejar de ser ajena a ello.

Se concluye, asimismo, que es fundamental conocer, como pacientes y usuarios que somos de los servicios de salud, aquellos derechos y deberes que nos son propios, a fin de sentirnos protegidos y vinculados de forma responsable con el medio sanitario; pero, también, es no menos importante conocerlos desde dentro, como profesionales de la Sanidad, a fin de instruir y orientar sobre los mismos a aquellos a quienes prestamos servicios; cuando lo hacemos, se optimiza la relación de pacientes y usuarios con el personal que les atiende (celadores, auxiliares administrativos, etc) y con las propias instituciones sanitarias, mejorando la percepción en términos de calidad que sobre ellas y sobre nosotros pudieran tener, y el sistema, en suma, se vuelve más humano, eficiente y satisfactorio para todos. Conocer de primera mano, o a través de intermediarios como podemos ser nosotros en nuestro trabajo, los derechos que todo ciudadano tiene como paciente/usuario es garantía de poder defenderlos tanto por el bien individual como por el del propio sistema de asistencia, que será más eficaz; igualmente, con los deberes, que les ayudarán a ser más conscientes y responsables. En este sentido, y en mor de constatar la transparencia y accesibilidad, es importante señalar dos detalles observados por la parte firmante del presente capítulo:

• Que en el Servicio de Atención al Paciente de los servicios de salud asturianos (atención primaria y atención especializada) está, a disposición de los usuarios, una copia de la Ley 41/2002, y a ella debemos remitirles ante cualquier demanda o duda que pudieran tener sobre los derechos y deberes que les asisten.

• Que, asimismo, y en cumplimiento del art.12.2 (“Información en el Sistema Nacional de Salud”), Capítulo IV(“El respeto de la autonomía del paciente”) de la citada LAP, según el cual, “Los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en los que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos”, además de que se “facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones”, tanto en centros de atención primaria como en centros hospitalarios exis-

ten tales cartas (son distintas, según los centros, pero todas ellas tienen en común el venir a extractar algunos de los derechos y deberes más relevantes según legislación vigente comentada hasta aquí) y están a la vista de los ciudadanos y bien accesibles para su lectura, colocadas en las paredes de las salas de espera de Urgencias, de las plantas de hospitalización, etc, como bien ha podido comprobar y fotografiar esta parte en su trabajo diario (vid. foto de carta de Derechos y Deberes de los pacientes en el Hospital Universitario de Cabueñes, en Gijón, Área V). Y algo se repite siempre en estos decálogos: cuantitativamente, es mucho mayor el número de derechos que el de deberes, reducidos a unos mínimos.

6 Bibliografía

1.- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, arts. 10 y 11(por cuanto establece los principios generales en la materia que nos ocupa)
2.- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (por cuanto desarrolla ampliamente los principios generales enunciados en la Ley 14/86 y profundiza en otros nuevos que incorpora)
3.- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (en cuanto que desarrolla la ordenación y coordinación de las actividades sanitarias y prestaciones a las que se tendrá derecho en el conjunto del territorio nacional)
4.-Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación d Dependencia
5.- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal (BOE núm. 40, de 15 de febrero de 2007) (por cuanto da referencia reglamentaria a uno de los derechos básicos como pacientes: voluntades anticipadas y testamento vital)
6.- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
7.- Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud (por cuanto establece novedades adicionales en la materia de derechos y deberes para los pacientes asturianos, y deroga la hasta ahora vigente Ley 1/1992, de 2 de julio, del SESPA)
.- Fuentes restantes:
1.- Derechos de los pacientes- MSD Salud, pdf. Disponible en https://www.msdsalud.es/informacion-practica/derecho-pacientes.html

2.- Derechos del paciente: marco legal, Organización de Consumidores y Usuarios. Disponible en https://www.ocu.org/salud/derechos-paciente/informe/derechos-paciente
3.- Los principales derechos de los pacientes en España, blog reclamador.es. Disponible en https://www.reclamador.es/blog/derechos-de-los-pacientes/
4.- Derechos y deberes de los usuarios de la Sanidad, Portal de Salud del Principado de Asturias (ASTURSALUD), 30 de marzo de 2017. Disponible en https://www.astursalud.es/categorias/-/categorias/ciudadania/01000derechos-y-cartera-de-servicios/02000derechos-y-deberes
5- Carta de derechos y deberes del ciudadano en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Portal ASTURSALUD, 11 de enero de 2017. Disponible en https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/carta-de-derechos-y-deberes-del-ciudadano-en-el-hospital-universitario-central-de-asturias
6.- El paciente acompañado, revista EVIDENCIA on line, pdf. Disponible en https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=2881
7.- BARCIA, D., Los derechos de los enfermos. Boletín de Psicología.1988; 19; 3-31
8.- HERRANZ, G., Comentarios al código de ética y deontología médica. Eunsa. Pamplona, 1992
9.- LÓPEZ CURTO, Sonsoles, Legislación Sanidad, Manual/Temario Específico para la preparación de las oposiciones de celadores para todos los servicios de salud de las diferentes CCAA, 2019. Disponible enhttp://celadoresonline.blogspot.com/

Capítulo 1035

PERSONAL ADMINISTRATIVO ANTE LA NORMATIVA DE PROTECCIÓN DE DATOS.

MARÍA LUISA PÉREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Todo paciente tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud.
La protección de Datos personales es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulado por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se derogó la Directiva 95/46/CE (RGPD) que entró en vigor en mayo de 2018 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD)
Esta normativa afecta a los profesionales que operan en el sector sanitario, a las clínicas, a los hospitales, a los centros médicos y a las instituciones sanitarias.
En el caso particular de la sanidad, la normativa en protección de datos se complementa con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, la cual se encarga de regular los derechos y las obligaciones en materia de información y documentación clínica en la que se regula su historial.

Resultados.

En primer lugar, conviene tener claros los conceptos de:
- Historia clínica: Es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial.
- Datos relativos a la salud: El RGPD los define de la siguiente manera: Datos personales relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud.

Por lo trascendental que puede tener este tipo de datos para la privacidad del interesado, el RGPD, da a este tipo de datos el adjetivo de Especialmente Protegidos, lo cual hace que se deban cumplir una serie de condiciones adicionales para su tratamiento conforme a la normativa.
Una vez aclarado esto vamos a los principios que ha de regir, según la normativa, el tratamiento de esos datos relativos a la salud y especialmente protegidos:

Consentimiento.
La principal bases legal para el tratamiento de este tipo de datos la encontramos en el artículo 9 del RGPD y es el consentimiento. Según la nueva normativa europea, este deberá ser explícito y recogido por escrito.

Calidad de los datos.
Se recogerá los datos de los pacientes siempre que sean adecuados, veraces y pertinentes. La información sanitaria, de acuerdo con el artículo 4 de la LOPDGDD, no puede recopilarse de forma desleal, fraudulenta o ilícita puesto que la recogida y el tratamiento de datos de salud persiguen una finalidad principal muy clara plasmada en la propia finalidad de la historia clínica: garantizar una asistencia adecuada al paciente.
La información trascendental para la asistencia sanitaria ha de contar, como mínimo, con los siguientes datos:
• Documentación referida a la hoja clínico-estadística.
• Autorización de ingreso.
• Informe de urgencia.
• Exploración física.
• Evolución.
• Órdenes médicas.
• Hoja de interconsulta.
• Informes de exploración complementaria.
• Consentimiento informado.
• Informe de anestesia.

• Informe de quirófano o de registro del parto.
• Dosier de anatomía patológica.
• Evolución y planificación de cuidados de enfermería.
• Aplicación terapéutica de enfermería.

INFORMACIÓN
Los pacientes deben ser informados en todo momento de:
• Existencia de estos ficheros.
• Finalidad del mismo.
• Posibles destinatarios de la información.
• Identidad y dirección del responsable del mantenimiento del mismo.
• Posibilidad del ejercicio de sus derechos.
Es obligatorio en cada centro sanitario la existencia de una hoja de información al paciente en la que le solicita su autorización para el tratamiento de sus datos, en ella se recogen, entre otros:
• Nombre del profesional y del centro donde ha sido atendido el paciente.
• Propósitos de la petición.
• Expresa conformidad de publicación del caso clínico en publicaciones científicas dirigidas a profesionales de la salud.
• Nombre del paciente.
• Documento de identidad o pasaporte y su firma autorizando expresamente que se utilicen los datos de su historia clínica en las condiciones que se describen en el informe.

Confidencialidad.
El secreto profesional es de obligatorio cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente. Incluso cuando la relación que vincule a las partes haya finalizado. Se obliga a los centros médicos a adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y el procedimiento legal de acceso.

Nuevas medidas del RGPD.
Medidas organizativas y de seguridad.
La nueva normativa ya no establece las medidas de seguridad por niveles, si no que prevé que se apliquen medidas en función del riesgo que puedan ocurrir en el tratamiento de los datos
Por lo tanto, atendiendo a esto, en el caso del tratamiento de datos de salud el nivel del riesgo es enorme, por lo que habrá que diseñar unas medidas organizativas y de seguridad conforme a dicho riesgo.

Evaluación de Impacto.

La evaluación de impacto es un análisis del riesgo cuyo objetivo es permitir a los responsables del tratamiento tomar medidas adecuadas para reducir dichos riesgos (minimizar la probabilidad de su materialización y las consecuencias negativas para los interesados).
Asimismo, las medidas de seguridad y los protocolos que se deban llevar a cabo han de plasmarse en un Documento de Seguridad. Dicho documento deberá estar siempre a disposición de la Agencia Española de Protección de Datos para su consulta si así lo requiriera.
Registro de las actividades de tratamiento
Los responsables y los encargados están obligados (siempre en los casos de tratamientos de datos de salud, genéticos o biométricos con independencia de emplear o no a más o menos de 250 personas), a mantener un registro de las actividades de tratamiento que realicen.
Este registro debe de contener al menos los siguientes datos:
• Identificación y datos de contacto del responsable, corresponsable, representante y delegado de protección de datos.
• Fines del tratamiento.
• Descripción de categorías de interesados y datos.
• Categorías de destinatarios existentes o previstos (inclusive en terceros países u organizaciones internacionales).
• Transferencias internacionales de datos y documentación de garantías para transferencias de datos internacionales exceptuadas sobre base de intereses legítimos imperiosos.

Por último y tras el análisis de la normativa algunos datos más a tener en cuenta:

- Respecto a la conservación se establece un plazo de al menos cinco años contados desde el alta de cada proceso asistencial. Por tanto, cuando un paciente reciba el alta o por cualquier motivo deje de asistir al centro hospitalario, no se puede proceder a eliminar sus datos ya que existe una obligación de custodia de la historia clínica.

Igualmente ocurriría en el caso de que el paciente solicitara la cancelación de sus datos. Estos no podrían ser cancelados si no quedaran debidamente bloqueados.

- Una duda que se plantea a menudo es la facultad de comunicar datos de los pacientes a las mutuas, pues hemos de decir que si puesto que existe habilitación legal para ello. Siempre de acuerdo al principio de calidad y respecto a las funciones encomendadas.

- El acceso a los datos y respecto al personal sanitario solo puede tener acceso el personal directamente implicado en la atención del paciente y a los familiares y allegados, se les podrá facilitar la información si acreditan un interés legítimo, así como, su identidad y siempre y cuando el paciente no haya manifestado expresamente su voluntad de lo contrario.
- En lo que respecta a los datos utilizados para la realización de estudios o ensayos clínicos,. es otro de los aspectos destacados de la nueva norma respecto al sector sanitario, puesto que en la Disposición Adicional Decimoséptima, se introduce una amplia regulación sobre el tratamiento de datos personales en la investigación de salud.

Principales novedades en este tema son:
- Se autoriza el tratamiento de datos personales en estudios científicos sin necesidad de consentimiento del interesado, cuando lo realicen autoridades sanitarias e instituciones públicas con competencias en vigilancia de la salud pública en situaciones de excepcional relevancia y gravedad.
- Se permite la reutilización de datos personales con fines de investigación en materia de salud y biomédica para estudios conexos o derivados de otros en los que se hubiera prestado el consentimiento.
- Se considera lícito (bajo ciertos requisitos), el uso de datos personales seudonimizados con fines de investigación en salud pública y biomédica.
– El uso de datos personales seudonimizados con fines de investigación deberá ser sometido al informe previo del comité de ética. (La seudonimización se encuentra definida en el Art. 4.5) del Reglamento, como la información que, sin incluir los datos denominativos de un sujeto afectado permiten, a través de la asociación con información adicional, determinar quién es el individuo que está detrás de los datos)

- Pacientes fallecidos: el art. 18.4 de la Ley 41/2002, ya regulaba el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos indicando lo siguiente:
"Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros."
La nueva LOPDGDD respecto a los datos de carácter personal de los fallecidos establece dos cuestiones importantes que debemos tener en consideración:

- La nueva Ley de protección de datos (al igual que la anterior) no se aplica a los datos personales de fallecidos. (Art. 2.2.b) LOPDGDD)
- Las personas con vínculo familiar o de hecho con el fallecido, así como sus herederos podrán solicitar el acceso a los datos personales del fallecido y en su caso la rectificación o supresión, salvo que el fallecido hubiera indicado lo contrario. (Art. 3 LOPDGDD). Por tanto, ninguna novedad en sí con respecto a la legislación que ya teníamos. No obstante, habrá que estar atentos al desarrollo de este artículo ya que en la misma ley se indica que estas cuestiones se desarrollarán por vía reglamentaria.

2 Objetivos

Establecer los límites y las atribuciones, basándonos en la normativa existente, del personal sanitario en general y administrativo en particular con respecto a la protección de datos.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Capítulo 1036

IMPORTANCIA DE UNA BUENA ATENCIÓN AL USUARIO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

MARÍA CAMPO PEREZ

1 Introducción

El personal auxiliar administrativo juega un papel de extraordinaria importancia dentro de la organización sanitaria. Desde el punto de vista del paciente o usuario/a, el auxiliar administrativo/administrativa es el profesional que, en muchas ocasiones, le orienta en primer lugar, realizando funciones de atención y comunicación con el usuario y su familia, de regulación del acceso a los distintos servicios, etc.; siendo en determinadas situaciones el profesional que realiza la primera recepción del paciente. Todo ello, sumado a las continuas interacciones que se producen en el desarrollo de su trabajo con el resto de profesionales de la organización, así como con los familiares o acompañantes de los pacientes.

Cuando alguien nos llama por teléfono o cuando una persona se encuentra físicamente ante nosotros/as, nos hallamos repentinamente ante una persona que espera que le ofrezcamos algo.

La satisfacción de la persona usuaria con nuestro servicio vendrá dada por la relación entre las expectativas que él/ella trae de lo que debe obtener y lo que finalmente percibe que obtiene. Por eso es tan importante ser consciente de cuáles son las expectativas mínimas que tienen las personas (incluido el profesional)

cuando son usuarios de servicios de salud. Estas son algunas de las expectativas más frecuentes:
- Ser atendidos/as inmediatamente (atención a domicilio, citas, urgencias,...).
- Intervenciones rápidas (urgencias, alta hospitalaria...).
- Obtener la información que necesitan.
- Ser escuchados/as.
- Trato cordial, respetuoso y personalizado.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que los usuarios desconocen en gran medida el funcionamiento interno del hospital, ambulatorio y/o centro de salud, motivo por el cual es frecuente que no entiendan o no estén dispuestos a entender a algunos procedimientos porque no coinciden con sus demandas personales.

2 Objetivos

Estudiar la importancia de las habilidades del profesional auxiliar administrativo/administrativo en la Atención al Paciente y Usuario en sanidad.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline, Embase, Wok, Scielo, y varias revistas de calidad asistencial.
Palabras clave utilizadas: calidad de la atención, satisfacción del paciente, personal no sanitario, administrativo.

4 Resultados

El trabajo del profesional auxiliar administrativo/administrativo implica que se relacione generalmente con personas con problemas de salud, lo que supone un cambio en su estado de normalidad. Además, dichas interacciones se dan en un contexto sanitario, que tampoco es el entorno natural del paciente o familiar y donde hay unos roles claramente definidos.

En varios estudios donde se analizan las reclamaciones presentadas en el Servicio de Atención al Usuario de varios hospitales con el objetivo de constatar las expectativas y percepciones de los usuarios, así como los elementos que generan mayor insatisfacción y limitan la calidad de la asistencia. En contra de lo que cabría esperar, la mayor disconformidad del usuario fue con la atención recibida,

con la percepción de negación de malestar y la información facilitada por los profesionales.

Puesto que el contenido de las quejas analizadas hacía referencia a dificultades en la relación y/o la comunicación, se plantea que una supuesta categoría de problemas de relación y comunicación englobaría de manera más clara y precisa las quejas concretas que se distribuían en las categorías de Disconformidad, Trato e Información sobre proceso. Así pues, las quejas que hacen referencia a problemas de relación y comunicación suman más del 40% del total de reclamaciones.

Diversos estudios concluyen que la percepción del usuario en la atención al cliente y relación con el profesional va a mediar en otras variables clave como son nivel de satisfacción, eficacia percibida, confianza en la competencia técnica del profesional y percepción de la calidad de la atención dispensada.

Las experiencias personales y familiares de enfermedad del profesional auxiliar administrativo de la salud también tienen un gran valor para realizar un ejercicio de empatía con los enfermos que atiende y para valorar más la importancia de estas variables de relación. Ello exige capacidad de introspección y apertura por parte del profesional.

Algunas de las características del profesional auxiliar administrativo de atención al cliente que más valoran las personas usuarias y que les hacen colaborar son:
- Mostrar cordialidad e interés.
- Accesibilidad y disponibilidad.
- Transmitir empatía y poner en valor las demandas o preocupaciones de los usuarios.
-Comunicación fluida y información clara.

El profesional auxiliar administrativo hace inferencias sobre el paciente y su problema en pocos minutos; el paciente hace inferencias sobre el profesional en el mismo tiempo. Una vez construida una impresión es mucho más difícil cambiarla, tanto para ellos/as como para nosotros/as. Por eso resulta fundamental cuidar el momento de la acogida del paciente o familiar, ya que se trata de nuestro primer contacto y, en muchos casos, es un momento delicado para el paciente o sus familiares, por lo que son situaciones donde cobra especial importancia no solo la comunicación verbal, sino también la no verbal.

Con frecuencia, el primer contacto que el auxiliar administrativo de atención al cliente tiene con muchos pacientes o familiares se produce vía telefónica y este

tipo de comunicación tiene algunas particularidades que la distinguen de la presencial. La más característica es el hecho de que no es posible ver al interlocutor/a, por lo cual resulta necesario seguir una serie de principios:
- Saludar y presentarse a si mismo/a mencionando el centro de trabajo.
- Dejar que la persona exprese el motivo de su llamada.
- Personalizar la llamada: utilizar su nombre siempre que nos dirigimos a el/ella.
- Tratar de sonreír, ya que así se modula nuestra voz, volviéndola más agradable.
- Confirmar si hemos entendido bien el motivo de la llamada. Preguntar si no nos ha quedado claro. Es decir, mantener una actitud de escucha activa.
- Reformular la petición del paciente o familiar.
- Darle la cita, la información,... que solicita si es posible.
- Si se puede, exponer claramente las acciones que se va a realizar para tratar de darle una solución.
- Confirmar que ha recibido bien la mediante la reformulación.

Respecto a la atención directa del paciente o familiar, esta situación se caracteriza por una mayor proximidad física, por lo que es necesario seguir los siguientes principios:
- Saludar y presentarse.
- Utilizar su nombre en cuanto lo/la conozcamos.
- Cuidar el contacto ocular. Procurar mirarle a los ojos en el momento de saludarle/s y repetir el contacto a lo largo de la relación.
- Dejarle que exprese su consulta sin interrumpirle.
- Confirmar que le hemos comprendido correctamente, reformulando su consulta para confirmarlo (escucha activa).
- Facilitarle la cita o información que solicita si disponemos de ella.
- Si la desconocemos indicarle directamente las acciones que vamos a realizar.

En cualquier caso es importante tener en cuenta el hecho de que es muy diferente atender a un paciente o familiar que despachar, y que nuestro deber es dirigir todos los esfuerzos a intentar atenderle con la mayor calidad posible, lo cual redundará en una mejor calidad de relación.

A través de una buena escucha activa el profesional auxiliar administrativo está transmitiendo muchos mensajes al paciente y su familia que para él es importante lo que el paciente piensa, siente o quiere, que quiere entenderle y ayudarle, que va a saber cuál es su problema porque lo está escuchando en profundidad, que es riguroso en su trabajo, que le respeta y acepta, etc. Tal y como se puede ver, son una gran cantidad de mensajes que se pueden estar transmitiendo al paciente

y su familia y, si ellos lo perciben así, ya se están dando muchas posibilidades de que aparezcan condiciones necesarias para la relación de ayuda: aceptación, empatía, mayor posibilidad de acuerdo en objetivos, etc. La escucha también nos ayudará a evitar malentendidos y a prevenir conflictos.

La empatía se define como la capacidad cognitiva y emocional de ponerse en el lugar de la otra persona, de tratar de imaginar cómo está pensando y sintiendo el otro y a la vez transmitírselo. Cuando se es capaz de ponerse en el lugar de la otra persona, se le transmite a esta que se le entiende, desaparecen las ganas de criticarla, y aumenta el nivel de tolerancia y flexibilidad del profesional. Por otro lado, para el paciente es un gran alivio y le genera confianza el sentir que el profesional le entiende.

El hecho de mantener buenos modales, hablar con tono pausado, escuchar lo que dice el otro y no descalificarlo implica respeto y hace más improbable los conflictos.

5 Discusión-Conclusión

Habrá peticiones de los usuarios que podemos y/o debemos satisfacer, otras en cambio no procederán o no podremos cumplirlas. Lo importante es dar respuesta siempre a una petición. Se sabe que lo peor que puede hacer el profesional auxiliar administrativo ante una petición es ignorarla, descalificarla o rechazarla sin ofrecer alternativas.

Si bien es cierto que los pacientes y familiares ya acuden con unas expectativas muy concretas y "exigiendo" en muchos casos que se cumplan, no es menos cierto que también nosotros/as solemos tener unas determinadas expectativas en torno a cómo deberían comportarse, qué cosas deberían saber,... por lo que el "choque" de nuestras diferentes expectativas ocasionará frecuentes conflictos.
También existen una serie de factores previos a la situación concreta de conflicto que predispondrán al mismo: experiencias previas negativas, miedo, culpa, intolerancia, ausencia de habilidades de relación, etc.

Una cuestión importante a tener presente en todo momento y sin la cual el profesional tendrá más conflictos o menos capacidad de prevenirlos y manejarlos es el hecho de que la relación con el usuario no es de igual a igual, pero no en el sentido de que el profesional de atención al usuario tiene que tener más poder que el usuario, sino de que el profesional está en la relación para servirles y ayudarles.

La información y una buena atención al usuario, además de un derecho, es una herramienta que bien utilizada puede reducir el miedo y la incertidumbre. Aumenta la sensación de control y predecibilidad, así como la confianza del usuario en el profesional. Cada profesional que interactúa con el paciente y la familia debe informar de manera clara y sencilla sobre qué va a hacer y porqué.

Tras varios estudios realizados con encuestas, respecto a las áreas de mejora que los usuarios identificaron, llama la atención que, independientemente del tema que se les pregunta, destacan siempre aspectos relacionados con las actitudes y habilidades comunicativas del personal administrativo, la información/explicación recibida, el tiempo de espera y la capacitación del personal para resolverles algunos de los problemas que plantean. Los primeros tres aspectos han sido también identificados como los más influyentes en la satisfacción que los pacientes tenían sobre los servicios de emergencia. Hay que destacar la importancia de los aspectos relacionales y de comunicación para el usuario.

Es importante que las autoridades sanitarias, elaboren e implementen estrategias y planes de formación para mantener y mejorar la calidad de la atención que brinda el personal auxiliar administrativo/administrativo de la salud, en especial en el ámbito de atención al usuario, la cual influye directamente en la satisfacción del paciente.

6 Bibliografía

- Luengo Castro, M.A., Vázquez Rodríguez, M. y Fernández Fernández, B. (2008). Calidad asistencial y satisfacción del usuario: análisis de la satisfacción e insatisfacción de los usuarios del hospital universitario central de Asturias a través de las reclamaciones. En Todo Hospital, 252, pp.697-701.
- Alvar Net. Rosa Suñol. La calidad de la atención
- Center for Human services. Monografía de garantía en calidad. Sostenibilidad de la calidad en la atención de la salud: Institucionalización de garantía en calidad. Junio 2004
- Jose Serrat Tarres. Calidad en atención Básica de salud. 3 Junio 2004
- Lori Prete Brown. Et. al. Garantía de calidad de la atención de salud en países en desarrollo. Segunda edición. Serie de perfeccionamiento de la Metodología de garantía de calidad
- Maria del Carmen v castro. Cruzada nacional por la calidad en Salud: Una mirada sociológica. Region y sociedad Vol XVI N.30, 2004
- IAAP

- www.elsevier.es

Capítulo 1037

AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO: MEDIDAS DE PREVENCIÓN.

SARA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

MARÍA JOSE CASTRO HEVIA

MARIA SONIA DE LAS VECILLAS SANTOS

1 Introducción

Las agresiones en el ámbito sanitario son uno de los principales riesgos a los que están sometidos los profesionales en el desarrollo de su actividad. La Organización Mundial de la Salud define la violencia en el trabajo como todo aquel incidente en el que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio particular y el trabajo, y que pongan en peligro, explícita o implícitamente, su seguridad, bienestar o salud. (OMS, 2002).

Es un fenómeno de creciente actualidad,no solamente en España, sino que es un problema de ámbito mundial. Causado por la interacción de los profesionales con los pacientes y familiares, unido a distintos factores como son el exceso de papeleo administrativo, el tiempo de asistencia a cada paciente que suele ser menos de lo que debiera, las expectativas de un resultado exitoso, que a veces es imposible por la propia dolencia del paciente, las listas de espera y la masificación del sistema que contrasta con una plantilla de personal muchas veces insuficiente.Todo ello,sumado a un ambiente de crispación social,es el campo de

cultivo ideal para el crecimiento de este grave problema que es la agresión a profesionales. Estas agresiones normalmente se producen porque el paciente está disconforme con la atención recibida, la gestión administrativa, etc,.
Las agresiones en el ámbito sanitario son un problema que hasta hace poco no tenía visibilidad social, ya que, aunque siempre ha existido, eran escasas las ocasiones en que dichas agresiones se denunciaban.Estas agresiones son cada vez más frecuentes y normalmente se producen porque el paciente está disconforme con la atención recibida, la extensa y engorrosa gestión administrativa y la falta de recursos derivados de los recortes en los presupuestos.Esto genera un ambiente poco propicio para una buena relación entre el personal y el paciente, y que finalmente perjudica la calidad asistencial y deteriora el sistema sanitario. Por ello es necesario revisar y actualizar las actuaciones que se pueden realizar para intentar paliar y reducir al máximo estas agresiones.
Desde el año 2015 la agresión a un profesional sanitario está tipificado como delito de atentado contra una autoridad y puede ser penado hasta con cuatro años de cárcel. Lo que ocurre es que, aunque hoy en día se denuncian más casos, la verdad es que la mayoría de los agredidos no presenta denuncia, puesto que el profesional valora que no merece la pena por distintas causas como son la demora de la justicia, procedimientos judiciales largos y engorrosos. Es necesario dar relevancia a los planes de prevención para enfrentarse a esta lacra social, lograr entornos de trabajo libres de violencia y donde los profesionales sanitarios puedan desarrollar su labor desde la tranquilidad y así poder garantizar una mejor calidad asistencial. Además de desarrollar planes de prevención, también se debe de dar asistencia al profesional atacado y apoyo legal si es necesario.
Todo ello redundará en una mayor calidad asistencial que beneficia a toda la sociedad y culmina en un estado de bienestar del que todos salimos beneficiados.

Perfil del agresor.
- Usuarios con actitudes delictivas y pacientes con trastornos psiquiátricos o alteraciones del comportamiento, que presionan o agreden para obtener de forma ilícita lo deseado.
- Usuarios poco receptivos, que con sus actitudes persiguen el beneficio del personal al cargo del centro sanitario, y conseguir de ellos recetas, bajas laborales, remisión a un especialista o la solicitud de una prueba o diagnóstico.
- Ciudadanos frustrados, cuyas anteriores experiencias con el servicio de salud no han sido satisfactorias.

Medidas de prevención y actuación frente agresiones
Las agresiones son en muchas ocasiones prevenibles. La prevención de la agresión es una parte fundamental en el terreno de la violencia contra los sanitarios.

Para llevarla a cabo se requiere de unas habilidades y conocimientos específicos, con los que podremos evitar que se produzcan actos violentos dentro del ejercicio de nuestra profesión o, en el caso de que se ejecuten dichos actos, minimizar las consecuencias que estos conllevan. Entre las medidas de prevención, se destacan ciertos perfiles de pacientes y familiares que han de ser tenidos en consideración:
- Personas alteradas o agitadas, con claros signos (tanto verbales como no verbales) de indignación e impaciencia.
- Persona que se dirige de forma grosera a los profesionales.
- Persona con actitud amenazante, con o sin presencia de objetos contundentes o armas.
- Persona con signos de estar bajo los efectos de alguna sustancia tóxica (alcohol u otras drogas).
- Persona con antecedentes personales de agresiones previas.
- Persona con intención claramente agresora. Ante todas estas personas habrá que tomar las medidas de prevención más oportunas, ya que se debe defender tanto la integridad física y psicológica del profesional como la función que está desempeñando, ya que esta función se verá repercutida de forma negativa ante la inseguridad y la falta de confianza que se derivan de la agresión.

Ante una actitud alterada y agresiva de un paciente, deberemos aplicar medidas de contención:
1. En primer lugar, aplicaremos la contención verbal: hablaremos con el paciente, tratando de explicarle la situación, tranquilizándole, utilizando un tono de voz suave para no agravar el problema.
2. En segundo lugar, se puede aplicar la contención espacial: se le conducirá a un espacio vigilado aclimatado para personas con actitudes potencialmente problemáticas. De este modo se pretenden evitar posibles llamadas de atención y problemas para los demás usuarios del centro.
3. En tercer lugar, puede ser necesaria la contención farmacológica: el uso de fármacos ansiolíticos puede ser positivo en determinadas situaciones.
4. Por último, se puede aplicar la contención mecánica. Para llegar a utilizar la contención mecánica debemos haber tratado de contener previamente al usuario con los otros tres tipos de contención ya mencionados. No se debe utilizar nunca la contención mecánica sin presencia de fármacos ansiolíticos.

2 Objetivos

- Analizar cuáles el perfil de personalidad del agresor.

- Describir las principales medidas de prevención y actuación frente a las agresiones.
- Estudiar las estrategias de afrontamiento para la conducta agresiva del paciente.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. Aranda Pardo, G., & Gallego Viñas, G. (n.d.). Plan de prevención de las agresiones sanitario 2018-2021 - copia.
2. España.Organización Médica Colegial. (2016). Agresiones a los profesionales sanitarios. Cuadernos CGCOM.
3. Martínez León, M., Jesús Irurtia Muñiz, M., Martínez León, C., Teresa Crespo Sierra, M., & Queipo Burón, D. (2011). Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios. Revista de La Escuela de Medicina Legal.
4. Ferro Veiga JM. Violencia al personal sanitario. Primera ed. Jaén: Formación Alcalá; 2012.
5. Martínez León M. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. Revista Bioética. 2010 Junio; 18(2).

Capítulo 1038

PLAN DE FORMACIÓN: MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE SORDO Y EL PERSONAL DEL CENTRO SANITARIO.

SARA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

MARIA SONIA DE LAS VECILLAS SANTOS

MARÍA JOSE CASTRO HEVIA

1 Introducción

La sordera se considera un déficit en la recepción auditiva con consecuencias en el ámbito general de la persona. Las personas sordas son aquellas con una pérdida auditiva y que en su vida cotidiana encuentran barreras de comunicación que a menudo le dificultan o impiden participar en la sociedad en igualdad de condiciones. Algunas personas sordas no desarrollan el lenguaje oral porque al carecer de audición no perciben el habla de los demás ni la suya propia.
La investigación en lingüística en la actualidad permite, aparte de una transmisión oral-auditiva del lenguaje, integrar también los códigos viso- gestuales utilizados por las comunidades de sordos. El lenguaje no es un fenómeno exclusivamente oral, sino una capacidad humana que se manifiesta ya sea en una modalidad oral-auditiva, ya sea en una modalidad viso-gestual. Las personas sordas pueden clasificarse en dos grupos según su dominio o no de la lengua oral.
Personas sordas bilingües: los sordos que pueden comunicarse gracias a la forma lingüística oral-auditiva se denominan sordos orales, ya que gracias a los restos

auditivos o a la lectura labial se estimula el lenguaje oral aunque también dominan la lengua de signos. Para un gran número de personas sordas su lengua materna es la Lengua de Signos, situando la lengua oral y escrita como segunda lengua. También cabe destacar que no todas las personas sordas saben leer los labios.

Personas sordas monolingües: aquellos que únicamente dominan la lengua de signos manuales, también llamados sordos signantes o gestuales. Son individuos que tienen el lenguaje signado como primera forma de comunicación. Las lenguas de signos se caracterizan por disponer de una estructura gramatical y sintáctica propia, completamente diferente de la de los idiomas hablados y escritos. Dentro de este grupo podemos distinguir dos tipos de sordos gestuales, por una parte aquellos que leen y escriben eficazmente y por otro lado aquellos que únicamente se comunican por lengua de signos.

El profesional que mantiene contacto con estas personas en el entorno sanitario no recibe formación sobre cómo cuidar y comunicarse con los pacientes sordos o portadores de deficiencia auditiva, lo que genera una limitación de conocimientos en este tema. Cabe resaltar que las personas sordas y con déficit auditivo son uno de los portadores de deficiencia poco comprendida y desfavorecida, por ello es importante que, de alguna manera, se intente mantener con ellas una comunicación efectiva con el fin de ayudarlas. Al intentar interaccionar con este tipo de pacientes, los sentimientos de los profesionales sanitarios y no sanitarios del área de la salud por regla general son de frustración, impotencia e impaciencia, por no conseguir mantener una comunicación, sea a través del lenguaje gestual o de la lectura labial. Generalmente prefieren la transferencia de la responsabilidad de la comunicación a los familiares, muchas veces pasando desapercibidas la angustia y las dificultades que los pacientes pasan.

Una solución a este problema de comunicación es la presencia de un intérprete de lengua de signos en el servicio que lo precise. Las asociacionesde sordos disponen de intérpretes para determinados casos, no obstante se calcula que hay un intérprete por cada 143 ciudadanos con problemas de audición, por lo tanto son muchas las demandas y es difícil acudir a todos los centros sanitarios.

1. Diagnóstico:

En el ámbito sanitario y especialmente en el hospital, la falta de capacidad de oír crea una barrera comunicativa entre el paciente y los profesionales que lo atienden, dificultando la accesibilidad a la información. Las barreras de comunicación son obstáculos que impiden a las personas sordas acceder a la información. Una solución a este problema de comunicación es la presencia de un intérprete de lengua de signos que acuda al servicio que lo precise. Las asociaciones de sordos

disponen de intérpretes para determinados casos, pero son muchas las demandas y no hay intérpretes suficientes para acudir a todos los centros sanitarios o de otro tipo.
A partir de los datos obtenidos se puede extrapolar que las consecuencias de este problema de comunicación son la frustración e impaciencia por parte de los profesionales y de los pacientes sordos, ya intenten comunicarse mediante lengua de signos o mediante lectura labial. Además un estudio sobre la Situación Educativa de las Personas Sordas revela que sólo un 14% de sordos comprende lo que lee y el 61% entiende algunas cosas.
Debido a esto se ha ideado la utilización de Sistemas de Comunicación Aumentativa, mediante tableros de comunicación con símbolospictográficos obtenidos de ARASAAC (Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa). Las personas sordas tienen dificultad para la producción oral, sin embargo si se les dota de un tablero de comunicación no tienen ninguna dificultad para hacerse entender.

2. Planificación:
Objetivos del Programa de Formación:
- Generales: a) Enseñar estrategias para facilitar la comunicación del profesionalsanitario con el paciente sordo. b) Establecer una plataforma material que permita al paciente sordo comunicarse con el sanitario ante una situación cotidiana en el hospital.
- Específicos: a) Sesión 1: a. Explicar qué es la sordera y los tipos que existen. b. Dar consejos básicos para la comunicación con un paciente sordo bilingüe. b) Sesión 2: a. Dar consejos sobre cómo comunicarse con un paciente sordomonolingüe. b. Aprender cuándo y cómo utilizar el "Libro de la salud" y la aplicación para móvil "Hipot-CNV" (herramienta de comunicaciónportátil y táctil para la comunicación no verbal). c) Sesión 3: a. Mostrar las ayudas que existen en Aragón para fomentar la comunicación con los pacientes sordos. b. Resolver las dudas sobre los aspectos tratados en el programa de formación.

Destinatarios
Personal sanitario (especialmente el personal administrativo encargado del trato con el paciente).

3. Actividades.

Organización del Programa de Formación:
El programa diseñado se dividirá en tres sesiones en las cuales se tratarán aspectos relacionados con la comunicación con los pacientes sordos durante la estancia

en el hospital. Al comenzar la sesión se repartirá un folio y un bolígrafo a cada participante para que apunte los aspectos más relevantes explicados en una presentación de "powerpoint".

Sesión 1:
Se tratará de un seminario informativo a los profesionales de la salud explicando los tipos de sordera que existen, la situación en la que se encuentra una persona sorda cuando acude a un centro sanitario y se darán unos consejos para la comunicación con los pacientes sordos bilingües.
Habrá una puesta en común entre los asistentes donde comentarán si se han encontrado en una situación parecida y qué hicieron para resolverla (ayuda de los familiares, llamada a un intérprete de lengua de signos…)

Sesión 2:
Se explicará una propuesta de solución para comunicarse con un paciente monolingüe. En la parte teórica se hablará sobre la propuesta de la creación de un tablero de comunicación. Se explicará por encima que está realizado en base a imágenes del SPC y se hablará de su estructura. Los símbolospictográficos se componen de dibujos simples, esto es una gran ventaja puesto que, al guardar semejanza con la realidad es mucho másfácil reconocerlos.
En la segunda parte de la sesión se enseñará a interpretar el "Libro de la Salud" y una aplicacióntelefónica que también puede ayudar en estos casos, llamada "Hipot-CNV" (herramienta de comunicaciónportátil y táctil para la comunicación no verbal).

Sesión 3:
Se hará una lluvia de ideas para que los asistentes den sus opiniones acerca del tablero de comunicación y se resolverán las dudas que les puedan haber surgido. Después se darán a conocer todos los tipos de ayudas que existen en Aragón para mejorar la comunicación del profesional sanitario con el paciente sordo. Se hablará del portal ARASAAC que aporta tableros muy eficaces para la comunicación.

2 Objetivos

- Crear una plataforma material que permita al paciente sordo la accesibilidad a la comunicaciónsociosanitaria.
- Facilitar el trato con el paciente sordo ante una situación cotidiana en el hospital.

3 Metodología

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

Marco teórico.
Se elabora un Programa de Formación, el cual se propone con la finalidad de ayudar a los profesionales de la salud y al personal administrativo a la hora de comunicarse con un paciente con sordera mediante el conocimiento de nociones básicas y soporte material encaminados a disminuir la dificultad de comunicación efectiva.

4 Bibliografía

1. Gallardo, B. Hernández, C. Moreno, V. Lingüísticaclínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de LingüísticaClínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje. Universidad de Valencia. Noviembre 2006.
2. Rosell, C. Basil, C. Sistemas de signos manuales y sistemas de signos gráficos: características y criterios para su uso. Sistemas de signos y ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y la escritura. Barcelona 1998; 2: 7-22.
3. Rodriguez Ortiz I., Mora Roche J., El uso educativo de la lengua de signos española y su problemática. Rev. Educación 2007; 342: 419-441.
4. CNSE. Confederación Estatal de personas sordas. Dossier de prensa. 2011.
5. ARASAAC, disponible en:http://arasaac.org/zona_descargas/materiales/553/Libro_de_la_Salud.pdfVisitado
el 20 de diciembre de 2019.
6. Torres, S. Sistemas Alternativos de comunicación. Manual de Comunicación Aumentativa y Alternativa: Sistemas y estrategias. 2001.

Capítulo 1039

PRESENTACION DE QUEJAS, SUGERENCIAS O AGRADECIMIENTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA JESUS MENENDEZ ALVAREZ

OLGA ISABEL BLANCO DÍAZ

CELIA ALBA RODRÍGUEZ

ISABEL MIRANDA PEÑA

REBECA ALBA CRESPO

1 Introducción

Una queja en el ámbito sanitario debe ser presentada en a través de las Oficinas de Atención Ciudadana del SAC o vía Internet.

La exposición de una incidencia durante la prestación de una atención sanitaria, se realizaba en un formulario facilitado por el propio centro sanitario al efecto, de carácter no obligatorio donde se indicaban datos mínimos a cumplimentar. Tenía la ventaja de transmitir la queja prácticamente en el mismo momento en el que se produce la incidencia. El personal administrativo recepcionaba y registraba de forma manual y devolviendo una copia sellada y registrada al usuario sensiblemente enfadado.

Con la entrada en vigor de la nueva normativa las oficinas de asistencia a la ciudadana, ponen a disposición de la ciudadanía toda la información necesaria para facilitar el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones cuando se relacionan con las administraciones. Importante cuestión que te ayuden en el ejercicio de un derecho como es la salud, que no siendo un derecho fundamental según nuestra Constitución, (artículo 43), para cada uno de nosotros si es algo fundamental en nuestra vida.

Esto parece una gran ventaja, pero conlleva que el ciudadano acuda a un lugar concreto, a las oficinas de asistencia en materia de registro de la Administración del Principado de Asturias. Éstas no están ubicadas en el propio centro sanitario como ocurría antes.

2 Objetivos

Analizar las ventajas e inconvenientes de los cambios de normativa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Todos tenemos un centro de salud próximo a nuestro domicilio, que con toda seguridad podemos acudir a pie, en cambio una oficina de atención al ciudadano, es más que probable que tengamos que acudir en autobús. Por este motivo se desincentiva en cierto modo la manifestación de un desacuerdo con el funcionamiento de un servicio, quedándose en un buen número de ocasiones en una mera transmisión verbal del asunto.

Otra fórmula de presentación es vía internet, lo que puede parecer una ventaja para las nuevas generaciones hábiles en el manejo de las nuevas tecnologías supone una importante barrera para los usuarios de un sistema sanitario con una

población claramente envejecida como es el caso de Asturias. Habría que añadir a los conocimientos informáticos y disponibilidad de elementos de software y hardware.

La presentación de una reclamación antes no establecía la obligatoriedad de un formulario, en la actualidad la no utilización no garantiza la obligatoriedad de respuesta.

Las nuevas tecnologías contribuyen a facilitar el ejercicio de los derechos de los usuarios en el sistema sanitario pero exige unos conocimientos mínimos de las tecnologías que en situaciones especialmente particulares como son la pérdida de la salud. No solo dificultan el propio ejercicio de los derechos sino en buena medida suponen una barrera.

5 Discusión-Conclusión

Difundir el manejo de las herramientas electrónicas entre los usuarios del sistema sanitario.

6 Bibliografía

- Decreto 89/201720 de diciembre, por el que se regula la atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos.
- Resolución Sespa de 21 de junio de 2019
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1040

AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA ESQUIZOFRENIA.

VICTORIA CABO PÉREZ

1 Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que presenta episodios de psicosis, delirios e incluso de agresiones. Se distorsiona la percepción de las cosas y pensamientos, de los sentimientos y de las emociones. Las personas que padecen esta enfermedad no suelen distinguir lo que es real de lo que no lo es.
Se sufre tanto en mujeres como en hombres y no se sabe con seguridad cual es la causa o el motivo de su aparición. Suele comenzar durante la adolescencia o en los primeros años de la adultez, aunque en algunas personas se haya manifestado a una edad más avanzada.

Los síntomas positivos (presencia de procesos mentales patológicos) más característicos de la esquizofrenia son alucinaciones y delirios. Los síntomas negativos se relacionan con una ausencia de funcionamiento mental normal, y los consideran como un elemento central de la enfermedad que actuarían como el indicador más fiable de discapacidad a largo plazo, los más frecuentes son: apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional, pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, anhedonia, estar absorto y aislamiento social.

El deterioro del funcionamiento cognitivo en diferentes áreas cómo el aprendizaje, la atención o la memoria es frecuente en diferentes grados de severidad. La desorganización en la conducta y el lenguaje que son manifestaciones de los

trastornos formales del pensamiento. Se ve alterado la forma y el flujo del pensamiento y aparecen conductas extravagantes.

2 Objetivos

- Conseguir estabilizar al paciente con un tratamiento adecuado para el tipo de esquizofrenia de que se trate.
- Mantener un seguimiento del paciente, pendientes de la evolución y de cualquier cambio.
- Conseguir que el paciente pueda relacionarse con los demás de una manera normal sin distorsionar la realidad y evitando que provoque malestar en su ámbito social.
- Concienciar a la sociedad para tener consideración con estas enfermedades.

3 Caso clínico

Varón de 50 años, acude a urgencias llevado por dos familiares, con un brote de psicosis tras tener un problema familiar. Los dos acompañantes (hijos) refieren episodios anteriores de agresividad, insomnio, alteración nerviosa, alucinaciones o distorsión de la realidad, etc.

Acuden a urgencias por un episodio de violencia doméstica que el paciente ha ocasionado por un ataque de ira. El médico lo estabiliza con un tratamiento durante dos horas en la sala de observación. Tras ese tiempo se le da el alta con la recomendación de acudir a su médico de cabecera y remitir el caso a Salud Mental. El psiquiatra valora su grado de esquizofrenia y le asigna su tratamiento, indicando que puede sufrir variaciones y que cualquier cambio en el comportamiento deberán notificarlo para variar la medicación.

Tras años de tratamiento el paciente lleva una vida normal. A lo largo de los años ha sufrido alguna alteración de su personalidad (brote psicótico) y se le ha tenido que ir variando la medicación para adaptarse a los cambios.

4 Discusión-Conclusión

La esquizofrenia es una enfermedad complicada de mantener estable a largo plazo. Debe variarse la medicación conforme el paciente lo vaya necesitando.

Esta enfermedad es muy dura tanto para la persona que la sufre como para la familia que los acompaña, y es por ello que debemos concienciarnos de que todos somos personas y debemos apoyarnos, y que gracias al tratamiento adecuado se puede llevar una vida prácticamente normal.

Son personas muy sensibles que pueden verse alteradas a la mínima ocasión.

5 Bibliografía

- Ortiz de Zarate San Agustín, Amaia. Trastornos psicóticos. Barcelona: Elsevier, 2011
- American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado. Edición española. Elsevier-Masson. Barcelona.
- Subdirección de Salud Mental Servicio Murciano de Salud. "Guía De Práctica Clínica Para El Tratamiento De La Esquizofrenia En Centros De Salud Mental,"

Capítulo 1041

SINDROME DEL QUEMADO

NOELIA GONZALEZ CASTELLANOS

JESÚS ORMAZÁBAL ARIAS

VANESA MONTILA CASTAÑÓN

ELENA PELÁEZ ARDURA

ARIANA GONZALEZ ALONSO

1 Introducción

El ritmo de vida actual genera grandes dosis de estrés, que producen en el individuo un estado de malestar que en muchos casos puede desencadenar graves dolencias físicas y/o psíquicas. Cuando este estrés es producido por situaciones laborales es cuando hablamos de síndrome de burnout.

2 Objetivos

El estrés laboral, constituye un grave problema para la salud. El objetivo es identificar y reconocer el síndrome de burnout, conocer sus causas y consecuencias, para poder buscar una solución de una manera rápida sin que genere otras dolencias asociadas (dolor de espalda, diarreas, dolor de cabeza, insomnio, problemas afectivos, elevada presión arterial…)

3 Metodología

Revisión bibliográfica e investigación en artículos académicos. Observacional y experimental en el servicio de admisión de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias y en diversos centros de salud del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4 Resultados

En el ámbito sanitario existe una alta carga de estrés ya que la implicación personal puede llegar a ser muy elevada lo que genera un pérdida de energía y agotamiento no solo físico sino también psíquico. Este síntoma afecta al funcionamiento administrativo y por supuesto a la calidad del servicio sanitario. Según el Instituto Nacional de Estadística, el 59% de los empleados sufren algún tipo de estrés en el trabajo. El 30% de las bajas laborales en España son causadas precisamente por estrés laboral.

El sector más afectado por el síndrome Burnout es el de las mujeres.

La OMS ha reconocido el burnout o "síndrome de estar quemado" como enfermedad en su última revisión y entrará en vigor a partir del próximo 1 de enero de 2022.

5 Discusión-Conclusión

Hay que tratar de prevenir las situaciones que provocan el estrés, con la intención de conseguir una buena calidad de vida y que el entorno laboral sea confortable.

En primer lugar debemos de analizar que es lo que está provocando el estrés para tomar las medidas oportunas Y erradicarlo.

Debemos de ser capaces de desarrollar el trabajo sin que ello afecte a nuestra vida laboral, personal y por supuesto a nuestra propia salud.

6 Bibliografía

- Google académico, descriptores "burnout, fatiga, depresión"
- Revista de calidad asistencias Elsevier.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

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

Capítulo 1042

LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS DERIVADOS DEL TRABAJO ADMINISTRATIVO EN UN ARCHIVO CLÍNICO

SUSANA SUAREZ GARCIA

1 Introducción

Estos trastornos musculo esqueléticos, afectan a gran número de trabajadores del sector administrativo que trabajan en un archivo cínico de cualquier hospital.

Incluyen alteraciones de músculos, tendones y articulaciones. Se producen en cualquier parte del cuerpo, y en un trabajo de archivo clínico, las más comunes son en la espalda, brazos, y en menor medida en el cuello. Normalmente se originan por el sobreesfuerzo, el manejo manual de cargas, y algunos movimientos que están condicionados por el diseño del puesto de trabajo.

2 Objetivos

Intentar mediante una serie de acciones y protocolos minimizar los dolores y las lesiones de espalda, brazos y cuello.

3 Metodología

En los trastornos de espalda, el síntoma, es un dolor localizado en la zona de la espalda. Las causas de este dolor son levantar empujar o tirar de cargas pesadas, y el trabajo físico intenso, que se produce en la zona de trabajo de un archivo clínico.
Los trastornos en los brazos se manifiestan mediante rigidez y dolor localizado a lo largo de los brazos.
Los trastornos más dolorosos se pueden localizar en los codos y en las muñecas.
A) Codos.
Los síntomas son un dolor localizado en el codo de manera continuada, y mucho dolor al articular el brazo.
La causa de este dolor se debe a la realización de un movimiento muy repetitivo con el brazo, a la vez que se manipula una carga, que no tiene por qué ser excesivamente pesada.
B) Muñecas.
Los trastornos se manifiestan en forma de dolor en la muñeca, y también es frecuente el síndrome del túnel carpiano.
El síndrome del túnel carpiano consiste en una enfermedad que produce daño del nervio mediano. Existe un dolor en la región de la muñeca y el antebrazo, con sensación de calambres y hormigueos en los dedos pulgar, índice, corazón y parte del anular. También se manifiesta cierta torpeza al manejar cargas.
La causa de este dolor es debida al manejo manual de cargas en un movimiento muy repetitivo, y en el que se hace fuerza con los dedos, usando sólo dos dedos para agarrar y manipular la carga.

Los trastornos en el cuello son sentir dolor y rigidez en el cuello, que puede ir acompañado de nauseas.
Las causas que producen dolor de cuello son hacer movimientos repetitivos de mover cargas de un lado a otro, y hacer un sobreesfuerzo para manipular una carga.

4 Resultados

Algunas medidas preventivas para disminuir el dolor de espalda son:
1) No manipular manualmente cargas que excedan un determinado peso.
2) Evitar levantar cargas pesadas por encima de los hombros.
3) Evitar bajar cargas pesadas por debajo de las rodillas.

4) Evitar inclinar el cuerpo hacia adelante mientras se sujeta una carga.
5) Hacer pausas frecuentes.
6) Alternar actividad de manejo de cargas pesadas, con actividades sin manejo de ellas.
7) Intentar evitar el trabajo repetitivo de manipulación de cargas pesadas

Algunas medidas preventivas para intentar disminuir los dolores en las muñecas, y sobre todo los efectos del túnel carpiano son:
1) Reducir, en la medida de lo posible, la fuerza hecha con los dedos sobre la carga a manipular.
2) Evitar sujetar objetos con superficies de contacto resbaladizas, y emplear ayudas que faciliten el agarre de dichas cargas, como guantes de goma.
3) Evitar en la medida de lo posible, realizar un trabajo repetitivo.
4) Ayudarse de los dispositivos adecuados para hacer la mínima fuerza con los dedos, por ejemplo, si la carga que hay que manipular está muy alta, utilizar un escalón, ya que al estar el cuerpo más alto, se minimiza el esfuerzo que realizan los dedos.
Algunas medidas preventivas para disminuir el dolor de los codos son:
1) Disminuir la fuerza hecha con los brazos, intentando reducir en la medida de lo posible la carga a levantar.
2) Intentar repartir el peso de la carga en otras más pequeñas, aunque suponga hacer un mayor número de viajes.
3) Transportar la carga en empleando elementos de ayuda, como carros, para transportar las cargas.
4) Evitar hacer un trabajo repetitivo en la medida de lo posible, intentando alternar otras tareas.

Algunas medidas preventivas para evitar o minimizar el dolor de cuello son:
1) La carga que hay que transportar o manipular, ha de estar en un lugar accesible.
2) Intentar en la medida de lo posible, que la carga que se ha de manipular, sea lo más ligera posible, empleando todas las ayudas a nuestra disposición, como los carritos auxiliares.
3) Evitar inclinar el cuerpo hacia adelante al agacharse a recoger una carga.

5 Discusión-Conclusión

Aunque todo el personal administrativo que trabaja en un archivo clínico conoce las normas del manejo manual de cargas, las prisas, y muchas veces una mala praxis, (por ejemplo, agacharse inclinando todo el cuerpo hacia adelante en vez

de flexionar las rodillas), hacen que aparezcan este tipo de dolencias, llegando a incapacitar al trabajador.

Conocemos los medios para minimizar estas dolencias, y también comocemos la teoría, sólo queda llevarlo a la práctica.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1043

COMUNICACIÓN POSITIVA EN EL AMBITO LABORAL Y ATENCIÓN AL USUARIO

MARÍA SANDRA MUÑIZ FERNÁNDEZ

SUSANA SANTIAGO GARCIA

MARÍA ARANZAZU BENGOECHEA ÁLVAREZ

1 Introducción

Como miembros de una sociedad nos relacionamos a diario con multitud de personas en distintos ámbitos: laboral, social, etc... De ahí la importancia de la comunicación en nuestra vida cotidiana.
Dicha comunicación se vuelve aún más importante en el lugar de trabajo con nuestros compañeros, superiores y usuarios.
Aprender a comunicarse correctamente y de forma positiva nos ayudara entre otras cosas:
• A crear un mejor ambiente en nuestro entorno laboral.
• Evitar conflictos debidos a malos entendidos.
• Atender correctamente al usuario.

Una actitud empática hará que comprendamos la posición y el punto de vista de la otra persona y sepamos gestionar mejor la situación.

2 Objetivos

• Aprender a utilizar el lenguaje tanto verbal como corporal de forma positiva como una herramienta más de nuestro trabajo.
• Crear un ambiente laboral agradable y sin tensiones.
• Atender mejor al usuario.

3 Metodología

Búsqueda activa en Google, utilizando las palabras claves: comunicación, positiva, entorno laboral y usuario. Curso Gestión de conflictos Fysa.

4 Resultados

La comunicación positiva es aquella que expresa las ideas de forma clara, sin afectar ni dañar la sensibilidad de los demás, ni la propia. La comunicación positiva debe tener en cuenta los sentimientos de los demás y buscar la empatía con el otro.
Para empezar, es importante pensar como nos gustaría a nosotros ser tratados en ese momento. Practicar la escucha activa es la mejor forma de entender los intereses de la otra parte. Escuchar con atención sin interrumpir crea un ambiente de colaboración mutua. Debemos prestar atención también a la comunicación no verbal, una sonrisa, un gesto de asentimiento, mirar a nuestro interlocutor demuestra interés y buena intención por nuestra parte.
Algunos tips sobre comunicación positiva:
- Evitar el "no". Buscar siempre el positivo. Por ejemplo: "no grites", podemos decir "Habla más despacio".
- Utilizar palabras como "si", "así es", "exacto" refuerza el aspecto positivo.
- Nada de "peros", el "pero" produce un efecto similar al "no". –"esta bien, pero…" implica rechazo. Seria mejor decir: "para que este perfecto le falta…".
- No utilizar un lenguaje que implique dudas o falta de responsabilidad: "no lo sé", "no le puedo ayudar" … lo ideal es ofrecer siempre una solución: "voy a preguntar", "veré quien le puede ayudar" …

Se ha de prestar atención también al efecto que tienen las palabras tanto escritas como habladas. Un tono de voz demasiado alto o poco considerado se malinterpreta con rapidez. Cuando nos comunicamos de forma agresiva o negativa, la respuesta del receptor suele ser a la defensiva y bloquea las posibilidades de

entendimiento. Es por ello que el tono de nuestra comunicación es tan importante, incluso viéndolo desde una perspectiva egoísta. Nadie tiene más interés que nosotros mismos en evitar conflictos.

5 Discusión-Conclusión

Ningún ambiente laboral es del todo perfecto, ya que cada uno de sus integrantes es un mundo, con distintas formas de pensar y diferentes personalidades. Cuando además el centro de trabajo es un hospital o centro de salud donde se suele trabajar con presión (urgencias, pacientes y acompañantes que pierden los nervios, etc…) aún se complica más. Un tono amable hará que el usuario se sienta cómodo. Mediante el lenguaje positivo le hacemos ver que nos interesamos en resolver su problema. Frases como: "¿en qué puedo ayudarle?" o "¿hay algo más que desee saber?" le harán llegar un mensaje de buena predisposición. Con ello también mejoramos la percepción del usuario de la institución sanitaria.

Crear un entorno laboral favorable será trabajo de todos, empezando por uno mismo. Cuando los compañeros interactúan entre sí de forma adecuada y hablan abiertamente unos con otros se avanza y se crea un ambiente de armonía y colaboración. Lograrlo repercutirá positivamente en nuestra salud y nuestro bienestar y por tanto en el buen funcionamiento del sistema.

6 Bibliografía

- Ionos.es
- Vocalcom.com
- Cicerocomunicacion.es
- Curso gestión de conflictos Fysa.

Capítulo 1044

NOCIONES DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA NATIVIDAD ORNIA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La protección de datos de carácter personal ya se contemplaba en nuestra Constitución Española como un derecho fundamental reconocido en el Art.18. Actualmente el régimen jurídico que tenemos en España al respecto es:

1- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo de Protección de Datos (RGPD)
2- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

De acuerdo con el RGPD, se consideran "datos personales" toda información sobre una persona física cuya identidad pueda determinarse, directa o indirectamente, en particular mediante un identificador, como por ejemplo un nombre, un número de identificación, datos de localización, un identificador en línea o uno o varios elementos propios de la identidad física, fisiológica, genética, psíquica, económica, cultural o social de dicha persona.

Los «datos relativos a la salud» se definen como: "los datos personales relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud" . Estos datos son considerados por la Constitución Española como "especialmente protegidos".

En un hospital o centro de salud los auxiliares administrativos continuamente están manejando tanto "datos personales" como "datos relativos a la salud" y por tanto están sujetos también a esta normativa que tanta importancia tiene en nuestros días.

2 Objetivos

- Concienciar al auxiliar administrativo que tiene acceso a los datos personales y de salud de los pacientes de la gran importancia que tiene cumplir actualmente la normativa de protección de datos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realizará una investigación consistente en una revisión bibliográfica de la materia objeto de estudio en artículos científicos, publicaciones variadas, libros y revistas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo al acceder a las bases de datos maneja tanto "datos personales" (nombre y apellidos, DNI, número de tarjeta sanitaria, teléfono, etc) como "datos relativos a la salud" (pruebas diagnósticas, medicamentos, etc).

El conjunto de esta información personal y de salud forma la denominada "Historia clínica".

El artículo 14.2. de la Ley 41/2002, establece que "cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes. Podemos ver por tanto como el deber de custodia de las historias clínicas es del centro sanitario, aunque los profesionales que manejan la historia clínica también tienen obligaciones de cumplir la Ley con diligencia.

El auxiliar administrativo, especialmente el que trabaja en Unidad de Admisión y Documentación Clínica) debe tener muy presente esta normativa. Este área es responsable de custodiar las Historias clínicas de los pacientes y manejan continuamente datos relativos a la salud.

La obtención y recopilación de la información ha de realizarse en una forma adecuada a su finalidad y para ello ha de tenerse en cuenta la normativa vigente

de Protección de Datos ya mencionada en la Introducción. Entre los objetivos de estas leyes, está el garantizar y proteger el tratamiento de datos personales de las personas físicas.

Para garantizar la confidencialidad de los datos del paciente el auxiliar debe estar sujeto al deber de guardar secreto profesional. Además, con este objetivo también será necesario facilitarles formación de la normativa, usar contraseñas seguras que dejen constancia de la entrada en cada historia y destruir los documentos en las destructoras de papel, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

La Agencia Española de Protección de Datos a día de hoy tiene una labor de vigilancia exigente en esta materia. Ha sancionado, en numerosas ocasiones, a los Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autónomas por incumplimientos por parte del personal en cuanto al acceso indebido a la historia clínica, por entender que el Servicio de Salud como responsable del tratamiento no había establecido las medidas adecuadas de seguridad.

Por otro lado, el personal sanitario que accede indebidamente a datos de la salud puede incurrir en un delito penado por el Código Penal.
Tanto los gerentes como el personal de los centros de salud y los hospitales deben velar por la privacidad de los pacientes y el cumplimiento de la legislación en materia de protección de datos.

Por tanto, vemos que es fundamental concienciar al personal del sector sanitario, de la importancia del cumplimiento de la normativa vigente en cuanto a protección de datos. Su incumplimiento y actuaciones negligentes conllevarían las responsabilidades que indiquen las leyes.
Es muy importante establecer protocolos a seguir por el personal administrativo para un correcto uso de la información que tiene que tratar o manejar en su día a día y así mismo formación detallada al respecto.

6 Bibliografía

- https://www.aepd.es
– Guía para pacientes y usuarios de la sanidad.
- https://www.redaccionmedica
- www.-consalud-es.cdn.ampproject.org

- http://www.madrid.org
– Consultas frecuentes planteadas en el ámbito sanitario

Capítulo 1045

LA BUENA RELACIÓN PACIENTE/AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SUSANA SANTIAGO GARCIA

MARÍA SANDRA MUÑIZ FERNÁNDEZ

MARÍA ARANZAZU BENGOECHEA ÁLVAREZ

1 Introducción

Cuando un paciente acude a un centro sanitario lo hace buscando una solución a su problema y ser atendido por los profesionales del centro para que le ayuden a solucionarlo. En esta atención, el paciente normalmente, quiere encontrarse con personas que le escuchen, que le traten con respeto y que solucionen su problema.

En la mayoría de las ocasiones su primer contacto es con el personal de administración, lo que implica que dependiendo de la atención que el auxiliar administrativo preste al paciente puede suponer una experiencia positiva o negativa para este.

En la actualidad el personal no sanitario (en este caso el auxiliar administrativo) es una pieza clave en el buen hacer de un servicio de salud. Su trabajo implica relacionarse con todo tipo de pacientes (personas mayores, extranjeros, personas con discapacidad, desconfiados, agresivos, prepotentes…). Cada paciente es único, se le deberá dar un trato personalizado; debemos de crear un clima de confianza y respeto mutuo.

2 Objetivos

- Incrementar la satisfacción del paciente en sus contactos con el centro sanitario.
- Humanizar la sanidad.
- Mejorar la calidad y el servicio de atención sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo, se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en conocidas bases de datos como: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos relacionados con la salud procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las actitudes más importantes que tiene que tener en cuenta un auxiliar administrativo cuando un paciente solicita ser atendido en un centro sanitario son:
- La empatía, saber ponerse en lugar del paciente.
- La escucha activa
- El trato correcto
- Un tono de voz moderado.
- El respeto
- Mirar a la persona, no ignorarla.
- Tenerla siempre presente, dirigirse a ella por su nombre, sonreir…

El administrativo en su relación con el paciente tiene que conocer, además de los aspectos antes mencionados, los derechos y deberes del paciente para ofrecer una atención más completa y justa.

5 Discusión-Conclusión

Basándonos en todo lo expuesto concluimos, que poniendo en práctica estas actitudes, que están a nuestro alcance, logramos una mejoría en el nivel de satisfacción de los pacientes del centro sanitario al que acuden.

Otro logro que se puede conseguir con una atención respetuosa con el paciente es evitar la aparición de conflictos. Una atención descuidada puede desencadenar en una insatisfacción en el paciente, que puede convertirse en un conflicto que puede alcanzar dimensiones de maltrato físico o verbal hacia el administrativo.

El buen trato también tiene que ser extensible a la atención a través del teléfono. La calidad en la atención telefónica no depende de la respuesta a una demanda de un servicio, sino de cómo transcurre esa comunicación; la acogida personal, la solución y la despedida son momentos que marcaran el éxito de una eficiente atención telefónica.

Una buena acogida, recepción y respuesta adecuada a las necesidades planteadas facilita los pasos siguientes en el proceso asistencial del paciente.

6 Bibliografía

- Libro: "El administrativo de la salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional". Editores: Asociación de Administrativos de la salud y Sociedad Española de Atención al Usuario.
- Ley 16/2003, de 28 mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- www.seaus.net.
- www.revistamedica.com
- www.googleacademico
- www.ncbi.nlm.nih.gov>pubmed
- www.medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1046

AGRESIONES A LOS PROFESIONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

SANDRA ÁLVAREZ MUÑIZ

1 Introducción

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia laboral como: "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma"

La OIT considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios, por el estrecho contacto que mantienen con usuarios y clientes, tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los ciudadanos. Concretamente, el sector sanitario se ha convertido en los últimos años en una problemática de vital importancia.

La violencia en cualquier ámbito conlleva graves consecuencias en la persona que la padece y su entorno, pudiendo llegar a ocasionar lesiones físicas, inhabilitación, trauma psicológico, estrés, ansiedad, síndrome de Burnout, aislamiento, falta de motivación, disminución de la autoestima… Estas consecuencias también afectan a las organizaciones del trabajo, porque se observa un mayor aumento del absentismo laboral, un deterioro de la calidad del servicio y un descenso del rendimiento y la competitividad. Es muy difícil disponer de información real sobre las agresiones que se producen, pues pocas de estas conductas sale a la luz, pero hay un gran volumen de incidentes violentos que no constan en ningún registro. Esto hace difícil conocer la realidad de las agresiones

Pese a la existencia de Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en los centros hospitalarios (encargados de lo relacionado con la prevención laboral así como de la notificación de las agresiones, siguiendo los protocolos elaborados por ellos mismos), un alto porcentaje de profesionales no reciben formación en prevención, no conocen el protocolo a seguir en caso de episodios violentos y, en caso de agresión, no se ven apoyados con las medidas tomadas por la empresa.

2 Objetivos

Analizar el origen de las agresiones y sus medidas de prevención así como conocer los planes/protocolos de prevención de los distintos servicios de salud de las CC.AA.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica documental de artículos publicados en Internet por diversos autores que abordan la temática expuesta en este trabajo además de revisar los datos procedentes de análisis realizados por distintas entidades en esta materia.

4 Resultados

Los principales factores relacionados con el origen de las agresiones son el aumento de los niveles de violencia en la sociedad. Retrasos en la realización de pruebas complementarias. Hostilidad del usuario ante el sistema sanitario. Falta de información a familiares. Malestar por el tiempo de espera para ser atendido. Discrepancia ante la atención del profesional sanitario. Antecedentes psiquiátricos o de toxicomanías en el paciente o acompañantes.

Las principales medidas preventivas son que los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas se han lanzado a elaborar protocolos/planes de actuación frente a las agresiones a su personal que abarcan aspectos preventivos de las agresiones y también ayudan a clarificar como debe el personal reaccionar ante las situaciones de violencia para evitarlas, o si ello no ha sido posible, qué debe hacer para minimizar su impacto, cómo declararlas, cómo actuar legalmente y quién debe hacerlo y cómo se debe dejar constancia de que se ha producido la agresión.

Un aspecto fundamental que abarcan los distintos planes de prevención de agresiones es la parte preventiva que trata de modificar las situaciones conflictivas. Uno sobre los aspectos a incidir es la información que se da al ciudadano. Debe ser clara, comprensible cercana y basarse en la mutua confianza. Es preciso que los usuarios conozcan sus derechos pero también sus deberes.

5 Discusión-Conclusión

Lo primero es detectar al paciente potencialmente agresivo, lo cual a veces es fácil por la actitud y el tono amenazante pero en otras ocasiones hay que fijarse en la comunicación no verbal: expresión de la cara, apretar los puños, señalar con el dedo, cambios de postura rápidos y sin finalidad concreta, cabeza baja y mirada directa fija prolongada. También hay que sospechar de cuando el lenguaje es excesivamente calmado, correcto, incluso halagador o irónico.

Las habilidades de comunicación deberían formar parte del currículum formativo de los profesionales sanitarios que tiene contacto con los pacientes y de la formación continuada de los mismos. Se hace imprescindible la formación a través de recomendaciones al personal ante las actitudes violentas para prevenir la agresión. Ante estas señales en los protocolos se recomienda tratar de mantener la calma y no responder a las provocaciones. Tratar de usar un tono neutro y profesional, comprensivo pero firme (el tono frío y distante puede aumentar la agresividad). Si aún así la actitud de violencia persiste o se aprecia una posible agresión se recomienda dar por finalizada la conversación y localizar una forma de huida.

En todos los protocolos de los planes de agresiones también se regula la actitud que debe tomar el trabajador una vez que ha sufrido la agresión. ¿A quién lo debe notificar?. Si la agresión ha sido física con lesiones es imprescindible acudir a un facultativo que puede ser del servicio de prevención o también cualquiera de urgencias o del centro de trabajo para que realice el oportuno parte de lesiones. El apoyo jurídico para denunciar el hecho se debe ofrecer a todo agredido. Muchas veces se canaliza a través de los colegios profesionales pero otras la propia institución debe proveer ese apoyo a sus trabajadores e incluso tiene la capacidad de denunciar también a los agresores.

Recordemos que la Ley 31/1995, de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales, en su art.14.2 dice que ”el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con

el trabajo".

Las medidas de seguridad pueden ser:
- De seguridad Pasiva (videocámaras, cristales irrompibles, sistema de comunicación directa con el servicio de seguridad…)
- De seguridad Activa (vigilancia de seguridad, acompañamiento de otro profesional o personal de apoyo…).

Los servicios de prevención juegan un papel central dentro del esquema de la prevención de accidentes, registrando todas las agresiones y actualizando las actividades preventivas frente a los mismos, así como organizando formación continuada del personal en relación a la prevención de este problema. Asesora y recomienda a la Dirección frente a las medidas a tomar para evitar agresiones y se encarga junto a ella de divulgar el protocolo de actuación ante agresiones a todos los profesionales.
En la evaluación de riesgos quedará constancia de las medidas de seguridad que tiene el centro ante situaciones conflictivas. También debe comprobar que el personal sanitario conoce y puede acceder al protocolo de actuación ante agresiones.

6 Bibliografía

1. PLAN DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN frente a potenciales situaciones conflictivas en centrossanitarios.https://www.astursalud.es/documents/Guía+de+Prevención+frente+a+potenciales+situaciones+conflictivas+en+Centros+Sanitarios.pdf
2. El personal no sanitario también sufre agresiones en Sanidad. https://revistamedica.com/personal-no-sanitario-agresiones-sanidad/
3. Ministerio del Interior del Gobierno de España informes de los años 2009-2014 referentes a agresiones: https://www.interior.gob.es/en/web/...al.../programa plurianual-2007-2013
4. Ministerio del Interior: Protocolo ante las agresiones por odio. https://www.infocop.es/view_article_asp?
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la Violencia y Salud. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Capítulo 1047

ANALIZAR LOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL AMBIENTE SANITARIO

EVA MARÍA TORRES PÉREZ

MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ

MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO

MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ

1 Introducción

En el medio sanitario, los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares, personal de laboratorio, de mantenimiento y limpieza) son uno de los colectivos más expuestos a la amenaza de riesgos biológicos, pues prestan asistencia directa a los diferentes usuarios o pacientes en los centros de salud y hospitalarios, siendo mayores las posibilidades de contagio e infección debido al contacto con los enfermos y a la necesidad de manipulación de objetos y productos sépticos.

El R.D. 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, define a dichos agentes como "microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados, cultivos celulares y endoparásitos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad".

Los agentes biológicos pueden clasificarse atendiendo a su nivel de peligrosidad. En el artículo 3 del R.D. 664/1997 se describen los criterios de peligrosidad en

cuanto al grado de infección, facilidad de propagación de la enfermedad, existencia o no de posible vacuna o tratamiento. En función de ello existen cuatro categorías de organismos que responden a cuatro niveles diferentes de peligrosidad de menor a mayor medida. El grupo uno es el agente biológico que resulta poco probable que cause enfermedad en el humano. El grupo dos es el agente patógeno que puede causar enfermedad en el humano y entraña un peligro para los trabajadores, es poco probable que se extienda a la colectividad, existen generalmente profilaxis o tratamientos eficaces. El grupo tres es el agente patógeno que puede causar enfermedad grave en el humano y presenta un serio peligro para los trabajadores, hay el riesgo de que se propague a la colectividad, pero existen generalmente profilaxis o tratamientos eficaces. Y el grupo cuatro es el agente patógeno que causa enfermedad grave en el humano y constituye un grave peligro para los trabajadores, hay muchas probabilidades de que se transmita a la totalidad del colectivo, no existen generalmente profilaxis o tratamientos eficaces.

De la misma manera, al evaluar la gravedad de los síntomas que se desencadenan en el afectado, los peligros biológicos pueden clasificarse en tres grupos, según su gravedad para la salud de la persona. Cuando los efectos son graves en el afectado requieren de atención hospitalaria por posibilidad de muerte, cuando son moderados, el riesgo y grado de contaminación es menor, necesitan únicamente de atención médica ambulatoria y en ciertas ocasiones hospitalización, y cuando son bajos la causa más común son las epidemias, no requieren de ninguna atención específica sino cursan con otras complicaciones.

Los agentes causantes de dolencias infecciosas conforman el ejemplo más importante de riesgo biológico general en el ambiente sanitario. La exposición a agentes vivos o sus derivados originan enfermedades de tipo infeccioso o parasitario y son calificadas como enfermedades de transmisión, capaces de producir cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad en los humanos. Los agentes biológicos con capacidad infecciosa pueden ser de varios tipos, virus, bacterias, parásitos, etc.

En el medio sanitario, los procesos infecciosos o parasitarios pueden propagarse de distintas formas. En ocasiones las enfermedades las porta el trabajador que está en contacto o en proximidad con el organismo infeccioso, otras veces se trata de una transmisión entre trabajadores o con pacientes y se produce por medio del aire, utensilios o dispositivos de uso personal o compartido, también los que son producidos por agentes vivos microscópicos, al trabajar los profesionales del sector sanitario con pacientes por medio de la sangre o las secreciones de los mismos. Otra causa de riesgo es la manipulación de objetos contaminados

llegando al organismo de la persona por contacto, bien sean heridas o a través del medio ambiente.

2 Objetivos

- Analizar los riesgos biológicos en el ámbito sanitario, estudiar los distintos tipos de riesgos biológicos así como sus cualidades y conocer las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y las principales medidas de actuación y prevención de los profesionales sanitarios.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica de información a través de guías básicas de prevención de riesgos laborales y protocolos de actuación de riesgos biológicos de los diferentes Ministerios del Gobierno de España y de hospitales españoles mediante Google Académico y artículos de bases de datos Dialnet, Scielo y Medline.

4 Resultados

El resultado del estudio demuestra que es preciso identificar los riesgos biológicos a la mayor brevedad posible cuando aparecen, analizar sus posibles causas y consecuencias para la salud de las personas y elaborar procedimientos para reducir al mínimo su transmisión.

Facilitar formación, conocimientos y orientación específica a los profesionales sanitarios en este campo e identificar los nuevos riesgos biológicos es fundamental para afrontar las futuras amenazas. La importancia de utilizar todos los medios de control tanto individuales como colectivos y la necesidad de aplicar medidas de protección frente a las exposiciones nocivas son esenciales dentro del ámbito sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La información y la formación recibida por parte del personal sanitario son aspectos importantes para afrontar cualquier situación de riesgo biológico. Disponer de protocolos y guías de actuación así como la correcta utilización de elementos

de seguridad (EPI) por parte de los profesionales son trascendentales a la hora de enfrentarse a un elevado riesgo.

Los profesionales de los centro de salud u hospitalarios son los más vulnerables por el ambiente laboral en el que desempeñan sus actividades, por esa razón es con ellos con quien se debe tener mayor vigilancia y cuidado en el cumplimiento de protocolos y estrategias de prevención así como la utilización de las herramientas apropiadas para la misma.

6 Bibliografía

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Año 1998.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalaria. Guía para la prevención y control de la infección en el Hospital. Año 1991.
- Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a los agentes biológicos durante el trabajo.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
- Campins, M. Hernández, M.J. Arribas JL, editores. Estudio y seguimiento del Riesgo Biológico en el Personal Sanitario. Proyecto EPINETAC. Año 1996-2002.

Capítulo 1048

LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

EVA MARÍA TORRES PÉREZ

MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ

MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO

MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ

1 Introducción

La principal causa determinante de la violencia de género es la desigualdad entre hombres y mujeres y la existencia de la ¨cultura de la violencia¨ como mecanismo para solucionar los conflictos.
Según resolución de la Asamblea General de Naciones Unida de 1993 «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada».

En la actualidad existen distintos tipos de violencia ejercida sobre las mujeres, como la física que abarca cualquier acción no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como golpes, palizas, heridas, etc… que provoquen un daño, una lesión o dolor en el cuerpo de la mujer. La sexual que comprende cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, producida por su pareja o por otras personas y realizada con violencia o intimidación, imponiendo a la mujer

un comportamiento sexual contra su voluntad. Por último la psicológica, la más difícil de demostrar, atenta contra la integridad emocional y psíquica de la mujer, contra su dignidad como ser humano, las amenazas, humillaciones o vejaciones, insultos, etc.

La vulnerabilidad en que se encuentran las víctimas de violencia de género obliga al personal sanitario a prestar una atención especial sobre este colectivo, ejerciendo un papel relevante en la ayuda a las mujeres que sufren cualquier forma de maltrato, ya que la gran mayoría los padecen en algún momento de su vida. Los malos tratos afectan por lo general al estado de salud de las mujeres y son los servicios sanitarios, en concreto, atención primaria, urgencias y las especialidades de ginecología y salud mental donde más acuden. La peculiaridad de esta forma de violencia requiere de la implicación activa del conjunto de personal sanitario que deberá comenzar con la detección, abordaje y resolución del problema.

2 Objetivos

- Analizar las actuaciones del personal sanitario en relación a las víctimas de género. Estudiar los diferentes tipos de violencia de género, las formas de atención y prevención en el ejercicio profesional sanitario.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica de información a través los protocolos de atención sanitaria ante la violencia contra las mujeres del Ministerio de Sanidad y Consumo y de los protocolos de actuación de las Comunidades Autónomas mediante Google Académico y artículos de bases de datos Dialnet, Scielo y Medline.

4 Resultados

Los resultados muestran que en la toma de decisiones ante una situación de maltrato, los profesionales sanitarios tienen que tener una formación continua de aspectos sobre prevención, detección precoz y atención integral, y unos conocimientos específicos sobre las formas de actuación ante un posible caso de violencia de género, pues entre sus funciones se encuentran la atención y cuidados asistenciales, la escucha, la comprensión, el apoyo y el respeto a las decisiones que pueda tomar la mujer en un momento dado.

Es importante tener en cuenta que cada caso es particular e individualizado, por lo que se debe realizar un análisis y valoración de la seguridad y la situación en que se encuentra cada mujer. En la atención a la víctima de violencia de género es relevante respetar la autonomía del paciente, la confidencialidad, la intimidad y la información recabada.

5 Discusión-Conclusión

En algunas circunstancias se requiere de intervenciones interdisciplinares con los profesionales sanitarios que a veces no se encuentran en los centros de atención primaria y hospitalaria, por lo que es de trascendental la coordinación entre los correspondientes instituciones y organismos implicados con la finalidad de dar una respuesta integral a las situaciones de este colectivo, las víctimas de violencia de género.

En las situaciones de maltrato resulta complicado cuando no hay lesiones ni secuelas físicas aparentes, la no apreciación por parte del personal sanitario ante una situación de violencia de género, puede contribuir a la continuidad del maltrato, a la medicalización del problema y victimización para la mujer. Si los profesionales sanitarios son capaces de ahondar mediante una relación terapéutica en aquellos elementos que tienen que ver con la forma y el estilo de vida de quien la sufre, con su situación familiar y sus problemas, se podría conseguir un diagnóstico acertado.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Año 2007.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias Protocolo de atención sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Año 2003.
- Plazaola Castaño J, Ruiz Pérez I, Escribá Agüir V, Jiménez Martín JM. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. OSM. Año 2006.
- Ruiz Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit. Año 2004.

Capítulo 1049

IMPORTANCIA DE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ENTORNO SANITARIO

SANDRA ÁLVAREZ MUÑIZ

1 Introducción

La confidencialidad implica reconocer el derecho a la intimidad, entendiendo intimidad como aquello más propio y exclusivo de la persona. Sin embargo, el alcance del concepto de intimidad como derecho responde a una valoración subjetiva: Lo que es íntimo para unos puede no serlo para otros, pero lo cierto es que el legítimo propietario de esa información no es otro que el paciente, y por tanto el único con potestad de decidir qué información puede transmitirse y a quién.

La confidencialidad es la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente al personal autorizado a acceder a dicha información en la cual la relación confidencial es expresamente reconocida por ley.

La confidencialidad sanitaria es el derecho de la persona a que todos aquellos que lleguen a conocer los datos relacionados con la salud ya sea por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto. Así que aquello que es un derecho del paciente se constituye en un deber para todos aquellos involucrados en el entorno sanitario.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece que los profesionales sanitarios tienen el deber de respetar la person-

alidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado, debiendo respetar la participación de los mismos en la toma de decisiones que les afecten.

En el mismo sentido se pronuncia también el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, al regular los derechos de los usuarios y el artículo 7.1 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establece que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada en la Ley.

Las citadas normas legales plasman en el sector sanitario la regulación del derecho a la intimidad que también se protege a través de otras disposiciones del máximo rango como la Constitución Española, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, o la ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

2 Objetivos

Conocer los aspectos relacionados con la confidencialidad basado en los diferentes Códigos de Ética así como qué medidas de seguridad pueden aplicarse para garantizar el derecho de confidencialidad de los pacientes.

3 Metodología

Se realizó búsqueda en diversas páginas, libros y revistas especializadas utilizando palabras clave como: confidencialidad en asistencia sanitaria, confidencialidad: medidas de seguridad, protección datos en el sector sanitario. Así como la web de la Agencia Española de Protección de Datos (https://www.aepd.es/es) y el portal de Astur salud (https://www.astursalud.es)

4 Resultados

La intimidad es uno de los aspectos más importantes y menos cuidados en la asistencia sanitaria. En muchas situaciones los pacientes se ven sometidos a un continuo ataque de su intimidad.

Las personas que para el desarrollo de sus funciones necesitan manejar datos de los pacientes, limitarán su acceso a los datos pertinentes.

La custodia de la confidencialidad en los servicios sanitarios nos obliga a revisar nuestros entornos de trabajo en todos los ámbitos desde las consultas externas, áreas de hospitalización, etc.

Se detallan algunos ejemplos de propuestas de mejora:
1. Programas de formación en educación en hábitos y actitudes frente a la confidencialidad.
2. Fomentar el conocimiento de las leyes y penas que conlleva la vulneración de este derecho.
3. Arquitectura y disposición de espacios físicos (establecer espacios reservados para la recogida de información y datos, definir ámbitos de privacidad para situaciones especiales, tener especial cuidado en los despachos compartidos…).
4. Documentación y soporte informático (deben seguirse las instrucciones de destrucción de los documentos y tener mucho cuidado en no extraviar documentos o dejarlos a la vista, seleccionar aquellos datos que puede consultar cada persona del sistema, la rotación de personal supone una dificultad añadida por lo que es importante conseguir sistemas ágiles en el trámite de suplencias.

5 Discusión-Conclusión

La protección de datos de carácter personal está ampliamente regulada por normativas comunitarias e internacionales. Existe un alto grado de conocimiento popular del deber de cumplimiento de protección de datos ajenos y de la existencia de medidas sancionadoras ante situaciones de vulneración de estas normativas.

Apelando a la buena práctica individual basada en los principios de respeto a la intimidad de las personas destacamos algunas medidas:
- Primero: El mantenimiento de la confidencialidad e intimidad es imprescindible para conseguir la necesaria confianza de los pacientes.
- Segunda: Sólo pueden tener acceso a los datos de un paciente aquellos profesionales que estén implicados en su atención.
- Tercera: Compartir información con otros profesionales puede ser necesario y beneficioso para la buena atención de un paciente.
- Cuarta: No podemos transmitir datos a los familiares sin la autorización del interesado.

- Quinta: Debemos ser especialmente cuidadosos en relación con los menores, las personas con deterioro cognitivo o con enfermedades graves, ya que en estos casos se puede llegar a quebrantar la confidencialidad con más facilidad
- Sexta: Los menores, si tienen capacidad para comprender y decidir, tienen derecho a ser atendidos sin la presencia de sus familiares.
- Séptima: La informática puede representar, al mismo tiempo, una herramienta y un peligro para el mantenimiento de la confidencialidad

Prevenir es la mejor de las medidas y formar a los trabajadores sobre el cumplimiento de la confidencialidad, es de vital importancia para garantizar este derecho. Aplicando las anteriores medidas, el personal sanitario y no sanitario llevará a cabo una labor imprescindible: velar por la intimidad de las personas

Es importante que todas las personas, estén sanas o enfermas, sean respetadas de manera digna y con los mismos derechos para todas ellas.

6 Bibliografía

1. https://www.aepd.es/
2. https://www.astursalud.es
3. Confidencialidad e intimidad. Iraburu M. Sistema Sanitario Navarra 29 (3): 49-59, 2006
4. Intimidad, confidencialidad y secreto. Guías de ética en la práctica médica. Beltran JM, Collazo E, Gervas J, González Salinas P, Gracia D, Judez J, Rodríguez Sendin JJ, Rubi J, Sánchez M. Fundación Ciencias de la salud. Ed. Ergon, 2005.
5. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Judez J, Nicolas P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. Med Clin (Barc) 118 (1): 18-37, 2002.
6. La importancia de la confidencialidad como referente ético en el entorno sanitario. Recomendaciones del Comité Ética Asistencial. Berenguer C, Gomez MT, González C, Roca M. Quiron Salud, 2018.

Capítulo 1050

ACTUALIZACIÓN CONTINUADA DE LA FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES

PATRICIA LORENCES MUÑIZ

ALFREDO JOSE LAZCANO COCAÑA

ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En la vida de una persona los cambios son una constante, no solo en el espacio cotidiano si no que en mayor medida se producen y son necesarios en el campo laboral.

Los incrementos en materia de formación van a la par que la evolución de las nuevas tecnologías y métodos. Se Puede hablar de períodos más cortos en cuanto a los cambios producidos, en relación a épocas pasadas, donde estas variaciones eran un proceso si cabe más lento en el tiempo.

Hoy en día el trabajador, debe sobre todo en determinadas especialidades mantenerse al tanto de todos los avances que existen, a fin de desarrollar su trabajo de manera óptima y satisfactoria.

2 Objetivos

Resaltar los aspectos más importantes de la actualización continuada de la formación de los trabajadores del ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Contar con un buen programa de formación, mejora la capacidad de los empleados, pero al mismo tiempo supone para las organizaciones atraer a las personas con mejores talentos. Otra ventaja de la formación continua supone que el trabajador se sienta más satisfecho consigo mismo y que tenga un mayor nivel de implicación en la empresa.

Las organizaciones pueden responder de forma más eficiente a las necesidades y cambios en el entorno de la actividad, así mismo se busca el mayor desarrollo del capital humano con objeto de que su potencial sea desarrollado al máximo.

Para obtener un buen método es necesario desarrollar un programa formativo en la organización.

Para conocer las necesidades empezaremos:
1. Identificando las necesidades formativas, para ello se dispone de las siguientes herramientas.
- Entrevistas, encuentros directos con los profesionales que permiten conocer las expectativas del trabajador a nivel formativo.
- Encuestas, cuestionarios para descubrir las inquietudes formativas del empleado.
- Evaluación del desempeño, mediante instrumentos de evaluación para detectar áreas de mejora de cada empleado.

- Observación.
- Test de conocimientos.

2. Realizar el diseño del plan formativo, ya sea de forma presencial, online, blended learning, que es este último un híbrido entre presencial y online.

3. Análisis de resultados, hay que evaluar el impacto de las acciones, para determinar el resultado o las mejoras a implementar.

Los beneficios son pues mutuos tanto para el trabajador como para la organización. Se pretende entre otras cosas que el trabajador pueda obtener ventajas como:
- Nuevas competencias y habilidades.
-Mayor confianza.
- Mejor coordinación entre trabajadores.
- Mayor efectividad en las funciones.
- Mejor desempeño, mejorando la productividad.
- Se propicia una mayor participación e innovación.
- Se reducen errores y accidentes.

Para la organización, el retorno del esfuerzo organizativo viene dado por:
- Reparto óptimo de funciones, en consonancia con habilidades y debilidades de la plantilla.
- Mejora de la cultura organizacional, profesionales satisfechos.
- Atracción a la entidad de los mejores perfiles laborales.
- Mejores resultados para la organización.

5 Discusión-Conclusión

Las opciones de formación a lo largo de la vida laboral de una persona, son en cierto modo una obligación. No solo por el propio interés que muestra la persona sino porque el entorno genera esa necesidad de progreso.

Así pues una parte importante de la actividad laboral se verá influenciada por esta formación continuada, garantizando una actualización de los conocimientos y una mejor capacitación en el desempeño de sus tareas profesionales.

6 Bibliografía

- Gobierno de España: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- www.camara.es
- www.educaweb.com
- www.FormaciónContinuada.EU

Capítulo 1051

EL CELADOR: PREVENCIÓN DE RIESGOS EN INSTALACIONES HOSPITALARIAS

MARTA GONZÁLEZ CARRERA

1 Introducción

El celador, en el desarrollo de su trabajo, se ve expuesto a una serie de factores de riesgo, comunes en cualquier actividad, y una buena parte de ellos de carácter específico.

Gran parte de su trabajo es físico, realizando numerosos desplazamientos, transporte de cargas, desplazamientos de maquinaria, aseo y movilización de pacientes.

Por la naturaleza de su trabajo, está en estrecho contacto con enfermedades de diversa virulencia, infecto-contagiosas en mayor o menor grado, tanto en el manejo de pacientes para su aseo y movilización, como en la recogida y transporte de desechos o material potencialmente contaminado.

También puede moverse por zonas de radiodiagnóstico y radioterapia, colaborando en el traslado de maquinaria, pacientes y su movilización.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos propios de la actividad física y esfuerzos. Desarrollar la técnica necesaria para el levantamiento y traslado de cargas, así como para la

movilización de pacientes.
- Profundizar en el conocimiento de las enfermedades, sus medios de propagación y contagio. Establecer las normas de higiene básicas, como el lavado de manos, y el uso del material de protección, como guantes, gafas, calzas, batas,...
- Diferenciar las diferentes zonas de aislamiento, y la forma de tránsito por ellas.
- Tener conocimiento sobre los tipos de radiaciones (ionizantes o no ionizantes), sus efectos sobre la salud, y las zonas donde se trabaja con ellas y que medidas de protección debemos adoptar para no vernos expuestos.

También lo haremos sobre las relaciones psicosociales con pacientes, acompañantes o compañeros,

3 Metodología

Revisión de publicaciones en Google Académico sobre seguridad e higiene en centros sanitarios. Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario y seguridad-laboral, además de las bases de datos Pubmed, Scielo y Dialnet.

4 Resultados

Con el estudio y formación necesarios, llegamos a conocer los riesgos a los que puede verse expuesto el celador, y los medios y normas de actuación a su alcance para evitarlos. Estos riesgos pueden ser de diversa naturaleza, como mecánicos, físicos, químicos, biológicos, ergonómicos o psicosociales. Evitaremos accidentes por contusiones en el transporte de maquinaria o cargas pesadas, cortes, caídas o lesiones por posturas incorrectas. También se evitará la exposición innecesaria a diferentes tipos de radiación, productos químicos corrosivos o irritantes, y a los diversos agentes patógenos e infecciosos en zonas de aislamiento en el manejo de pacientes o recogida y traslado de sus desechos. Se quiere cuidado también en el manejo de factores ambientales como iluminación adecuada, temperatura o ruido, y en la relación fluida y cooperativa con el resto del personal, pacientes y familiares.

5 Discusión-Conclusión

El estudio, formación y conocimiento de los riesgos laborales generales y los específicos del medio hospitalario mejora la calidad, seguridad del celador y la eficiencia colectiva.

6 Bibliografía

-www.riojasalud.es
-www/auxiliar-enfermeria.es
- Manual de seguridad y salud en sector de hospitales (FREMAP)
- Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario (CCOO Castilla y León)

Capítulo 1052

MOBBING: DEFINICIÓN, FASES Y CONSECUENCIAS.

ABRAHAM MENÉNDEZ TABERNA

1 Introducción

El término anglosajón mobbing se utiliza desde tienpos relativamente recientes, (los años 80 del siglo pasado) para definir las situaciones de acoso moral y hostigamiento en el ámbito laboral. Se define el mobbing o psicoterror como «un proceso de destrucción que se compone de una serie dea ctuaciones hostiles que, tomadas de forma aislada, podrían parecer anodinas, pero cuya repetición constante tiene efectos perniciosos»(Leymann).

La presencia de acoso laboral se define, pues, por la reiteración y continuidad de una o varias de las 45 actuaciones hostiles recogidas en el Leymann Inventory of Psychologial Terrorization (LIPT), u otras de equivalentes efectos, ejercidas con la finalidad de destruir y hacer desaparecer de la escena laboral a la víctima. Es un fenómeno que se da en el lugar de trabajo, en donde uno o varios individuos ejercen repetidamente violencia psicológica sistemáticamente sobre otro u otros, durante un período prolongado de tiempo. Los acosadores pueden ser compañeros de trabajo, ya sean del mismo nivel jerárquico, superior o inferior.

2 Objetivos

- Definir el mobbing e identificar tanto las fases en que se produce como los distintos tipos de acoso laboral que pueden darse en el entorno laboral general o sanitario en particular.
- Mostrar consecuencias del mobbing en la víctima.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: ”mobbing”, ”acoso laboral”
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

El acoso laboral suele desarrollarse en dos fases, iniciándose por un incidente crítico, un conflicto mal resuelto por la organización, del que resulta un aumento de conflictos “privados”. Aún no hay propiamente acoso moral, sino que la víctima percibe que se ha deteriorado su relación con otra u otras personas, y normalmente no sabe a qué atribuírlo. En la segunda fase, de acoso y estigmatización, se producen comportamientos con frecuencia sutiles en un inicio, al menos, una vez por semana durante 6 meses (criterio estadístico de Leymann).

Algunas conductas, si se toman de forma aislada, se pueden considerar parte de una interacción social normal, lo que a su vez puede dificultar el reconocimiento de la situación por la propia víctima. No obstante, por la cadencia de utilización se usan como manipulación agresiva ejercida por una o varias personas (normalmente entre 1 y 4 agresores). Al no ser frecuente la agresión física es más difícil de probar judicialmente. La primera manifestación de acoso suelen ser las críticas sistemáticas e injustificadas hacia su trabajo, su aspecto físico, sus ideas y planteamientos en relación con el trabajo que realiza, independientemente de la verdadera calidad de su trabajo. El objetivo es doble: deteriorar en lo posible la imagen pública de la víctima y acabar con su equilibrio y resistencia psicológica. El maltrato laboral se produce en progresión, en una escalada característica también de otro gran proceso destructor que es la violencia doméstica.

En un tercer momento, intervienen las autoridades de personal. «Cuando inter-

viene la línea jerárquica, el incidente se convierte en el caso de X, siendo X siempre la víctima acosada y no el acosador. A esto se añade su natural tendencia a terminar rápidamente con el problema (normalmente la persona acosada)». (Piñuel y Zabala).
El resultado habitual es la pérdida de derechos de la víctima y el aumento de su estigmatización como culpable u oveja negra. Suele entrar en funcionamiento el mecanismo psicológico conocido como de «error en la atribución» que hace que compañeros, jefes y directivos tiendan a crear explicaciones basadas en las características individuales de la víctima, antes que en los factores ambientales o en los del acosador. Es decir, como en otros procesos de acoso, es habitual situar la responsabilidad en la víctima y no en el agresor.

En un cuarto punto, de exclusión, cuando las condiciones de trabajo causantes del mobbing no son resueltas, el hostigamiento suele finalizar con la salida de la víctima de la organización, unas veces por petición de traslado o por abandono del puesto de trabajo y otras veces por despido, al acumularse absentismo y baja productividad que justifican el despido cuando el acoso ha conseguido su finalidad destructora. Incluso en algunas ocasiones por suicidio. Previamente, la víctima puede haber sido diagnosticada de personalidad paranoica, ansioso-depresiva o con alteraciones del carácter, al no considerar el profesional consultado que los síntomas tengan su origen en una agresión externa continuada, sino en factores intrínsecos del propio individuo-víctima.

Situaciones Especialmente Propensas
Los entornos en los que se favorece la competición o en los que predominan los estilos de mando autoritarios son favorecedores del mobbing. Se produce mayor incidencia entre trabajadores eventuales o temporales que entre los fijos. La mayor parte de las víctimas mantiene una actitud pasiva, sin enfrentarse activamente a la situación. La mayor parte de los compañeros que presencian el mobbing se mantienen también pasivos y se considera que sólo 1 de cada 6 apoya a la víctima frente al agresor. Pese a que afecta a ambos sexos, la frecuencia es algo mayor en la mujer.

La víctima no tiene por qué tener en absoluto características psicológicas especiales y puede realmente ser cualquier trabajador en un momento dado. Se considera precisamente que los trabajadores más activos y apreciados por su trabajo, los más empáticos y los que toman en cuenta las necesidades de los otros pueden ser precisamente los más propensos a sufrir mobbing, por suscitar en-

vidia o representar una amenaza a la posición del agresor en la empresa (el jefe o en cualquier caso alguien que ostenta una posición superior por antigüedad, relaciones, etc. En ocasiones los iguales, o ambos). También la negativa a participar en el hostigamiento a otra persona puede convertirse en el desencadenante para ser a su vez acosado, o simplemente para diversión de los agresores.

Según los estudios realizados en diversos países, los ámbitos más propensos al mobbing son los sectores educativos y el sanitario en especial, y toda la administración pública y el sector servicios en general. Las situaciones de crisis y cambios dentro de una organización o empresa conllevan también mayor frecuencia de acoso. En general, se puede afirmar que la tendencia hacia el mobbing se produce en un ámbito laboral concreto, ya que los 2 factores presentes en todos los casos son la mala organización del trabajo y la pobreza en el manejo y la resolución de conflictos, tomando el camino más rápido de culpar a la víctima.

Tipos De Mobbing
El acoso laboral se clasifica en 2 categorías: según el objetivo y según la posición jerárquica.
Según el objetivo, nos encontramos con cuatro tipos de acoso:
1. mobbing de dirección o gestión, que es el llevado a cabo por superiores para acabar con un trabajador que no se ajusta a sus expectativas.
2. mobbing perverso, se caracteriza por no tener un objetivo laboral, la causa está en la personalidad manipuladora del acosador.
3. mobbing disciplinario, es un tipo de acoso en el que se infunde miedo a la víctima, se advierte a los compañeros de lo que puede ocurrir con un comportamiento parecido.
4. mobbing institucional, forma parte de la estrategia empresarial para que el acosado rescinda el contrato voluntariamente.

Teniendo en cuenta la posición jerárquica diferenciamos entre dos tipos de mobbing:
1- El mobbing horizontal (el acosador y la víctima están en el mismo rango jerárquico).
2 - Mobbing vertical donde el acosador se encuentra en nivel inferior o superior a la víctima, pudiendo ser a su vez ascendente o descendente.

Consecuencias Del Mobbing
El acoso laboral produce efectos económicos lesivos para la sociedad en gen-

eral. Son crecientes las demandas judiciales por esta causa, y su efecto sobre la vida personal y laboral del trabajador tras el mobbing parece negativamente perdurable. En España, un 5% de los acosados que presentan síntomas considera que el suicidio es una posible solución.

Las víctimas de mobbing presentan un 70% más de absentismo en los últimos 2 años y, en promedio, 10 días de baja más que las no víctimas en el mismo período. La familia de la víctima directa es, a su vez, víctima del acoso moral en el trabajo, con un aumento de las roturas familiares y la morbilidad en la pareja, los hijos y, en general, con la convivencia con una persona que presenta un cuadro de desgaste y amargura generados en su trabajo, pero cuyos efectos le acompañan en la vida extralaboral.

La prevención primaria debería corresponder al ámbito laboral, con mecanismos de organización y decisión en las empresas e instituciones que gestionen los conflictos mediante reglas conductuales apropiadas, cosa que no siempre ocurre. Sin embargo, la solicitud de ayuda clínica se suele dar sobre todo fuera de la empresa, siendo el médico de familia quien se encuentra en una posición privilegiada para su detección y para facilitar un abordaje temprano, antes de que se hayan producido los estragos destructivos buscados por los acosadores.

Al igual que con el resto de las situaciones de violencia «privada», se ha de mantener una actitud de sospecha activa, con anamnesis específicas sobre actividades de hostigamiento, ante cuadros sintomáticos compatibles. Con frecuencia, la presentación es abigarrada, mezclando problemas físicos, psicosomáticos, psíquicos y conductuales. La sintomatología concreta producida por el mobbing es muy variada: Se producen efectos cognitivos de estresores potentes, síntomas psicosomáticos, síntomas por producción de hormonas de estrés, tensión muscular por estresores mantenidos en el tiempo y trastornos del sueño.

El cuadro clínico de las personas sometidas a mobbing es con frecuencia clasificado como un síndrome de estrés postraumático o un trastorno por ansiedad generalizada, aunque al no haber consenso unánime entre los psiquiatras, algunos prefieren considerarlo un trastorno de adaptación.
El paciente es capaz de relacionar su cuadro clínico con su situación laboral, y hay que evitar tomar como diagnóstico lo que en realidad es un síntoma de agresión.

Aún a día de hoy, los efectos del mobbing sobre la salud todavía están realmente delimitándose Además, aún se dispone de escasa bibliografía en el ámbito de la salud y mucha más en el terreno de la psicología laboral, por lo que el establec-

imiento de criterios de diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia aún no es realmente factible, y deberemos guiarnos por el conocimiento general sobre los malos tratos. (Afortunadamente) poco a poco vamos conociendo más de la materia, aunque por desgracia esto es motivado por estar cada vez más a la orden del día.

5 Discusión-Conclusión

El Acoso laboral en las últimas décadas ha pasado de ser un tema poco mencionado en la literatura; a convertirse en un problema de importancia creciente. Al tener un origen multifactorial y depender de diversos factores de riesgo, tanto organizativos como individuales, todos hemos de colaborar en evitar una lacra más que azota nuestra sociedad, que a menudo parece invisible pero que produce efectos devastadores en quien la sufre.

6 Bibliografía

- Santana Vega, D.M. El nuevo delito de acoso laboral. 2013.
- María Luz Pérez Fernández. Estudio e identificación del acoso laboral en el entorno sanitario. Ocronos.2019.
- Zarco Martín, V. El acoso laboral: una relectura desde la Psicología Social. 2011.
- Hostigamiento laboral (mobbing) y sus consecuencias para la salud. A.. Prieto-Orzanco.Elsevier. 2005.
- Martos Martínez, A. Análisis de los factores de riesgo y protección del Burnout en profesionales de la salud. 2018.
- Harasemiuc1, V.A., Díaz Bernal, J.R. Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. 2013.

Capítulo 1053

BENEFICIOS DEL DEPORTE EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO

ELENA PELÁEZ ARDURA

VANESA MONTILA CASTAÑÓN

JESÚS ORMAZÁBAL ARIAS

ARIANA GONZALEZ ALONSO

NOELIA GONZALEZ CASTELLANOS

1 Introducción

El trabajo administrativo hace necesario parar un largo número de horas sentado frente al ordenador, es un trabajo predominantemente sedentario que a largo plazo tendrá consecuencias en la salud del trabajador, derivará en problemas lumbares, cervicales, enfermedades profesionales, aumentará el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes o tumores, según varios estudios del British Medical Journal. Además la OMS confirma que el sedentarismo es la 7º factor de riesgo en los países desarrollados con influencia directa en el resto de factores. Según un estudio del Consejo Superior de Deportes, España es uno de los Países de la Unión Europea con menor práctica deportiva, la consecuencia directa sería el sedentarismo y el sobrepeso de la población española, lo que supone un aumento muy importante de los costes económicos en sanidad pública.

Según la Ley 31/95 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, corresponde al empresario adoptar las medidas necesarias para minimizar los riesgos en el trabajo, proporcionando a los trabajadores los sistemas de protección reglamentaria y la formación adecuada en salud laboral.

En esta línea podríamos entender, que corresponde al empresario, minimizar los riesgos procedentes del trabajo sedentario, fomentando la práctica de deporte entre los empleados, ya que la actividad física y el deporte, conllevan una serie de beneficios, tanto para las empresas, como para los trabajadores, entre ellos mejor salud, mejor clima laboral, mayor relaciones interlaborales, mayor compromiso laboral, menor absentismo, aumento de la productividad… Lo que a medio y largo plazo supondrá un ahorro para las empresas. Por lo que la práctica deportiva, consideramos que es vital para un entorno laboral saludable.

2 Objetivos

Podríamos hablar de 2 tipos de objetivos:

Objetivos para la empresa, dentro de estos podríamos enmarcar:
- Mejorar el ambiente laboral.
- Aumentar la productividad de la empresa.
- Disminuir el absentismo laboral y las bajas laborales.
- Disminuir la incidencia de enfermedades a través de la mejora de las condiciones de salud de los trabajadores

Objetivos para el trabajador, entre los que estarían:
- Mayor satisfacción personal.
- Aumentar la práctica deportiva.
- Conseguir bienestar psicológico.
- Destacar los beneficios físicos.
- Mejorar la calidad de vida.
- Incrementar la proactividad.
- Aumentar la socialización entre compañeros de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Conseguir a medio y largo plazo, una mayor presencia de la actividad física en el trabajo y un mayor compromiso por parte de los trabajadores para la práctica deportiva. Tanto en el puesto de trabajo, como fuera del ámbito laboral. Lo que conllevará una mejora en la salud del trabajador y una disminución de los costes para la empresa.

Para ello se deben tomar las siguientes medidas:
1. Adoptar medidas encaminadas a que los trabajadores realicen un mayor número de descansos, tales como caminar cada 2 horas, subir escaleras en lugar de utilizar el ascensor, aparcar el coche un poco más lejos, utilizar el transporte público. Utilizar escritorios en los que se pueda trabajar de pie…
2. Ejercicios en el mismo puesto de trabajo, ejercicios ergonómicos, por ejemplo estiramientos de cuello, espalda, piernas.
3. Fomentar la práctica deportiva fuera del ámbito laboral, por ejemplo a través del pago total o parcial de la cuota periódica en un centro deportivo por parte de la empresa.
4. Conciliación laboral, para poder ejercer actividad física.
5. Creación de un centro deportivo dentro de la empresa.
6. Promoción de campeonatos y torneos deportivos entre empresas.
7. Concienciación de los beneficios de la práctica deportiva.
8. Cursos formativos.

5 Discusión-Conclusión

Es sumamente importante concienciar a los trabajadores, de la importancia de la práctica del deporte para su salud. En este trabajo de concienciación tiene un papel determinante la figura del empresario, quien debería adoptar las medidas necesarias, para que los trabajadores implementen en su rutina diaria, la práctica de la actividad física.

6 Bibliografía

- Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95 de 8 de Noviembre
- Plan integral para la actividad física y el deporte y Plan integral para la actividad Física y el deporte, del Consejo superior de deportes, Informe del British Medical Journal.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1054

ASERTIVIDAD EN LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

PATRICIA LORENCES MUÑIZ

ALFREDO JOSE LAZCANO COCAÑA

ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La Real Academia de la Lengua Española define la asertividad como el calificativo para una persona que expresa su opinión de manera firme pero respetuosa. Es pues, en cierto modo una habilidad para expresar lo que se siente o desea sin perjudicar a los demás.

Dentro de la comunicación junto con la asertividad hemos de mencionar también como elementos complementarios la empatía, que supone la capacidad de las personas de sentir y comprender emociones ajenas y por otro lado la tolerancia que supone permitir, considerar y respetar opiniones y acciones de otras personas.

2 Objetivos

Abordar los aspectos más destacados relacionados con la asertividad en la comunicación interpersonal.

3 Metodología

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

4 Resultados

La comunicación asertiva busca principalmente tanto en nuestra vida cotidiana como en el ámbito laboral comunicarnos y relacionarnos de manera adecuada y positiva con otras personas.

Claramente no solo es importante lo que se dice sino cómo se dice, para ello resulta clave ser capaces de controlar nuestra respuesta emocional y saber dirigir la conversación hacia puntos de encuentro evitando siempre que se pueda la confrontación brusca.

En cierto modo se busca mantener un equilibrio entre la comunicación agresiva y pasiva, basándose más en la razón y la comunicación franca.

La comunicación asertiva puede ser un fin muy útil para determinadas personas con profesiones que tienen un alto contenido comunicativo, como por ejemplo:
- Gerentes de empresa.
- Personas públicas.
- Profesores.
- Profesionales sanitarios.

La manera de trabajar la asertividad viene determinada por los primeros intentos de los clínicos conductuales para mejorar las aptitudes sociales de los pacientes, este proceso se basa en un entrenamiento asertivo que pretende cultivar habilidades y procedimientos para superar la ansiedad en los encuentros interpersonales.

En el comienzo de los trabajos clínicos sobre entrenamiento asertivo se enfatiza la expresión de irritación y sentimientos de enojo, de forma socialmente adecuada. La ansiedad se inhibe progresivamente, puesto que se supuso que era incompatible con la expresión asertiva de sentimientos.

Entre algunas de las habilidades para entrenar la asertividad hemos de mencionar:
- Aprender flexibilidad cognitiva.
- Control de impulsos.
- Tener comunicación no verbal adecuada.
- Técnicas de respuestas asertivas.

Ser asertivo ciertamente resulta muy importante, las personas que tienen déficit de conductas interpersonales se ven abocadas a sufrir dificultades en los tipos de refuerzo social requeridos.

También se establecen como causas a resolver y que suponen un déficit de asertividad la autoestima, entendida como sentimiento de aprecio o rechazo que hacemos de nosotros mismos.

Así como el estado emocional que influye en la respuesta que se va a dar en cada momento concreto.

Como resultado de todos los estudios se ha comprendido que la asertividad tiene que ver con el grado de madurez de cada individuo, así como de factores emocionales e intrínsecos de la personalidad. Queda de manifiesto que la conducta asertiva puede ser mejorada a través de la práctica y conseguir de esta manera afrontar de forma exitosa un mayor número de situaciones de comunicación interpersonal.

5 Discusión-Conclusión

Existen en definitiva tres estilos básicos en la conducta interpersonal:
- Estilo pasivo: personas que no defienden sus intereses, no expresan sus sentimientos verdaderos no tienden al desacuerdo. No suelen recibir rechazo por parte de los demás.
- Estilo agresivo: no tienen en cuenta los sentimientos del otro, insultan, agreden, pelean. Tienen la ventaja de que nadie les pisa, pero a su vez nadie los quiere a su lado.
- Estilo asertivo: alcanzan sus objetivos sin dañar a los demás, respetan a quienes les rodean, dicen las cosas con certeza y sinceridad. Tienen la capacidad de decidir con sinceridad.

6 Bibliografía

- RAE (Real Academia de la Lengua Española)
- www.CRHoy.com
(opinión)
- www.circuloeconomiaalicante.com
- www.saberpsicologia.com

Capítulo 1055

PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

ALBERTO ANTONIO LABRADA SUÁREZ

1 Introducción

Se entiende como mantenimiento hospitalario la actividad técnica administrativa dirigida principalmente a prevenir averías, a restablecer la infraestructura y la dotación hospitalaria a su estado normal de funcionamiento, así como la realización de actividades tendientes a mejorar el funcionamiento de un equipo.

Es necesario fortalecer la ejecución de las actividades de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación con acciones de carácter preventivo y correctivo, que garanticen las condiciones físicas apropiadas para la gestión de las instituciones y la atención integral en salud, este compromiso con la sociedad y con el paciente en particular, impone un reto para todos en el quehacer de la salud.

El presente Plan de Mantenimiento Hospitalario sirve como una guía institucional que servirá de apoyo para el cumplimiento con el fin de organizar y planificar las acciones de mantenimiento de infraestructura y dotación preservando así los recursos y el correcto funcionamiento de la institución.

El Plan de Mantenimiento Hospitalario, tendrá en cuenta lo siguientes componentes:
- Manteniendo Preventivo
- Mantenimiento Correctivo
- Capacitación en la tecnología biomédica enfocado al personal asistencial.

El mismo se clasifica de la siguiente manera:

- Mantenimiento de Infraestructura hospitalaria: incluye a los edificios, las instalaciones físicas, las redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes locales, redes de conducción de gases medicinales y las áreas adyacentes a las edificaciones.
- Mantenimiento de la Dotación hospitalaria: Incluye equipo industrial de uso hospitalario, equipo biomédico, muebles para uso administrativo y para uso asistencial y equipos de comunicaciones e informática.

2 Objetivos

Abordar los aspectos más importantes sobre un plan de mantenimiento hospitalario.

3 Metodología

Se consultan bases de datos actualizadas, y diferentes publicaciones. Asimismo se consulta la normativa relativa a Planes de Mantenimiento Hospitalario.

1 - Determinación de la información relevante.
2 - Recogida de información.
3 - Depuración de los datos. Se procede a comprobar y completar los datos recibidos
4 - Procesamiento y análisis de la información.

4 Resultados

Los aspectos clave son:
- Determinar las herramientas, recursos económicos, humano para la ejecución y evaluación y seguimiento del presente Plan
- Garantizar la Seguridad de los pacientes y del personal que los manipula
- Asegurar la disponibilidad económica y garantizar su apropiada distribución y ejecución.
- Evitar o mitigar las consecuencias de los fallos del equipo, logrando prevenir las incidencias antes de que estas ocurran.
- Anticiparse a los posibles fallos o desperfectos que pueda presentar un equipo de un momento a otro.
- Garantizar el buen estado de las instalaciones físicas, redes hidráulicas, eléctricas, electrónicas y mobiliario de toda la Institución.

- Garantizar el buen estado de la tecnología biomédica y demás equipos de la dotación hospitalaria.
- Garantizar el buen estado de equipo de transporte de pacientes y personal administrativo.

Actualmente consideramos como fundamentales en toda organización de carácter sanitario los siguientes propósitos o principios informadores de su actuación entre ellos los siguientes:
- Seguridad
- Calidad
- Fiabilidad
- Confortabilidad
- Rentabilidad

Estos principios o propósitos dentro de nuestra organización son trascendentales y tienen una gran influencia en la interacción de aquélla con su entorno y con los diferentes subsistemas que pudieran concurrir. Corresponde a los responsables a nivel directivo colaborar en su establecimiento y llegado el caso en las modificaciones oportunas. De otro lado los objetivos propiamente dichos de nuestra organización (mantenimiento) representan los fines, generalmente variables y cuantificables, perseguidos en cada momento, por ello vienen expresados en términos de evaluación (económica, operativa, social, etc.) y estos objetivos por ejercicio económico deben ser consensuados y aceptados: tanto por la dirección del centro como por el servicio de mantenimiento.

De cada centro hospitalario se obtienen los respectivos valores de cada uno de los indicadores en el mantenimiento de Edificios e Instalaciones y Equipos Electromédicos, para lo cual y por motivos de facilidad de manejo de información y la de obtención de datos globales se puede proceder a agrupar a los hospitales de acuerdo a un determinado número de camas instaladas, concluyendo sendos cuadros en una agrupación de todos los hospitales.

Es significativo destacar la variable «tiempo productivo», definida como el tiempo de jornada laboral en el que se está desarrollando una actividad netamente productiva y de efecto directo sobre las instalaciones y equipos del centro hospitalario. La unidad que se establece se denomina hora productiva.

Las relaciones entre las variables que se manejan son las siguientes: mantenimiento correctivo o preventivo, personal de plantilla o concertado, proveedores-

fabricantes de equipos sin contrato o con contrato de mantenimiento y a su vez, todas ellas, agrupadas en las distintas dimensiones del hospital por camas.

• Cumplir con un mínimo del el 85% de las actividades establecidas en el cronograma de mantenimiento preventivo
• Reducir las fallas y tiempos muertos al incrementar la disponibilidad de equipos e instalaciones.
• Incrementar la vida de los equipos e instalaciones.
• Mejorar la utilización y desempeño de los recursos.
• Reducir los niveles del inventario y existencias de equipamiento de reemplazo.
• Ahorro por reposición de equipos.

5 Discusión-Conclusión

El control constante de las instalaciones y equipos, encomendado al servicio de mantenimiento, permite el conocimiento de su estado de funcionamiento y la toma de decisiones para realizar las intervenciones adecuadas, en orden a reponer el nivel de calidad establecido cuando se producen desviaciones respecto al funcionamiento normal.

El mantenimiento debe ser estudiado como un conjunto de actividades encaminadas a obtener de las instalaciones básicas, sus redes de distribución, los aparatos de uso médico, el instrumental y en general todo lo recogido en su ámbito de acción, el mayor grado de uso y disponibilidad con la mayor garantía y calidad posibles mediante técnicas y sistemas de trabajo adecuados a la norma laboral del medio y a las reglamentaciones vigentes. Estas técnicas de conservación y mantenimiento han de ser aplicadas por profesionales exclusivamente dedicados a entrenamiento cotidiano de utilización que los usuarios deben conocer y aplicar.

Desde el punto de vista general, hoy día no se concibe la prestación de unos servicios sanitarios sino existe una infraestructura técnica que sirva de soporte y cobijo para desarrollar la asistencia sanitaria. El construir centros sanitarios y dotarles de medios es muy importante y supone un gran costo de inversión. Desde el punto de vista de gestión del centro sanitario, el porcentaje que representan los gastos de mantenimiento y mucho más los gastos de explotación de edificios, instalaciones y equipos, sobre los gastos totales, es susceptible de considerarlo como importante. Sin embargo, actualmente el servicio de mantenimiento está infravalorado, respecto a otros servicios, como consecuencia de no

considerarlo como parte integrante del tratamiento médico. El alza de los costes y la tendencia a la atenuación de la opinión anterior, harán posible que la importancia del servicio de mantenimiento sea creciente, respecto a otros servicios ocupando un lugar preponderante en el hospital.

6 Bibliografía

- RD 521/1987, de 15 de Abril por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de Salud.
- Decreto 16/2004 de 20 de Febrero, por el que se prueba el reglamento sobre estructura y organización de los hospitales gestionados por el Servicio Riojano de Salud.
- Hospital Universitario de Guadalajara (1)
- Junta de Andalucía. Buenas Prácticas Ambientales de Carácter General. Mantenimiento de las Instalaciones (2)
- Decreto 1769 de 1994 se establecen reglamentaciones en cuanto a la inspección, vigilancia y control en la asignación y ejecución de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario y en la elaboración y aplicación de los planes de mantenimiento hospitalario en las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios.

Capítulo 1056

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

ALBERTO ANTONIO LABRADA SUÁREZ

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales (PRL) se justifica en la necesidad de salvaguardar la salud de los trabajadores, desarrollar las acciones preventivas pertinentes con la finalidad de mejorar las condiciones de trabajo y la transposición de las directrices europeas fijadas con la misma finalidad, a fin de homogeneizar las legislaciones de cada uno de los países integrantes de la CEE en materia de protección de riesgos laborales.

Se articula en una serie de consejos prácticos que giran alrededor de cada tipo concreto de labor especifica desarrollada en el puesto de trabajo, teniendo en cuenta el entorno, los diversos problemas derivados del uso de determinado tipo de maquinaria o herramientas, posturas corporales y cualquier aspecto en que la integridad física del trabajador se vea expuesta, así como aquellas situaciones que desemboquen en fatiga física y/o mental.

Aunque los planes de prevención de riesgos laborales llevan implantados mucho tiempo, siguen sucediéndose accidentes en el trabajo que hubiesen sido fácilmente evitados si se hubiesen tenido en cuenta las actuaciones a seguir en cada caso.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Asegurar el acceso de los trabajadores a las herramientas y recursos técnicos y humanos para la evaluación, ejecución y seguimiento de la PRL.

Objetivos específicos:
- Garantizar el debido conocimiento de los trabajadores de los diversos aspectos inherentes a la seguridad propia y ajena y cómo actuar ante desviaciones.
- Evitar en lo posible o, al menos, mitigar los resultados en los fallos en el equipo, y buscar prevenir dichas incidencias antes de que estas ocurran.
- Anticiparse a los posibles fallos o desperfectos que pueda presentar un equipo de un momento a otro.
- Tener en cuenta cuales son los equipos de protección individual (EPIs) necesario para ejercer la actividad encomendada.
- Solicitar, usar y mantener en buen estado los diversos EPIs que le han sido confiados para su seguridad personal.

3 Metodología

Se rastrean y consultan las bases disponibles sobre los accidentes laborales actualizadas, así como diferentes publicaciones de estudios relativos.

1. Se determina la información relevante.
2. Recogida de información.
3. Se depuran los datos y se procede a comprobar y completar los datos recibidos.
4. Procesamiento y análisis de la información.

Se pone en conocimiento de los trabajadores de estos resultados y se explican y demuestran, en su caso, las normas generales o específicas desarrolladas para paliar y evitar en lo posible estos riesgos.

4 Resultados

Se evalúan, cuando están disponibles, los datos de cada centro hospitalario, o se inician los trabajos de recogida de dicha información para futuros estudios, para obtener los valores y comparar con los resultados de la información diseñada y puesta a disposición de los trabajadores.

Generalmente el trabajador es receptivo a todas aquellas acciones que derivan en una protección de su salud, requiriendo en muchos casos otra información complementaria que reafirma y pondera su compromiso con el buen desarrollo de su labor conforme a la utilización de EPIs y la normas que se explican en los planes de los PRL respectivos.

El empresario, tal y como contempla la Ley, debe ejercer un control constante sobre la correcta aplicación de las normas, así como proporcionar a los trabajadores el acceso a los cursos de prevención, manteniendo un seguimiento continuo de las actividades preventivas a fin de perfeccionar las actividades de identificación, evaluación y control de los riesgos, para garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo.

Así mismo, el empresario, debe adoptar las medidas necesarias con el fin de que los equipos de trabajo sean adecuados para el trabajo que deba realizarse y estar fiel y convenientemente adaptados a tal efecto, de forma que garanticen la seguridad y la salud de los trabajadores al utilizarlos, debiendo proporcionar a sus trabajadores los equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones y velar por el uso efectivo de los mismos cuando, por la naturaleza de los trabajos realizados, sean necesarios.

Otras importantes consideraciones se deben tener con aquellos trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos o en aquellas actividades que puedan alterar la función procreadora por la exposición a agentes físicos, químicos o biológicos.
De manera particular debe tener en cuenta la protección de la maternidad y el periodo de lactancia.

Por otra parte los trabajadores están obligados a usar adecuada y correctamente los equipos de protección, informar de cualquier situación que pudiera suponer un riesgo y cooperar con el empresario para garantizar unas condiciones de trabajo seguras.

El desarrollo de estas normas se establecen para garantizar como actuar ante:
- Caídas.
- Caídas de objetos.
- Sobreesfuerzos.
- Cortes.
- Contacto y estrés térmico.
- Riesgo eléctrico.

- Sobrecarga física.
- Escaleras.
- Trabajos en altura.
- Incendios.
- Manejo o trabajo en el entorno de gases.

5 Discusión-Conclusión

Hoy por hoy es inconcebible que no se cumpla, por una y otra parte, la ley de prevención de riesgos laborales, pero a pesar de todo, siguen ocurriendo accidentes que podrían ser evitados, razón por la cual es imprescindible la revisión periódica de las actividades llevadas a cabo para disminuir la incidencia de los riesgos, su evaluación y su nueva planificación, para actualizar las medidas preventivas en función de los cambios, nuevas tecnologías, etc., en un planteamiento circular de vigilancia continuada.

6 Bibliografía

- Directiva 89/391/CEE, de 12 de Junio de 1989 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- R.D. 39/1997, de 17 de Enero, sobre los Servicios de Prevención.

Capítulo 1057

EL ESTRÉS LABORAL.

MAYRA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA CRISTINA MENENDEZ VAZQUEZ

1 Introducción

En la sociedad actual el mundo laboral está experimentando un proceso de grandes cambios que representan mejoras y avances, pero que al mismo tiempo también son causa de la aparición de una serie de condiciones que conducen a riesgos que afectan al bienestar de la persona (José María Peiró, 2005).
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y aptitudes, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación. Además, se considera que el estrés laboral afecta negativamente a la salud psicológica y física de los trabajadores, y a la eficacia de las entidades para las que estos trabajan (OMS, 2004).
El estrés laboral es una de las diez principales problemáticas de salud vinculadas con el trabajo y una preocupación creciente a escala mundial. Tan es así que la OMS reconoció el pasado año el síndrome del trabajador quemado como enfermedad laboral. Esta dolencia está asociada al agotamiento mental, físico y emocional causado por el estrés del trabajo.
Así como sucede en otros entornos laborales, en el de la sanidad, y en lo que al personal no sanitario se refiere, en particular al auxiliar administrativo, y más concretamente al trabajador eventual, las situaciones de estrés a las que a menudo se enfrenta en el desarrollo de sus tareas, hace que viva momentos de mucha tensión, lo que le puede llegar a generar riesgos para su salud física y mental.

Entre las causas que originan dicha tensión se encuentran las siguientes:
• El constante cambio de lugar y de puesto de trabajo al que el personal eventual se ve sometido. Se trata de contratos de días o de pocas semanas en puestos diferentes y con tareas muy heterogéneas.
En el ámbito de la sanidad existen un sinfín de puestos de trabajo tanto en atención primaria como en atención especializada con tareas muy diversas y distintos programas informáticos, que el personal eventual tiene que ir conociendo y poniendo en práctica sobre la marcha. Esto implica un aprendizaje a base de errores y equivocaciones por su parte, así como un mayor entendimiento del sistema de trabajo gracias a la colaboración y predisposición de algunos colegas.
• La escasez de personal, que implica una mayor carga de trabajo. Si las tareas tienen que ser desempeñadas de todos modos, pero por un número menor de trabajadores, al final se sufre presión. En algunas ocasiones la presión es ejercida directamente por los superiores y en otras a través de los colegas más veteranos, que desbordados por la situación también reciben presiones para que el trabajo salga sí o sí adelante. Por ello, los trabajadores eventuales tienen a veces la sensación de entorpecer más que de ayudar, provocando así un mayor problema, pues hay demasiada información que procesar y muy poco tiempo para ello.

• La tensión que supone trabajar de cara al público. El trabajo cara a cara con los usuarios de los centros de salud implica normalmente presión, dadas las numerosas demandas por parte de estos. A veces, un error cometido en el desempeño de las labores puede tener consecuencias para el paciente. Además, a esto habría que añadir las exigencias demandadas por parte de los superiores.

• La sensación de poco reconocimiento por parte de los compañeros de trabajo. En ocasiones el personal eventual siente una escasa consideración por parte de los colegas con plaza fija, al tratarse de personas que están de paso en ese centro de trabajo. Afortunadamente no siempre ocurre así y también se encuentran compañeros serviciales y dispuestos a tender una mano al resto.

• La incertidumbre laboral. El personal eventual vive en una continua incertidumbre dado el horizonte cortoplacista de sus expectativas laborales. Desconoce cuándo volverá a trabajar, por cuánto tiempo lo hará y cuál será su próximo destino. Además, no sabe cuándo podrá tomarse unos días de descanso, y por ello no puede programar un viaje con antelación o planificar una escapada, pues tiene que estar pendiente del teléfono para no perder su siguiente oportunidad de trabajo. De hecho, puede estar un tiempo considerable en activo, pero al tratarse de sucesivos contratos laborales, no tiene derecho a disfrutar de unos días de

asueto o de unas mini vacaciones estivales.

El estrés laboral se produce por factores como:
• Elevados niveles de exigencia.
• Elevada carga de trabajo.
• Falta de claridad en las tareas a desarrollar y falta de control de las mismas.
• Horarios y turnos de trabajo.
• Escasa colaboración por parte de los compañeros de trabajo o de los superiores inmediatos.
• Inadecuadas condiciones del ambiente físico de trabajo: calor, humedad, etc.
• Inestabilidad laboral.

El estrés puede llegar a convertirse en enfermedad si no se advierte a tiempo su trayectoria, que según Melgosa (2006) consta de tres fases:
I. Fase de alarma (aviso)
II. Fase de resistencia → el sujeto se enfrenta y a. Resuelve. b. No resuelve.
↓
III. Fase de agotamiento o Fatiga o Ansiedad o Depresión.

A este respecto cabe señalar que en 2018 España era el país europeo con más estrés laboral, y según datos de ese mismo año, el 30% de las bajas laborales en nuestro país fueron debidas a dicha causa. Amén de los problemas de salud mental (trastorno por ansiedad y por depresión), los trabajadores sometidos a períodos de estrés prolongados pueden desarrollar graves problemas de salud física, tales como enfermedades cardiovasculares.
De hecho, la OMS advertía en 2017 que más de 300 millones de personas sufrían depresión en el mundo y más de 260 millones padecían trastornos por ansiedad, problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y a la productividad. Además, subrayaba que la vivencia en el trabajo influye de un modo determinante en el bienestar general de las personas.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica, para un diagnóstico y tratamiento más precoz.

3 Metodología

Se han revisado informes de distinguidos organismos internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Además, se han consultado libros de autores expertos en la materia, como Peiró y Melgosa. Igualmente, se han recabado datos y cifras vinculados con el tema y publicados en diarios digitales, véase: Última Hora, portales de noticias, véase Pymenews, y diarios especializados, véase Prevention World. Asimismo, se ha manejado información ofrecida por una reconocida fundación, Fundación Máshumano.

4 Bibliografía

• "La organización del trabajo y el estrés. Estrategias sistemáticas de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales". OMS, 2004.
• "Desencadenantes del estrés laboral". José María Peiró, 2005.
• "Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo". OMS, 2006.
• "Sin estrés". Julián Melgosa, 2006.
• "Salud mental en el lugar de trabajo". OMS, 2019.
• "Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo". Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.
• "Empresas humanas y saludables". Fundación MásHumano.
• "España es el país europeo con más estrés laboral" www.cepymenews.es - 06/02/2018
• "El 30% de las bajas laborales en España son a causa del estrés". Prevention World www.prevention-world.com.
• La OMS reconoce definitivamente el 'síndrome del trabajador quemado' como una enfermedad. UH Noticias.

Capítulo 1058

VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD SOCIAL.

MAYRA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA CRISTINA MENENDEZ VAZQUEZ

1 Introducción

La salud social es la habilidad para la adaptación y la autogestión ante los cambios y desafíos del entorno, así como la capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias con otras personas. (VIU, 2018)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido los determinantes sociales de la salud, que también incluyen la salud social. Encontraríamos, entre otros, las condiciones de empleo, la exclusión social, los sistemas de salud, los programas de salud públicos o la equidad de género. (VIU, 2018)

En relación a este último factor, cabría señalar como cuestión capital de salud social la violencia de género, entendida como "la violencia, que como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia". Habría que poner de manifiesto, además, que "la violencia de género no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores, carentes de derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión"

(Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género).

En junio de 2013 la OMS afirmó que la violencia física o sexual es un problema de salud pública que afecta a más de un tercio de todas las mujeres a nivel mundial. A través de un amplio informe concluye qué impactos provoca la violencia en la salud de las mujeres, siendo las principales consecuencias los problemas de salud mental (depresión), el alcoholismo, las infecciones de transmisión sexual, las lesiones e incluso la propia muerte. (OMS, 2013)

Desde el año 2003 y hasta día de hoy, 1.043 mujeres han sido asesinadas a manos de sus parejas o exparejas en nuestro país. Lamentablemente sólo en torno al 20% de las mujeres víctimas mortales de la violencia machista hasta la fecha había presentado denuncia previa contra su agresor. De hecho, en lo que va de año, diez mujeres han resultado asesinadas y ninguna de ellas había presentado denuncia, y lo mismo sucedió en el período 2003-2005, con un recuento fatídico de 200 mujeres muertas y ninguna denuncia interpuesta.

A nivel global, de las 87.000 mujeres asesinadas en el mundo en 2017, más de un tercio lo fueron a manos de sus parejas o exparejas (ONU Mujeres). Sin duda, si comparamos esta escalofriante cifra de víctimas con la de otros terribles sucesos, podríamos calificar la situación de terrorismo machista.

A la suma de todas estas víctimas hay que añadir otras muchas más con frecuencia olvidadas y relegadas a un segundo plano: las niñas y los niños. Desde 2013 se contabiliza también el número de menores víctimas de la violencia machista. Según Save the Children, en el período 2013-2018 (octubre) 221 menores se quedaron huérfanos en España como consecuencia de la violencia machista ejercida sobre sus madres, y 25 niños y niñas resultaron víctimas mortales por violencia de género.

Además, aumenta la preocupación por el incremento de víctimas por violencia de género contra chicas adolescentes, que sufren el acoso y la violencia por parte de sus parejas o exparejas. En 2017, por ejemplo, fueron 653 las menores de edad que recibieron protocolos de protección por parte de la Administración.

Pese al importante avance que supuso la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género de 2004, aplaudida por muchos países de nuestro entorno, aún nos queda un largo camino por recorrer en la lucha contra la violencia machista. La legislación resulta insuficiente y la aplicación del derecho

penal por sí sola no sirve, pues las agresiones no disminuyen. A la vista está que se sigue maltratando, violando, torturando y asesinando a mujeres cada día.

Por todo ello, urgen medidas contundentes de otra índole, así como una gran concienciación social. Las ayudas sociales basadas en programas dirigidos a garantizar la igualdad de oportunidades pueden resultar eficientes y en este aspecto los servicios de salud juegan un papel muy importante.

En 1998 la OMS declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud. Ese mismo año se aprobó en nuestro país el primer Plan de acción contra la Violencia Doméstica y en 2006 el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, aprobado por el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

El personal sanitario de atención primaria constituye un elemento clave para la detección precoz y el cuidado integral de las mujeres víctimas de la violencia de género por estar en un lugar estratégico y accesible, y por el conocimiento de sus pacientes y las posibilidades de contacto. Los servicios de urgencias, de obstetricia y ginecología, así como los de salud mental, juegan también un papel importante en la detección, tratamiento y apoyo a las víctimas de estos hechos.

Las singularidades de este tipo de violencia requieren una rauda implicación de todo el personal sanitario, que deberá ser consciente de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia machista comienza con la a veces complicada detección del problema. Una vez detectado, el tratamiento del mismo y el apoyo a las víctimas resulta primordial por su parte.

2 Objetivos

- Detener esta lacra que cada día acecha a mayor número de víctimas y que vulnera sus derechos fundamentales. Sería necesario combinar la educación en el hogar con una buena labor pedagógica en los centros escolares, así como involucrar a todas las instituciones, con el fin de tomar verdadera conciencia de que la igualdad entre hombres y mujeres es indispensable para avanzar socialmente. Es fundamental, además, condenar enérgicamente las pautas sexistas y los comportamientos machistas.

3 Metodología

Se han recabado datos relacionados con la violencia de género referentes a nuestro país y al resto del mundo. Para ello se han consultado fuentes oficiales, como el BOE, el Ministerio de Igualdad o el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como informes de organismos oficiales mundiales, véase la Organización Mundial de la Salud o la Organización de las Naciones Unidas. Igualmente, se plasman datos ofrecidos por asociaciones de reconocido prestigio internacional, tales como Save the Children o Amnistía Internacional, e informaciones y artículos de entidades académicas, como la Universidad Internacional de Valencia.

4 Bibliografía

- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313, de 29 de diciembre de 2004.
- "Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género". Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- "Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud". OMS, 2013.
- "Salud social: definición, determinantes y recomendaciones". Universidad Internacional de Valencia (VIU), 2018.
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad. (www.violenciagenero.igualdad.gob.es)
- "Hechos y cifras: acabar con la violencia contra mujeres y niñas". ONU Mujeres.
- Barómetro de la infancia. Violencia de género. Save the Children.

Capítulo 1059

ANÁLISIS DEL MOBBING EN EL PERSONAL DE LOS CENTROS SANITARIOS

MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ

MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO

MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ

EVA MARÍA TORRES PÉREZ

1 Introducción

Mobbing: Trato hostil o vejatorio al que es sometida una persona en el ámbito laboral de forma sistemática, que le provoca problemas psicológicos y profesionales.

Los temas sobre acoso laboral son muy sensibles para la mayoría de los trabajadores de la salud, ya que afectan a situaciones privadas y por la falta de apoyo por parte de sus superiores cuando se ha sido víctima de esto; una de las razones por las que el mobbing puede ser percibido de diferentes formas es porque se conoce poco sobre el concepto real del término, puede asociarse a muchos tipos de violencia y existe heterogeneidad en el uso de dicha palabra.

La OMS define la violencia en el trabajo como “incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o agredido en circunstancias relacionadas con su trabajo”

En la Unión Europea se define como "un comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos a causa del cual la persona afectada es objeto de acoso y ataques sistemáticos y durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto, por parte de una o más personas, con el objetivo y/o el efecto de hacerle el vacío".

Lo que diferencia al mobbing de otros tipos de acoso o de conflictos interpersonales en el trabajo es la duración del mismo, la repetición y la relación desigual entre las dos partes del conflicto.

Según el Congreso de los Diputados, que modificó algunos artículos de la Ley del Estatuto de los Trabajadores y de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social, con fecha 24 de diciembre de 2003, el Mobbing está definido como "toda conducta no deseada que atente contra la dignidad de una persona y cree un entorno intimidatorio, humillante u ofensivo".

Cualquier centro de trabajo que cuente con un numeroso grupo de trabajadores y altamente jerarquizados, como son los centros sanitarios, tiene cada día más víctimas de las que nos podemos imaginar y resulta una causa importante de sufrimiento humano, de pérdidas económicas y de malestar social.

En muchos casos lo que se pretende con el mobbing es conseguir, con el paso del tiempo, que el empleado deje su puesto de trabajo. Las principales víctimas de los acosadores psicológicos son las mujeres. Muchas veces este acoso hacia la mujer comparte otro de carácter sexual.

Este problema afecta mucho al sector sanitario, fundamentalmente en sectores públicos, aunque también aparece en el sector privado. En este campo sanitario posiblemente se manifieste de forma más notoria, puesto que los profesionales conviven más intensamente que en ninguna profesión, porque el trabajo es mayoritariamente en equipo y las convivencias intensas y largas.

2 Objetivos

Identificar los desencadenantes del mobbing y conocer sus causas, efectos y posibles soluciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

El mobbing puede ser de tres tipos:
- Ascendente, ocurre cuando uno o varios subordinados acosan a un trabajador de rango jerárquico superior.
- Horizontal, se da cuando la agresión de un empleado se produce por parte de uno o varios compañeros de su mismo nivel jerárquico. Muchas veces, se da cierto beneplácito por parte del jefe, que no hace nada por impedirlo.
- Descendente, es el caso de un trabajador hostigado por la persona de mayor nivel jerárquico con la colaboración de otros subordinados. Este último es el mobbing más frecuente.

Los motivos que pueden provocar mobbing son múltiples y muchas veces concurren varios en una misma situación.

Pueden darse por prejuicios racistas o sexistas, por el color de la piel, por ser mujer y, especialmente, a causa de una posible maternidad; por cualidades físicas o psíquicas que lo diferencian del resto de los compañeros.

En otras ocasiones las causas personales del acosador, generalmente de índole psíquico, pueden provocar situaciones de acoso. Entre estas causas encontramos la envidia motivada por cuestiones económicas, familiares o de otra índole; un impulso de control sobre los demás como causa de placer personal; situaciones de celos por rasgos de la persona acosada por su brillantez, su inteligencia, su don de gentes o cualesquiera otras cualidades que desaten esa reacción en el acosador.

Otro tipo de motivaciones se derivan de la esfera empresarial, bien por conseguir la sumisión del resto de trabajadores o bien para provocar una baja en la empresa ”voluntaria” para evitar los costes que conllevaría un despido.

Por último, podemos hablar de las causas profesionales del acosador: ansias de

ascenso aún a costa del compañero, envidias o celos profesionales por diversas causas o simple inadaptación a los métodos de trabajo del jefe, provocando mobbing a este.

La víctima de mobbing va pasando por distintas fases que empiezan con una seducción a la víctima o a su entorno sin que todavía se haya dado ningún tipo de agresión. La aparición de cualquier conflicto en la empresa que tenga un mal desenlace, puede ser el desencadenante. A partir de aquí ocurren todo tipo de agresiones o vejaciones, acoso moral en el trabajo para desplazar o hacer el vacío a la víctima. A partir de este momento, su entorno laboral se vuelve muy difícil en la relación con sus compañeros y superiores. Es en esta fase cuando se manifiesta la actuación de acoso por parte de la empresa mediante una estrategia consciente o inconsciente. Esto es muy típico en la sanidad. Se llega ahora a un punto de marginación que se ejerce justo antes de entrar en situación de baja laboral por enfermedad o abandono "voluntario" de la empresa y consiste en la exclusión del ámbito laboral sucediendo la última acción en forma de despido, jubilación anticipada, invalidez provisional permanente, llegando en casos extremos al suicidio. Una última fase, a consecuencia del mayor conocimiento del mobbing como una situación de riesgo laboral, puede hacer que elementos de la empresa lo eviten (personas dentro de la empresa incapaces de agredir y otra fuera de la empresa) resarciendo el daño recibido. Es la fase de recuperación.

Los efectos sobre la salud que el mobbing provoca en los trabajadores de los centros sanitarios se manifiestan con ansiedad, depresión, trastornos emocionales, cognitivos, psicosomáticos y/conductuales llegando a provocar invalidez bien por el mismo y sus efectos o por agravar una enfermedad anterior por causa del acoso. Puede llegar incluso a provocar la muerte del acosado directamente por depresión o bien derivada de los trastornos sufridos que llevan a situaciones de accidentes laborales.

5 Discusión-Conclusión

El problema del acoso psicológico en el trabajo cuenta con escasos medios de solución. Por ello, se debe actuar con ayuda y apoyo psicológico por parte de profesionales expertos para conseguir restablecer el daño físico y psíquico causado.

El establecimiento de una normativa contra el acoso es fundamental para perseguir penalmente estas prácticas. Siempre debería acudirse a tribunales, mag-

istraturas de trabajo o cualquier instancia que permita denunciar y corregir estas prácticas buscando no solo el restablecimiento del daño ocasionado sino además, los perjuicios económicos, sociales y laborales que se hayan producido.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1060

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO LABORAL

NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ

MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Casi todo el mundo siente estrés laboral en ocasiones, incluso a pesar de que le guste su trabajo. Cualquier persona puede sentirse estresada por los horarios, los compañeros de trabajo, fechas de entrega o posibles despidos. Un poco de estrés es motivador y puede ayudar a conseguir resultados. Pero cuando el estrés laboral es constante, puede llevar a problemas de salud. Encontrar formas de aliviar su estrés puede ayudarle a mantenerse saludable y sentirse mejor.

Si bien las causas del estrés laboral son distintas para cada persona, existen algunas fuentes comunes de estrés en el lugar de trabajo. Estas incluyen:
- Carga de trabajo. Esto puede incluir trabajar muchas horas, tener poco descansos o manejar una carga de trabajo muy pesada.
- Funciones en el trabajo. Puede sentir estrés si no tiene un papel definido en el trabajo, si tiene demasiadas funciones o si tiene que responder a más de una persona.
- Condiciones laborales. Un trabajo que es físicamente extenuante o peligroso puede ser estresante. También lo puede ser trabajar en un empleo que lo expone a ruidos fuertes, contaminación o químicos tóxicos.
- Gerencia. Usted puede sentir estrés si la gerencia no permite que los trabajadores participen en la toma de decisiones, si carece de organización o si tiene políticas que no ayudan a conciliar la vida laboral con la familiar.

- Problemas con otras personas. Los problemas con su jefe o sus compañeros de trabajo son fuentes comunes de estrés.
- Miedo por su futuro. Usted puede sentir estrés si está preocupado por despidos o si no está avanzando en su carrera.

2 Objetivos

- Minimizar los riesgos.

3 Resultados

El estrés laboral puede desencadenar una serie de patologías, debemos de estar atentos cuando comenzamos a notar una serie de síntomas como por ej.: Dolores de cabeza frecuentes, malestar estomacal, problemas para dormir, problemas en sus relaciones personales, sentimiento de descontento en el trabajo, sentimientos frecuentes de ira, o un carácter explosivo.

Para que el estrés laboral no tenga un efecto dañino en su salud. Existen muchas maneras en las que puede aprender a manejar el estrés laboral.
- Tómese un descanso. Si se está sintiendo estresado o enfadado en el trabajo, tómese un descanso. Incluso un descanso breve puede ayudar a refrescar su mente. De un breve paseo o tome un refresco saludable. Si no puede abandonar su zona de trabajo, cierre los ojos por unos momentos y respire profundamente.
- Cree una descripción de su puesto. Crear una descripción de su puesto o revisar una descripción desactualizada puede ayudarle a obtener una mejor comprensión de lo que se espera de usted y darle una mayor sensación de control.
- Establezca metas razonables. No acepte más trabajo del que puede hacer razonablemente. Trabaje con su jefe y compañeros de trabajo para establecer expectativas que sean realistas. Estar al tanto de lo que puede conseguir todos los días puede ser útil. Comparta esta información son su gerente para ayudar a establecer las expectativas.
- Administre su uso de tecnología. Los teléfonos móviles y el correo electrónico pueden hacer que sea difícil desconectarse del trabajo. Póngase ciertos límites, como apagar sus dispositivos durante la cena o luego de cierta hora de la noche.
- Organícese. Comience todos los días por crear una lista de pendientes. Califique estas tareas en orden de importancia y resuélvalas de arriba hacia abajo.
- Haga cosas que disfrute. Reserve un espacio en su semana para hacer cosas que disfruta, ya sea hacer ejercicio, practicar un pasatiempo o ver una película.

- Aproveche su tiempo libre. Vaya de vacaciones o tómese tiempo regularmente. Incluso alejarse durante un fin de semana largo puede ayudar a darle un poco de perspectiva.
- Aprenda otras maneras de manejar el estrés. Existen muchas otras formas de manejar el estrés, incluso hacer ejercicio regularmente y utilizar técnicas de relajación.

4 Discusión-Conclusión

El estrés laboral puede incrementar su riesgo de presentar problemas de salud como: padecimientos cardíacos, dolor de espalda, depresión y agotamiento, lesiones en el trabajo, problemas del sistema inmunitario. El estrés laboral también puede provocar problemas en casa y en otras áreas de su vida, lo que empeora el estrés.

5 Bibliografía

- Medline plus, Pubmed. Varios artículos.

Capítulo 1061

LA COMUNICACIÓN EN SITUACIONES DIFÍCILES EN LA ATENCIÓN AL USUARIO

SANDRA ÁLVAREZ MUÑIZ

1 Introducción

Todos los individuos nos comunicamos de una forma u otra. Observando nuestro comportamiento y la respuesta que obtenemos de los que nos rodean sabremos si nos comunicamos de manera correcta.
La inmensa mayoría de las profesiones precisan de una continua tarea: comunicarnos con los demás. En el ambiente laboral interactuamos con los compañeros, superiores, usuarios, etc. Recibimos información, damos información, nos coordinamos con otros equipos de trabajo. Todas estas tareas involucran la comunicación de ahí la importancia de lograr una buena comunicación en las relaciones laborales.

En toda situación comunicativa se produce el feedback (retroalimentación). Es el efecto que la respuesta del receptor provoca en el emisor y que permite determinar si el mensaje ha sido recibido y se ha producido el efecto pretendido.

Comunicar no es sólo hablar (las palabras ocupan el 7%, el tono de voz el 38% y el lenguaje corporal el 55%), el mensaje que transmiten las acciones (comunicación no verbal) es con frecuencia más fuerte que el verbal.

Las formas de comunicación pueden ser:
- Pasiva (no expresa directamente sus sentimientos);

- Agresiva (expresa lo que quiere, lo que siente, lo que piensa a costa de los sentimientos de los demás y tiende a atacar y a humillar);
- Asertiva (expresa sus sentimientos, pensamientos y defiende sus derechos sin violar los de los demás, estando abierto a la negociación, diálogo y al compromiso).

Esta forma de comunicación es activa y no agresiva.
Los profesionales implicados en el sistema sanitario tienen la misión e incluso la obligación de facilitar la integración del paciente en el entorno hospitalario mientras dure su estancia en el mismo. La información detallada, la atención personalizada y la implicación de los responsables ayudan a mejorar el grado de satisfacción del paciente y su familia.

Todos los profesionales deben usar buenas habilidades comunicativas.
En el desarrollo de la labor diaria se pueden encontrar con pacientes, familiares e incluso con otros compañeros de trabajo con los que les resulta muy difícil relacionarse.

La situación en la que se encuentran los pacientes y sus familiares es muy especial, sintiéndose especialmente vulnerables, están enfermos, se encuentran en un entorno extraño en el que muchas veces perciben que sus necesidades no están satisfechas.

2 Objetivos

- Reconocer las situaciones difíciles y los factores que potencian la aparición de situaciones conflictivas.
- Conocer la tipología del paciente y cómo actuar ante un paciente difícil con la mejora de las habilidades sociales.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica documental de artículos publicados en Internet por diversos autores que abordan la temática expuesta en este trabajo utilizando en la búsqueda las siguientes palabras clave: pacientes trato difícil, conflicto, habilidades comunicativas.

4 Resultados

Cuando una persona no tiene sus necesidades satisfechas, surge el conflicto, cuando además este conflicto no se resuelve se le asocian elementos negativos, temores, desconfianza y estalla la crisis que es la expresión violenta del conflicto. Los profesionales de los centros sanitarios trabajan con la salud de las personas, su intimidad, situaciones que pueden generar conflictos pero hay estrategias disponibles para la resolución de conflictos y aunque sean inevitables pueden ser minimizados, recanalizados y resueltos.

El conflicto surge por falta de comunicación, insatisfacción de las necesidades, desconfianza ante el profesional que lo atiende, expectativas negativas hacia la institución sanitaria. Existe el conflicto destructivo que es el que dificulta las relaciones personales, hunde la moral y conduce a comportamientos irresponsables y dañinos. El conflicto constructivo sirve para clarificar y solucionar problemas, conduce a una comunicación más auténtica y ayuda a liberar emociones, estrés y ansiedad.

El paciente difícil acostumbra a sentirse insatisfecho, se siente negativo, suele presentar más problemas de salud que otros pacientes, presentan sus problemas de forma más compleja y sus elementos de soporte y contención social son escasos o en todo caso conflictivos. La actividad del profesional ante un paciente difícil suele adoptar estas reacciones: de huida (se les dedica menos tiempo), de rechazo, de racionalización.

El profesional debe tener claro que su actitud hacia el paciente debe ser positiva y basarse siempre en el trato respetuoso, amable y bien intencionado.

5 Discusión-Conclusión

Las relaciones sociales son una constante en nuestra vida cotidiana. Una interacción placentera nos hace sentirnos mejor, desarrollando nuestras tareas con mayor eficacia, siempre que se hace frente a un conflicto hay que gastar una gran cantidad de energía.

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás generalmente resuelve los

problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Las habilidades sociales son escuchar, iniciar una conversación, mantener una conversación, dar las gracias, presentarse, participar, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse, expresar los sentimientos, comprender los sentimientos de los demás, ayudar a los demás, defender los propios derechos, evitar los problemas con los demás, formular una queja, responder a una queja, tomar iniciativas, recoger información…

Ante un paciente difícil hay que permanecer aunque nos resulte difícil en una buena sintonía emocional, independientemente de las emociones negativas que pueda aportarnos el paciente. Nos refugiaremos en una escucha relajada, hasta que se calme y no dé oportunidad de actuar. Mientras el paciente o familiar este agresivo evitaremos pronunciarnos sobre lo que nos diga.

El reconocimiento de un error puede desactivar de inmediato a un paciente agresivo. Basta con que la persona vea que queremos ayudarle para que se convierta en un aliado. Una vez logrado el clima de sosiego necesario podemos actuar como lo haríamos con cualquier otra persona. Si consideramos la conducta como inaceptable y no queremos que se repita, hay que expresarle nuestros sentimientos.

No hagas con otros lo que no te gusta que hagan contigo. A todos nos gusta ser tratados con respeto. Aprender buenas técnicas de comunicación y buenas habilidades sociales nos ayudará en todas las áreas de nuestra vida.

6 Bibliografía

- Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil FMC 1996, 4 :243-250.
- Martín MN. La relación clínica con el paciente difícil. Aten Prim 2000, 6: 443-447.
- Connor, Desmond 1997. Participación pública: un manual. Como prevenir y resolver los conflictos públicos.
- Gisela de la Caridad Sardiñas López. Estrategias para el manejo del paciente difícil. 2012. https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4943/1/Estrategias-para-el-manejo-del-paciente-dificil.

Capítulo 1062

SALUD LABORAL. CONCILIANDO LA VIDA FAMILIAR

ALEJANDRA CASTRO TORRICO

JESÚS RODRIGUEZ CALLEJA

1 Introducción

La conciliación personal, familiar y laboral se puede definir como "La participación equilibrada entre mujeres y hombre en la vida familiar y en el mercado de trabajo, conseguida a través de la reestructuración y reorganización de los sistemas; laboral , educativo y de recursos sociales, con el fin de introducir la igualdad de oportunidades en el empleo, variar los roles y estereotipos tradicionales , y cubrir las necesidades de atención y cuidado a personas dependientes"

El concepto ha sido analizado por diversas disciplinas, atribuyéndole múltiples significados.

- Perspectiva sociológica: proceso de cambio en una rígida estructura social inicial, fundamentada en valores tradicionales y los roles de género.
- Perspectiva económica: el proceso de conciliación se concibe como una externalización de los costes asociados a las tareas familiares, buscando un modelo de corresponsabilidad entre los distintos agentes económicos (familias, mercado y Estado). Para ello, se hace necesaria la correcta valoración de los "costes invisibles" del trabajo doméstico.

Desde una perspectiva más operativa y cercana a la realidad de las personas, la conciliación tiende a recaer en el ámbito de las libertades individuales, como un

derecho a decidir sobre el uso del propio tiempo, dentro de los límites que las obligaciones laborales y el ámbito familiar imponen.

El adecuado equilibrio entre los distintos ámbitos de la vida privada y profesional pasa por una mayor implicación y corresponsabilidad de todos los agentes sociales involucrados, incluyendo, además de las familias y sus miembros, al sector privado y las Administraciones Públicas.

Lograr el equilibrio y la armonización de las tres esferas de vida: personal, familiar y profesional, pasa, necesariamente, por asumir la corresponsabilidad como filosofía y norma de vida en sus diferentes dimensiones:
- Corresponsabilidad individual, entre mujeres y hombres, para romper roles de género tradicionales y la estructura sexual de los usos del tiempo.
- Corresponsabilidad social, entre los distintos agentes sociales e institucionales, es decir, Estado, instituciones, empresas, sindicatos, organizaciones no gubernamentales, etc., al objeto de ampliar los grados de libertad, para que hombres y mujeres puedan elegir distintas formas de combinación entre vida personal, familiar y profesional y lograr el equilibrio.
- Corresponsabilidad familiar, entre los distintos miembros de la familia, a través de un pacto intergeneracional que respalde el sostenimiento económico y afectivo del hogar.

2 Objetivos

- Sensibilizar y formar a la sociedad con respecto al problema de la conciliación de la vida personal y familiar y la ausencia de un modelo de responsabilidades compartidas, no únicamente dentro de la organización familiar, sino entre distintos agentes socioeconómicos.
- Articular medidas que realmente conciliarían la vida familiar y laboral.
- Hacer visible que la conciliación no es un privilegio.

3 Metodología

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

revisadas.

4 Resultados

Las ventajas de aplicar unas buenas políticas de conciliación laboral y familiar son muchas y variadas, tanto para los trabajadores y trabajadoras que se acojan a las medidas ya vistas y previstas por la legislación española y a otras medidas extra que puedan ofrecerles en su trabajo; como para la sociedad.

Ventajas de conciliación familiar y laboral para familiares:
- Más tiempo compartido, más tiempo en familia, más satisfacción, menos estrés.
- Trabajo presencial en el hogar, desarrollo del rol familiar.
- Mayor posibilidad de tener más hijos gracias a la conciliación de la vida familiar y laboral.
- Se reducen las rupturas matrimoniales como divorcios y separaciones.
- Mejor educación paterna y materna, los hijos e hijas aprenden de los padres.
- Los niños crecen viendo el trabajo como algo positivo y edificante.

5 Discusión-Conclusión

En un ámbito donde los cuidados se dispensan las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días al año, situación que requiere horarios que conllevan una penosidad extra, como los nocturnos, a turnos o largas jornadas de guardias en días festivos, que dificultan especialmente la conciliación del personal.

6 Bibliografía

- Medline plus, Pubmed, Scielo. Varios artículos.

Capítulo 1063

PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

DAVID PEREZ JIMÉNEZ

MANUEL ANGEL PEREZ JIMÉNEZ

MARÍA DE LOS REMEDIOS FERNANDEZ FERNANDEZ

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ GONZALEZ

ANA ISABEL CRESPO BLANCO

1 Introducción

Entre las múltiples funciones que hay que realizar en el ámbito hospitalario se encuentran las prevenciones que debemos ejercer en el trabajo para proteger nuestra salud.

2 Objetivos

- Determinar los cuidados a realizar en el puesto de trabajo para prevenir riesgos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las diversas bases de datos utilizando los descriptores: cuidados, protección y los operadores booleanos and y or, así como el uso de bases de datos como Pubmed.

4 Resultados

En el ámbito sanitario deberemos protegernos de muchos peligros, entre ellas se encuentran la protección de la vista, en la que la luz deberá ser adecuada. Por ellos, es importante el establecimiento y uso de pantallas de ordenador amplias y con la iluminación correcta, el uso de sillas que deberán ser regulables al personal, realizar las cargas con grúas adaptadas para evitar posibles daños, etc.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con unos cuidados básicos y respetando las normas básicas de protección disminuiremos el riesgo de lesión y por tanto, de bajas médicas en el área hospitalaria.

6 Bibliografía

- Wikipedia.
- Medlineplus.
- Prevenciónriesgoslaborales.com

Capítulo 1064

LAS MANOS Y SU HIGIENE

JESUS GONZALEZ CASTAÑON

RAFAEL PEREZ CABERO

PILAR VÁZQUEZ ALVAREZ

MARÍA ELENA ALVAREZ GONZÁLEZ

MARÍA DEL MAR MALLO FRANCOS

1 Introducción

La higiene en las manos es fundamental en cualquier área, ya que es el mayor foco de transmisión de enfermedades y por ende de contagio, ya que con las manos tocamos todas las superficies.

2 Objetivos

- Determinar los cuidados y la higiene a llevar a cabo para evitar el riesgo de contagio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizando los descriptores: cuidados, higiene, virus y gérmenes. Los operadores booleanos and y or , y es uso de bases de datos como Pubmed.

4 Resultados

La higiene de manos debes ser minuciosa y es importante realizarla cada vez que se precise. Por ello, es vital llevar a cabo labores de higiene antes y después de tocar a los pacientes, así como cualquier superficie como los pomos de las puertas, debido a que es la principal medida para evitar contagios.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una higiene adecuada evitaremos la propagación de los gérmenes y enfermedades.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1065

PCI: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CONJUNTA PEDAGOGÍA TERAPÉUTICA Y FISIOTERAPIA.

MARÍA FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA

ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA

1 Introducción

La parálisis cerebral infantil (PCI) engloba un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y la postura que causan limitación en la actividad y que se atribuyen a lesiones no progresivas que tuvieron lugar en una etapa pre, peri o posnatal (desde el final del parto hasta la maduración mielínica central a los 2-3 años de edad). Los trastornos motores suelen ir acompañados de alteraciones sensitivas, perceptivas, cognitivas, comunicativas y del comportamiento, además pueden manifestar epilepsia o problemas musculo-esqueléticos secundarios.

Su prevalencia es de 2 casos por cada 1000 recién nacidos vivos. Actualmente es la causa más común de discapacidad en pediatría. Estos niños suelen presentar limitaciones derivadas de la inestabilidad postural tanto en actividades dinámicas como estáticas, en actividades voluntarias como involuntarias. Por ello suelen tener déficits en su control motor. Estos déficits son su principal limitación en su desarrollo psicomotor.

Podemos decir que más de un 60 % presentan alteraciones motores significativas en miembros superiores y por lo tanto de la destreza manual. Estas alteraciones limitan a funcionalidad e independencia de las Actividades de la Vida Diaria

(AVD). Debemos tener en cuenta que las actividades relacionadas con la escolaridad, de cualquier niño, requieren una integración cognitiva, sensorial y motora. Por ello la afectación de la destreza manual repercute de manera muy importante en las tareas escolares; un ejemplo de ello es la pre-escritura y escritura. Esta alteración biomecánica de la mano pues influir de manera muy negativa en estos escolares mermando incluso su autoestima, de la misma manera que otras alteraciones biomecánicas presentes en estos niños.

Desde el ámbito escolar cualquier intervención tendrá como objetivo directo o indirecto en estos niños el incrementar su autonomía y funcionalidad maximizando sus capacidades cognitivas y motoras. La finalidad de la educación escolar es promover el desarrollo de una serie de capacidades y dotar a los alumnos de determinados contenidos culturales necesarios para ser participe e integrarse en el medio sociocultural en el que vivimos. Para ello se determina un currículum con el que se garantiza que todos los alumnos desarrollen las competencias necesarias para las exigencias sociales, intelectuales y morales de la sociedad en la que viven.

Existen alumnos que necesitaran que dicho curriculum se adapte a sus capacidades y necesidades presentes. A estos alumnos se les denomina Alumnos Con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE) y en su educación intervienen diferentes profesionales de apoyo. Los niños con un diagnóstico de PCI pertenecen a este conjunto de alumnos. Dentro de los apoyos que se establecen en los centros escolares para ellos podemos encontrar maestros especialistas en pedagogía terapéutica y fisioterapia.

El fisioterapeuta educativo desempeña sus funciones en los centros escolares principalmente en alumnos con "diversidad funcional motora" para favorecer el acceso al curriculum educativo de cada etapa. Entre las funciones del fisioterapeuta educativo podemos enumerar las siguientes: adaptar el entorno educativo a las necesidades de cada alumno durante todo el curso académico, busca desarrollar sus capacidades e incrementar su autonomía para conseguir los objetivos curriculares o redactar informes para coordinarse con el resto de profesionales.

El fisioterapeuta no trabaja de forma aislada, trabaja en un modelo interdisciplinar donde es importante la actuación de diferentes perfiles profesionales. Esta actuación educativa interdisciplinar funciona muy bien en coordinación con los tutores y demás apoyos educativos contribuyendo al desarrollo del niño y a potenciar su estimulación no sólo en las sesiones sino también en otros momentos y ubicaciones dentro de la jornada escolar. Los fisioterapeutas colaboran también en la enseñanza de las Actividades de la Vida Diaria para conseguir una mayor

autonomía y corregir el normal desarrollo cognitivo y humano.

Desde el punto de vista de la Educación Inclusiva las tendencias de la fisioterapia Educativa hablan de "atención integradora" y se prolonga durante todo el horario lectivo. El modelo de la Educación Inclusiva se centra en el medio social más que el individuo, es importante conseguir los objetivos académicos pero también es importante hacerlo de la manera más integrada o inclusiva posible, el protagonista no es el alumno de forma aislada, es el alumno en el aula o medio educativo. Por ello se debe investigar sobre modelos de intervención que no sean aislar al alumno y tratarlo con una técnica, que las técnicas o métodos de tratamiento se integren en la mayor medida posible en la dinámica escolar que se establece en cualquier aula de cualquier centro educativo ordinario. Por ejemplo se puede hacer una intervención conjunto con objetivos combinados como pueden ser: trabajar el control motor, la coordinación de los movimientos, la lateralidad, el equilibrio, la imagen corporal y las relaciones espaciotemporales, fomentar la expresión corporal y la inclusión de alumno en el grupo así como la sociabilización o trabajar la psicomotricidad fina.

2 Objetivos

- Valorar la eficacia para conseguir los objetivos curriculares de una intervención conjunta del maestro especialista en Pedagogía Terapéutica y fisioterapia en escolares con PCI en colegios ordinarios dentro del contexto de una educación inclusiva.

3 Metodología

Se realizará un estudio clínico con escolares diagnosticados de parálisis cerebral infantil en un colegio ordinario. Se formaran dos grupos de estudios con 3 alumnos cada uno. El Grupo 1 recibirá las sesiones de fisioterapia y los apoyos de pedagogía terapéutica de forma separada como se viene haciendo en la actualidad. El Grupo 2 recibirá dos sesiones conjuntas con el fisioterapeuta y el especialista de pedagogía terapéutico. Las sesiones se realizaran de forma preferente en el aula y no en la sala de fisioterapia, pudiendo eventualmente cambiar la ubicación. Los criterios de inclusión serán:

- Niños escolarizados en un colegio de Educación Primaria ordinario.
- Niños con un diagnóstico de PCI.
- Niños que sean alumnos con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE).

- Niños que se encuentren en Educación Infantil o primer ciclo de Educación Primaria.

Los criterios de exclusión serán:
- Niños sin diagnóstico de PCI.
- Niños que no se encuentren en Educación Infantil o primer ciclo de Educación Primaria.

4 Bibliografía

- Robaina-Castellanos GR., Riesgo Rodriguez S., Robaina-Castellanos MS. Definition and clasificatioon of cerebral palsy: A problem that has alreday solved?. Rev Neurol. 2007.
- Doraca D. Hadwriting whitoutTears:General education effectiveness through a consultative approach. Am J Occup Ther. 2015.
- Aicardi J., Bax M. Cerebral palsy. London. Mackeith Press. 1992.
- Infante M. Desafios a la formación docente: inclusión educativa. Estud Pedagog. 2010.
- Calle R. El Curriculum y la Atencion a la Diversidad en las etapas de la Educacion Basica, Primaria y Secundaria Obligatoria, en el marco de la Ley Orgánica de Educación. Hekademos: revista educativa digital. 2010.
- Blanco Guijarro R. Alumnos con necesidades educativas especialesy adaptaciones curriculares. CNREE. MEC. Madrid 1999.
- Cánovas I.M., Salazar González J. Fisioterapia Educativa: el papel del fisioterapeuta en la mejora de la coordinación óculomanual: un protocolo de intervencion. Fisioterapia y Calidad de vida.
- Casbas M. Retos profesionales y familiares en la escolarización inclusiva en niños con afectación motriz. V Congreso de la Sociedad Española de Fisioterapia en Pediatria: evidencia del modelo de intervencion centrado en la familia y el entorno. Barcelona. 2014.
- Ainscow M. Innovaciones en el campo de las necesidades educatiivas especiales. 1998.
- Blanco R. Hacia una escuela para todos y con todos.Boletin 48. 1999.
- Duck C. El enfoque de la educación inclusiva. Fundación INEN. 2000.
- Aznar Solano F., Cegarra Garcia M., Garcia Madrid JL. El fisioterapeuta y la escuela. Revista de Fisioterapia UCAM. 2001.
- Morillas Gallardo A., Sanchez Sanchez R., Aledo Romero L. Protocolo de fisioterapia para centros de educación especial e integración. Revista de fisioterapia

UCAM. 2001.
- Pastallé Burull N. Fisioterapia en ambientes educativos específicos. Fisioterapia en Pediatria. España. McGraw-Hill Interamericana. 2002.

Capítulo 1066

ERGONOMÍA EN EL PUESTO DE TRABAJO DEL CELADOR

ÁGUEDA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los celadores son una de las profesiones más afectadas por problemas músculo-esqueléticos ya que su trabajo está relacionado con la manipulación de cargas. Los problemas músculo-esqueléticos que los celadores presentan muchos de ellos son de origen laboral. Algunos tienen origen en accidentes, entorno, pero otros son producidos por malas posturas a la hora de realizar los traslados, los levantamientos de pacientes o por la existencia de equipos o ayudas técnicas para realizar su trabajo insuficientes.

2 Objetivos

- Determinar las acciones a llevar a cabo para disminuir el riesgo del celador en su trabajo diario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para disminuir los riesgos hay que:
-Evaluación ergonómica del puesto de trabajo del celador.
-Evaluar los factores de riesgo a los que el trabajador se ve expuesto.
-Encontrar medidas preventivas para acomodar el trabajo de dicho colectivo.
-Estudiar si las lesiones que estos trabajadores presentan tienen relación directa con su trabajo.
-Estudiar si las lesiones que presentan son debidas a utilizar unas malas técnicas o posturas inadecuadas.
-Encontrar ayudas técnicas que les puedan facilitar su trabajo.

- Evaluación de riesgos: esta consiste en identificar peligros a los que está expuesto el trabajador y su valoración. Los riesgos hay que evaluarlos de dos formas distintas: la posibilidad de que ocurra y la magnitud de las consecuencias en caso de que ocurra. El trabajo del celador requiere de un tránsito constante por lo que está muy expuesto a golpes y caídas. En lo referente a manipulación de cargas corre el peligro de realizar sobreesfuerzos que pueden ocasionar lesiones importantes en el trabajador. Este colectivo además está expuesto, al igual que otras profesiones sanitarias, a agresiones por parte de los pacientes. Por último debemos señalar los riesgos biológicos y químicos que afectan a este colectivo.

- Condiciones ambientales: valoración del ambiente visual, sonoro, lumínico y térmico. Para realizar el trabajo correctamente es necesario que las condiciones ambientales sean favorables. Vamos a señalar unos indicadores de las diferentes condiciones que podrían afectar: la Temperatura debería rondar sobre los 22-24º; la humedad no debería sobrepasar los 35%; el nivel mínimo de iluminación sería de 410 Lux; el ruido debería mantenerse en 38 db como máximo.

- Estudio de las tareas propias del celador: traslado de pacientes tanto en silla como en cama o camilla; apoyar durante el aseo del enfermo a la auxiliar de enfermería; manejo de ayudas técnicas cuando el enfermo no colabora; cambios posturales del paciente; traslado de mobiliario y equipos; traslado de material; colaborar en las movilizaciones de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En primer lugar se ha observado que este personal es propenso a sufrir trastornos musculo-esqueléticos ya que una de las tareas del celador es la movilización y

traslado de pacientes. Gran parte de la jornada del celador se realiza estando en tránsito por lo que esto puede generar una sobrecarga tanto en miembros inferiores como superiores. Muchas veces bien sea por las prisas a la hora de sacar el trabajo o por desconocimiento se adoptan malas posturas a la hora de realizar el trabajo. Los celadores se ven afectados directamente por este factor. Se debería estudiar más en profundidad que tipo de ayudas técnicas existen hoy en día en el mercado y cuales podrían facilitar el trabajo a este colectivo. Por último se debería informar al trabajador de que a la mínima molestia que sufra la deberá comunicar al servicio de Medicina de Preventiva. La prevención de riesgos tiene un papel mucho más importante de lo que se piensa ya que si se realizaran las formaciones adecuadas y se usaran las ayudas necesarias para mitigar el trabajo se evitarían un gran número de lesiones.

6 Bibliografía

- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. " Prevención de los trastornos musculo-esqueléticos de origen laboral" 2001.
- Asepeyo: "POSERG: Evaluación Ergonómica de la Carga Postural" Marzo 2009.

Capítulo 1067

HUMANIZACIÓN EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

LORENA BARREIRO COTARELO

CARMEN BARREIRO MANASES

ANA ELENA AMORIN SANCHEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de humanización en los centros sanitarios se debe hacer referencia al respeto de la intimidad del paciente y de la autonomía de la persona, sus emociones, espiritualidad y la importancia de la comunicación entre el paciente y el personal sanitario y no sanitario. La humanización busca ir más allá de la parte técnica de la enfermedad contemplando al paciente como persona y cubriendo sus necesidades, no solo psíquicas si no también físicas y emocionales. Igualmente, como parte de los cuidados del paciente se ha de tener en cuenta tanto a la familia como a los profesionales.

Los importantes avances técnicos en la medicina que han permitido que los tratamientos sean cada vez más efectivos han relegado a un segundo plano el empatizar con los pacientes y tener un trato más cercano a la hora de diagnosticarlos. La humanización trata de volver a ver a ese paciente como persona que sufre unas circunstancias muy especiales, pero no por ello pierde su identidad. En los últimos años se han creado planes de humanización globales en algunas consejerías que abordan diferentes ámbitos y especialidades, en otras áreas se está trabajando en planes específicos para conseguir una atención centrada en las personas y para las personas.

Humanizar el mundo de la salud y de la dependencia pasa por incurrir no sólo en diseñar y desarrollar programas que salgan al paso de las necesidades materiales, si no por incidir en la salud y autonomía de las relaciones, en el respeto de los valores, en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en el potenciamiento de la autoprotección. Constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su totalidad.

2 Objetivos

- Describir la humanización en los centros hospitalarios.

3 Metodología

Los datos obtenidos para la realización del presente capítulo han sido obtenidos de los buscadores Scielo, PubMed, Cochrane, mediante una revisión sistemática, encontrando 60 artículos científicos de los cuales hemos utilizado 18, usando las palabras clave, humanizar, paciente, hospital.

4 Resultados

Los objetivos de la humanización en los hospitales son:

- Que el personal tenga una asistencia más humana en el entorno hospitalario.
- Intentar que cada paciente conozca sus profesionales de referencia y se adecuen los planes terapéuticos a sus necesidades.
- Que la asistencia científica no prime sobre una visión humana.
- Adecuar las situaciones a los espacios para preservar la intimidad de la persona y la confortabilidad durante los procesos de atención.
- Mejorar la experiencia del usuario del centro sanitario ofreciéndole no solo competencia profesional si no confianza, seguridad y buen trato al paciente.
- Comprender que el tiempo de los pacientes no es menos valioso que el tiempo del médico, de la enfermera o del resto del personal.

Los resultados de un trato más humanizado siempre son positivos pues el paciente cuando acude a un centro sanitario es porque se encuentra enfermo, vulnerable, dolorido, seguramente más sensible y lo que quiere encontrar es un personal que le escuche, le entienda, le trate con amabilidad y haga lo posible por

empatizar con él. Que la información que reciba sea la que necesita en general, que la relación entre él y el profesional sea más humana.

5 Discusión-Conclusión

La humanización de la atención sanitaria es una cuestión prioritaria y, para ello, se requiere principalmente un cambio de actitud. Hemos llegado a la conclusión de que a los centros hospitalarios todavía les quedan muchas asignaturas pendientes para que el paciente sienta que la atención es personalizada, individualizada y actual. Se trata de cambiar el foco de la atención dirigido tradicionalmente hacia la enfermedad y situar a la persona y su contexto en el centro del sistema. Probablemente muchos se sorprendan y sientan esta corriente humanista como una contradicción, pues nunca debió perderse esta cualidad tan básica en los profesionales. Una atención humanizada, es aquella donde se contemplan la comunicación, el contacto y donde se da la misma importancia al estado físico como al anímico o espiritual porque estos estados son imposibles de separar. Este es el gran reto del sistema sanitario.

6 Bibliografía

- Plan de humanización de la Asistencia Sanitaria Consejería de Sanidad 2016-2019.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948.
- González Blasco P. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados 2006.
- García J. Alarcos 10 palabras clave en humanizar la salud 2002.

Capítulo 1068

LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

IGOR ARGÜELLO GARCIA

ARACELI OLIVARES GARCIA

1 Introducción

Una vez que hemos entrado en un centro sanitario el primer y más importante paso a seguir es la higiene de manos. En cada entrada a éstos nos encontramos con soluciones alcohólicas que debemos utilizar para realizarla.

Existen múltiples campañas informativas para concienciar a todos los usuarios de los centros sanitarios sobre la higiene de manos por lo tanto todos debemos de realizarla antes y después de la entrada a dichos centros.

2 Objetivos

Determinar los beneficios de una buena higiene de manos en los centros sanitarios como barrera para evitar la proliferación de enfermedades infecciosas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Resultados

Si nos centramos en los profesionales sanitarios es de suma importancia está higiene de manos.

Existen 5 momentos en los que es obligatorio este lavado de manos para evitar la propagación de una enfermedad nosocomio. Estos son:
- Antes de tocar al paciente
- Antes de realizar una técnica estéril
- Después de tocar al paciente
- Después de tocar el mobiliario usado por el paciente
- Después de cualquier exposición a fluidos

Si realizamos el lavado de manos adecuadamente podemos salvar numerosas vidas ya que el contacto con pacientes con enfermedades contagiosas hace que éstas se transmitan de unas personas a otras de forma muy rápida. Esta higiene evita numerosos contagios pues a través de un buen lavado de manos las bacterias que lo ocasionan no llegan a otras personas que en esos momentos se encuentran ingresados.

Estos enfermos son vulnerables debidos a las bajas defensas que presentan y que una enfermedad de este tipo podría ocasionarles incluso la muerte por sepsis.

5 Discusión-Conclusión

Todos tenemos el deber de realizar la higiene de manos antes y después de utilizar un centro sanitario ya que la buena salud comunitaria depende en gran medida de la esta acción.

6 Bibliografía

- www.seguridaddelpaciente.es
- www.bbraun.es

- Servicio de prevención de riesgos de los servicios de salud de las comunidades autónomas
- Videos visualizados a través del canal Youtube

Capítulo 1069

EL EXCESO DE TRABAJO EN LOS CENTROS SANITARIOS. ¿CÓMO AFECTA AL TRABAJADOR?

PAULA VEGA BERROS

ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA

ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ

MARIA EUGENIA VEGA BERROS

1 Introducción

El sistema nacional de salud se ha visto afectado por los recortes presupuestarios, dadas las circunstancias económicas de nuestro país, viéndose seriamente afectada su financiación. Todos estos recortes influyen negativamente en la política de recursos humanos del sistema sanitario, que disminuye las contrataciones del personal.

2 Objetivos

- Exponer qué es el exceso de trabajo y los efectos que este produce al trabajador.

3 Metodología

Se revisan estudios, artículos y publicaciones sobre el exceso de trabajo en los centros sanitarios extraídos de las bases de datos de Google Académico, Dialnet y Scielo. También se consultan datos y estadísticas publicadas en el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Se emplean como descriptores: exceso de trabajo, sanidad, sanitarios, trabajador. Se emplean como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Los recursos humanos para responder a la demanda de servicios por parte de la población, en la sanidad española, son a menudo insuficientes. La principal repercusión en los trabajadores sanitarios es la sobrecarga de trabajo. Esta se produce cuando los esfuerzos sobrepasan la capacidad del trabajador, debido al aumento de trabajo y la falta de personal.

Son múltiples los problemas que pueden padecer el trabajador por la sobrecarga del trabajo, podríamos mencionar problemas de salud tanto físicos como mentales. Desde los problemas digestivos, problemas de piel, alergias, problemas musculares, dificulta para dormir, hipertensión, cardiovasculares, es el reflejo del agotamiento físico y psíquico.

Nos centraremos en los más habituales que son:
- Problemas del sistema nervioso, que se resiente por la fatiga, la falta de descanso, la presión constante. Todos estos factores están relacionado con los trastornos emocionales como: la irritabilidad, la apatía, la desmotivación, el estrés, etc. Que prolongadamente puede llevar a la depresión.
- El agotamiento mental por las jornadas de trabajo extenuantes. Se relaciona con la perdida de memoria y la capacidad de recordar. Dos capacidades importantes para el desempeño del trabajo.
-La poca energía, el cansancio emocional y físico es un factor que puede producir el deterioro progresivo de nuestras relaciones familiares y personales, que prolongadamente llevan al fracaso personal, social y familiar. Este deterioro progresivo de nuestras relaciones, pueden desembocar en el aumento de consumo de alcohol y otras sustancias, utilizadas para evadirnos de la realidad. Las adicciones son un problema actual y en continuo aumento en nuestra sociedad.
- La improductividad es otra consecuencia, “el nunca acabar” de las tareas y el continuo y aumento goteo de las mismas, nos produce apatía, la bajada del án-

imo, al no lograr la terminación de las tareas encomendadas, disminuyendo la eficiencia y llegando a la improductividad.
- Las bajas laborales por el aumento de los accidentes, causadas por el trabajo mecánico, el desánimo, desmotivación y actuar sin pensar, es el motivo de muchos de los accidentes laborales.

El exceso de trabajo está seriamente relacionado con el aumento de bajas por enfermedad, accidentes y el absentismo laboral. Con el aumento de bajas en el personal se agravaría más el problema de la falta de trabajadores y aumentaría la carga de trabajo en los compañeros activos.

5 Discusión-Conclusión

El exceso de trabajo es un problema y un riesgo para la calidad de la sanidad española, la productividad y salud de los trabajadores. La atención del paciente se verá reducida por el personal sanitario, debido al exceso de trabajo. No se puede prestar mucho tiempo a cada situación o caso, por las múltiples tareas que deben realizar en su jornada laboral.

La disminución en los presupuestos y su efecto en la reducción de las contrataciones, es una de las causas por las que el sistema sanitario se ve saturado y uno de los motivos por los que se produce el exceso de trabajo, en los profesionales sanitarios. Dicha sobrecarga es un factor que deteriora la salud, fracasos sociales y el absentismo laboral de los trabajadores.

6 Bibliografía

- Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal estatutario de los servicios de salud.
- Exceso de trabajo: riesgos en la salud y disminución de la productividad. Carlos Santana.
- Asociación de Especialistas en Prevención y salud laboral: las 8 consecuencias del exceso de trabajo.
- ¿Cómo ha afectado a la sanidad 10 años de crisis?. Artículo publicado en eldiario.es.
- Las 8 consecuencias del exceso de trabajo. Publicación realizada por AEPSAL.
- Indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario (Wins).
- Consecuencias de las políticas de austeridad sanitaria. Autor: MªMercedes Carbonell Soriano.

Capítulo 1070

RIESGOS LABORALES CON MÁS INCIDENCIA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

PAULA FERNANDEZ FEITO

SARA ARNIELLA FEITO

PABLO GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

En los centros hospitalarios participa distinto personal, sanitario y no sanitario, cada uno con sus funciones y sus tareas bien definidas. En la labor de dichas tareas, en muchas ocasiones, se producen lesiones accidentales si no se llevan a cabo las medidas preventivas oportunas.

Es por ello que es relevante conocer los principales riesgos a los que se exponen los profesionales hospitalarios, y la función que desempeña en estos lugares el servicio de prevención de riesgos laborales.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos fundamentales a los que se enfrentan los profesionales en los centros hospitalarios.
- Identificar las principales funciones del servicio de riesgos laborales.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Google Académico, Dialnet y Scielo con las palabras clave “riesgos laborables” y “ centros hospitalarios”. Como criterios de inclusión he empleado: idioma castellano y texto gratuito, y como criterios de exclusión: trabajos publicados previamente al 2012.

4 Resultados

Existen diversos riesgos para la salud en los centros sanitarios, algunos de ellos son: riesgo de caída de personas a mismo y a distinto nivel, riesgo de caída de objetos por desplome, riesgo de atrapamiento, dermatitis de contacto (ya sea por los guantes o por el manejo continuo de tejidos y detergentes hospitalarios), lesiones musculares y lumbares ocasionadas por la carga de trabajo y la manipulación de enfermos.

Los fracasos terapéuticos, la atención especial que necesitan muchos enfermos, los casos urgentes, el trabajo a turnos, la forma de organizar el trabajo, la escasez de recursos, entre otros, son factores determinantes para la aparición de estos riesgos que, por otro lado, cada día están más presentes entre el personal sanitario. A todo ello, debe añadirse el riesgo de sufrir agresiones y actos de violencia por parte de los enfermos o sus familiares, especialmente en servicios de urgencias y en centros hospitalarios.

Las principales funciones del servicio de riesgos laborales velar por la seguridad y la salud de los trabajadores en centro sanitarios, este servicio, formado por médico y enfermero especialistas en medicina preventiva y en medicina del trabajo en la mayoría de los casos, debe preservar por todo el conjunto de seguridad, es decir, sus puestos de trabajo, instalaciones, herramientas, la relación que tienen los compañeros, además de que debe de realizar informes y programas de prevención, con el fin de fomentar y garantizar en todo lo posible la salud de los profesionales de los centros sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Hay múltiples riesgos durante el desempeño de las labores en los profesionales hospitalarios, es importante conocerlos con el fin de evitarlos, y el servicio de

prevención de riesgos laborales ayuda al personal a adoptar posturas más ergonómicas, realiza controles de salud y evalúa la situación de cada profesional para conocer si puede desempeñar correctamente su labor profesional, aunque debería de realizar más cursos de formación para evitar las lesiones y riesgos en su ámbito profesional, como buen servicio de prevención.

6 Bibliografía

- Google Académico
- https://www.riojasalud.es/profesionales/prevencion-de-riesgos/.
- https://www.insst.es/documents/94886/160426/N.
- http://www.preverlab.com/funciones-de-un-departamento-de-prevencion-de-riesgoslaborales/.
- https://orionformacion.com/formacion/sanidad/1734/.
- Tecnico_Superior_en_Higiene_Bucodental/curso-34755.

Capítulo 1071

COMUNICACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES CON DÉFICIT AUDITIVO

PABLO RIERA ALLER

PABLO GARCÍA RODRÍGUEZ

ENMA LOPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Comunicarse correctamente con el paciente es un factor fundamental para llevara a cabo una adecuada atención al paciente dado que es el método a través del cual se recoge gran parte de la información necesaria para desarrollar el plan de atención sanitaria necesario y presentárselo al paciente para que lo lleve a cabo.

Esta comunicación es sumamente importante para la salud del paciente pues la mala interpretación de los datos recibidos por una u otra parte puede producir errores médicos en el diagnóstico, en el tratamiento o en la realización de pruebas.

Una de las trabas que puede encontrarse un profesional sanitario a la hora de comunicarse con un paciente es el déficit auditivo. En muchos casos el profesional no se encuentra preparado para establecer una comunicación adecuada con estos paciente y la atención que se le ofrece no es la correcta y exigible por todo paciente en un centro sanitario.

2 Objetivos

- Revisar las estrategias de comunicación utilizadas en centros sanitarios frente a los pacientes con deficiencia auditiva y sus familiares.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Google Académico, Dialnet y Scielo con las palabras clave "comunicación","estrategias" y "hipoacusia".

Como criterios de inclusión he empleado: idioma castellano y texto gratuito, y como criterios de exclusión: trabajos publicados previamente al 2010.

4 Resultados

Es un hecho contrastado que los profesionales sanitarios necesitan información para llevar a cabo de forma correcta su trabajo, siendo una de las principales formas de obtención de dicha información la comunicación directa con los pacientes, a través de la cual pueden precisar los cuidados o atenciones que requieren. Dada la delicadeza de la información que se maneja en estas situaciones, en las que cualquier error puede afectar gravemente a su salud o la correcta evolución del paciente, como puede ser un diagnóstico, la explicación del tratamiento que debe seguir (que se indica en reglamentos que ha de ser minuciosa) o cosas tan básicas como la correcta identificación del paciente en las salas de espera, la confirmación de las pruebas a las que tiene que presentarse, etc., se requiere por tanto que los medios de comunicación entre el personal y los pacientes sean eficaces y de calidad.

Existen pacientes en los que esta comunicación se ve comprometida, son denominados en diversos artículos como pacientes difíciles dado que tratar con ellos requiere más tiempo y esfuerzo que tratar con uno sin déficit comunicativo.

De entre ellos, en este capítulo nos centraremos en los pacientes con déficit auditivo, que son aquellos que tienen mermada en algún grado su capacidad auditiva. Estos a su vez pueden dividirse en pacientes hipoacúsicos, aquellos cuya capacidad auditiva se encuentra por debajo de los rangos de audición aceptados como correctos y los cofóticos que son aquellas personas que tienen una perdida total

de audición. En ambos casos la pérdida puede ser bilateral o lateral refiriéndose a que tengan ambos oídos con déficit o solo uno.

Suele existir una falta de información acerca de como el personal sanitario debe comunicarse con los pacientes con déficit auditivo, dado que no suelen darse cursos sobre técnicas al respecto. De los distintos estudios que se han realizado al respecto se extrae que el procedimiento a seguir cuando el personal tenga que atender a un paciente con signos de déficit auditivo ha ser el siguiente:

El personal sanitario que se presente ante pacientes con déficit auditivo debe identificarse al entrar a la habitación, colocarse delante del paciente, establecer y mantener el contacto visual durante toda la interacción de modo que el paciente sepa cuando los comentarios van dirigidos a él, cuidando la expresión corporal, facial y gestual. Se ha de hablar con normalidad de forma clara y concisa sin acelerarse, no se debe gritar ya que suele ser contraproducente al reducir la capacidad del paciente para entender lo que se le dice, basta con elevar ligeramente el volumen de la voz en caso de que se precise hacerlo.

Tanto los pacientes hipoacúsicos como los cofóticos tienden a apoyarse en la lectura de labios para aumentar su comprensión por lo que se ha de evitar exagerar los movimientos de los labios, simplemente se ha de pronunciar claramente pero en una forma normal y, como ya se ha indicado anteriormente, de manera en la que puedan tener contacto visual con los labios y la cara del interlocutor.

Es preferible usar frases cortas, sencillas y de uso cotidiano en la medida de lo posible, con respuestas lo más simples posibles.

Se han de reducir en la medida de lo posible los ruidos ambientales y de maquinaria así como las posibles distracciones, personas hablando al mismo tiempo.

El profesional sanitario debe identificar el tipo de déficit auditivo que padece el paciente para así poder actuar en consecuencia, lo más fácil es preguntar, el paciente suele conocer el tipo de pérdida que padece.

Si la perdida del paciente es lateral se ha de hablar de forma lenta y clara como se ha explicado anteriormente el propio paciente ya girara la cabeza hacia el lado del oído bueno en caso de que lo considere necesario.

Si es usuario de audífonos y aún así presenta dificultades a la hora de entender se ha de comprobar de forma básica la correcta colocación del audífono en el canal

auditivo del paciente, y su correcto funcionamiento, comprobando que las pilas tengan carga y que el auricular no esté bloqueado con cerumen. Una forma fácil de hacer estas comprobaciones es cerrar el puño sobre el aparato si acopla es que funciona correctamente, si no hay que observar el auricular a ver si este tiene cerumen y en caso afirmativo retirarlo con precaución de no dañar el aparato.

En casos de pacientes cofóticos:

Si el paciente es usuario de lengua de signos se ha de recurrir a un intérprete. Al hablar con un paciente con interprete el trabajador sanitario debe tener en cuenta que en todo momento ha de dirigirse al paciente pues es con el con quien esta teniendo la conversación y el interprete es un mero conducto transmisor. Un interprete es la mejor opción en estos casos pues rompe la barrera de comunicación, sin embargo, puede suponer un problema a la hora de obtener información del paciente dado que incluir a un tercero en conversaciones sobre temas tan privados pone en riesgo la intimidad del paciente y este podría verse coartado a la hora de informar de alguno de sus síntomas.

Se esta trabajando en la implantación de herramientas informáticas que a través de imágenes, animaciones y videos en lengua de signos sirvan como reemplazo al interprete preservando la intimidad del paciente y estando siempre al acceso del profesional. De momento, sin embargo, aún no esta implantado en la mayoría de centros sanitarios.

Cuando no es posible la presencia de un intérprete se ha que buscar otra forma de comunicación adecuada empleándose alternativas de acceso al personal general como pueden ser:
• Si esta acompañado de un familiar se puede solicitar la ayuda de este en la comunicación con el paciente.
• Empleo de señas, gestos con las manos o tarjetas con dibujos.
• Facilitar papel y lápiz, letras del alfabeto, pizarra, ordenador.

En caso de utilizar estos instrumentos para llevara acabo una comunicación por escrito se ha de tener en cuenta el nivel de lecto-escritura del paciente, dado que personas cofóticas han tenido acceso deficiente a sistemas de enseñanza, y tanto la estructura del sistema de lengua de signos difiere de la usada en castellano como el nivel de palabras y expresiones conocidas puede ser muy reducida principalmente en términos clínicos dificultando su comprensión escrita. Por lo tanto el personal ha de asegurarse de emplear frases sencillas y legibles y asegurarse de que el paciente este comprendiendo lo escrito.

Siempre que se utilice uno de estos medios alternativos de comunicación es importante que se registre en la historia médica del paciente cuál se ha empleado.

Cuando se realicen procedimientos médicos con un paciente con déficit auditivo se ha estudiado que da buenos resultados emplear la técnica ”decir, mostrar y hacer” normalmente con la variante ”mostrar/oler, tocar y hacer” pudiendo apoyarse en imágenes o sin ellas, para indicarle que es lo que se le va a hacer durante dicho procedimiento y el instrumental que se va a emplear.

Siempre que se le de información relevante sobre tratamientos, medicación a tomar, pruebas a realizar, etc., es importante hacer que los paciente repitan la información en voz alta, o de la manera que les sea posible, para confirmar que han entendido lo que se les ha dicho.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación con el paciente es una necesidad para poder llevar a cabo una relación terapéutica de calidad, a través de ella el paciente transmite sus necesidades e intereses, mientras que el personal puede le informa de los tratamientos, consejos y apoyo emocional, por lo tanto es necesario asegurar la efectividad de todo el proceso.

Si bien, lo ideal seria el uso de un intérprete esto no es siempre una opción posible, en estos casos y dada la importancia de mantener una comunicación funcional para poder tratar al paciente, cualquier método que pueda emplearse de forma efectiva para interactuar con pacientes es válido, si bien es muy importante comprobar que el paciente ha entendido correctamente toda la información proporcionada haciendo que nos lo repita a pesar de que sea un proceso más lento.

Seria importante que se dispusiera en los centros sanitarios de plataformas informáticas al acceso de todo el personal que, dentro de las posibilidades técnicas actuales, sirvieran como medios de interpretación, así como reforzar las señalizaciones con el lenguaje de señas y de esa manera se estará enseñando al personal y al público en general, universalizando así éste lenguaje. Sería esencial también profundizar en la formación del personal para que puedan adquirir las habilidades necesarias para tratar con este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

- Leire Ambrosio. “Atención de enfermería a la persona con deterioro de la comunicación”. Universidad de La Rioja, Servicio de publicaciones 2015, publicaciones@unirioja.es.
- Isabel Fernández Román, Lucía López Huguet, Lledó Guillamón-Gimeno. “Estrategias de comunicación en la interacción terapéutica en usuarios de edad avanzada en circunstancias de sordera”. ISSN: 2443-9827. doi: http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2019.6.11
- pp. 99-108.
- José Luis Ramírez Arias, Raquel Ocampo Lujano, Irene Pérez Páez, Daniel Velázquez Trinidad, Ma. Elena Yarza Solórzano. “La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica”. Acta médica grupo Ángeles. Volumen 9, No. 3, julio-septiembre 2011. www.medigraphic.org.mx.

Capítulo 1072

LA ATENCIÓN AL USUARIO EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA ELENA AMORIN SANCHEZ

LORENA BARREIRO COTARELO

CARMEN BARREIRO MANASES

1 Introducción

La atención al usuario es sumamente importante en el ámbito sanitario puesto que un usuario satisfecho siempre dará buenas referencias del servicio donde se le atendió y eso repercutirá en la imagen y en la reputación del centro y por lo tanto en la calidad asistencial, influyendo en los niveles de utilización de los servicios sanitarios.

Tenemos que tratar de detectar las necesidades del usuario, hay que tener en cuenta sus valores, motivaciones, sentimientos y especialmente las expectativas que él mismo tenga puestas en el servicio que va a recibir y la realidad del servicio que realmente recibe. Si recibe más de lo que esperaba será un usuario satisfecho.

Principales necesidades del usuario:
-Ser acogido, tratado con respeto y dignidad. Es preciso que el local sea acogedor pero también el personal que recibe al usuario debe serlo. Mostrándonos accesibles, cercanos, amables, respetuosos y educados.
-Ser atendido sin esperar demasiado. Hacerle ver que es importante para nosotros. Debemos interrumpir lo que estemos haciendo con el fin de ocuparnos del usuario que acaba de llegar y no hablar a la vez con otros usuarios o compañeros.

-Ser orientado con profesionalidad y seguridad, trasmitiéndole confianza sobre el servicio que ofrecemos, y sobre lo que decimos del mismo. Asesorando con honestidad, conociendo con detalle el servicio que prestamos. Trabajando rápido y bien. Con eficacia, profesionalidad y discreción.
-Ser tranquilizado y aconsejado.
-Necesidad de sentirse cómodo, de estar bien instalado. El confort dependerá de una serie de elementos como son: el local, los materiales, el mobiliario, la temperatura, la luz y sobre todo el orden y la limpieza.

2 Objetivos

- Destacar la importancia que tiene la satisfacción del usuario o cliente en el ámbito sanitario, que repercutirá directamente en la calidad del servicio.

3 Metodología

Buscamos información en las principales bases de datos: PubMed, Scielo, Colchrane; utilizando las palabras clave: usuario, atención, satisfacción y sanidad. Se encontraron 90 artículos, de los cuales se seleccionan 18 en base a los objetivos reseñados.

4 Resultados

Con el fin de satisfacer las necesidades del usuario el personal que trabaja en el ámbito sanitario deberá:
-Recibir al usuario de manera acogedora, con una sonrisa, y unas palabras de bienvenida (¡buenos días! ¿En qué puedo ayudarle?). Siempre siendo respetuosos y educados. Procurando utilizar un lenguaje cercano, evitando tecnicismos y palabras que el receptor no tiene por qué conocer.
-Le prestará la debida atención y la información solicitada sin hablar con otras personas a la vez, mostrando interés en lo que expresa, prestando atención al lenguaje no verbal (asentir con la cabeza, mirarle a la cara, etc.), mostrándole toda nuestra atención. Teniendo en cuenta que la información debe ser clara, comprensible, sencilla, completa y detallada.
-Le dejaremos tiempo para expresarse y nos pondremos en su lugar con la finalidad de comprender sus sentimientos y su situación personal. Le ayudaremos a sentirse cómodo y a expresarse libremente.

-Procuraremos evitar interrupciones, ruidos y distracciones. Así como el juzgar a nuestro interlocutor por su manera de expresarse o de vestir. No haremos juicios de valor.
-Deberá transmitirle seguridad y confianza sobre el servicio que dispensamos, ser eficaz y actuar con profesionalidad.

5 Discusión-Conclusión

Si el usuario ve cumplidas sus expectativas hará buena publicidad de la asistencia prestada y eso se verá reflejado en la calidad del servicio.

Nosotros como trabajadores al servicio de la sanidad debemos desarrollar unas habilidades y procedimientos que nos ayudarán con el fin de que la atención al usuario sea de calidad.

6 Bibliografía

- Libro: “La atención al paciente” de Luis Carlos Martínez Aguado.
- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.
- Plan de humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Conserjería de Madrid.

Capítulo 1073

COMUNICACIÓN CON EL USUARIO DE LA SANIDAD: HABILIDADES SOCIALES

ANA ELENA AMORIN SANCHEZ

LORENA BARREIRO COTARELO

CARMEN BARREIRO MANASES

1 Introducción

Las habilidades sociales son un conjunto de estrategias de conducta que al aplicarlas cuando nos comunicamos con el usuario o cliente de la sanidad, nos ayudan a expresar los sentimientos, deseos, opiniones, actitudes y derechos, de manera adecuada a la situación en la que nos encontremos.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia de las habilidades sociales en la comunicación entre el personal y el usuario de la sanidad, mejorando así nuestras relaciones interpersonales, y ayudándonos a relacionarnos de manera efectiva y satisfactoria para ambas partes.

3 Metodología

Buscamos información en las principales bases de datos: Scielo, Colchrane y PubMed, utilizando como palabras clave: comunicación, usuario y habilidades sociales Encontramos 82 artículos, de los cuáles seleccionamos 17 en base a los objetivos arriba reseñados.

4 Resultados

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas y capacidades sociales aprendidas que nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás de manera efectiva y satisfactoria, de un modo adecuado a la situación y respetando a los demás. Se adquieren básicamente por imitación, observación, ensayo e información. Nos ayudan a aprender a expresarnos, a ponernos en el lugar de la otra persona, a resolver situaciones, a mejorar nuestro bienestar, a expresar nuestros sentimientos y opiniones de manera que respetemos a nuestro interlocutor, e incluso a encontrar la solución más satisfactoria para ambas partes en caso de haber un problema.

Desarrollar las habilidades sociales es importante puesto que vivimos en un entorno social, necesitamos comunicarnos con los demás. Es importante saber tratar al usuario para que se sienta cómodo y del mismo modo, saber tratarnos a nosotros mismos para sentirnos bien.

Algunas habilidades sociales son:
-Saber escuchar con comprensión y cuidado, tratando de entender lo que el usuario nos demanda y ser capaces de atender de forma activa y cercana. Prestando así mismo atención al lenguaje no verbal, a la postura, la mirada, la expresión facial, la sonrisa y los gestos.
-Iniciar una conversación con soltura, dotes de cortesía y positividad.
-Formular preguntas.
-Dar las gracias, algo básico en cualquier relación personal o profesional.
-Presentarse y presentar a otras personas.
-Empatía: comprender y experimentar el punto de vista de otros aun sin estar de acuerdo. También podemos decir que es la capacidad de ponernos en el lugar del otro para desde ahí intentar comprenderle.
-Inteligencia emocional: es la capacidad para gestionar, manejar, entender o comprender y ser capaz de modificar nuestras propias emociones. Si implica entender

y comprender las emociones de la otra persona hablamos de inteligencia emocional interpersonal. Y si hablamos de entender nuestras emociones y de tenerlas en cuenta a la hora de tomar decisiones hablamos de inteligencia emocional intrapersonal.
-Asertividad: se trata de expresar sentimientos sin ansiedad y reclamar nuestros derechos respetando los de los demás, expresándonos cómodamente. Poder ejercer nuestro derecho a decir "no" sin sentirnos culpables, a tener creencias políticas, ideológicas, a poder decidir sobre nuestro cuerpo, tiempo y propiedad.
- Definir un problema, negociar y evaluar: de este modo podremos llegar a acuerdos con mayor facilidad teniendo en cuenta los sentimientos, motivaciones e intereses de ambos.
-Pedir ayuda: ser conscientes de que no lo sabemos todo, de que todos necesitamos ayuda o consejo en algún momento.
- Disculparse o admitir ignorancia: es la capacidad de admitir nuestros errores.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación con el usuario mejora poniendo en práctica las habilidades sociales aprendidas.

Con el usuario debemos ser corteses, tener capacidad de respuesta, transmitir profesionalidad, fiabilidad y credibilidad, ser accesibles y utilizar un lenguaje que pueda entender.

Las habilidades sociales nos ayudan también a gestionar conflictos con el usuario al igual que con nuestros jefes o compañeros.

Una persona que cultive sus habilidades sociales será siempre socialmente respetada y aceptada, con ella la convivencia será positiva, tendrá la virtud de solucionar los conflictos rápidamente evitando que se generen situaciones desagradables.

6 Bibliografía

- Libro "Inteligencia emocional" de Steven Turner. Libro "Como mejorar tus habilidades sociales: programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional" por Elia Roca Villanueva.
- Libro "Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales" de Vicente E. Caballo.

Capítulo 1074

LAS AGRESIONES AL PERSONAL EN LOS CENTROS SANITARIOS. CÓMO EVITARLAS

MARIA EUGENIA VEGA BERROS

PAULA VEGA BERROS

ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ

ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

La Organización mundial de la Salud (OMS) estima que uno de cada seis trabajadores enferma por maltrato en el ámbito laboral. El riesgo del contacto diario en el desempeño de su actividad con los usuarios de los centros sanitarios, es una de las causas que puede derivar en comportamientos agresivos, sometimiento o maltrato por parte los usuarios de los servicios para obtener un objetivo o beneficio en la mayoría de las veces no legal.

No se trata de hechos aislados en el sector sanitario, que suceda alguna vez en un centro hospitalario, sino algo que se repite con demasiada frecuencia y va en aumento.

2 Objetivos

- Identificar el comportamiento idóneo de los trabajadores de los centros sanitarios para manejar la situación ante una posible agresión.

3 Metodología

Se hacen diferentes búsquedas en Internet y se revisan diferentes artículos en google Académico, Dialnet y Scielo. Se emplazan como descriptores: agresiones, persona, sanidad, evitar. Como criterios de inclusión: textos en castellano e inglés, y de acceso gratuito.

4 Resultados

Las agresiones al personal sanitario es un problema social e internacional.
Una de las causas de estas agresiones es la pérdida de respeto que hay en la sociedad actual. A esta causa le sumamos la saturación de la sanidad española, con largas listas de espera para su atención, que desesperan a los usuarios. Emocionalmente el usuario ya está cansado e irritado cuando le atienden y el profesional que lo realiza no empatiza por la saturación de trabajo. Todo un cúmulo de causas y factores negativos que se deberían modificar para mejorar la calidad del trabajador y del usuario.

Para prevenir una agresión es recomendable:
Mantener un equilibrio emocional para controlar la situación por parte del profesional sanitario, no entrando al choque o a las provocaciones. Ya que se puede producir una situación tensa y podría desencadenar en un agresión.
Se debe conversar con corrección, con un trato afable y profesional. Evitando los tecnicismos, tonos bruscos, cortantes o groseros. Tratando de explicar con detalle y delicadeza las preguntas que nos realice el usuario, para evitar el incremento de la tensión y justificar por qué no es posible cumplir las expectativas que tiene.

En el caso de aumento de tensión constante, se intentará reorientar la conversación con habilidades comunicativas, para intentan tranquilizar la situación. Se debe dejar hablar al usuario para que se desahogue, se explique y se pueda localizar el motivo de descontento, utilizando una escucha activa. Evitaríamos como profesionales, cualquier actuación que el usuario lo interprete como menosprecio y superioridad. Se reconocerá las limitaciones propias y del sistema, sincerarse con el usuario intentando empatizar.

Es fundamental guardar una distancia de seguridad de un metro y medio y tener una salida cerca.
En aquellas situaciones en las que el profesional no pueda controlar las propias emociones, especialmente después de haber padecido insultos o vejaciones, es conveniente mostrar al usuario los propios sentimientos de malestar que le produce el incidente, esta actitud podría hacerle reflexionar para darse cuenta de las posibles consecuencias de su conducta. No es prudente mencionar la opción de denunciarlo. Se puede solicitar la presencia de un mediador social en el conflicto. Esta persona tiene formación específica en la prevención y disuasión frente a las agresiones y ayudará a resolver el problema

Tampoco es recomendable y ni es aconsejable por lo que se evitarán:
-La comunicación que generen hostilidad como: apatía, frialdad, condescendencia, menosprecio, impaciencia, etc.
-No se debe mirar fijamente a los ojos ni señalarle con el dedo, se puede interpretar como una amenaza.
- Las amenazas, coacciones o insultos.
- Minimizar las quejas, las críticas y el rechazo a las peticiones del paciente.
- Información que no se ajuste a la realidad o proponer pactos incumplibles.
- La adopción de un lenguaje y gestos desafiantes.

5 Discusión-Conclusión

Las agresiones al personal sanitario son cada vez más frecuentes, se estima que el 80% del personal sanitario lo ha sufrido de alguna forma verbal o física.

Refleja la pérdida del respeto que hay en la sociedad, con actitudes intolerante que busca causar un daño o intimidación para conseguir un objetivo o beneficio. Se debe formar al personal para prevenir las agresiones y sepan cómo actuar ante ellas.

Se debe dar a conocer a los pacientes con carteles informativos en las salas de espera y a la entrada de las consultas, que es un delito agredir al personal sanitario, y así está reflejado en los artículos 550 y 551 del código penal.

6 Bibliografía

- www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/el-80-del-personal-sanitario-ha-

sufrido-una-agresion-en-los-ultimos-5-anos-3088.
- Manual de prevención ante las agresiones al personal sanitario- Asociación nacional para la seguridad integral en centros hospitalarios.
- Plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios – Servicio de Salud del Principado de Asturias
- Enciclopedia Libre Universal, Agresión, [Internet]. 2011 [acceso 6 de marzo 2011].
- Organización Médica Colegial de España. Libro de Agresiones 2009 [Internet]. Madrid:
- Organización Médica Colegial de España; 2009 [acceso 14 de marzo 2011].
- Cantera LM, Cervantes G, y Josep M. Blanch. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. Papeles del psicólogo 2008;29(1):49-58.
- Pacto entre la Consejería de Sanidad y las Organizaciones sindicales CEMSATSE, UGT, SAEUSCAL y CSI-CSIF sobre las actuaciones a desarrollar para elaborar el Plan Integral frente a las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid: B.O.C.y L.; Nº 116. Fecha de publicación: 18/06/2008.

Capítulo 1075

EL TRABAJO EN EQUIPO Y EL LIDERAZGO EN LOS CENTROS SANITARIOS

MARIA EUGENIA VEGA BERROS

ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ

PAULA VEGA BERROS

ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El trabajo en equipo es la cooperación entre diversas personas de diferentes o iguales categorías y disciplinas, en la que cada una hace un trabajo concreto, pero entre todos tienen el mismo objetivo común. En la sanidad el trabajo en equipo es imprescindible. Una buena integración del equipo será fundamental para el perfecto funcionamiento del centro sanitario

2 Objetivos

- Definir qué se entiende por trabajo en equipo.
- Identificar los tipos de equipos que puede haber en un centro sanitario y las características que deben de tener para un buen funcionamiento.

3 Metodología

Se revisan diferentes artículos y se realizan diferentes búsquedas en distintas bases de datos como en google Académico, Dialnet y Scielo. Se emplean como descriptores: equipo, colaboración, cooperación, líder, sanidad. Como criterios de inclusión: textos en castellano e inglés, y de acceso gratuito.

4 Resultados

Un equipo de trabajo sanitario es un grupo de profesionales integrantes en un área o departamento, que trabajan coordinados para conseguir el mismo objetivo. En un centro sanitario nos podemos encontrar con dos tipos de equipos, que son:
- Equipo multidisciplinario: está formado por distintos profesionales que trabajan en un mismo centro o área pero que trabajan independientemente uno de otro y que se relacionan entre ellos de manera informal.
- Equipo interdisciplinario: en este equipo todos los integrantes tienen la misma metodología de trabajo para conseguir unos objetivos comunes. Tienen una relación formal, con reuniones periódicas para establecer un plan de actuación.

Para el buen funcionamiento de un equipo de trabajo, debe haber los siguientes requisitos:
- Comunicación: se establecerá un protocolo de actuación. Todos los miembros del equipo deben conocer los objetivos y saber lo que deben hacer cada uno. La comunicación se logrará cuando son escuchados y saben escuchar a los demás miembros del equipo y tengan claro las funciones de cada uno.
- Compromiso: la unión del grupo es importante para lograr los objetivos. Así todos se comprometerán para el buen funcionamiento del mismo y se lograrán los objetivos dando lo mejor de cada uno.
- Confianza: todos los miembros tienen el mismo objetivo y para lograrlo deben confiar en el buen trabajo y esfuerzo del resto.
- Coordinación: Los equipos de trabajo exitosos tienen un líder que orienta el rumbo a seguir, conoce las capacidades y habilidades de los miembros y designa funciones en base a ellas, indica los objetivos de forma clara para que nadie tenga dudas, mantiene la armonía y guía al grupo hacia la meta.
- Complementariedad: Las diferentes capacidades, habilidades y conocimientos de los miembros del equipo se unen para fortalecer las carencias del resto. Se les convencerá que trabajando en equipo se logra más que trabajando individualmente, unos se complementan con otros para alcanzar los objetivos que se han

propuesto.

La eficacia de los equipos de trabajo depende el buen funcionamiento del centro sanitario. Un equipo exitoso debe tener:
- Objetivos definidos y comunicados de forma clara a los miembros del equipo
- Planificar cuidadosamente las tareas de cada miembro. Deben conocer las funciones de sus compañero
- Aceptación del liderazgo
- Sentido de pertenencia, integración
- Diversidad de miembros
- Participación de todos sus integrantes, colaboración
- Fomentar el dialogo y el buen ambiente entre los miembros
- Motivación y sentido colaboración
- Todos comparten los logros y los celebran, se anteponen los logros del grupo a los individuales
- El líder del grupo debe ser aceptado y debe tener habilidades sociales y comunicativas para dirigir. Todas estas capacidades son tan importantes como conocer a los miembros que forman parte del equipo, para saber cuánto puede aporta cada uno y dar la formación y herramientas necesarias para el engranaje del equipo.

5 Discusión-Conclusión

En la sanidad es necesario trabajar en equipo para organizar las actividades, espacios y tiempos. El trabajo en equipo en el ámbito sanitario permite, que los miembros de un grupo sumen conocimientos y habilidades y se complementen en las tareas a realizar, para conseguir un objetivo común. Un buen funcionamiento de un centro sanidad se base en un buen funcionamiento de los grupos y áreas que lo componen.

6 Bibliografía

- http://isanidad.com/89115/medicina-y-enfermeria-trabajo-en-equipo-si-o-si/
.
- https://cronicaglobal.elespanol.com/pensamiento/trabajar-equipo-ambito-salud_199333_102.html.
- https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/hacer-integracion-equipo-sanitario-centro-medico.

- https://blogs.funiber.org/direccion-empresarial/2018/10/17/funiber-ventajas-trabajo-equipo-ambito-sanitario.
- Habilidades Sociales. Cristina Menéndez Vega ,IES N1 Gijón. Cortese, A., en http://www. latindex.com/.
- Los nuevos círculos del aprendizaje, La cooperación en el aula y en la escuela. Jonson, Johnson y Holubec (1999).
- Rosales Jiménez, J.J. et al. (2013) Habilidades Sociales. Madrid: McGraw Hill. Muñoz García, C et al. (2011).

Capítulo 1076

PLANES DE ACTUACIÓN PARA AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS

PABLO GARCÍA RODRÍGUEZ

SARA ARNIELLA FEITO

PABLO RIERA ALLER

1 Introducción

Desde hace unos años, estamos ante un claro aumento de agresiones contra personal sanitario, estas agresiones pueden ser físicas o verbales y por parte del paciente y/o acompañantes. Es más frecuente en los servicios más accesibles para la población, como son los servicios de urgencias y los servicios de atención primaria.

La presencia de las agresiones en los centros sanitarios produce en los profesionales una disminución de su calidad laboral, pues en muchas ocasiones son causantes de bajas laborales, que consecuentemente produce también una disminución de la calidad asistencial por parte de los profesionales, repercutiendo en la salud de los pacientes.

2 Objetivos

- Identificar los factores que propician el aumento de agresiones a profesionales del ámbito sanitario, y plantear medidas para minimizar estas agresiones.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las base de datos de Google académico y Scielo, con las palabras clave: "agresiones laborales", "agresiones en centros sanitarios".

Como criterio de inclusión: planes de actuación, idioma castellano y texto gratuito.

4 Resultados

En España los estudios que se han realizado al respecto muestran que, el 64% de los médicos han sufrido violencia verbal (amenazas, coacciones e insultos) mientras que un 11% han sido víctimas de agresiones físicas y un 5% las han sufrido en más de una ocasión.

Cabe destacar la importancia que ha tenido el reconocimiento por parte del tribunal supremo de la consideración de delito de atentado con modalidad agravada de las agresiones contra los profesionales sanitarios, con una primera sentencia dictada el 4 de diciembre de 2007.

Como causas de estas agresiones tenemos; saturación de las salas de espera, escasez de personal, ausencia de medidas de seguridad, los pacientes quieren y demandan una atención rápida y eficaz, y pacientes con problemas mentales y de abuso de tóxicos.

Algunas de las medidas que se deberían llevar a cabo para prevenir las agresiones son:
• Incrementar las medidas de seguridad, como colocar alarmas silenciosas en los despachos de los profesionales, y más vigilantes de seguridad.
• Aumentar el personal sanitario en función de las necesidades tanto en número como en actividad o urgencia.
• Informar públicamente de las sanciones aplicadas en respuesta a las agresiones, haciendo saber que se considera un atentado a la autoridad que incluso conlleva penas de cárcel como medida disuasoria.
• En el caso de pacientes o acompañantes con antecedentes de comportamiento violento, se recomienda que la atención se realice acompañado por otro profesional, se llame a seguridad o se reciba con la puerta abierta.
• Ante comportamientos inadecuados se recomienda mantener la calma, usar un tono neutro y profesional, comprensivo pero a la vez firme .Si la agresividad

persiste hay que evitar la confrontación física y alejarnos del lugar, pedir ayuda a vigilantes de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Las agresiones contra personal sanitario, como hemos podido comprobar, están aumentando durante los últimos años, fomentados por la crisis económica y la tensión derivada de esta, por la escasez de recursos tanto personales como materiales de los centros sanitarios y de la población.

Es importante entonces, sensibilizar a la población sobre las consecuencias de estas agresiones y trabajar con el personal de los centros sanitarios en la búsqueda de protocolos o soluciones que minimicen la incidencia de las mismas.

6 Bibliografía

- http:/seguridad-laboral.es/prl-por-sectores/sanitario/agresiones-a-trabajadores-sanitarios-estrategia-de-actuacion.
- https://pdfs.semanticscholar.org/afe6/e144e2f3be8c06debb51229e5db201a5d916.pdf.

Capítulo 1077

CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN EL ENTORNO LABORAL DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ

PATRICIA LORENCES MUÑIZ

1 Introducción

La contaminación acústica ha de ser entendida como un conjunto de sonidos no deseados, que aunque no son por sí mismos generadores de daños de manera inmediata o a corto plazo, sí que pueden afectar a la calidad de vida de las personas y a la recuperación de las mismas en el entorno laboral.

Existe un nivel de ruido necesario, por el tipo de recinto hospitalario y equipos que se utilizan en él .

No obstante, la clave es reducir este tipo de sonidos disminuyendo el impacto tanto en los pacientes o enfermos como en todo el personal que trabaja allí.
Elementos clave referidos a la contaminación acústica.
- Ruido: Se define como sonido no deseado.
- Sonómetro: Instrumento de medición del sonido.
- Decibelio: Unidad de medición del sonido. La Organización Nacional de la Salud recomienda no superar los 40/45 decibelios durante el día.

Enfermedades y trastornos derivados de la exposición al ruido.
- Pérdidas auditivas.

- Taquicardias.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Estrés agudo.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad.
- Zumbido de oídos.

Mecanismos de protección. Principalmente los equipos de protección individual, así como medidas de disminución del ruido en e entorno ambiental.

2 Objetivos

- Determinar el origen del sonido no deseado.
- Evaluar las consecuencias para la salud de las personas en todos sus ámbitos, ya sean físicos o psíquicos.
- Desarrollar las medidas más adecuadas de control, prevención y formación, para que las personas puedan enfrentarse a los ruidos de forma óptima y sin menoscabar su integridad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente.

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

Las palabras empleadas han sido ruido, prevención de lesiones, contaminación acústica.

4 Resultados

Todo el conocimiento adquirido lleva a tomar una serie de medidas que evitan y previenen lesiones auditivas en el trabajador. Por un lado actuando frente a los focos de ruido. Ejemplos de ello serían máquinas menos ruidosas, mejores aislamientos para evitar ruidos y vibraciones, etc.

Por otro lado aplicar medidas hacia el receptor del ruido como aislamiento del puesto de trabajo, equipos de protección individuales y formación.

El éxito en el control de ruidos supone verdaderamente un gasto añadido para los recintos hospitalarios. No obstante los beneficios son evidentes puesto que a largo plazo el resultado redundará en una situación de tranquilidad laboral y disminuirá el estrés que a su vez se traduce en menos situaciones de enfermedad, bajas y absentismo laboral, así como al retorno de las inversiones realizadas, sobre todo en aquellos casos en que no resulten obligatorias por ley.

Eso trae consigo el aumento de la productividad.

5 Discusión-Conclusión

Resulta importante para un trabajo y desempeño óptimo del día a día mantener el control sobre las fuentes del ruido, con el fin de reducir o eliminar en la medida de lo posible estos focos de riesgo.

Así mismo dar cumplimiento a la legislación vigente resulta fundamental en la lucha contra este factor pernicioso.
La tendencia actual en cuanto al ruido va dirigida a una sociedad casi carente de él.

En cierta medida la concienciación personal, así como los avances en el control del mismo suponen un innegable desarrollo de pautas de vida, trabajo que revierte en una mayor salud para las personas. Así mismo hay algunos factores que contribuyen de manera indirecta hacia este fin de minimización del ruido, como es el caso de la electrificación de los vehículos derivada del cambio climático, que va a suponer una gran reducción del sonido ambiental principalmente en nuestras ciudades.

6 Bibliografía

- Junta de Andalucia. Observatorio de salud y MedioAmbiente de Andalucia.
- Agencia Europea para la Seguridad y la salud en el Trabajo.
- UMIVALE. Mutua colaboradora con la Seguridad Social: Código de buenas prácticas.
- Mutua Balear: manual de prevención de los efectos del ruido.

- Legislación y normativa sobre el ruido. Directiva 2002/49/CE. Ley 37/2003/17 Noviembre. R.D. 1513/2005.

Capítulo 1078

ESTRÉS LABORAL Y SU REPERCUSIÓN.

ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ

PATRICIA LORENCES MUÑIZ

1 Introducción

El estrés ha de entenderse como un factor que forma parte de nosotros. Podemos definirlo como una respuesta biológica del organismos que nos prepara para enfrentarnos a una amenaza manifiesta. Este desarrollo evolutivo nos ha servido para desenvolvernos, en nuestra vida a lo largo del tiempo. No obstante, el problema viene determinado por el hecho de que si bien un cierto nivel de estrés resulta aceptable e incluso necesario, si se sobrepasa cierto punto se vuelve totalmente negativo y afecta a nuestra salud.

Hoy en día la fuente de estrés viene determinada principalmente por nuestra vida cotidiana y tambien por nuestro puesto de trabajo. Es en este último ámbito donde se manifiesta de forma más virulenta, sobre todo debido a las condiciones laborales del momento en que vivimos, donde la actividad resulta en muchas ocasiones frenética y carente de empatía emocional entre los propios trabajadores y resto de personal laboral, incluidos gerentes, directivos, ect. El estrés básicamente se trata de una serie de reacciones emocionales, cognitivas y de comportamiento frente al entorno.

Se han establecido como causas generadoras de estrés laboral:
• Altas demandas de trabajo y baja capacidad de control en toma de decisiones por falta de medios.
• Bajo apoyo social y del entorno.

• Desajuste entre las necesidades y recursos para afrontar las tareas.
• En casos de gran esfuerzo y baja recompensa.

2 Objetivos

- Determinar los factores que generan estrés laboral.
- Determinar las claves para mitigar el estrés.

3 Metodología

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

4 Resultados

El estudio del estrés laboral y los factores que lo generan, tiene por objeto evitar las consecuencias negativas que sufren los trabajadores en su puesto de trabajo. Las afecciones más comunes que se derivan de altos niveles de estrés se agrupan en 3 tipos:
1. Físicas
- Alteraciones del sistema inmune.
- Alteraciones gastrointestinales.
- Trastornos musculoesqueleticos.
- Fatiga.

2. Psíquicos
- Preocupación excesiva.
- Trastornos del sueño.
- Depresión.
- Ansiedad
- Trastornos de la alimentación.
- A nivel motor:
A. Hablar rápido.
B. Temblores.

C. Tartamudeo.
D. Conductas impulsivas.

3. Organizativas
Estas afecciones no sólo perjudican a la persona sino que afectan a su entorno, tanto en el circulo personal como laboral. Se genera mal ambiente de trabajo, empeoramiento de las relaciones de las relaciones personales, falta de orden y limpieza, aumento del absentismo, entre otras.

Con objeto de prevenir o reducir este nivel de estrés, se pueden adoptar medidas para actuar sobre el trabajador y su entorno de actividad. Como ejemplo a citar:
• Respecto al trabajador:
- Técnicas cognitivas conductuales.
Entrenamiento en habilidades sociales
Entrenamiento en resolución de problemas
- Técnicas de relajación.
Control de la respiración y muscular.
- Técnicas sobre aspectos básicos de la vida cotidiana
Distraerse
Tener hobbies
Actividades de esparcimiento, etc.

• Respecto a la organización o entorno laboral.
Ya desde el diseño del puesto de trabajo se ha de evaluar los factores que van a incidir en el trabajador- Se ha de trabajar en la estructura organizativa mejorar la comunicación, valorar el apoyo social y las recompensas al trabajador. Potenciar los puntos fuertes y mejorar las debilidades o carencias,para que el trabajador pueda desenvolverse ante los problemas. Invertir en salud en el puesto de trabajo es un objetivo que repercute en menos costes para la empresa.

Desde la identificación de los síntomas que genera el estrés allá en los años 30 por parte de Hans Seyle. Ha supuesto el desarrollo de un conocimiento cada vez más preciso de las causas y consecuencias que se derivan para las personas, con objeto de prevenir y en la medida solucionar estas disfunciones derivadas de la respuesta orgánica a la que nos vemos avocados en situaciones de riesgo o de interacción con el medio que nos exige y nos desborde.

Principalmente los resultados derivados del estudio del estrés han dado con las claves para mitigarlo o al menos disponer de herramientas con objeto de salir airosos ante esta situación. Un aspecto clave que se ha demostrado altamente

eficaz, es la posibilidad de practicar ejercicio físico, está demostrado en estudios que practicar al menos 30 minutos de ejercicio mejora los efectos negativos del estrés.

Junto al ejercicio físico ha de tenerse en cuenta las medidas de relajación personal, dándose momentos de respiro en circunstancias de exigencias altas con objeto de reorganizar las ideas y los medios para afrontar estas situaciones originadoras de tensión. Por ultimo un factor que está dando buenos resultados viene determinado por la aplicación de programas de intervención frente al estrés, como lo han demostrado diversas experiencias en EEUU e incluso en España, donde ha habido ensayos que han generado buenas expectativas que se basen en la formación y entretenimiento de los trabajadores incluso el desarrollo de áreas de descanso en la empresa para el esparcimiento de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral es un trastorno propio de las sociedades industrializadas, en este entorno de vida ultra rápida donde todo depende de la agilidad y velocidad en el desempeño del trabajo, se genera gran tensión y competencia entre las personas,lo cual crea a si mismo, el mejor caldo de cultivo para esta respuesta fisiológica negativa (estrés) por parte de los individuos.

Controlar todo lo posible por parte de la empresa y los efectos en sus empleados, repercute positivamente de manera global en la misma, ya que se produce un efecto de encadenamiento de estrés propiciado por las relaciones sociales necesarias que pueden comprometer los resultados futuros.

Relacionado con todo lo anterior cabe citar también el conocido síndrome del trabajador quemado (burnout), que suele darse en aquellos puestos de trabajo con especiales exigencias, donde los aspectos negativos conforman la tarea principal del trabajador, como quejas o reclamaciones que le generan tensión continuada y también en el caso de puestos de trabajo que supone un contacto directo o continuo con el publico.

Históricamente la investigación sobre el estés se ha basado en la observación de casos, de forma continuada, elaborando las pertinentes conclusiones. Partiendo de artículos profesionales de especial relevancia a lo largo de la historia, se determina a través de las pruebas de campo las afectaciones de los trabajadores, en relación a su puesto de trabajo, determinando la correlación ex-

istente entre ambas. Hans Seyle como principal desarrollador de la teoría del síndrome de Adaptación General establece las bases sobre las que se desarrollará el conocimiento sobre esta materia.

6 Bibliografía

- Madrid + Salud: Estres Laboral y su Prevención
- OIT:Organización Internacionald del Trabajo.
- IMHOTEP Mallorca: Prevención y Salud Laboral.

Capítulo 1079

ACOSO LABORAL.

ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ

PATRICIA LORENCES MUÑIZ

1 Introducción

Las conductas habituales en el puesto de trabajo que suponen la generación de una conducta de violencia psicológica contra una persona es lo que entendemos por acoso laboral. Puede darse en diferentes ámbitos de la vida, no sólo en la laboral también en diferentes niveles del organigrama empresarial, desde el jefe al compañero más inmediato.

Los casos más comunes son los siguientes:
1. Discriminación Laboral.
2. Aislamiento Laboral.
3. Respecto a las tareas asignadas: no se da trabajo o el que se da está por debajo de las funciones de la persona.
4. Sobrecarga de trabajo.
5. Rebajar las funciones del trabajador.
6. Culpabilizar al trabajador.
7. Faltas de respeto o insultos.
8. Difamación personal o profesional.
9. Acoso sexual.

El departamento de recursos humanos es el que debe de intervenir, mediante acciones de prevención y formación, así como generando un buen ambiente de trabajo. Resulta también importante que el individuo sea capaz de identificar las conductas acosadoras y denunciarles.

2 Objetivos

- Determinar la existencia acoso laboral.
- Concienciar al personal sobre estas actuaciones a fin de prevenir resultados negativos en la organización.
- Conocer el protocolo de actuación frente al acoso laboral

3 Metodología

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

4 Resultados

Existe un , donde se establece una serie de pautas, a fin de poder reaccionar frente a esta situación.
1. Acción preventiva.
Se fundamenta en 3 aspectos básicos.
Formación:
- Dirigida a toda la plantilla
- Responsables con personal a cargo.

Responsabilidad:
- Exigencia para todos los empleados de mantener un comportamiento adecuado en sus relaciones.
- Los mandos tendrán además responsabilidades adicionales respecto al conocimiento de las normas por sus subordinados y garantizar su cumplimiento.

Comunicación:
Hace referencia a todos los medios para que sean observadas y conocidas dichas normas, por todos los miembros de la organización.

2. Procedimiento de actuación
1. Procedimiento aformal: busca resolver el incidente de forma rápida sin cumplir todo el procedimiento formal. Se trata de comunicar al presunto agresor que sus conductas no son adecuadas, siendo esto suficiente para zanjar el incidente. A

través del departamento de recursos humanos se realizarán los trámites necesarios, en caso de no resolverse de esta forma se pasará al proceso formal.
2. Procedimiento formal: la comunicación se realizará a través de buzón electrónico o correo postal, dirigido al departamento de recursos humanos. Se garantizará el anonimato de la persona denunciante, al departamento de recursos humanos y este desarrollará el informe preceptivo indicando las conclusiones alcanzadas y medidas a tomar. Si es preciso se podrá solicitar la intervención de representantes legales. Finalmente se tomarán las decisiones que mejor convengan en base a los hechos.

El mejor medio para determinar la existencia o no de acoso laboral, así como la forma en que puede ser resuelto de manera eficaz, lo constituye la existencia en la organización de un protocolo de actuación especifico. Junto con la normativa vigente que aunque no desarrolla los procedimientos o respuestas ante estas situaciones de forma detallada se establece un primer mecanismo de defensa del trabajador.

Así pues, en el estatuto de los trabajadores se establece la no discriminación y respeto al trabajador.
La ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales determina que las empresas deben velar por el cumplimiento de las medidas de Seguridad, Salud y de los efectos Psicológicos que se pueden derivar del puesto de trabajo. La Ley Orgánica 7/2007 de igualdad entre hombres y mujeres, hace referencia a las situaciones de acoso sexual y la obligación de la empresa de establecer procedimientos para su prevención, formulación de denuncias o reclamaciones.

La práctica sólo las empresas de cierto tamaño cuentan con estos protocolos de actuación. En caso contrario ocurre respecto a la administración pública donde sí existen protocolos frente al acoso desarrollados por ley. Estos han servido como referencia a las empresas privadas a la hora de tomar medidas para sí mismas.

A través de diferentes encuestas se puede determinar la implantación del protocolo y el resultado en sus actuaciones, a fin de tomar las medidas oportunas, si fuese el caso, para corregir cualquier desviación del objetivo. En estas encuestas también se determina que otros sistemas de gestión del acoso se encuentran disponibles en las empresas. Se analiza la actuación del departamento de recursos humanos, representantes de los trabajadores, técnicos. Se puede valorar la implantación del conocimiento del protocolo entre los trabajadores. También se determina que procedimientos de resolución se utilizan con mayor frecuencia resultando mayoritario el procedimiento formal, para la gestión del acoso.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la utilización de encuestas se puede ver el grado de implantación existente en la empresa, de procedimientos de actuación frente al acoso en el trabajo. El acoso laboral puede manifestarse en cualquier ámbito de cualquier empresa, todos podemos ser víctimas o acosadores, es por ello que se necesita

6 Bibliografía

- Mc Mutual
-Escuela Internacional de Profesionales y Empresas.
- Orientación Laboral Infojobs.net
- Igualdad en la empresa.es
- Legalitas.com

Capítulo 1080

CUIDADOS DE LA MUJER GESTANTE

MAQUELINA FREITAS RUIZ

BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La gestante deberá llevar a cabo una serie de cuidados durante todo el embarazo que promuevan su bienestar y el del feto para que el proceso se desarrolle de la mejor manera posible.

El organismo de la mujer sufre gran cantidad de cambios durante la gestación que tendrán que ser observados tanto por ella como por el equipo de profesionales sanitarios que la atienden durante todo el embarazo. Además, para disminuir la morbilidad y mortalidad del feto y de la gestante se debe realizar un seguimiento periódico del embarazo. En este se realizarán:

- Anamnesis:

Durante la primera visita al médico para confirmar el embarazo se hace una entrevista a la paciente y se realizan la historia clínica y obstétrica de la futura madre. Hay que anotar la fecha de la última menstruación para calcular lo más aproximadamente la posible fecha del parto. Se mide la presión arterial y se pesa a la mujer.

- Inspección:

Se procede a explorar el estado general de la gestante así como su aparato genital. Se inspeccionan sus valvas, se realiza un tacto vaginal, citología y técnicas de palpación abdominal. Esto último es muy útil en las 10 primeras semanas de embarazo y al inicio del parto ya que se comprueba si hay uno o más fetos, la situación, presentación y las posiciones fetales.

- Auscultación por ultrasonido del latido fetal:

El latido del feto se puede apreciar desde la octava semana de gestación. En el primer trimestre la frecuencia cardíaca del feto es de 160 latidos por minuto y disminuye a 130 con posterioridad.

- Inspección y palpación de las mamas:

Se hace hincapié en la valoración de los pezones ya que son la parte fundamental para la lactancia.

- Posteriores visitas:

Es importante vigilar el crecimiento del útero respecto a la anterior visita. Se mide la presión arterial, el peso de la mujer y el latido fetal. Si es necesario, se realizan otras pruebas complementarias. Además, se realiza un análisis sistemático de orina.

- Pruebas complementarias:

Exudado vaginal y rectal para estreptococos, pruebas bioquímicas, una ecografía al trimestre, estudio citogenético donde se incluye una biopsia corial, amniocentesis genética o funiculocentésis además de una amnioscopia en caso necesario.

Cuando el embarazo llega a su término y se entra en la fase de parto se deben seguir una serie de indicaciones para realizar la asistencia sanitaria durante el mismo. Dependiendo de cada embarazo, la duración de cada una de las fases del parto será distinta. Una misma mujer tiene embarazos y partos totalmente diferentes a lo largo de su vida. Los profesionales sanitarios que la atienden en ese trance están perfectamente preparados para atenderla en el transcurso de la gestación y parto de su bebé.

2 Objetivos

- Entender los cuidados precisos de una mujer en estado de gestación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Bibliografía

- Técnicas básicas de enfermería" de la editorial Mac Graw Hill.
- mscbs.gob.es/
- es.slideshare.net/djdennis27/asistencia-mdica-del-parto

Capítulo 1081

OCIO INCLUSIVO

MAQUELINA FREITAS RUIZ

BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

El ocio inclusivo es el conjunto de actividades dirigidas a conseguir que las personas en situación de dependencia disfruten de su tiempo libre. Asume que la convivencia, diversidad y el aprendizaje en los grupos heterogéneos son la forma más correcta de beneficiar a los participantes. Un entorno inclusivo de ocio es el que acoge a todas las personas por igual. La sociedad posee un papel activo a la hora de dar respuesta a las necesidades de toda la población.

El ocio es un derecho fundamental que favorece el desarrollo personal y social de las personas y nadie debe ser privado de él.
Las personas en situación de dependencia suelen tener mucho tiempo libre. Muchas veces carecen de motivación o no organizan bien su tiempo libre, lo que conlleva que no dediquen ese tiempo en actividades provechosas para su desarrollo personal.
El ocio inclusivo debe proveer los medios necesarios a todos los individuos independientemente de sus capacidades para que tengan acceso a los servicios, programas y equipamientos de ocio de su comunidad.

Se debe ofrecer una amplia gama de actividades y servicios que satisfagan sus motivaciones e intereses. Además, es recomendable organizar la cantidad de tiempo libre de las personas dependientes para que sea lo más útil y gratificante posible. Si estas personas son capaces de adquirir unos hábitos de ocio saludables y variados obtendrán mayor autonomía y acabarán desarrollando sus facultades físicas y psíquicas.

Conviene conseguir que las personas con dependencia sigan participando en las actividades que les resulten satisfactorias. Es común que las personas en situación de dependencia tengan un bajo índice de participación en casi todas las actividades de ocio que se les ofertan. Para conseguir que se incremente su intervención es necesario dar un paso más en la oferta de ocio y tiempo libre para este nicho poblacional, teniendo más en cuenta sus gustos para motivarlos a participar más activamente.

Es de vital importancia que las actividades de ocio les otorguen a estas personas unas vivencias gratificantes que les aporten un estado de ánimo positivo y placentero. Esto aumenta su calidad de vida ya que les proporciona un incremento de su autoestima y la mejora de sus habilidades cognitivas, funcionales y sociales.

Sería de gran ayuda colaborar con las familias de las personas en situación de dependencia para ayudarlas a organizar las tareas a desarrollar en su tiempo libre. Para ello se debe conocer los distintos recursos de ocio a su alcance en su entorno próximo para poder orientarlas adecuadamente.

2 Objetivos

- Entender la importancia del ocio en las personas con dependencia.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- “Organización de la atención de las personas en situación de dependencia” de la editorial Altamar
- “Atención y apoyo psicosocial” de la editorial Altamar

Capítulo 1082

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MAURO FERNANDO BATALLA GONZÁLEZ

MARI PAZ MARTINEZ DIAZ

ANA MARÍA SÁNCHEZ JUÁREZ

ELENA ASUNCIÓN GINGEIRA MOUTINHO

NAHIR CASARREAL GONZALEZ

1 Introducción

El término de Inteligencia Emocional tiene sus orígenes en el concepto de inteligencia social identificado por primera vez por Thorndike (1920). Este autor la definió como "la capacidad de entender, gestionar y actuar con prudencia en las relaciones humanas". Sin embargo, el concepto de Inteligencia Emocional como tal no fue definido hasta 1990 por Salovey y Mayer, dos psicólogos americanos que lo definieron como "un subconjunto de la inteligencia social, que comprende la capacidad de controlar los sentimientos y las emociones propias, así como la de los demás, discriminando entre ellos y utilizando esta información para guiar el pensamiento y las acciones". En 1995 Daniel Goleman popularizó este término en su libro "Inteligencia Emocional", considerándola como una habilidad para reconocer y regular las emociones en uno mismo y en los demás y afirmando que

"se refiere a una serie de habilidades relacionadas con el éxito en la vida, entre éstas se encuentra el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad para motivarse a sí mismo". Su modelo establece cinco componentes básicos:
- Autoconocimiento emocional: conocimiento de nuestras propias emociones y de cómo nos afectan. Conocer el modo en el que el estado de ánimo influye en nuestro comportamiento, e identificar fortalezas y debilidades.
- Autocontrol emocional o autorregulación: capacidad de reconocer la temporalidad de las emociones y no dejarse llevar por los sentimientos del momento.
- Automotivación: dirigir las emociones hacia un objetivo para mantener la motivación y fijar la atención en las metas y objetivos.
- Reconocimiento de emociones ajenas y control de ellas: reconocer y saber interpretar las señales emocionales que los demás emiten en las relaciones interpersonales.
- Control de las relaciones interpersonales (habilidades sociales): habilidades para relacionarse exitosamente con los demás independientemente de su posición, estatus y circunstancias.

La inteligencia emocional por parte del personal sanitario y no sanitario ha sido identificada como una competencia imprescindible en el desempeño satisfactorio de su trabajo. Investigaciones recientes evidencian sus beneficios tanto en el paciente y su familia, favoreciendo la adherencia al tratamiento y una mejor y más rápida recuperación, como en el propio profesional, que ve como aumenta su satisfacción personal y profesional, al tiempo que mejoran su salud laboral y las relaciones entre compañeros.

2 Objetivos

- Revisar bibliografía especializada en inteligencia emocional.
- Analizar los resultados de diferentes investigaciones que constatan los beneficios de la inteligencia emocional en el desempeño laboral del personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una exhaustiva investigación bibliográfica y documental. Se revisó con detenimiento el libro de Goleman "Inteligencia Emocional", así como sus posteriores publicaciones sobre el tema. Además, se consultaron diferentes bases de datos: TESEO, MEDLINE y PsycINFO , revistas como Revista Española

de Comunicación en Salud, Revista Paraninfo Digital, Elsevier, Scielo y Presencia, así como un ensayo muy interesante titulado "La Inteligencia Emocional como estrategia para mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud en Colombia". Los criterios de inclusión fueron acceso gratuito, idioma español e inglés, centrados en el ámbito sanitario y publicados nacional e internacionalmente.

4 Resultados

De las distintas fuentes analizadas se desprende que los distintos profesionales que trabajan en el ámbito sanitario (médicos, enfermeros, celadores, auxiliares,...) sufren un gran desgaste tanto a nivel mental como físico. Esto afecta a su carácter y al modo de desempeñar su trabajo. Son muchas las ocasiones que se sienten incomprendidos, no solo por parte de los pacientes y sus familiares, sino también por sus propios compañeros. De ahí que muchos de ellos crean necesario potenciar su inteligencia emocional para ser capaces de percibir, comprender y gestionar sus emociones propias y las de las personas que les rodean.

Las últimas investigaciones en el tema que nos ocupa evidencian que un buen uso de las emociones por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios acarrea numerosos beneficios:

- Mejora la relación del personal sanitario y no sanitario con los pacientes y sus familias, de forma que éstos se sienten entendidos, escuchados, apoyados, atendidos y bien cuidados, logrando así un mayor nivel de compromiso y confianza en el tratamiento y su recuperación, y, en definitiva, la mejora de la calidad de la atención al paciente.
- El profesional que gestiona adecuadamente sus emociones se desenvuelve mejor en su trabajo, al evitar adquirir emociones, sentimientos y pensamientos que afectan negativamente a su labor.
- Potencia el bienestar físico y mental del profesional, con lo cual se reduce la probabilidad de sufrir burnout o "síndrome del trabajador quemado", enfermedad asociada al trabajo según la OMS, tal y como se recoge en el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades).
- Aumenta la satisfacción personal y profesional del propio trabajador, de modo que su implicación y dedicación es mayor.
- Las relaciones entre compañeros son más positivas y enriquecedoras, favoreciendo el trabajo en equipo y consiguiendo que se aúnen habilidades, se reparta la carga de trabajo y se tomen mejores decisiones, redundando en una mejor

atención al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos la suerte de formar parte de una profesión eminentemente vocacional, cuyo principal objetivo es lograr el bienestar del paciente. La inteligencia emocional ha demostrado ser una herramienta clave para desempeñar nuestra labor de un modo satisfactorio, pues siendo capaces de gestionar adecuadamente nuestras emociones y las emociones de los que nos rodean (pacientes, familiares, compañeros,...), lograremos que se sientan mejor las personas a nuestro cargo y seremos mejores profesionales y mejores personas.

Algunas propuestas para favorecer el uso de la inteligencia emocional por parte de nuestros profesionales serían:
- Formación inicial y continua en inteligencia emocional.
- Ofrecer a nuestros trabajadores talleres y cursos que entrenaran esta capacidad, aprendiendo así a conocer nuestras emociones, ponerles nombre, comprender sus causas y cómo influyen en nuestro pensamiento y en nuestro comportamiento. Se ha demostrado que la inteligencia emocional es moldeable, se puede desarrollar y mejorar utilizando unos métodos adecuados.
- Analizar experiencias eficaces en otros centros sanitarios que nos ayuden a establecer actuaciones concretas, mejorando así nuestro entorno laboral y, en definitiva, la calidad de nuestro sistema sanitario.

En conclusión, y tal como afirma Licea Jiménez (2002) en su artículo sobre la inteligencia emocional en los trabajadores sanitarios, "debemos aprender a ser un catalizador del cambio, iniciador o administrador de las situaciones nuevas, ser un constructor de lazos con el fin de alimentar y reforzar las relaciones interpersonales del grupo de trabajo, al propiciar un sistema de colaboración y cooperación para trabajar con otros en el logro de metas compartidas relacionadas con los cuidados y sustentados en las relaciones e interacciones con los pacientes".

6 Bibliografía

- Berrios, M.P., Augusto, J.M. y Aguilar, M.C (2006): Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Index de Enfermería.
- Goleman, D. (1995). Inteligencia Emocional. Barcelona: Ediciones B, S.A.

- Goleman, D. (1998). La Práctica de la Inteligencia Emocional. Barcelona: Kairós S.A.
- Goleman, D. (2006). Inteligencia Social. Col. Florida: Planeta Mexicana.
- Licea, M.L. (2002): La inteligencia emocional: herramienta fundamental para el trabajador de la salud. Revista enfermería.
- Mayer J.D., Salovey P. (1990): Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and Personality.
- Molero, M. C., Saiz, V. E., & Esteban, M. C. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional. Revista Latinoamericana de Psicología, 11-30.
- Moreno-Jimenez, B., Galvez Herrer, M., Rodríguez-Carvajal R., et al. (2010): Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo "trabajo emocional" y propuesta de evaluación. Revista Latinoamericana de Psicología [online].
- Múnera Gaviria, H. A. (2011). La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa. Investigación y Educación en Enfermería.
- Vallés A., Vallés C. (2000): Inteligencia Emocional. Aplicaciones educativas, Editorial EOS.

Capítulo 1083

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH.

BEATRIZ CAO RODRIGUEZ

LORENA PEREIRAS MENDEZ

DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Este trabajo nace de la intención de abordar uno de los trastornos más importantes en la edad infantil: el TDAH. Parellada (2009), sostiene que el TDAH es uno de los trastornos infantiles más frecuentes y es la causa de que muchos niños rindan por debajo de sus posibilidades o se comporten mal a pesar de una educación adecuada. A veces, se hace realmente difícil trabajar con este colectivo infantil, ya que la problemática que presentan es multifactorial y se necesita intervenir desde varios y diversos ámbitos, requiriendo la presencia de varios profesionales.

No solo requiere la presencia de profesionales, sino también es muy importante la presencia del entorno familiar. Tal y como establece el Libro Blanco de Atención Temprana, el medio familiar constituye sin duda una vía importante de detección, pues en muchas ocasiones son los propios padres, o personas cercanas al niño, los que en la interacción diaria con su hijo en su contexto natural pueden observar

que existe una diferencia o desviación entre el comportamiento de su hijo y el de otros niños.

Una mayor atención e información a los padres sería un elemento que sin duda facilitaría la detección temprana de los trastornos en el desarrollo, así como el saber actuar en el día a día con el niño sin que eso suponga una situación de frustración, estrés (Presentación, Pinto, Meliá y Miranda, 2009).

"El entrenamiento a los padres en modificación de conducta, la utilización de estas técnicas por los profesores, las intervenciones en el plano académico y la educación especial, son las intervenciones más prometedoras para estos niños" (Presentación et al., 2009, p.19).

2 Objetivos

Conocer las características principales del TDAH con especial atención en el ámbito familiar y de manera que nos permita crear un programa de intervención familiar, que ofrezca las herramientas necesarias de actuación para los padres con hijos con TDAH.

3 Metodología

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

4 Resultados

El programa se desarrolla a través de diferentes bloques que contienen los temas, actividades y dinámicas que permiten trabajar los contenidos correspondientes. La metodología se caracteriza por ser flexible, ya que tratará de adaptarse en la medida de lo posible a las características y necesidades de las familias. Es recomendable que los grupos sean pequeños, de no más de 10 personas para lograr la máxima participación.

Las sesiones presentan una estructura uniforme que dependerá en cierta manera del nivel de participación e intervención de las familias y de sus intereses. Aunque existe una planificación previa de los contenidos, a medida que vayan avanzando las sesiones pueden ser modificadas por los propios padres.

Por un lado, tendrá lugar una exposición oral por parte del profesional responsable, junto con una presentación audiovisual, para que los padres puedan seguir la explicación. Las sesiones serán impartidas por profesionales relacionados con el TDAH (médicos, psicólogos, responsables de entidades de la zona sobre el TDAH), todos ellos estarán en constante relación antes, durante y después del desarrollo del programa. También se invitará a otros padres que tengan hijos adolescentes con TDAH para que cuenten sus impresiones, como vivieron ellos las situaciones en las que se encuentran los padres que acuden al programa. Al final de cada sesión se realizarán dinámicas, grupos de discusión para trabajar los conceptos que se han explicado. Además, servirá de oportunidad a las familias para debatir, manifestar opiniones o sentimientos.

Asimismo, las actividades para practicar en casa, atendiendo a los conocimientos que vayan adquiriendo, son tareas sencillas que se incorporan en la vida cotidiana de las familias y que no suponen grandes esfuerzos porque de lo que se trata es de incorporar conductas y hábitos positivos en la vida diaria que favorezcan el bienestar personal, social y familiar.

Revisión de las tareas: en las sesiones con los padres, se supervisarán las tareas encomendadas para casa con el fin de detectar posibles dificultades y, al mismo tiempo, les ayudará a recordar los contenidos más importantes de la sesión anterior.

Como parte de la metodología empleada contamos con los registros que las familias hacen en el día a día en el hogar sobre cómo resolver situaciones con los niños.

Cada dos semanas, durante el desarrollo del mismo, se reunirán los coordinadores del programa para estudiar la puesta en práctica y la marcha de la intervención y detectar posibles problemas para solucionarlos en las sesiones posteriores.

La metodología tiene como finalidad ayudar a que los miembros del grupo construyan sus propios conocimientos para poder afrontar la resolución de los problemas de la vida cotidiana, analizar la situación y encontrar alternativas de solución, emplear las habilidades sociales.

Con el programa diseñado pretendemos que los padres empiecen a comprender el trastorno que padecen sus hijos, para ello se espera que adquieran un conocimiento general del TDAH (de qué tipo de trastorno se trata, las causas, el tratamiento, el diagnóstico) proporcionándoles la información necesaria. También se pretende que adquieran técnicas tanto para incrementar conductas, reducir aquellas que son negativas y que aprendan a enfrentarse a las situaciones cotidianas sin que esto suponga un malestar tanto para los padres como para el niño.

Consideraríamos que el programa ha cumplido sus objetivos no solo si los padres adquiriesen lo mencionado en el párrafo anterior sino también, si no han abandonado sin justificación el programa. Para ello haríamos una lista con cada uno de ellos y al finalizar valoraríamos los que permanecen acudiendo. Aquellos que no acudan más y no lo justifiquen (trabajo, incompatibilidad de horarios) se considerará que es porque no les aporta lo que esperaban.

La implicación de los padres en las actividades es algo fundamental, necesario que se produzca para que las sesiones sean dinámicas. En el caso de que los padres sean poco participativos los coordinadores tendrán que valorarlo y utilizar estrategias para conseguirlo una mayor participación ya que, si se aburren, tienen falta de interés, pueden dejar de acudir a algunas sesiones e incluso abandonar de manera definitiva.

También se espera que las actividades o tareas que se propongan para realizar en el hogar con el niño las lleven a cabo (al inicio del programa se les explicará la importancia de ello) ya que es una manera de llevar a la práctica lo que están aprendiendo, si tienen dudas las pueden comentar a los profesionales en las sesiones posteriores para que no queden en el aire y esto también le sirve al resto de padres.
Es muy importante también seguir la estructura de contenidos que se establece el primer día ya que ahí aparecen los temas fundamentales necesarios que van a ser tratados. En el caso de que alguno de los temas o actividades que se realizaron a la mayoría de los padres no les gustó, no les pareció interesante será tenido en cuenta en el caso de que se volviera a realizar dicho programa.

Otro resultado que se pretende es que se produzcan cambios tanto en la conducta de sus hijos como en su forma de actuar, comprobando que ellos mismos podían lograr mejoras en el comportamiento de los niños y en el funcionamiento familiar con información y formación adecuada.

Por último, se esperará que todo lo aprendido les sirva tanto en el presente como en un futuro, ya que es muy importante para considerar eficaz el programa la perspectiva de futuro, no solo que sirva durante el tiempo que dura el programa y seguimiento y mientras sigan teniendo apoyo profesional.

5 Discusión-Conclusión

Con este Trabajo de Fin de Máster (TFM) se ha pretendido hacer un recorrido por los principales aspectos que caracterizan el trastorno por déficit de atención, profundizando en el entorno familiar ya que es crucial en el desarrollo evolutivo, cognitivo y social de los niños. Ofreciéndoles herramientas a los padres también se está interviniendo con aquellos niños con TDAH, pero de forma indirecta. Esto provoca que las expectativas cambien, ajustándose más a la realidad de lo que está sucediendo, propiciando un mejor clima de convivencia.

Se trata de un proyecto bastante completo porque trabajando los bloques que se mencionan, se consigue una intervención global e integral. Nace por la necesidad de integrar la atención a las necesidades del niño con la atención a las necesidades de su familia de manera que ha ido evolucionando el papel ejercido por el profesional y la implicación atribuida a la familia en Atención Temprana. La familia es el componente clave para el desarrollo del niño en todas sus facetas, y especialmente en la socioemocional. Es difícil entender que podamos dejarla al margen de las decisiones sobre el niño, cuando además de ser su responsable legal, es un elemento estable en su futuro.

Este programa podría ser utilizado en un futuro en asociaciones que trabajen con niños con TDAH o también en escuelas de padres ya que funcionaría como un recurso de apoyo a las familias con hijos con dicho trastorno para que puedan desarrollar adecuadamente sus funciones educativas y socializadoras, y superar situaciones de necesidad y riesgo social; es un programa que contribuye a modificaciones de conductas y a la adquisición de pautas saludables de dinámica familiar.

Tanto la elaboración de este trabajo de fin de máster en sí, como la realización del máster en general me han dotado de herramientas y me han permitido adquirir competencias para mi posterior desarrollo profesional. Me ha aportado una visión global del TDAH y de cómo intervenir con los padres y los niños. Además de cómo diseñar la planificación de recursos para el niño y su familia y

de recoger las necesidades para la elaboración de las sesiones que posibiliten una intervención de calidad.

También me podría servir en un futuro laboral para reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño; para introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas; atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.

Por último, la incorporación de la familia a los programas de intervención familiar no debe ser un simple tópico, sino que debe convertirse en algo real ya que, para algunas familias la enseñanza en el hogar si es algo ideal, pero para otras es una fuente de ansiedad y estrés, sobre todo si tienen otros niños pequeños a los que atender. De ello se deriva la importancia de proporcionarles técnicas y estrategias para enfrentarse a estas situaciones.

6 Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5 ª ed.). Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing. Barkley, R. y Benton, C. (2000). Hijos desafiantes y rebeldes. Consejos para recuperar el afecto y lograr una mejor relación con su hijo. Barcelona, Buenos Aires: Paidós.
- Bauermeister, J. y Matos, M. (2011). El TDAH en preescolares: validez, diagnóstico, prevención y tratamiento. Apuntes de Psicología, 29(2), 205-225.
- Domínguez, C. y Rodríguez, A. (2013). Diagnóstico de déficit de atención versus la familia como recurso terapéutico. Cuadernos de Trabajo Social, 26(2), 295-303.
- Eddy, L. (2006). Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. Revista Pediatría de Atención Primaria,7(4), 57-67.
- Fernández, E. (2010). Guía para padres y profesionales de la educación y la medicina sobre el TDA-H. Valladolid: Fundación de ayuda a la infancia en Castilla y León (FUNDAICYL).
- Giné, C., Gracia, M., Vilaseca, R. y Balcells, A. (2009). Trabajar con las familias en atención temprana. Revista interuniversitaria de formación del profesorado, 65(23,2), 95-113.
- Miranda, A., Presentación, M.J. y Soriano M. (2014). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: etapa de Educación Infantil. En J.N. García (Ed.),

Prevención en dificultades del desarrollo y del aprendizaje (pp. 91-108). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Montañez, I. (2014). Programa de intervención en niños con TDAH y familia (tesis doctoral). Universidad de Extremadura, Badajoz.
- Parellada, M.J. (2009): TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta. Madrid: Alianza Editorial.
- Robles, Z. (2009). Intervención sobre problemas de conducta de inicio temprano: evaluación de un programa de entrenamiento para padres. Universidad de Santiago de Compostela.
- Siegenthaler, R., Presentación, MJ., Colomer, C. y Miranda A. (2013). Análisis de factores moduladores de la intervención psicosocial en preescolares con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Revista de Neurología,56(1), 58-92.
- Vega, F. (2012). Protocolo de intervención en TDAH. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 11(2),21-36.
- Zapico, S. y Pelayo, J. (2012). Controversias en el TDAH. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 11(2), 97-105

Capítulo 1084

ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS MAYORES Y SUS FAMILIAS EN CENTROS GERIÁTRICO-RESIDENCIALES

BEATRIZ CAO RODRIGUEZ

LORENA PEREIRAS MENDEZ

DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Cuando hablamos de atención social no estamos haciendo referencia únicamente al trabajo desarrollado por los/las trabajadores/as sociales, sino que nos referimos a toda intervención realizada por los trabajadores de un centro, ya sea con residentes o familiares.

Las residencias de mayores conforman un pequeño "ecosistema social". Este ecosistema tiene su propia población, su propio ambiente y su propio sistema de normas y valores; por tanto, todo profesional que pretenda desenvolverse en un centro, deberá conocer qué tipo de vida se desarrolla allí y qué agentes intervienen.

2 Objetivos

- Hacer un análisis del perfil de los usuarios y de las familias con las que interactuamos diariamente. De esta forma, cualquier profesional, ocupe el cargo que ocupe, tendrá una visión clara de los diferentes actores que intervienen en la atención a la dependencia en los centros residenciales.
- Saber cómo intervenir en la vida del paciente y de todo el conjunto de variantes que forman una situación social.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las escalas de valoración son utilizadas habitualmente por muchos profesionales para detectar alguna problemática y conocer el grado en el que se sufre el problema. En el ámbito social también disponemos de escalas propias a las que podemos recurrir siempre que queramos hacer un análisis concreto y medible de la situación social de un usuario. Estas escalas no son de uso exclusivo para los profesionales del Trabajo Social, cualquier hacer uso de ellas y los resultados pueden llegar a ser trascendentales a la hora de enfocar su intervención.

Existe un número muy elevado de escalas sociales que seguro que pueden sernos de gran ayuda en nuestro desarrollo profesional en las residencias, en cambio hemos querido destacar algunas de las más utilizadas en los centros.
Además hemos querido dividir estas escalas en dos grupos: las destinadas a usuarios del centro y las empleadas con familiares o personas cercanas al mayor.

Escalas dirigidas a residentes.Estas escalas están elaboradas para ser formuladas a los residentes de centros residenciales o personas mayores, y permiten acercarnos de una manera objetiva a la situación social y familiar por la que atraviesa la persona dependiente. Debemos tener en cuenta que el deterioro cognitivo del usuario será clave a la hora de su utilización; en muchos casos esta herramienta

nos será muy útil, en otros, veremos que no son aplicables por las circunstancias personales del usuario.

Escalas dirigidas a familiares o al entorno del mayor. A través de ellos podemos analizar si el cuidador principal de la persona dependiente sufre el conocido síndrome del cuidador quemado o se encuentra sobrecargado. Debemos tener en cuenta que estos cuestionarios solo deben ser utilizados cuando tengamos indicios claros de que el cuidador principal está atravesando por una situación anómala. Pueden ser muy útiles no solo para detectar situaciones de riesgo, sino para que la propia persona afectada sea consciente de su estado y acceda a iniciar un cambio.

Como profesionales debemos saber interpretar los datos obtenidos de nuestras escalas ya que se trata de datos objetivos que pueden sernos de gran ayuda a la hora de acercarnos al ámbito social y familiar de residentes y familiares del centro. Al realizar estos formularios las personas entrevistadas pueden estar influidas por numerosas causas externas y sus respuestas puede que no sean del todo sinceras. Por ello, no podemos tomar la información reportada como definitiva o concluyente, sino que debe ser identificada como un apoyo a nuestra observación, intervención y experiencia.

Cuando vayamos a entrevistarnos con un residente o un familiar es recomendable crear previamente un clima de confianza y respeto entre el usuario y el profesional, ya que estamos tratando temas personales que pertenecen a la intimidad de la persona. De esta forma conseguiremos que sus respuestas sean sinceras y por tanto, los resultados servirán para que nuestraintervención sea exitosa.

Al tratarse de información relacionada con el ámbito personal y familiar de los usuarios, los resultados deben ser tratados de forma confidencial y sólo deben ser utilizados para promover la mejora general de sus condiciones generales en el centro. Muchos de los usuarios no quieren que sus respuestas sean conocidas por otros miembros de su familia, por tanto, debemos asegurarnos de su privacidad y confidencialidad.

5 Discusión-Conclusión

Al igual que ocurre en todos los ámbitos de nuestra vida, las nuevas tecnologías son esenciales en el día a día de los centros residenciales. Las residencias no se han quedado atrás en este salto tecnológico y actualmente gestionan la mayoría

de sus datos y expedientes a través de diferentes herramientas informáticas. Este "salto" no se ha producido únicamente por motivos de comodidad u organización, actualmente los diferentes programas informáticos relacionados con el ámbito residencial ofrecen una seguridad y una privacidad que es primordial a la hora de gestionar datos de carácter privado.

En toda residencia que se precie vamos a encontrar un software encargado de gestionar todos los aspectos del centro. Al igual que ocurre en otros ámbitos, podremos encontrar múltiples programas especializados como, por ejemplo, ResiPlus, Sage, GEROSALUS, GERIGES, etc. Todos son bastante completos y parecidos entre ellos, y su elección depende de las prioridades en materia informática del centro. En líneas generales cualquiera de estos programas facilita al profesional un soporte informático que permita gestionar de forma sencilla los diferentes datos de todos los residentes del centro.

6 Bibliografía

- Abellán, A. y Pujol, R. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 10.
- Pinazo, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, 41,252-282.
- Pinazo, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, 41,252-282.
Rivera, J. (2013).
- Factores de riesgo del maltrato al anciano con demencia. Un estudio realizado en Castilla-León. XI Congreso Español de Sociología. GT17 congreso de sociología de la edad y ciclo vital.
- http://www.fesweb.org/congresos/11/ponencias/195/
Uhden-Layron, E. (2014).
- Las actitudes de los cuidadores: un factor de riesgo de maltrato a los ancianos. Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería, 4(1), 52-66. Vega, O. M. y González, D. S. (2009). Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería Global, 16(2), 1-10

Capítulo 1085

CONSECUENCIAS DE LA TURNICIDAD EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS Y NO SANITARIOS.

NAHIR CASARREAL GONZALEZ

MAURO FERNANDO BATALLA GONZÁLEZ

MARI PAZ MARTINEZ DIAZ

ANA MARÍA SÁNCHEZ JUÁREZ

ELENA ASUNCIÓN GINGEIRA MOUTINHO

1 Introducción

El trabajo a turnos hace que las personas que lo realizan sufran una alteración de su "reloj biológico". Los expertos recuerdan que el organismo humano está configurado para trabajar de día y descansar de noche, si esto cambia, lo estamos predisponiendo a sufrir trastornos y enfermedades.

Según el artículo 36.3 del Estatuto de los trabajadores se define el trabajo a turnos como "Toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de

prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas.

Asimismo, se considera trabajo nocturno el que tiene lugar "entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana" y se considera trabajador nocturno al que "invierte no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario.

Aproximadamente el 20% de la población tiene este tipo de horario. Se han llevado a cabo diversas investigaciones en éstos últimos años, en las que podemos observar un elevado número de consecuencias negativas que afectan a la salud de los trabajadores.

2 Objetivos

- Describir las consecuencias del trabajo a turnos sobre la salud de los trabajadores.
- Buscar posibles soluciones que mitiguen este problema.

3 Metodología

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

4 Resultados

• Trastornos del sueño: derivado de la no adaptación de los cambios horarios. Es una de las principales alteraciones que se produce en el trabajador a turnos o nocturno. Las personas que trabajan a turnos tienen un riesgo cuatro veces mayor de padecer un trastorno del sueño que aquellas que tienen un turno fijo. Esto se ve aumentado por las pocas horas de sueño, la falta de coordinación con la vida familiar y social y con las características de la vida diurna, como el ruido del teléfono, el tráfico, etc.

• Trastornos alimentarios y gastrointestinales: son debidos a la falta de hábitos alimentarios en la cantidad, calidad y ritmo de las comidas. Las consecuencias de la interrupción de los ciclos circadianos digestivos vienen agravadas por:
1. Saltarse alguna comida y no poder hacer la comida principal con la familia.
2. Repartir mal los alimentos a lo largo del día y que éstos sean demasiado calóricos.
3. Suele haber un aumento del consumo de café, tabaco y excitantes para combatir el sueño.
• Manifestaciones cardiovasculares: las personas que trabajan de noche utilizan más energía y recursos vitales durante la noche, mientras que la calidad del sueño que obtienen durante el día hace poco probable que se reparen los daños que pueden causarse a su salud. Por lo tanto, si el esfuerzo en el trabajo nocturno es mayor, el corazón deberá adaptarse a ese esfuerzo para hacer frente a las demandas del organismo.
• Cambios en su vida social y familiar: se produce un empobrecimiento de las relaciones sociales y familiares. La incidencia de enfermedades psíquicas es 2,5 veces superior en los trabajadores a turnos que en los diurnos. Los trastornos más comunes son la ansiedad y la depresión. Cuando él trabaja, los demás descansan y cuando él tiene la posibilidad de descansar los demás están en plena actividad. Se altera así la posibilidad del trabajador de tener una relación normal con su familia y con quienes le rodean.
• Debemos también tener en cuenta la incidencia en la actividad profesional: Aumento de accidentes en el trabajo, insatisfacción laboral, absentismo, etc.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos, como hemos visto, genera diversos trastornos que afectan a la salud, a la vida familiar y social y al propio trabajo. Entendemos que se deben establecer unas condiciones laborales que respeten al máximo los ritmos biológicos, las relaciones socio-familiares y que favorezcan la seguridad y calidad de la actividad laboral. Es importante que el trabajador pudiera intervenir en la organización y en el tiempo del trabajo.

Si se ha de convivir con el trabajo a turnos se deberían tener en cuenta diversas medidas:
- Que el trabajo a turnos se realice porque sea imprescindible.
- Aumentar las pausas y el descanso.
- Establecer límite de edad.

- Evitar el trabajo nocturno en solitario y los turnos dobles.
-Posibilidad de flexibilizar los turnos y los cambios con otros compañeros.
- Conocer con la máxima antelación el calendario de los turnos, para poder organizar la conciliación familiar y la agenda social en lo máximo posible.
- Detectar con un sistema de vigilancia médica la falta de adaptación y que pueda prevenir situaciones irreversibles.

Hay que tener en cuenta que la fatiga crónica, no sólo se palía con primas, sino que necesita del descanso adecuado. Queremos hacer mención a muchos estudios que recomiendan un "turno ecológico", basado en un patrón como MMTTNLLL (M:mañana,T:tarde,N:noche y L:descanso), entre otras variantes, pues se considera, que rotar de esta forma los turnos, haría que el ritmo biológico se altera menos. De todas formas este turno implica 8 días de duración, por lo que los descansos se van desplazando a lo largo de la semana haciendo que no siempre se descanse los mismos días y que sean pocos los fines de semana que coinciden en descanso haciendo que esto también afecte a las relaciones familiares y sociales y además no siempre es posible su aplicación.

6 Bibliografía

- Redacción Protección laboral -Nuevas evidencias sobre el trabajo nocturno en la salud.
- Emesa Prevención- Turnicidad, efectos y prevención.
- PG planing- Turno ecológico o turno antiestrés.
- Trabajo a turnos y nocturno: patología asociada a la turnicidad.
- Antiestrés.net-Turno antiestrés o ecológico.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1086

LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LOS TRABAJADORES DE SANIDAD.

BEATRIZ FERNÁNDEZ MAESO

1 Introducción

Las enfermedades infecciosas tienen un peso muy importante en las enfermedades profesionales del personal que trabaja en sanidad. Dado que los procedimientos de comunicación de los casos varían de uno a otro país, y que las enfermedades consideradas profesionales en un país se pueden catalogar como comunes en otro.

Resulta difícil obtener información precisa sobre su frecuencia y su peso específico en el número total de enfermedades profesionales que aquejan a los trabajadores sanitarios.

2 Objetivos

Estudiar la transmisión de las enfermedades contagiosas en el ámbito hospitalario y cómo prevenirlas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científi-

fica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El personal sanitario es el colectivo profesional expuesto a los más variados riesgos ocupacionales: biológicos, químicos, físicos y psicológicos. Los trabajadores hospitalarios tienen una probabilidad un 40% superior a la de otros grupos laborales de requerir una baja laboral debido a lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Por otro lado, aquellos que están colonizados, en período de incubación o padecen una enfermedad infecciosa tienen un riesgo potencial mayor de transmitirla a otras personas, ya sean pacientes, familiares u otros trabajadores.

La prevalencia de las enfermedades infecciosas está en función directa de la eficacia de las medidas preventivas, como la vacunación y la profilaxis posterior a la exposición. Otras medidas accesorias importantes son la utilización de guantes, batas, máscaras, fórceps y otros dispositivos de protección. Lavarse las manos con jabón germicida y agua corriente (siempre que sea posible), no sólo contribuye a proteger la salud del trabajador, sino también a reducir el riesgo de transmisión de enfermedades a los compañeros y pacientes. Tanto las muestras de sangre y líquidos corporales como las salpicaduras y los materiales manchados de los mismos se deben tratar como si estuviesen infectados. El uso de contenedores de plástico rígido para la eliminación de agujas y otros instrumentos afilados, así como la observancia de la diligencia debida en la evacuación de los residuos potencialmente infecciosos, constituyen importantes medidas preventivas. Antes o inmediatamente después de que los trabajadores sanitarios accedan al empleo, es preciso elaborar una historia médica pormenorizada y realizar pruebas serológicas y de parches. Siempre que sea aconsejable y no existan contraindicaciones, se deben administrar las vacunas indicadas, especialmente contra la hepatitis B, la hepatitis A y la rubéola.

Tratamiento profiláctico en algunos casos en que se sabe que el trabajador no está inmunizado y ha estado expuesto a un foco, real o muy probable, de infección, procede la aplicación de un programa profiláctico. En especial, si el trabajador presenta síntomas de inmunodeficiencia, se le debe administrar inmunoglobulina humana. Si se dispone de suero “hiperinmune” específico, como en la parotiditis

y la hepatitis B, resulta preferible. Si se trata de infecciones que, como la hepatitis B, pueden tener una incubación lenta, o si se dispone de dosis suplementarias "de refuerzo", como en el tétanos, se puede administrar una vacuna. Si no se dispone de vacunas, como ocurre en las infecciones por meningococos, se pueden aplicar antibióticos profilácticos, solos o como complemento de la inmunoglobulina. Se han desarrollado tratamientos profilácticos de otros fármacos para la tuberculosis y, más recientemente, para las posibles infecciones por el VIH que se analizan en otros artículos del presente capítulo.

Deben de realizarse programas de vacunación del personal sanitario
Las vacunas indicadas en el personal sanitario se clasifican en:
- Especialmente indicadas: Hepatitis B, gripe, Sarampión, Rubéola, Varicela, parotiditis, Tos Ferina (dTpoa).
- De indicación restringida o limitada a determinadas áreas y puestos de trabajo: Hepatitis A, Tuberculosis, Meningocócica, Fiebre tifoidea y Poliomielitis.
- Vacunas sistemáticas del adulto: Difteria, Tétanos, Neumocócica (>60 años o factores de riesgo).

Las enfermedades infecciosas de los sanitarios son enfermedades profesionales. Así lo estima una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, que apunta que "las posibles infecciones por la bacteria m. pneumoniae sufridas por el personal sanitario son catalogables igualmente de enfermedades profesional con arreglo al artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social y al Real Decreto 1299/2006".

5 Discusión-Conclusión

Al finalizar este trabajo podemos comprobar que conocer cómo se transmiten las enfermedades contagiosas es fundamental para poder detener su expansión dentro del ámbito hospitalario. Tiene gran relevancia la utilización de guantes, mascarillas, gorro, batas, etc. Así como la vacunación del personal que trabaja en sanidad, para intentar disminuir o erradicar las posibles infecciones y propagación de enfermedades.

Las principales medidas de prevención consisten en una adecuada higiene personal antes y después del contacto con pacientes o alimentos, con especial énfasis en la higiene de manos, y una adecuada desinfección del material o superficies en contacto con los pacientes. Es muy importante la revisión médica pre-empleo de cada trabajador, con valoración de su estado inmune frente a determinadas

enfermedades infecciosas, antecedentes de vacunación y factores de riesgo individuales y ocupacionales para la adquisición y/o transmisión de infecciones.

Resulta importante también:
- Hacer seguimiento periódico del riesgo.
- Promoción de la adherencia del personal a las precauciones estándar.Desarrollo de programas y campañas de vacunación del personal.
- Garantizar el acceso permanente de los trabajadores a las medidas de profilaxis postexposición en las infecciones en que esté demostrada su efectividad.
- Garantizar el tratamiento adecuado de las infecciones contraídas en el lugar de trabajo.
- Hacer un programa de vacunación del personal sanitario.

6 Bibliografía

- https://www.mscbs.gob.es
- https://www.elsevier.es
- https://www.redaccionmedica.com/
- https://ugtfhag.files.wordpress.com/

Capítulo 1087

LA CONCILIACIÓN FAMILIAR Y LABORAL EN SANIDAD.

BEATRIZ FERNÁNDEZ MAESO

1 Introducción

La conciliación en sanidad es bastante difícil dado que hay que dar servicio a la sociedad las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días al año, siendo prácticamente imposible poder cuidar de tus hijos sin perder tu puesto de trabajo en el intento. La gran mayoría, son mujeres que hacen 'malabares' para poder conciliar la vida laboral y familiar, sin que en su centro de trabajo le pongan trabas a su reducción de jornada, garantizada por ley y se agarran a fórmulas que, sin embargo, esto no evita que compaginar vida profesional y personal sea toda una 'prueba de esfuerzo' que afecta tanto a la salud como el bolsillo de aquel que lo intenta.

En el ámbito sanitario, la conciliación es prácticamente inviable, cuando trabajas a turnos de mañana, tarde y noche…" Carmen no acaba la frase ante la complejidad de explicar los horarios de un sanitario. En su lugar, lo hace la responsable de Comisiones Unidas: "En un ámbito donde los cuidados se dispensan las 24 horas del día.

2 Objetivos

Estudiar la influencia que tiene la conciliación laboral y familiar en las personas que trabajan en sanidad y tratar de facilitar la igualdad efectiva de hombres y mujeres.

3 Metodología

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

4 Resultados

En Sanidad hay altas tasas de temporalidad -un 35.6 por ciento según el último estudio de CCOO - que además afecta más a las mujeres (sobre todo en la sanidad pública, donde los hombres presentan el 25,4 por ciento mientras que las mujeres el 38, 2 por ciento), repitiéndose la situación de que quien más necesita conciliar, más dificultades tiene para ello". La conciliación a la que pueden optar los padres y madres se limita a una reducción de jornada en caso de menores de 12 años y una excedencia hasta los tres.
Las reducciones de jornada, implica una merma en el sueldo de las personas que lo solicitan, lo cual implica tener que recurrir al dinero ahorrado, porque sino difícilmente se puede llegar a final de mes. Es muy difícil, tanto para una madre como para un padre, si tienes hijos pequeños con horarios escolares, estar de 2 a 9 fuera de casa, porque esto supone perder tu vida familiar, quieres estar con ellos y compartir las responsabilidades con tu pareja y no se puede.

El salario se reduce también según las horas que trabajas. Las cosas se complican también, cuando hay festivos en educación, ¿qué hacemos con nuestros hijos? La mayoría de las veces, si es posible tiramos de familiares que se hagan cargo de ellos. El Ministerio colabora con diversas iniciativas sociales que promueven una mejor conciliación y corresponsabilidad familiar, laboral, y personal, centrándose de manera especial en la promoción de prácticas empresariales flexibles y familiarmente responsables, que afectan a materias como la organización y distribución de las jornadas de trabajo, la posibilidad del trabajo a distancia o teletrabajo, las mejoras en materia de permisos y licencias o la extensión de beneficios asociados a circunstancias familiares de las personas trabajadoras. La implantación de estas prácticas ha acreditado que no sólo benefician a sus destinatarios directos (las personas empleadas y sus familias) sino que revierten en mejoras para las propias empresas en cuestiones como un mayor compromiso,

una menor rotación, un mejor clima laboral, una mejora de su reputación corporativa, de su responsabilidad social e incluso de su productividad, su competitividad y su capacidad para atraer y retener talento.

La conciliación familiar, laboral y personal ofrece beneficios y derechos como maternidad, paternidad, lactancia, vacaciones, fallecimiento y hospitalización hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad. Y por otro lado reducción de jornada y excedencias.

El Ministerio colabora con diversas iniciativas sociales que promueven una mejor conciliación y corresponsabilidad familiar, laboral, y personal, centrándose de manera especial en la promoción de prácticas empresariales flexibles y familiarmente responsables, que afectan a materias como la organización y distribución de las jornadas de trabajo, la posibilidad del trabajo a distancia o teletrabajo, las mejoras en materia de permisos y licencias o la extensión de beneficios asociados a circunstancias familiares de las personas trabajadoras. La implantación de estas prácticas ha acreditado que no sólo benefician a sus destinatarios directos (las personas empleadas y sus familias) sino que revierten en mejoras para las propias empresas en cuestiones como un mayor compromiso, una menor rotación, un mejor clima laboral, una mejora de su reputación corporativa, de su responsabilidad social e incluso de su productividad, su competitividad y su capacidad para atraer y retener talento.

Para dar publicidad a las mejores prácticas empresariales en materia de flexibilidad y conciliación, distinguidas con el Premio Nacional Empresa Flexible en sus distintas ediciones y modalidades, se llevan a cabo Jornadas de difusión y se editan periódicamente Guías de Buenas Prácticas.

5 Discusión-Conclusión

La dirección de la organización debería de fomentar la conciliación de la vida laboral y familiar facilitando la flexibilidad de los horarios, no siendo reduciéndose única y exclusivamente, ofreciendo reducciones de jornada que lo único que conlleva en una reducción en el sueldo y no una mejora en la conciliación.

Las dificultades que existen para conciliar, lleva asociado que muchas personas se planteen no tener hijos, por la dificultad que ello conlleva y la inexistencia de ayudas. Cuando las mujeres no trabajaban y se quedaban en casa, las personas mayores –padres, abuelos, tíos- vivían en la casa familiar, cosa que hoy en día está

prácticamente extinguido por la incorporación de las mujeres al mundo laboral. Lo que conlleva que las personas mayores o dependientes, tengan que ir a una residencia, etc..

Habría que compatibilizar y equilibrar los horarios de trabajo y los horarios dedicados a la familia. Desde la administración deberían dedicar más recursos materiales y humanos para conseguir mejores resultados en la conciliación de los trabajadores del Sespa.

En España existe una baja de maternidad de 16 semanas, siendo en muchos países mucho mayor. La conciliación familiar y laboral es un derecho de las familias y de la sociedad, y su falta puede dañar seriamente la salud de los progenitores y de los hijos. En consecuencia, se deben realizar estudios posteriores para disponer de más datos sobre la forma en que afecta la falta de conciliación familiar y laboral a la salud.

6 Bibliografía

- https://www.redaccionmedica.com/la-revista/reportajes/conciliacion-en-sanidad-un-esfuerzo-titanico-que-resiente-salud-y-bolsillo-8352.
- https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/en-sanidad-es-muy-complicada-la-conciliacion-laboral-para-el-cuidado-de-hijos-o-familiares-enfermos-DDIMPORT-045665/.
- http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/168-influencia-de-la conciliaci%C3%B3n-familiar-y-laboral-sobre-la-salud#.XiSlAshKhPY.

Capítulo 1088

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL SECTOR SANITARIO.

ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA

MARIA EUGENIA VEGA BERROS

PAULA VEGA BERROS

ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ

1 Introducción

Los riesgos ergonómicos son las condiciones o características del trabajo, que de darse de forma continuada, pueden conllevar a la aparición de lesiones músculoesqueléticas o psíquicas. Se debe tratar de reducir dichos riesgos en la medida de lo posible.

2 Objetivos

Dar a conocer algunos posibles riesgos ergonómicos en el ámbito sanitario y su posible repercusión en la salud del trabajador, así como posibles medidas a adoptar de forma preventiva.

3 Metodología

Revisión de estudios publicados en bases de datos: google didáctico, dialnet, así como artículos publicados en páginas web, relacionados con la ergonomía, como

concepto general, y más específicamente en el sector sanitario. Se toma como referencia los descriptores: riesgo, ergonómico y prevención.
Se han empleado como criterios de inclusión textos en castellano e inglés y se han excluido aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

Se identifican los posibles riesgos ergonómicos que más habitualmente pueden afectar al personal del sector sanitario, tanto personal sanitario como no sanitario.
- Manipulación manual de cargas: Como pueden ser el movimiento de camas, camillas, carros. Siempre que sea posible, hay que adoptar la postura correcta, si es posible realizar el trabajo en equipo.
- Movilización de pacientes: Siempre que sea posible, es preferible la utilización de medios mecánicos para el desarrollo de estas funciones, o si es imprescindible que sea realizada por el trabajador, que se realice en las mejores condiciones ergonómicas. También hay que tener en cuenta que estamos trabajando con personas, que pueden tener reacciones imprevistas y llevar al trabajador a realizar movimientos desfavorables para su salud.
- Manejo de pantallas de visualización de datos: Puede afectar tanto al personal sanitario como no sanitario. Una colocación inadecuada de las pantallas, puede hacer que el trabajador tenga que adoptar posturas incorrectas, sedentarismo, fatiga visual, incorrecta postura de la espalda y pies.
- Calzado: Se trata de personal que desarrolla su trabajo con largas permanencias de pie o bien caminando largos o cortos trayectos. Es importante el uso adecuado del calzado para evitar lumbalgias, resbalones, inestabilidad o pérdida de equilibrio.
- Movimientos repetitivos: Pueden conllevar molestias músculo esqueléticas. Se debe tratar de cambiar cada cierto tiempo de tarea a realizar, de forma que no resulte tan monótono.
- Posturas forzadas: bien como consecuencia de la manipulación de cargas o de pacientes, bien como por ejemplo, una inadecuada localización de una pantalla.

5 Discusión-Conclusión

Se deben tener en cuenta los riesgos ergonómicos que pueden afectar a cada trabajador, de forma que los mismos no inciden ni en la productividad ni en su

salud. La situación ideal es la prevención de dichos riesgos, realizando un estudio que permita identificarlos, para así poder evitarlos o minimizarlos.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
– www.accionpreventiva.com
– www.sanidad.ccoo.es
– www.ergoibv.com
– www.ajemadrid.es
– www.insst.net

Capítulo 1089

LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA

ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ

MARIA EUGENIA VEGA BERROS

PAULA VEGA BERROS

1 Introducción

Tras la entrada en vigor en los países miembros de la UE del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, en España, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal fue derogada, entrando en vigor la nueva Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

2 Objetivos

- Identificar cómo afecta al tratamiento de los datos de carácter personal del paciente por parte del personal perteneciente al sector sanitario.

3 Metodología

Revisión de la legislación actual (leyes de protección de datos, Reglamento UE, leyes sanitarias) publicadas en los correspondientes boletines oficiales, así como estudios publicados en diferentes bases de datos, como: Google Académico o Dialnet.
Se toma como referencia los descriptores: protección y datos. Se han empleado como criterios inclusión texto en castellano e inglés y se han excluido aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2018, supuso cambios en la Ley 14/1986 General de Sanidad y la Ley 41/2002, sobre Autonomía del Paciente. En ambos casos se hace hincapié en la protección de datos en trabajos relacionados con la investigación de la salud, de forma que el interesado esté perfectamente informado de todo el procedimiento.
La Ley 3/2018 también afectó a otros aspectos dentro del ámbito sanitario, hasta este momento no estaban especificados. Algunos de ellos son:
- Las personas vinculadas por lazos familiares o de otra índole, podrán acceder, modificar o cancelar los datos de una persona fallecida, salvo que éste último lo haya prohibido expresamente.
- El personal del sector sanitario, debe llevar a cabo el tratamiento de los datos personales de los pacientes, siguiendo la normativa vigente, y siempre manteniendo la confidencialidad y el secreto profesional.
- Los menores de edad, pero mayores de 14 años, podrán acceder a sus datos personales sin el consentimiento de sus padres.
- El acceso por parte de los pacientes a sus datos no debe suponerles ningún coste.
- Cuando el sector público sanitario externalice algunos servicios, siempre se deben seguir las pautas marcadas por la Administración Pública.

5 Discusión-Conclusión

A partir de la entrada en vigor del Reglamento UE 2016/679 y la posterior modificación de la Ley Orgánica 3/2018 sobre la Protección de Datos, se pone de manifiesto la necesidad de una regulación más específica sobre el tratamiento de los datos en el sector sanitario, ya que en todo momento se está trabajando con volúmenes importantes de información, a la vez que se trata de información

muy sensible y con acceso a la misma por parte de mucho personal (tanto personal sanitario como no sanitario).

6 Bibliografía

- https://www.google.com/search?client=ubuntu&channel=fs&q=google+academico&ie=utf-8&oe=utf-8.
- https://dialnet.unirioja.es/.
- https://www.boe.es.
- https://eur-lex.europa.eu.
- https://www.noticiasjuridicas.com.

Capítulo 1090

AGRESIONES AL PERSONAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ

PATRICIA LORENCES MUÑIZ

1 Introducción

Las agresiones al personal sanitario suponen un fenómeno creciente, no solo en España sino en el resto de Europa. Hace años estas situaciones eran impensables y solo se podrían producir por parte de personas con capacidades cognitivas aminoradas o por parte de delincuentes.

Queda claro que el aumento de la violencia en nuestra sociedad, se transmite a otros ámbitos donde resultaba impensable que se diera a este nivel. No obstante, la respuesta no se ha dejado esperar y el repentino aumento de casos, ha dado lugar a la intervención por parte de las autoridades, estableciendo normativa para sancionar a los infractores y un protocolo de actuación por parte de los trabajadores para afrontar estas situaciones.

El tratamiento de este problema se fundamenta en el desarrollo de una serie de medidas al objeto de favorecer la actuación de los profesionales sanitarios, que si se ven en una situación comprometida podrán desenvolverse mejor y evitar las consecuencias negativas de carácter psíquico y físico a las que se enfrentan en su desempeño diario.

Podemos hablar de:
• Medidas preventivas, principalmente dirigidas a los profesionales.

• Acciones contra los agresores, a través de una protección del profesional al desempeñar su trabajo y fomentar las denuncias.
• Actuaciones en caso de incidente, indicando como actuar en caso de agresión.

Una de las herramientas excepcionales para llevar a cabo el conocimiento de la situación viene dado por la creación por el Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial, que abarca todo el territorio Nacional.

La colaboración médica de los colegios resulta fundamental para la recuperación de información y estadísticas, gracias a estos datos pueden determinarse los colegios médicos con mayor número de agresiones, también se puede determinar qué Comunidades Autónomas se ven más afectadas. Tramos de edad y sexo son también determinables en sus porcentajes.

El ámbito donde se producen las agresiones se pueden ver con claridad estos datos recopilados, siendo por ejemplo mayoritarios en centros de atención primaria y extrahospitalarios, frente al ámbito hospitalario y resultando superiores en las urgencias hospitalarias frente a las extrahospitalarias. Mayoritariamente se producen en el ámbito público y en menor medida en el privado.

2 Objetivos

Desarrollar una serie de medidas al objeto de favorecer la actuación de los profesionales sanitarios, que si se ven en una situación comprometida puedan desenvolverse.

3 Metodología

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

4 Resultados

Todo el conocimiento adquirido en estos últimos años tras el estudio y evaluación de cientos de incidentes a dado lugar a un plan de actuación con el objeto de solventar en la medida de lo posible e incluso reducir a cero las actuaciones violentas contra el personal sanitario.

Para ello se han desarrollado en dicho plan una serie de medidas enfocadas al aumento de la seguridad de estas profesiones. El campo preventivo es el que ofrece mayores posibilidades puesto que permite evitar o contener la amenaza antes de que se produzca.
Medidas de las que disponemos:
• Plan de formación
- Talleres prácticos: dirigidas a todos los profesionales, entre sus objetivos destacar:
1. Relación paciente profesional sanitario
2. Estrategias para actuar en situaciones conflictivas.
3. Desarrollar habilidades para conseguir una atención eficaz en dichas situaciones.
- Para alcanzar estos objetivos:
1. Entrenarse en habilidades básicas paciente sanitario.
2. Mejoras a desarrollar por los profesionales
3. Análisis de las situaciones de conflicto.
• Con objeto de favorecer unos niveles de seguridad altos se dispone de opciones que han de aplicarse tanto a las infraestructuras, como también al personal, así podemos hablar:
- Medidas de seguridad pasiva:
1. Cámaras de vigilancia.
2. Alarmas en consultas.
3. Salidas alternativas.
- Medidas de seguridad activa:
1. Servicio de seguridad privada
2. Cauces de comunicación por las fuerzas de orden público c) Visitas acompañadas, para mayor seguridad en caso de personas conflictivas, evitando acudir solamente una persona.

5 Discusión-Conclusión

La predisposición por parte de los usuarios en el sistema sanitario, a la hora de actuar de forma brusca o violenta frente a los trabajadores que les atienden, ya sean médicos, enfermeras, celadores, o administrativos, viene amplificada por las circunstancias personales, pero también en gran medida por la tendencia actual de nuestra sociedad a la inmediatez.

Nos hemos ido acostumbrando a que todos nuestros deseos o necesidades sean cubiertos de forma rápida y eficiente, no queremos esperar. Todo esto unido al hecho de que cuando una persona que acude a un centro hospitalario busca la mejor atención frente a un padecimiento que le genera dolor o malestar psíquico, hace que el trato y las relaciones con los trabajadores hospitalarios puedan incurrir en situaciones bruscas y agresiones, como resultado de esa expresión de tensión personal frente a la enfermedad.

Por suerte hoy en día también se dispone de mecanismos para responder de forma efectiva ante estos nuevos focos de problemas, que han de ser resueltos con objeto de evitar un mayor absentismo y bajas del personal y al mismo tiempo evitar un efecto contagio que se produce por la minusvaloración por parte de los usuarios del servicio prestado y que incita a provocar situaciones de tensión, al entender los pacientes que sus demandas de curación no son bien atendidas.

6 Bibliografía

- ADR Formación.
- Servicio Andaluz de Salud: Plan de Prevencion y Atencion de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1091

PREVENCIÓN DEL RIESGO DE MANEJO DE EQUIPOS ELÉCTRICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO

MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON

1 Introducción

En el ámbito sanitario los trabajadores han de exponerse a numerosos equipos y aparatos eléctricos (transformadores, grupos electrógenos, etc.). Equipamientos electromédicos (aparatos de lectura y control de diagnóstico, de reanimación, etc.), así como equipos de oficinas (ordenadores, impresoras, etc.), que al entrar en contacto con personas, pueden acarrear accidentes como, quemaduras , electrocuciones, daños materiales en el centro, incendios o cortocircuitos.

Accidentes que se deben a error humano, como una falsa maniobra, error en la manipulación de los contactos y protección de los equipos mal puestos o erróneamente protegidos. Es muy común ver en algunas salas de cirugía cables de prolongación en el suelo, multitomas en que la conexión a tierra está mal conectada, conductores en que la pérdida del material aislante se suple con cinta adhesiva, etc. Se considera que el 33% de estos sucesos adversos son causados porque las técnicas quirúrgicas no consideran la resistencia del cuerpo del paciente y lo expone a la corriente eléctrica del equipo circundante.

Los problemas eléctricos son la segunda causa de incendios en hospitales, y en

mayor medida, por la violación de las normas del buen uso de equipo y reglamentos de instalaciones.

Los accidentes eléctricos se producen por el contacto de una persona con partes activas en tensión y pueden ser de dos tipos:
1. Contactos directos: Son los contactos de los trabajadores con partes activas de los materiales y equipos, considerando partes activas los conductores bajo tensión en servicio normal. Por tanto, es aquel en el que el trabajador entra en contacto con una parte activa (una parte en tensión). Los contactos directos pueden establecerse de tres formas:
- Contacto directo con dos conductores activos de una línea.
- Contacto directo con un conductor activo de línea y masa o tierra.
- Descarga por inducción. Son aquellos accidentes en los que se produce un choque eléctrico sin que la persona haya tocado físicamente parte metálica o en tensión de una instalación.

Protección contra contactos eléctricos directos:
- Alejamiento de las partes activas de la instalación. Consiste en poner dichas partes activas a una distancia suficiente para que sea imposible el contacto fortuito con las manos o por la manipulación de objetos conductores, cuando estos se utilicen, habitualmente, en las proximidades de la instalación.
El volumen de seguridad y distancia de protección son 2,5m en altura y 1m en horizontal.
- Interposición de obstáculos. Estos obstáculos deben impedir todo contacto accidental con las partes activas de la instalación. Deben estar fijados de forma segura y resistir los esfuerzos mecánicos que puedan presentarse. En este apartado tenemos los armarios y cuadros eléctricos, las tomas de corriente, los receptores en general, etc.
- Recubrimiento de las partes activas de la instalación. Se realizará por medio de un aislamiento apropiado, capaz de conservar sus propiedades con el tiempo y que limite la corriente de contacto a un valor no superior a 1mA.
- Medidas complementarias:
Se evitará el empleo de conductores desnudos.
Cuando se utilicen, estarán eficazmente protegidos.
Se prohíbe el uso de interruptores de cuchillas que no estén debidamente protegidos.
Los fusibles no estarán al descubierto.

2. Contactos indirectos: Es el que se produce por efecto de un fallo en un aparato

receptor o accesorio, desviándose la corriente eléctrica a través de las partes metálicas de éstos. Pudiendo por esta causa entrar las personas en contacto con algún elemento que no forma parte del circuito eléctrico y que en condiciones normales no deberían tener tensión como:
- Corrientes de derivación.
- Situación dentro de un campo magnético.
- Arco eléctrico.

Para la elección de las medidas de protección contra contactos indirectos, se tendrá en cuenta la naturaleza de los locales o emplazamientos, las masas y los elementos conductores, la extensión e importancia da la instalación, que obligarán en cada caso a adoptar la medida de protección más adecuada.

Protección contra contactos eléctricos indirectos:
1. Puesta a tierra de las masas. Poner a tierra las masas significa unir a la masa terrestre un punto de la instalación eléctrica (carcasa de máquinas, herramientas, etc.).
2. Corrientes de seguridad de 24V. Consiste en la utilización de pequeñas tensiones de seguridad que tal como se especifica en el R.E.B.T serán de 24V para locales húmedos o mojados y 50V para locales secos.
Este sistema de protección dispensa de tomar otros contra los contactos indirectos en el circuito de utilización. Este tipo de medidas de protección se utilizan en el caso de:
- Herramientas eléctricas.
- Equipos accionados por motor eléctrico.
- Aparatos para el tratamiento del cabello y de la piel.

Poner a tierra las masas significa unir a la masa terrestre un punto de la instalación eléctrica (carcasa de máquinas, herramientas, etc.).
3. Separación de circuitos. Consiste en separar los circuitos de utilización de la fuente de energía por medio de transformadores mantenimiento aislado de tierra todos los conductores del circuito de utilización incluso el neutro.
Este sistema de protección dispensa de tomar otras medidas contra contactos indirectos.
4. Doble aislamiento. Consiste en el empleo de materiales que dispongan de aislamiento de protección o reforzadas entre sus partes activas y sus masas accesibles. Es un sistema económico puesto que exige la instalación de conductor de protección. Su eficacia no disminuye con el tiempo al no verse afectado por problemas de corrosión.
Factores que influyen en un accidente eléctrico: Existen una serie de factores

que afectan sobre la gravedad de un accidente eléctrico. Los dos factores que más afectan a la gravedad del accidente son:
- Intensidad de corriente
- Duración del contacto eléctrico.

Otros factores que también afectan aunque en menor medida en la gravedad de un accidente eléctrico son:
- Resistencia del cuerpo humano.
- Tensión aplicada.
- Frecuencia de la corriente.
- Trayecto de la corriente a través del cuerpo.
- Capacidad de reacción de la persona.

Accidentes eléctricos:
Los accidentes eléctricos se pueden clasificar en dos grandes grupos:
- Incendios y/o explosiones, que afectan tanto a personas como a instalaciones y bienes. Los incendios debidos a la energía eléctrica se producen, fundamentalmente, por sobrecargas en la instalación, chispas o cortocircuito.
- Electrización y electrocución, que afectan a personas. Una persona se electriza cuando la corriente eléctrica circula por su cuerpo, es decir, cuando la persona forma parte del circuito eléctrico, pudiendo, al menos, distinguir dos puntos de contacto: uno de entrada y otro de salida de la corriente. Esa misma persona se electrocuta cuando el paso de la corriente produce su muerte.

Las principales lesiones que produce el paso de la electricidad a través del cuerpo humano, teniendo en cuanta los factores anteriormente citados son:
- La fibrilación ventricular. Consiste en el movimiento anárquico del corazón, el cual deja de enviar sangre a los distintos órganos. El corazón sigue en movimiento, pero no sigue su ritmo normal de funcionamiento. Es el efecto más grave y que produce la mayoría de los accidentes mortales. Una vez producida el ritmo cardiaco no se recupera de forma espontánea y, de no mediar una asistencia rápida y efectiva, se producen lesiones irreversibles y sobreviene la muerte.
- La tetanización. Movimiento incontrolado de los músculos como consecuencia del paso de la energía eléctrica. Dependiendo del recorrido de la corriente perderemos el control de las manos, brazos, músculos pectorales, etc.
- La asfixia. Se produce cuando el paso de la corriente afecta al centro nervioso que regula la función respiratoria, ocasionando el paro respiratorio.
Otras alteraciones, tales como: contracciones musculares, aumento de la presión sanguínea, dificultades de respiración, parada provisional del corazón, etc.

pueden producirse sin fibrilación ventricular. Tales efectos no son mortales; normalmente son reversibles y, a menudo, producen marcas por el paso de la corriente. Las quemaduras graves pueden llegar a ser mortales.

2 Objetivos

- Conocer las metodologías de prevención y protección utilizadas para el abordaje del riesgo eléctrico en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Todos los trabajadores tanto de primaria como de especializada pueden estar expuestos al riego de contacto eléctrico, fácilmente controlable siguiendo unas medidas básicas de prevención:

- Operar con los equipos eléctricos de acuerdo al manual de instrucciones suministrado por el fabricante.
- Avisar al servicio de mantenimiento en caso de observar deficiencias en los equipos o en la instalación eléctrica.

Esto debe complementarse con la realización de revisiones periódicas de las instalaciones de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Electrotécnico de Baja Tensión y revisiones periódicas del estado de los equipos eléctricos dependiendo del tipo de emplazamiento y de la instalación.

Debemos mencionar el riesgo específico del personal de mantenimiento que realiza labores determinadas en la instalación eléctrica. Las medidas preventivas van encaminadas a conseguir que el personal que realiza estas labores disponga de la capacitación, formación y medios adecuados al trabajo a realizar de acuerdo a la norma de desarrollo reglamentario vigente en la materia.

5 Discusión-Conclusión

Medidas de prevención: estudio e implantación de programas de mantenimiento preventivo de las máquinas, equipos, herramientas, instalaciones locativas, alumbrados y redes eléctricas. Conocimientos previos y adecuados del manejo y uso de los instrumentales y sistemas eléctricos. Establecimiento de materiales resistentes, vías de salida y evacuación.
Medidas de control: control a nivel técnico de los sistemas eléctricos. No tocar los equipos con las manos mojadas. Proporcionar equipos de protección individual (uso de gafas, guantes adecuados, ropa ignífuga, etc.). En caso de accidente inmediata asistencia médica y paralización el uso del instrumental o maquinaria.

6 Bibliografía

- Real Decreto 614/2001, de 8 de junio, sobre disposiciones mínimas para la protección de la salud y seguridad de los trabajadores frente al riesgo eléctrico.
Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre. B.O.E. nº 269, de 10 de noviembre).
- Paramio Joaquin J.A. “Prevención de Riesgos Eléctricos”. Ed. Tecnos 2002.

Capítulo 1092

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN FARMACIA

NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ

YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA

PATRICIA SANCHEZ LOZANO

NATALIA NORIEGA LOREDO

1 Introducción

Los antecedentes históricos de la farmacia hospitalaria pueden encontrarse en la medicina que griegos, romanos y árabes desarrollaban en templos y baños termales. Durante el siglo XVI, en España el farmacéutico de hospital realizaba actividades que constituyen un precedente de lo que hoy entendemos farmacia clínica.

La Ley General de Sanidad de 1986 establece que la custodia, conservación y dispensación de los medicamentos corresponde al servicio de farmacia de los hospitales y según la Ley 25/1990 de 20 de diciembre del medicamento los hospitales con 100 o mas camas con taran con servicio de farmacia bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Los hospitales con menos de 100 camas que no quieran implantar servicios farmacéuticos podrán solicitar autorización para mantener un deposito de medicamentos bajo la supervisión de un farmacéutico.

Para el uso racional de los medicamentos los servicios de farmacia realizarán las siguientes funciones:
- Garantizar y asumir la responsabilidad de la adquisición, calidad, correcta conservación, custodia, preparación de fórmulas magistrales y dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intrahospitalarias.
- Instaurar un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos, tomar las medidas para garantizar su correcta administración, custodiar y velar por el cumplimiento de la legislación sobre estupefacientes y psicótropos.
- Formar parte de las comisiones que puedan ser útiles sus conocimientos para la selección de los medicamentos y de su empleo.
- Establecer un servicio de información de medicamentos para todo el personal del hospital.
- Establecer actividades educativas sobre cuestiones de su competencia dirigidas a los pacientes y personal sanitario.
- Efectuar trabajos de investigación propios o de colaboración con otros servicios y en los ensayos clínicos.

2 Objetivos

- Enumerar la actuación del celador en farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Su objetivo básico es asegurar un uso racional de los medicamentos en el hospital
- Adquisición, preparación, control analítico y conservación de medicamentos
- Selección de medicamentos
- Implantación de un sistema racional y seguro de distribución de medicamentos
- Programas de farmacovigilancia

La función principal de este servicio será tener disponibles los medicamentos y los demás productos galénicos, para ser administrados a los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización y para aquellos que en régimen ambulatorio lo precisen. Las actividades de la farmacia son:
Preparación y dispensación de:
-Formulas magistrales y soluciones desinfectantes.
-Nutriciones parenterales.
-Medicamentos citostáticos.
-Material estéril para curas.
- Control y dispensación de estupefacientes, psicótropos y medicamentos extranjeros.
- Control de los botiquines existentes en los distintos servicios.
- Propuesta de la obtención de ciertos medicamentos y material de curas.
- Establecer sistemas de registro de información para control de consumos, gastos y costes.
- Implantación de información acerca de los efectos de los medicamentos.

El celador dentro de este servicio tendrá las funciones de:
1. Recepción del material: se encarga de comprobar que el material servido corresponde con el que figura en los albaranes de entrega. No lo recogerá en caso de que no coincida y lo consultara con el responsable de farmacia.
2. Acondicionamiento del material: entrega el material y una copia del albarán al personal sanitario, para que lo clasifique y coloque. Algunos materiales son colocados por los celadores, como el alcohol y los botes de suero nunca los medicamentos.
3. Transporte de material dentro de la farmacia, en caso de cargas de gran volumen o peso.
4. Distribución de medicamentos y demás productos a las unidades de hospitalización: se encarga del traslado de las peticiones de los distintos servicios hasta la farmacia y de los envases de unidosis desde la farmacia a las plantas en el carro de unidosis. Se suele realizar por la tarde después de los cambios de medicación, el celador dejara el carro a cargo de enfermería.
5. Transporte de productos desde otras unidades hasta la farmacia.
6. Dispensación de determinado material.
7. Preparación de alcohol: el celador es el encargado de preparar el alcohol rebajado a 70 que se emplea en las unidades del hospital.

Controles e inventarios: el celador realizara recuentos periódicos del material que dispensa, para comprobar existencias de los productos almacenados y colaborará

en el inventario general que se realice en la farmacia.

Los servicios de farmacia de los hospitales están comprometidos a dispensar y suministrar los medicamentos en condiciones legales.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de este servicio el celador debe revisar el pedido para que llegue correctamente a la unidad hospitalaria y así no se puedan producir ningún retraso a las horas de la toma de la medicación de un paciente.

6 Bibliografía

- https//www.logos.net
- https//fisiostar.com
- www.chospab.es
- celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 1093

EL MEDIO AMBIENTE

CLARA ISABEL FIDALGO LOPEZ

1 Introducción

El medio ambiente es el espacio en el que se desarrolla la vida de los seres vivos y que permite la interacción de los mismos. Sin embargo este sistema no solo está conformado por seres vivos, sino también por elementos abióticos (sin vida) y por elementos artificiales.

Cuando se habla de seres vivos se hace referencia a los factores bióticos, sea flora, fauna o incluso los seres humanos. En oposición, los factores abióticos son aquellos que carecen de vida. Sin embargo estos elementos resultan esenciales para la subsistencia de los organismos vivos, como el aire, el suelo y el agua. Entre los elementos artificiales incluimos a las relaciones socio económicas, como la urbanización, los conflictos dentro de una sociedad, etc.

El medio ambiente, es considerado como la suma de las relaciones culturales y sociales, en un entorno, en momento histórico y un lugar en particular. Esto quiere decir que esta definición incluye las costumbres dentro del concepto de medio ambiente, entre muchas otras cosas.

2 Objetivos

Conocer cómo organizar el espacio, protegiendo el Patrimonio, garantizar la base de producción, como por ejemplo (fomentando la educación ambiental, el ahorro, mas leyes ambientales, usando energías alternativas, en sustitución de combustibles Fósiles) y aumentar la sensibilidad hacia el medio ambiente y a

crear una cultura del reciclaje, donde todos podamos construir un espacio más limpio y saludable.

3 Metodología

La realización se ha llevado a cabo , mediante una revisión bibliográfica en las bases de datos de Pubmed y paginas dedicada al medio ambiente.

4 Resultados

La conservación del medio ambiente es el objetivo principal del conservacionismo, un movimiento social en defensa de políticas y leyes ecológicas, y tiene como valores la biodiversidad, el equilibrio biótico, la armonía paisajista, entre otros. Esta postura, no obstante, no es idéntica a la de los ecologistas, ni debe confundirse con ella. Estos últimos abogan por la no explotación de los recursos de la naturaleza, mientras que los conservacionistas demandan una explotación responsable y sustentable en términos ambientales.

5 Discusión-Conclusión

La defensa medioambiental es clave en el mundo industrial que inauguró el siglo XX, ya que constituye uno de los pocos frenos a la ambición económica del ser humano y a su deseo de transformación y comercialización de las materias primas, lo cual suele conllevar consecuencias nefastas para las otras formas de vida, cuando no para el ser humano mismo Epidemias, catástrofes climáticas, extinciones, agotamiento de recursos y un largo etcétera son las consecuencias de una política industrial irresponsable, que eventualmente se le devuelve al ser humano como un bumerán

La demanda de agua crece y está previsto que aumente en un 55% hasta el año 2050. La sequía y la escasez de agua: los problemas medioambientales en el mundo afectan a los recursos naturales. Asociación de Empresas Gestoras de los Transportes Urbanos Colectivos (ATUC), el uso del transporte público evita la emisión de hasta 5 millones de toneladas de CO2 al año, por lo que con gestos sencillos como el uso del transporte público o de coches eléctricos, podemos contribuir a tener un aire mejor. Ya sabes, a partir de ahora… autobús, metro o bicicleta para contribuir a mitigar uno de los problemas del medio ambiente que está perjudicando a tu salud.

Con estas medidas , lograremos frenar un poco el daño al medio ambiente y al aire que respiramos.

6 Bibliografía

- httpp//www cambio climático.com
- https://concepto.de/medio-ambiente

Capítulo 1094

ESTRÉS LABORAL.

ÁGUEDA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El estrés laboral es un tipo de estrés asociado al ámbito del trabajo que puede ser Puntual o convertirse en un problema Crónico. Este tipo de estrés a día de hoy merece una Gran Atención ya que cada día se conocen más casos.Al menos un 40% de los trabajadores declaran estar estresados según datos del Instituto Nacional de Estadística. El estrés junto con la ansiedad son la causa del 30% de las bajas que se producen en España. Es muy importante identificarlo a tiempo e intentar prevenirlo para mantenernos en un adecuado nivel de salud tanto físico como mental.

2 Objetivos

- Conocer el Término de Estrés Laboral.
- Conocer las Causas de este tipo de Estrés.
- Reconocer los efectos que produce el estrés sobre la salud de los trabajadores.
- Conocer técnicas para reducir este tipo de estrés.
- Dar a conocer datos estadísticos sobre la magnitud que alcanza este problema a día de hoy.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática y recogida de información

mediante bases de datos bibliográficas como Scielo y Google Académico, introduciendo palabras clave: Estrés y Factores de Riesgo Psicosociales. Estas bases nos remiten a otras fuentes como páginas web, artículos o estudios.

4 Resultados

Podemos clasificar los efectos del estrés en 4 grupos:
- Emocionales: Irritabilidad, pavor, ansiedad, bajo estado de ánimo, fatiga….
- Cognitivas: Dificultad de concentración, olvidos, negatividad, poca capacidad de resolución…
- Conductuales: Hábitos nerviosos, violencia, consumo de psicofármacos, alcoholismo, dejadez…
- Fisiológicas: Aumento del ritmo cardíaco, aumento de la presión sanguínea, alteración del sueño, alteraciones musculares…

Una exposición prolongada al estrés puede producir graves problemas de salud como enfermedades cardiovasculares, trastornos digestivos, trastornos neurológicos, diabetes y debilitamiento del sistema inmunológico haciendo al trabajador más propenso a sufrir enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante reducir este tipo de estrés ya que como dijimos previamente puede producir graves alteraciones de salud. Para ello debemos tener en cuenta las siguientes técnicas:
- No perder el control: No podemos dejar que el estrés y la ansiedad nos domine. Para ello es importante reconocer que tenemos un problema o que cierta situación no está saturando y tomar medidas al respecto.
- Ser positivo: Debemos intentar sonreír en nuestro día a día. La sonrisa es una actitud que provoca positividad a aquellos que nos rodean.
- Realiza actividad física: Está comprobado que la actividad física ayuda a reducir el estrés y la ansiedad. Se debe buscar una actividad que se adapte a los gustos y nivel físico de la persona para evitar frustraciones.
- Encontrar técnicas de relajación: Es muy importante que cada persona conozca las diferentes técnicas que le ayudan a relajarse. Hay gente que se relaja con actividades como pueden ser el Yoga o la Meditación y otras personas que su mejor técnica de relajación es leer un libro.

- Trata de quitar Importancia a las cosas: No debemos preocuparnos en exceso de los problemas que el trabajo nos pueda acarrear. Debemos aprender a quitar importancia a aquellas cosas que nos pueden suceder en nuestro día a día.
-Aprender a disfrutar del trabajo.

6 Bibliografía

- Página web del INSTT.
- Medline Plus.
- Cepyme News(2018): España es el País europeo con más Estrés laboral.
- Selye, H.(1956): The stress of Life.

Capítulo 1095

ACCIDENTES LABORALES IN ITINERE

ÁGUEDA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Se denominan accidentes In Itinere al accidente ocurrido al trabajador durante el desplazamiento desde su domicilio hasta su lugar de trabajo y viceversa. Para que se considere un accidente In Itinere deben concurrir los siguientes factores:
- Que se produzca en el recorrido habitual y normal desde el domicilio al lugar de trabajo.
- Que se produzca dentro del tiempo que se suele usar en el trayecto.
- Que no haya habido interrupciones en el trayecto por actividades de interés personal.
- Que el trayecto se realice en un Medio de transporte habitual.
- Que el trayecto se realice entre el domicilio familiar y laboral.

2 Objetivos

- Conocer que es un Accidente in itinere.
- Identificar que son Accidentes in itinere.
- Conocer los Factores que deben concurrir para que se considere un accidente in itinere.
- Conocer las Causas que provocan accidentes in itinere.
- Proponer soluciones a los accidentes in itinere.

3 Metodología

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

4 Resultados

El accidente laboral in itinere puede producirse por las siguientes causas:
- Exceso de Velocidad.
- Conducir con Sueño.
- Conducir bajo los efectos de ciertos medicamentos.
- Conducir bajo los efectos del alcohol o las drogas.
- No guardar las distancias de seguridad adecuadas.
- Conducir con el vehículo con fallos mecánicos o de mantenimiento.
- No llevar el cinturón de seguridad o casco si se conduce una motocicleta.
- Conducir cansado o distraído.
- No respetar las normas de seguridad.
- Como peatón distraerse o no respetar los semáforos u otras normas de circulación.

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes de trabajo in itinere los producen más los hombres que las mujeres, siendo el rango de edad más acusado de 35 a 39 años. Aunque en la última década han descendido vamos a enumerar unas soluciones a los mismos:
- Correctas revisiones al medio de transporte.
- Descanso adecuado.
- Salir con tiempo de casa.
- Evitar distracciones.
- No usar el teléfono en los desplazamientos.

6 Bibliografía

- Dirección General de Tráfico. Anuario estadístico de accidentes. (DGT).

- Estudio de Seguridad Víal en el Ámbito Laboral. FREMAP Y RACC.
- www.iaprl.org/
estadisticas.

Capítulo 1096

EL ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO

LORENA VIGON ALVAREZ

1 Introducción

El estrés laboral, es un fenómeno cada vez más frecuente que está aumentando en nuestra sociedad, fundamentalmente porque los tipos de trabajos han ido cambiando en las últimas décadas.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el estrés laboral, es la reacción que puede tener el trabajador ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.

2 Objetivos

- Gestionar y/o prevenir el estrés laboral para mantener un adecuado nivel de salud, tanto mental como físico.
- Enunciar las consecuencias del estrés laboral.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio bibliográfico en buscadores como: Google; utilizando las bases de datos: Dialnet y Pubmed. Los descriptores utilizados han sido: estrés, ámbito laboral, causas y consecuencias, limitando la búsqueda mediante los operadores booleanos: And y Or. Se han utilizado como criterios de inclusión:

publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a lo establecido.

4 Resultados

¿Cuáles son las causas del estrés laboral?
Podemos mencionar como alguna de las causas:
- Actividades de gran responsabilidad.
- Motivaciones deficientes.
- Expectativas económicas.
- Presión por parte de los superiores y/o compañeros.
- Ausencia de incentivos.
- Cargas excesivas de trabajo.
- Ritmo de trabajo acelerado.
- Jornadas de trabajo excesivas.
- El factor tiempo: ejecución de las tareas en tiempo récord.
- Auto exigencia.
- Exposición a riesgos físicos constantes.

¿Qué consecuencias tiene el estrés laboral?
El trabajador, puede tener unas reacciones frente al estrés:
- Reacciones fisiológicas: aumento del ritmo cardíaco, de la presión sanguínea y tensión muscular, sudoración, incremento de la producción y secreción de adrenalina y respiración con mayor frecuencia.
- Reacciones emocionales: miedo, irritabilidad, humor depresivo, ansiedad, enojo y motivación disminuida.
- Reacciones cognitivas: olvidos, pensamientos menos efectivos, reducción de la capacidad para resolver problemas y de dar soluciones.
- Reacciones conductuales: disminución de la productividad, aumento consumo de alcohol, drogas y tabaco.

¿Qué podemos hacer para prevenir o reducir el estrés?
Hay diferentes técnicas que el trabajador puede adoptar para afrontar el estrés:
- Técnicas generales: tener una dieta adecuada, procurar distraerse y realizar actividades divertidas y al aire libre.
- Técnicas cognitivo-conductuales: entrenamiento asertivo, en resolución de problemas y en técnicas de auto control.
- Técnicas de relajación: relajación muscular y control de la respiración.

5 Discusión-Conclusión

Una mala gestión del tiempo, está estrechamente relacionada con las causas del estrés laboral. Cada actividad/tarea, la estamos asociando directamente con un sinónimo de prisa, fatiga o agitación.

Es conveniente pararnos a pensar por un momento qué tareas son importantes,las haremos en primer lugar, y, cuales son tareas cotidianas del día a día de menor magnitud.

También es aconsejable planificar la agenda, en la medida de lo posible, para evitar la aparición de acontecimientos estresante, dando prioridad a los asuntos que consideremos más importantes.

”No es estrés lo que nos mata, es nuestra reacción al mismo” Hans Selye.

6 Bibliografía

- www.astursalud.es
- www.medlineplus.gov
- www.fundaciondelcorazon.com

Capítulo 1097

LA COMUNICACIÓN ENTRE EL CELADOR Y EL PACIENTE

ELISA LUCIA BUSTO BASCÓN

ÁNGELES RODILES LANA

1 Introducción

El envejecimiento de la población trae consigo un aumento en patologías crónicas y por tanto un incremento de las enfermedades con cierta discapacidad. El personal de un hospital y el celador como parte integrante de este personal, tiene un papel importantísimo en el cuidado de estos pacientes. Además estas enfermedades causan un gran impacto en la vida del paciente y de su entorno, conllevan gastos extras y cambios en los hábitos de vida. Por lo tanto, una comunicación eficaz entre paciente su familia y el personal del hospital facilita un mejor control de la enfermedad, mayor implicación del enfermo en su autocuidado y mas satisfacción.

2 Objetivos

- Conocer las fases y características para una buena comunicación.
- Mejorar la comunicación entre el personal hospitalario pacientes y familiares.
- Formar a los profesionales en valores y aspectos comunicacionales.
- Rediseñar el área de atención a la personas en los centros sanitarios.

3 Metodología

Para el estudio realizado se ha revisado diferente bibliografía y protocolos sobre el tema de Comunicación Sanitaria tanto en servicios de urgencias como protocolos existentes en distintos hospitales de España.

4 Resultados

El manejo de ciertas habilidades de comunicación nos permiten mejorar las relaciones interpersonales. Los elementos que se necesitan en un acto comunicativo y que pueden mejorar o empeorar este proceso son:
- Emisor: persona que habla o emite el mensaje.
- Receptor: persona que escucha o recibe el mensaje.
- Mensaje: contenido de la comunicación.
- Canal: el medio por el que se envía.
- Código: Signos y reglas empleadas para enviar el mensaje.
- Contexto: Situación en la que se produce la comunicación.

La comunicación es correcta cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor. El nivel socieducativo del paciente es un factor que hay que tener en cuenta a la hora de entablar una comunicación, por ejemplo, explicar a un paciente oncológico, que tiene estudios superiores, las diferentes opciones en el tratamiento, los efectos secundarios que pueden surgir, debe ser diferente a cómo lo explicamos a un paciente que presenta unos niveles educativos básicos y elementales.

El celador debe saber que su actitud, aspecto físico, gestos y la forma de presentarse ante el paciente y su familia es una forma de comunicación, por lo tanto, estos aspectos deben cuidarse al máximo. Su actitud debe ser correcta y afable, el aspecto físico debe ser cuidado y pulcro y la forma de presentarse debe ser educada, evitando en todo momento emitir opiniones y juicios sobre tratamientos y temas médicos.

La escucha activa tiene que ver con la atención que prestamos al paciente o emisor del mensaje, para esto es necesario prestar atención a quien nos habla y analizar toda la comunicación no verbal que está trasmitiendo y nosotros como escuchantes, debemos asentir con la cabeza de forma positiva cuando la otra persona nos hable, no interrumpir el relato y mirar a los ojos del interlocutor para mostrar interés. Pero no hay que olvidar que una escucha activa no significa estar

de acuerdo con el hablante sino prestar atención a lo que nos cuenta a ponerse en sus zapatos, expresión de habla vulgar que expresa muy bien cual es el sentimiento que debe prevalecer en este tipo de comunicación. Pero también hay que saber que hay determinados factores que pueden perjudicar la comunicación.
- Lenguaje: el celador adaptará el lenguaje al paciente y comprobará que la información dada es comprendida.
- Fluidez Verbal no se debe hablar demasiado deprisa.
-Evitar la terminología científica.

Buscar un entorno adecuado, un ambiente con intimidad tranquilo, sin interrupciones, que preserve la confidencialidad y disponer de tiempo necesario para hablar tranquilamente, serian factores que ayudaran a una comunicación adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que mejorando la cualidad empática del personal hospitalario en general y del celador en particular, es decir, acercarse a la realidad del paciente redundará en beneficios para este. Además si el celador es conocedor del contexto sociocultural del paciente tendrá con este un contacto mas directo y claro y utilizará un lenguaje de uso común, mostrará interés por el paciente, sus vivencias y anécdotas animando a este a que se exprese y comunique.

No hay que olvidar que una buena comunicación ayuda a reducir los niveles de estrés y ansiedad del paciente aumenta su seguridad, confianza y tranquilidad. En general la formación en comunicación a todo el personal de un hospital es necesaria, formar en escuchar, entender al paciente, asertividad, en pocas palabras humanizar la profesión. Es verdad que los médicos suelen recibir formación en comunicación pero el resto de personal, enfermeras/os, TCAS, celadores/as esta formación es escasa, y en numerosas ocasiones el paciente tiende a establecer vínculos más cercanos con estos trabajadores que con los facultativos, debido a que su presencia y contacto con el enfermo en su día a día es mas continuo.

6 Bibliografía

- Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes.
- Edita: Instituto Universitarios de Pacientes.

- Procedimientos y Habilidades para la comunicación de malas noticias en Urgencias Hospital de Sagunto.
- Plan de Comunicación Hospital de Donostia.
- Habilidades sociales y comunicación .
- Temario para oposiciones en la categoría de celador en el Principado de Asturias.

Capítulo 1098

LA ESCUCHA ACTIVA EN EL ÁMBITO DEL PERSONAL NO SANITARIO

LORENA VIGON ALVAREZ

1 Introducción

La escucha activa, es una manera de comunicarnos en donde pretendemos hacerle saber a la otra persona que nos está comunicando algo que realmente se le está atendiendo y comprendiendo. Esta escucha activa la hacemos de una manera consciente, es decir, estamos haciendo un esfuerzo por centrar toda nuestra atención en aquello que nos está comunicando la otra persona y, también estamos prestando la suficiente atención para conocer cómo se siente realmente. No se trata de fingir que se le está prestando toda la atención, realmente hay que prestársela y es importante hacérselo saber.

2 Objetivos

- Describir la actitudes que se deben adoptar en el ámbito sanitario para lograr desarrollar una escucha activa.
- Enunciar los beneficios que nos reporta una escucha activa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Los descriptores utilizados han sido: escucha activa, comunicación interpersonal y habilidades en la comunicación, limitando la búsqueda mediante los operadores booleanos: And y Or.

Se han utilizado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a lo establecido.

4 Resultados

Para escuchar de una manera activa, se deben dar unos requisitos:
- Dejar de hablar. Si se está hablando, no se puede escuchar.
- Conseguir que el interlocutor se sienta con confianza. Hay que ayudar al paciente/usuario a que se sienta libre para expresarse. Para conseguirlo puede ayudar el ponerse en su lugar, es decir, establecer una relación de empatía.
- Demostrar al interlocutor que estamos dispuestos a escucharle. Se trata de adoptar una posición abierta y activa, manifestándole nuestro interés y escuchándole para tratar de entenderle. Se suele hacer mediante movimientos afirmativos de cabeza y con palabras como: ”sí, sí”, ”ya veo”… resumiendo y confirmando las afirmaciones de quien nos transmite el mensaje, formulando frases con empatía y respeto, permitiendo que el paciente/usuario pueda exponer el problema sin interrupciones ni realizando conclusiones prematuras, facilitando que pueda expresar sus sentimientos, expectativas y esperanzas.
- Eliminar las posibles distracciones como: llamadas telefónicas, interrupciones…
- Tener paciencia. Nos tomaremos el tiempo necesario para hablar con el paciente/usuario.
- Conducir la conversación, sin interrumpirle. Para ello, le preguntaremos, utilizando un lenguaje sencillo que el paciente/usuario pueda comprender.
- Dominar nuestras emociones.
- Evitar criticar y argumentar en exceso. El interlocutor, podría ponerse a la defensiva.
- Preguntar cuanto sea necesario.
- Mirar a la cara al paciente/usuario que está hablando y prestar atención a sus expresiones faciales.

5 Discusión-Conclusión

Por lo general, no estamos acostumbrados a escuchar activamente a otros, y pensamos, que sólo por el hecho de estar ”de cuerpo presente” cuando alguien nos está comunicando algo y cuando oímos lo que nos dicen, estamos escuchándolo como se debería y , eso no es así. Deberíamos hacer un esfuerzo y ”ponernos en los zapatos del otro” para poder comprenderlo al 100%.

Se llega a la conclusión, que la escucha activa nos aporta unos beneficios:
- El paciente/usuario que nos habla, se siente valorado.
- Escuchar tiene efectos tranquilizantes y facilita que se eliminen tensiones.
- Aprendemos de las experiencias de nuestros interlocutores.
- Satisfacción del paciente/usuario.
- Mayor efectividad y eficacia a nivel terapéutico.
- Mejora el resultado clínico final.
- Satisfacción del personal sanitario.
- Mejora el pronóstico de la enfermedad.
- Mejora de la percepción de la competencia del personal sanitario.

6 Bibliografía

- Ortiz Crespo, Rodrigo. ”Aprender a escuchar”. Madrid. 2008.
- www.habilidadsocial.com.
- www.psicología-online.com.

Capítulo 1099

SALUD AMBIENTAL

MARIA FRANCISCA GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

La problemática actual respecto a la contaminación y cambio climático ha hecho que el medio ambiente esté en boca de todos y ha aumentado la preocupación de los ciudadanos por las posibles consecuencias que tiene un tratamiento nocivo al medio que nos rodea.

Términos como Desarrollo Sostenible, (Desarrollo presente que no comprometa las capacidades del futuro para satisfacer sus necesidades), están sonando continuamente en los medio de comunicación y los distintos gobiernos del mundo intentan establecer medidas para llevarlo a cabo.

2 Objetivos

- Intercambiar experiencias y promover la discusión y el debate, a partir de las líneas marcadas por los últimos eventos relevantes en el ámbito de la educación para la sostenibilidad.
- Reflexionar sobre las debilidades y fortalezas detectadas en la práctica, y proponer líneas de actuación para los próximos años.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

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

4 Resultados

Toma de conciencia: concienciar a la gente de los problemas relacionados con el medio:
- Conocimientos: ayudar a interesarse por el medio.
- Actitudes: adquirir interés por el medio ambiente y voluntad para conservarlo.
- Aptitudes: ayudar a adquirir aptitudes para resolver el problema.
- Capacidad de evaluación: evaluar los programas de Educación Ambiental.
- Participación: desarrollar el sentido de la responsabilidad para adoptar medidas adecuadas.

5 Discusión-Conclusión

La educación tiene que iniciarse lo más pronto posible ya que de esta manera, si los niños son capaces de identificar y solucionar problemas ambientales en edad temprana, se podrá dar pequeños pasos, que a la larga sumaran en vez de restar.

Con mas información sobre como respetar el medio en el que vivismos , y como cuidarlo, se podrá dar un paso de gigante

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1100

LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL ÁMBITO SANITARIO

JOSE LUIS SALMERON SUAREZ

ESTEFANIA SALMERON SUAREZ

MÒNICA DÍAZ SUÁREZ

DIANA DÍAZ SUÁREZ

1 Introducción

En la actualidad existen muchas y variadas formas de definir la violencia de género. Una de las definiciones más aceptadas a nivel mundial ha sido la forma de definir la violencia de género utilizada por la ONU en el año 1995 definiendo tal violencia: "todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, Sexual o psíquico, Incluidas las amenazas, la cooperación o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada".

Buscando diferentes definiciones no se encontramos que la Organización Mundial de la Salud define la violencia de género como: " todo acto de violencia que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive amenazas de tales, actos la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como la privada".

La evolución de la sociedad actual en la que nos encontramos y vivimos tiende cada vez más hacia la multiculturalidad. Esta evolución produce cambios cada

vez más importantes y profundos que nos exigen innovaciones más profundas en todos los ámbitos, entre los que por supuesto debemos incluir de manera fundamental el ámbito sanitario (Diaz-Aguado, 2003).

Todos los estudios sobre violencia, tanto violencia de género como violencia en general, nos muestran una muy profunda y evidente relación entre la violencia que se sufre en la infancia y el posterior riesgo de ejercer durante la vida adulta conductas violentas en todos los ámbitos. Observamos de tal manera personas con una crianza en ámbitos o ambientes violentos, bien por haber presenciado durante su infancia situaciones de violencia de género en sus hogares o por haber sido víctimas de violencia infantil. Dichas personas lo ven como algo natural y normal, justificándolo e incluso minimizando las situaciones de violencia durante su vida adulta. No sólo observamos que en dichas personas se incrementa claramente el riesgo de padecer sobre ellas mismas este tipo de violencia, sino que también aumenta el riesgo de que estas personas sean quien ejerce dicha violencia sobre otros (Strauss y Yodanis, 1996). Observamos de esta manera que la violencia suele transmitirse de una generación a otra (Kauffman y Zigler, 1987; O ´Keefe, 1998).

Aparecen como principal causa relevante de la violencia de género, las diferencias que claramente siguen existiendo entre hombres y mujeres, especialmente en cuanto al estatus y también en cuanto a quien tiene el poder (Gerber, 1995).

Actualmente, observamos cada día múltiples denuncias por violencia de género e incluso muertes, haciéndonos plantearnos por qué en una sociedad cada vez más informada tenemos más y más casos de este tipo de violencia machista. Si consultamos biografía al respecto, podemos considerar que las causas son múltiples. Entre estas causas cabe recordar que la mujer cada vez se asienta en puestos de mayor poder, lo que lleva muchas veces al hombre a sentirse en inferioridad. Este complejo de inferioridad nos lleva en muchos casos al observado aumento de la violencia machista perpetuando la desigualdad, de forma que se orienta hacia el control más extenso posible, teniendo como resultado diferentes tipos de maltrato (Martín Serrano y Martín Serrano, 1999).

Evidentemente, la sociedad en los últimos tiempos va tomando clara conciencia sobre la problemática de la violencia de género y la extrema gravedad que ello supone, como lacra social que termina con la muerte de muchas mujeres y resulta un impedimento para la buena convivencia entre mujeres y hombres. A pesar de ello el problema aún está muy lejos de conseguir una correcta resolución (Diaz-Aguado, Andres , 2012.)

Resulta muy difícil de creer que en el 20 % de los casos aproximadamente en que las mujeres consultan a los servicios sanitarios, estás padecen de una situación de violencia de género en el hogar (aplázalos-Castaño, Ruiz, 2004). En la inmensa mayoría de los casos no tiene ningún tipo de relación la consulta con la situación de violencia, es muchísimo más común que dicha consulta sea un mecanismo por el cual la mujer intenta pedir ayuda, una forma muchas veces encubierta incluso para la propia mujer agredida de pedir ayuda ante la violencia de género que sufre.

Los servicios sanitarios, tanto en la atención primaria como en la especializada y en las urgencias, son los receptores de forma indirecta de las consultas relacionadas con la violencia de género. A pesar de esta evidencia, es muy raro que los profesionales sanitarios detecten dichos tipos de violencia en sus pacientes estimándose en un porcentaje aproximado de un 1 % los casos que se logran identificar (Sugg, Tompson, Maiuro, 1999).

En el presente trabajo intentamos subrayar la importancia de los servicios sanitarios y de todos sus profesionales, sin importar el puesto de trabajo que ejercen, a la hora de detectar y cómo debemos actuar cuando nos encontramos ante un caso de violencia de género.

2 Objetivos

- Capacitar a todos los profesionales sanitarios para que puedan identificar los casos de violencia de género.
- Buscar exponer aún más la violencia de género en la búsqueda de una lucha desde los primeros indicios.
- Recalcar la importancia de la debida formación de los profesionales sanitarios en este tipo de violencia.

3 Metodología

Se ha realizado una intensiva búsqueda bibliográfica en todo lo relacionado con la violencia de género en la sanidad.
La búsqueda de estudios publicados se llevó a cabo en las siguientes bases las datos bibliográficas: Index, Cochrane, Pubmed, Scielo, Web of science. También se utilizó el buscador del Google Académico. La búsqueda se realizó sin límite de fecha, es decir, desde el comienzo de indexación de cada base, hasta la fecha

de realización del trabajo. También se realizó una búsqueda inversa, con recuperación secundaria, analizando la bibliografía de los artículos que más interés suscitaron entre nosotros y de otras revisiones que se consideraron de interés.

4 Resultados

Vemos que a pesar de la inmensa modernización que podemos observar en la sociedad, la violencia de género sigue siendo un gravísimo problema tanto social como sanitario. Los profesionales sanitarios se cruzan cada día con muchísimos casos de este tipo de violencia sin que desgraciadamente puedan ser identificados de manera precoz para intentar su erradicación o por lo menos su puesta en conocimiento a las autoridades convenientes.

En un estudio realizado en el 2009 en el que se buscaba descubrir que creía el personal sanitario sobre la violencia de género, se analizaron tanto actitudes como los niveles de formación que tenían los profesionales sanitarios. Se observó en este estudio una inmensa diversidad entre las opiniones que participaban en el observando que la mayoría consideraba que la violencia de género surgía de la sociedad en la que vivimos, machista y gobernada por hombres. Por otra parte un porcentaje considerable de los estudiados tenían el punto de vista que la violencia de género era cosa de pareja considerando en la mayoría de los casos a la mujer culpable de la misma y justificando hasta cierto punto dicha violencia. También se observó que había encuestados que consideraban que la violencia era consecuencia de una enfermedad en el agresor o el resultado del consumo de estupefacientes buscando aparentemente restar culpabilidad hacia la persona que ejercía dicha violencia. En este estudio descubrimos que ni siquiera la mitad de los profesionales que participaron en el estudio habían recibido ningún tipo de información respecto a la violencia de género (Matad, Delgado et al. 2009).

En un nuevo estudio realizado en el 2014 se trata identificar la formación recibida en violencia de género que tenían los profesionales sanitarios de un hospital de referencia, y su conocimiento sobre el protocolo de actuación en los casos de detección de violencia machista. Sorprendentemente el 83 % de los estudiados ni siquiera conocían la existencia de un protocolo específico respecto a este tema. Reflejándose de esta manera un grave problema en este tema. (Lozano, Pina, Tordecilla et al. 2014)

De la lectura de los múltiples estudios sobre el tema podemos observar una alarmante baja formación y un escaso interés en el tema por parte de los profesion-

ales sanitarios. Este tipo de actitudes pasivas respecto a la violencia lo único que consigue es perpetuar dichos comportamientos.

A través de una intensa formación sanitaria respecto al tema de alta calidad y ofertada de forma periódica a todos los profesionales sanitarios podríamos llegar a alcanzar un mayor porcentaje de reconocimiento de este tipo de actos violentos, una mayor sensibilización y un abordaje de forma correcta de este inmenso problema social. Desgraciadamente los profesionales sanitarios no cuentan con las herramientas adecuadas para detectar de forma adecuada los casos de violencia, además cuando conseguimos detectarlos no tenemos los conocimientos suficientes para activar el protocolo que en muchos casos ni siquiera conocemos.

5 Discusión-Conclusión

Debemos buscar una mayor conciliación por parte de los profesionales sanitarios y también se deben adoptar por parte de las administraciones medidas tratando y buscando paliar y solucionar este importante problema.

6 Bibliografía

- Coll-Vinent Puig, B. (2014) Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias. Emergencias 2008; 20: 269-275.
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farras, U., Rodríguez JM., Santiña, M., (2008) El personal sanitario no percibe la violencia domestica como un problema de salud. Gaceta Sanitaria Vol. 22 nº1 Barcelona.
- Diaz-Aguado M.J., Andrés T. (2005) Educación intercultural y aprendizaje cooperativo en contextos heterogéneos.
- Diaz-Aguado M.J. (2003) Educación intercultural y aprendizaje cooperativo. Madrid: Pirámide.
- Gerber, G. (1995) Gender stereotypes and the problem of marital violence. En: Adler, L.; Denmark, F. (Eds.) Violence and the prevention of violence. New York: Praeger.
- Kauffman, J.; Zigler, E. (1987) Do abused children become abusive parents. American Journal of Orthopsy-chiatry, 57, 186-192.
- Matud, María Pilar and Matud, María Teresa and Delgado, Rebeca and Fortes, Demelza and Arteaga, Rosa (2009) El personal sanitario ante la violencia de género. Revista Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista, 8 . pp. 139-155. ISSN 15797902.

- Martin Serrano, E., Martín Serrano, M. (1999) Las violencias cotidianas cuando las víctimas son las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Lozano Alcaraz C., Pina Roche F., Torrecilla Hernández M., Ballesteros Meseguer C., Pastor Rodríguez J,D., Ortuño Esparza A., (2014). Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. Enferm UFSM 2014 Jan/Mar;4(1):217-226.
- J. Plazaola-Castaño, I. RuizViolencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica Med Clin (Barc), 122 (2004), pp. 461-467.
- N.K. Sugg, R.S. Thompson, D.C. Thompson, R. Maiuro, F.P. Rivara Domestic violence and primary care: attitudes, practices and beliefs Arch Fam Med, 8 (1999), pp. 301-306.
- Strauss, M.; Yodanis, C. (1997) Corporal punishment inadolescence and physical assaults on spouses in laterlife: Journal of marriage and the family, 58(4), 825-841.

Capítulo 1101

ERGONOMÍA APLICADA A LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS. CONSEJOS PARA MANTENER UNA POSICIÓN CORRECTA

MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA

MARTA ALVAREZ ROZA

CRISTINA ALONSO LLAMEDO

1 Introducción

Al diseñar el puesto de trabajo es necesario tener en cuenta tanto las características del equipo como de las personas (perceptivas, cognitivas, formativas, etc.), buscando siempre la mayor adecuación entre ellas. De ahí que en este apartado consideremos aspectos diversos, unos referidos a las características de los elementos de trabajo y otros relacionados directamente con lo que cada uno de nosotros podemos hacer para lograr que se adapten mejor a nosotros y a nuestras necesidades.

El trabajo de oficina se caracteriza por una falta de movimiento físico, a la vez de un enorme esfuerzo por el sistema nervioso central. El trabajo ante una pantalla conlleva a menudo a una postura contraída y, como consecuencia, dolores de espalda, molestia en los ojos, cansancio, etc.

En España el 50% de las personas que trabajan en oficina presentan problemas

posturales, un 7% ha solicitado baja laboral y el 65% de los trabajadores que sufren molestias posturales asocian estos problemas al mobiliario.

2 Objetivos

- Conseguir es adquirir una serie de hábitos posturales para minimizar estas secuelas que pueden llegar a causarnos importantes incapacidades llegando incluso a desencadenarnos la baja laboral.

3 Metodología

Para ello hemos efectuado una revisión bibliográfica de diferentes manuales y guías sobre la ergonomía en el ámbito laboral del personal no sanitario, hemos consultado páginas web del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo y normativa en legislación al respecto.

4 Resultados

Desglosamos la utilización del equipo laboral con el que trabajamos a diario
Para la superficie de trabajo contaremos con mesas con apoyos espaciados, los bordes filudos deben ser evitados para prevenir accidentes. Son preferibles las superficies de trabajo regulables.

La ubicación de los objetos con los que trabajamos debe estar próxima a nuestro espacio.
1. Monitores: la principal inquietud (física) es la referente al peso, la distancia y el ángulo de la pantalla. Otros factores son el brillo, la colocación de los documentos, colores, formas de letras, etc. La altura del dispositivo será regulable, siendo recomendable que el ángulo del monitor sea entre 10 o 20 grados hacia arriba, asegurándose que la pantalla quede perpendicular a la mirada del usuario. El monitor deberá estar a una distancia entre 45 y 75 cm. de los ojos. Se deberá poder leer fácilmente el texto sin molestias visuales ni tratando de acercase a la pantalla. Ajustar apropiadamente al usuario que use lentes bifocales, etc.

Postura a adoptar:
- Mantener el nivel de la cabeza en posición normal o ligeramente inclinada hacia adelante. Colocar el objeto de trabajo en frente suyo para asegurarse la mirada recta.

Sentarse con los hombros relajados (los apoyabrazos pueden ayudar), no elevados ni hacia adelante.
- Mantener los codos cerca del cuerpo y en un ángulo aproximado de 90ºC.

2. Silla: Utilizaremos una silla con regulador de altura, que cuente con la homologación oportuna. Usar el respaldo como soporte de la parte baja de la espalda(región lumbar) y sentarse con la parte superior del tronco en posición recta o ligeramente apoyada en la espalda. Mantener las muñecas rectas mientras trabaja, no doblarlas hacia arriba ni hacia abajo. Sentarse con sus rodillas ligeramente debajo del nivel de sus caderas. Esto reduce la presión de la parte posterior de los muslos y rodillas. Los pies se colocarán ligeramente delante de las rodillas, asegurándose de que estén ligeramente apoyados.

3. Colocación y usos del ratón:
- Sitúa el ratón justo al lado del teclado dejando los cables libres para manejarlo con comodidad. Colócalo a la derecha o a la izquierda, según seas diestro o zurdo. En este último caso, cambia el accionamiento de los botones en el menú de configuración del ordenador. Cerciórate de si tienes sitio suficiente para poder manejarlo cómodamente. Usos del ratón. Para usar el ratón informático es conveniente que encuentres la manera que se adapte mejor a tus características.
- Uno de los métodos más recomendado es el uso de un reposamuñecas de gel: apoya la muñeca en la parte de gel de la alfombrilla. De esta manera lograrás que la mano, muñeca y antebrazo estén alineados. Lleva el ratón hacia los lados y hacia arriba y abajo, realizando movimientos suaves de la mano y los dedos. Es importante que evites realizar gestos bruscos y flexiones de los dedos sobre el ratón que puedan dañar las articulaciones y los tendones. Piensa que, si te duele, es probable que estés haciendo algo mal.

5 Discusión-Conclusión

La mejor postura a adoptar cuando estamos sentados frente al ordenador es la postura neutral. Pudiendo ser ligeramente modificada por cada uno mientras lo encuentren adecuado. La clave resulta en poner cada extremidad y su articulación en una posición que minimice el estrés a niveles lo más bajos posibles. Resulta vital realizar cambios posturales lo más frecuentemente posible.

6 Bibliografía

1.Ergonomía en el trabajo administrativo. Hospital de Atacocha.
Disponible en: https://es.scribd.com/doc/2741795/Ergonomia-en-el-trabajo-administrativo.
2.Página web: https://laúnicaasociación.es/wp-content/uploads/2015/06/2008-MANUAL-de-higiene-postural.pdf
3. ACCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. [serie e internet] [citado 2006] .Disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/enfermería/enfermería5302-cuidadora1.htm
4. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. MINISTERIO DE TRABAJO Y AA. SOCIALES: Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de los lugares de trabajo.
5. FREMAP: Manual de seguridad y salud en Oficinas.

Capítulo 1102

LA DIETA HOSPITALARIA

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA

JULIA RETUERTO GARCIA

MARÍA DOLORES MORÁN MARTÍNEZ

ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ

MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ RODIL

1 Introducción

En España, el servicio de hostelería o alimentación hospitalario se crea en 1985. A partir de entonces, mejora la gestión y empieza a generarse un flujo de información entre la dieta y la nutrición clínica, entre la alimentación y la tecnología de los alimentos. Las dietas hospitalarias cumplen un papel muy importante en el proceso de recuperación del enfermo, por eso la gestión hospitalaria a de encargarse adecuadamente de la logística, planificación y elaboración de las dietas de acuerdo a las necesidades de cada uno de los pacientes.

En algunos hospitales se ha implantado el código dietas. La alimentación comienza con el cultivo, selección y preparación del alimento hasta las formas de presentación y el consumo de ellos. Existen enfermedades que pueden prevenirse o mejorarse con una alimentación saludable. El código de dietas es el manual básico de la nutrición de un hospital, para los profesionales clínicos y hosteleros; debe recoger, por un lado, los criterios de una alimentación variada y saludable y los criterios médicos, en los que se establece la patología y el papel

de dieta asociada a la enfermedad del paciente, la dieto terapia, y por otro lado los criterio culinarios.

Así se consigue que el médico prescriba la dieta adecuada y el cocinero, que desconoce la relación patología-alimento pero sabe de restauración, elabore un plato con las pautas terapéuticas y organolépticas adecuadas. La alimentación en el ámbito hospitalario forma parte integral del tratamiento e influye de manera decisiva en la evolución y recuperación del paciente.

2 Objetivos

- Hacer un repaso de algunos conceptos básicos en nutrición
- Destacar las distintas dietas que deben darse en el periodo de convalecencia
- Resaltar la labor de todo el personal involucrado en el sistema de alimentación de pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La dieta hospitalaria debe ser saludable, higiénica, agradable, evitará la malnutrición, y aumentará el grado de satisfacción del usuario. Las dietas hospitalarias representan uno de los grandes retos de la gestión hospitalaria, tanto a nivel de costes como de logística, y a la vez es uno de los puntos más importantes a la hora de valorar los servicios recibidos por parte del paciente. Los menús de un restaurante tienen que agradar y generar beneficios, los menús de las dietas hospitalarias tienen que ayudar a mejorar la salud del paciente y mantener un estatus nutricional óptimo, incurrir en la menor cantidad de costes posibles y también ser del agrado del paciente.

• Debe ser prescrita por el médico.

• Debe adaptarse a las establecidas en el Código de Dietas que dispone el hospital.
• Tiene que constar en la hoja de órdenes terapéuticas.
• Enfermería la solicitará a la Unidad de Dietética en cocina las planillas.

La planificación dietética hospitalaria atenderá a los recursos humanos, materiales y las características del hospital. El Servicios de la Unidad de Nutrición Servicios de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética es el encargado de:
• Confección de un manual codificado de dietas del hospital:
- Planificación de la dieta basal y menús opcionales.
- Planificación de las dietas terapéuticas.
• Evaluación del estado nutricional de pacientes y planificación del apoyo nutricional.
• Confección de dietas especiales o personalizadas, fuera del código ..
• Diseño de dietas y recomendaciones para uso extrahospitalario.
• Control de la elaboración y distribución de los menús.
• Planificación de las fórmulas de nutrición enteral y parenteral.
• Control y seguimiento de los pacientes con nutrición artificial.
• Puesta en marcha y seguimiento de la nutrición artificial domiciliaria artificial domiciliaria.
• Asistencia en consulta externa, tras el alta hospitalaria.
• Apoyo nutricional a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario.
• Selección y seguimiento de pacientes candidatos a cirugía de la obesidad a cirugía de la obesidad.
• Realizar informes a la Dirección Médica y de Gestión para la mejora de la calidad.
• Participar activamente en los estudios epidemiológicos y programas educativos en el centro hospitalario.

Las dietas hospitalarias son planes de alimentación mediante los cuales se seleccionan los alimentos más adecuados, para garantizar que un enfermo hospitalizado mantenga o alcance un estado de nutrición óptimo. Pueden perseguir un efecto terapéutico, de mantenimiento o preventivo. Las dietas hospitalarias son un elemento esencial del proceso de recuperación del enfermo, que parte de sus necesidades y restricciones, de ahí que su naturaleza sea esencialmente individualizada. Un enfermo puede necesitar una dieta hipercalórico debido a que está desnutrido, mientras otros, por el contrario, necesitarán una restricción en la ingesta de calorías. Existen dos tipos fundamentales de dietas hospitalarias: Hay enfermos que no necesitan un régimen dietético especial, debido a que no tiene

déficits nutricionales ni su enfermedad demanda el control de determinados nutrientes. En esos casos se aplicaría lo que se denomina dieta basal o normal. Estas dietas hospitalarias deben tener en cuenta los gustos del paciente, pero también la necesidad de mantener un estado de nutrición óptimo.

Cuando una persona hospitalizada presenta necesidades nutricionales específicas, entonces se aplica una dieta terapéutica, que no es más que un plan de alimentación adaptado a las características del enfermo y que es parte importante de su tratamiento médico. La gran diversidad de dietas terapéuticas hace necesario que le dediquemos un apartado en nuestro artículo.

- Dieta basal, este tipo de dieta está pensada para aquellos pacientes que pueden comer de todo, es decir que no necesitan ninguna modificación especial en su dieta. Por lo general suele ser de unas 2500 kcal aproximadamente.
- La dieta terapéutica es una modificación de la basal para adecuarse a las necesidades del paciente. Haciendo una clasificación por categorías de las dietas terapéuticas, se pueden distinguir:

1. Dietas de progresión:

- Dieta líquida, indicada a las personas que necesitan muy poca estimulación gastrointestinal o que estén pasando de la alimentación parental a la oral. Está compuesta por alimentos líquidos a una temperatura ambiental. Incluye líquidos claros, infusiones y zumos, es de bajo aporte calórico por eso debe compensarse con sueroterapia. La dieta líquida está pensada para pacientes que salen del quirófano o que están por entrar en él para alguna operación intestinal.
- Dieta semilíquida, compuesta por alimentos de textura líquida y pastosa, como yogurt o gelatina. También por alimentos triturados. Es un paso intermedio entre la dieta líquida y la blanda.
- Dieta blanda, muy usada en la transición de una dieta semilíquida a una normal. Los alimentos son de textura blanda, pero enteros, con bajo contenido de fibra y grasas. Este tipo de dieta está conformada por alimentos cocidos o blandos por ejemplo, fideos, pan de molde o puré de patatas y está pensada para pacientes que sienten pesadez tras la comida o con dificultades para masticar.

2. Dietas de control calórico (1000,1500 ó 1800 Kcal), empleadas habitualmente en personas obesas o con sobrepeso. Se restringe la ingesta calórica, pero cuidando la aportación de nutrientes esenciales. Se suele emplear las siguientes dietas:

3. Dietas con restricción glucémica (1000 y 1500 Kcal), aunque también se restringe la cantidad de calorías diarias, la restricción se hace fundamentalmente

sobre la ingesta de carbohidratos.

4. Dietas con modificación de la ingesta proteica
- Dieta hipoproteica (de 40g o 20 g): dietas hospitalarias bajas en proteínas. Suelen prescribirse a personas con enfermedad renal.
- Dieta hiperproteica: en sentido contrario de la anterior, esta dieta aumenta la cantidad diaria de proteína que ingiere una persona. Se aplica en caso de personas desnutridas, con infecciones, cáncer o VIH.
- Dieta sin gluten; el gluten es una proteína presente en muchos cereales. La dieta sin gluten la suelen seguir las personas celíacas, que son intolerantes a esa proteína.

5. Dietas con modificación de lípidos:
- Dieta hipolipídica: se aplica en enfermos que tienen colesterol y triglicéridos altos.
- Dieta de protección biliopancreática: recomendada para personas con enfermedades de la vesícula biliar o con pancreatitis. Se restringe significativamente la ingesta de grasas.

6. Dietas con modificación de fibra:
- Dieta sin residuos: dieta muy baja en fibra, lactosa y grasas. Se usa frecuentemente antes de operaciones del colon que requieren limpieza del intestino grueso.
- Dieta astringente o sin residuos, por lo general este tipo de dieta se solicita para pacientes que sufren gastroenteritis, y está compuesta por arroz blanco, pollo, pescado y frutas cocidas, no debe contener ningún alimento fibroso ni irritantes intestinales.
- Dieta laxante o rica en residuos: con esta dieta laxante vamos aumentar la ingesta de fibra y también la de líquidos. Es común su uso en casos de estreñimiento.
- Dieta absoluta o ayuno, con este término nos referimos a la restricción completa de la ingesta de alimentos y líquidos. Los médicos indican este tipo de dieta a los pacientes que van a ser operados (deben comenzar el ayuno unas ocho horas antes).

Las dietas hospitalarias mencionadas son algunas de las más conocidas y aplicadas, pero en la práctica clínica existen muchas más, debido precisamente a la individualidad de la dietoterapia. La tecnología está cambiando la planificación, elaboración y distribución de las dietas hospitalarias. Hoy en día ya existen:
- Robots que llevan los alimentos, no solo los transportan, sino que mantienen las condiciones de temperatura necesarias y se aseguran de que la comida es entregada a la persona indicada.

- Impresoras de comida en 3D, los purés pueden volverse muy atractivos usando una impresora en 3D que crea formas inimaginables. La empresa española Natural Machines ya comercializa un modelo de estas impresoras de alimentos 3D (Foodini).
- Pedir un menú desde el móvil: parece un poco loco que ocurra en los centros públicos, pero en algunos hospitales privados estadounidenses, es una realidad. La persona puede elegir mediante una aplicación lo que le gustaría comer ese día, teniendo en cuenta su dieta.

5 Discusión-Conclusión

Un buen menú hospitalario debe ajustarse a las necesidades médicas del paciente y ser apetitoso para que no lo rechace; en cambio, sabemos que un 40% de los alimentos que se sirven en los hospitales vuelve a la cocina (dato de la OCU dic 2019). Teniendo en cuenta que los menús están ajustados para cubrir las necesidades nutritivas de los pacientes, esto significa que muchos de ellos no comen lo suficiente. Hay estudios que hablan de entre un 20% y un 80% de desnutrición en pacientes hospitalizados, y afirman que la duración de la estancia es directamente proporcional a la probabilidad de padecer desnutrición. Lo cual afecta a su estado general y puede retrasar la recuperación, aumentar el gasto hospitalario, entre otros.

Se considera que el paciente puede ver afectado su apetito por su propia patología, como les ocurre a algunos pacientes oncológicos que pierden el sentido del gusto; la medicación, los cambios en la rutina del paciente, el hecho de tener que comer en una bandeja y la propia comida no resulta apetecible. La OCU recomienda evaluar el estado nutricional de los enfermos al ingreso y mejorarlo, y elaborar menús atractivos para quien ya de entrada tiene poca gana. Tenemos la obligación de humanizar la comida para conseguir que la hora de la comida resulte un elemento grato en la vida hospitalaria del paciente.

6 Bibliografía

1. Servicio Endocrinología Nutrición. Hospital Universitario Central Asturias
2. Guillén y col. Evaluación de la aceptación de los menús servidos en el Hospital Universitario de Sant Joan de Reus. Nutr Hosp 2004.
3. www.xataka.com/investigacion
4. www.osakidetza.euskadi.eus

5. http://www.estusanidad.com
6. http://www.hca.es

Capítulo 1103

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL AMBITO HOSPITALARIO

JULIA RETUERTO GARCIA

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA DOLORES MORÁN MARTÍNEZ

MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ RODIL

ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ

1 Introducción

Cocineros, pinches, gobernantas y jefes de cocina trabajan para los miles de pacientes que ingresan cada año en los hospitales españoles. Los trabajadores deben evitar la transmisión de enfermedades y prevenir, cortes quemaduras. De ahí la importancia del lavado de manos y el uso de protecciones de barrera como gorros, guantes y mascarillas. Es imprescindible evitar la exposición a microorganismos o la transmisión de infecciones.

El papel de estos profesionales, aunque menos visible, es muy importante en la atención y mejora de los pacientes hospitalizados. Además, desempeñan su trabajo en un entorno proclive a los riesgos laborales, dado que sus funciones implican, entre otros riesgos, el manejo de cuchillos, la utilización de máquinas y la manipulación de objetos pesados.

La mayoría de los riesgos asociados a estos puestos pueden evitarse mediante un adecuado diseño del puesto, una correcta organización del trabajo, información y formación del personal. Conocer y detectar los riesgos asociados la actividad laboral es el primer paso para evitar accidentes y enfermedades profesionales.

2 Objetivos

- Conocer y evaluar los riesgos comunes que pueden afectar al personal de cocina
- Recomendaciones generales a tener en cuenta en el puesto de trabajo.
- Visibilizar el trabajo del personal no sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el trabajo existen situaciones o condiciones que pueden suponer un riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores, originando accidentes y enfermedades.

Un accidente de trabajo es toda lesión corporal que el trabajador sufre como consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena. Sin embargo, una enfermedad profesional sería el deterioro paulatino de la salud del trabajador producido por una exposición prolongada a una situación adversa; ya sea por la presencia de contaminantes en el ambiente de trabajo o por la forma en que éste se desarrolla. La normativa española define en el Cuadro de Enfermedades Profesionales, aquellas patologías reconocidas como tal así como las actividades, elementos y sustancias que pueden causarlas.

Los accidentes no surgen por casualidad, tienen unas causas que los producen. Por tanto, actuando sobre dichas causas se pueden llegar a evitar. La prevención

de riesgos laborales tiene por objeto eliminar o reducir los riesgos derivados de las condiciones de trabajo. Para ello cuenta con distintas técnicas:

- Seguridad en el Trabajo. Trata de eliminar o reducir los riesgos relacionados con los espacios de trabajo, instalaciones, máquinas, etc., para que no ocurran accidentes de trabajo.
- Higiene Industrial Se centra en eliminar o reducir los riesgos originados por contaminantes químicos, agentes físicos (ruido, radiaciones, etc.) y contaminantes biológicos (bacterias, virus, etc.) para que no se produzcan enfermedades profesionales.
- Ergonomía y Psicosociología Actúa sobre las condiciones físicas (iluminación, ambiente térmico, posturas, esfuerzos, etc.) y los factores organizativos de la tarea (ritmo, demandas cognitivas y emocionales, tiempo de trabajo, etc.), y el entorno donde se desarrolla, para prevenir patologías relacionadas con el trabajo. Medicina del Trabajo Vela por la salud de los trabajadores, llevando a cabo reconocimientos médicos, campañas de promoción de la salud, cursos, etc.

Desde el punto de vista del personal de cocina queremos elaborar una serie de recomendaciones para evitar accidentes y/o enfermedades laborales:

1. Para prevenir el riesgo biológico:

• Limpia y desinfecta con regularidad las zonas de trabajo.
• Elimina los desechos en los contenedores correspondientes.
• Mantén un grado elevado de aseo personal. Emplea la ropa de trabajo, guantes y gorros cubrecabezas, cuando proceda.
• No trabajes nunca con heridas abiertas, cubre los cortes y heridas con vendajes impermeables.
• Evita comer y toser encima de los alimentos.
• Utiliza métodos de barrera para trabajar (guantes, mascarilla, gorro, etc.).

2. Para prevenir las lesiones músculo esqueléticas:

• Selecciona el utensilio adecuado para cada tarea a realizar en la cocina.
• Utiliza los carros o carritos de transporte si es necesario manipular cargas pesadas o voluminosas.
• Siempre es preferible empujar una carga que arrastrarla.
• Mueve los carros desde la empuñadura o, en su defecto, apoyando las manos sobre una superficie estable que se encuentre a una altura cómoda.
• Colócate detrás del carro y cerca del mismo.
• Utiliza ambos brazos para empujar o tirar del carro.
• Al asir los útiles de trabajo mantén las muñecas en posición neutra (manos alineadas con el antebrazo), evitando desviaciones de muñeca.

• Cuando sea necesario usar guantes, asegúrate que son de tu talla para tener un agarre óptimo y mayor confort.
• Mantén los cuchillos afilados y los mangos limpios y secos.
• Utiliza las máquinas cortadoras o picadoras cuando se tenga que cortar mucha cantidad.
• Evita cortar con el dedo sobre el lomo del cuchillo, hacerlo únicamente cuando sea un corte de precisión.
• Utiliza una superficie adecuada para cortar, la altura de trabajo debería estar ligeramente por debajo del nivel de los codos.
• Para pasar la comida de las cacerolas a las bandejas de comida, acércalas lo máximo posible. De esta forma se evitan derrames y posturas forzadas.
• No llenes excesivamente las bandejas y platos.
• Las bandejas de comida deben cogerse con ambas manos y por las asas, abarcándolas con toda la palma de la mano en lugar de sólo con los dedos (agarre en 'pinza' o en 'gancho'). En caso de bandejas sin asas o platos, cógelas firmemente por su base intentando mantener las muñecas lo más rectas posible y sin tensar los dedos.
• Mantén las bandejas y platos próximos al cuerpo (sin quemarte) y a la altura de la cintura.
• Aproxímate a la carga, separa ligeramente los pies y flexiona las rodillas Inclina ligeramente la espalda hacia delante manteniendo la columna alineada Recoge la carga lo más cerca posible del cuerpo y vuelve a la posición derecha estirando las piernas y manteniendo la columna recta.
• Mantén la carga cerca del cuerpo y evita inclinar la espalda hacia un lado o girar el tronco durante su transporte. Si debes girar hazlo moviendo los pies.
• Aproxímate al horno manteniendo la espalda recta y flexionando las rodillas. No dobles la espalda.
• Para incorporarte desde una postura de cuclillas, impúlsate con la fuerza de las piernas apoyándote con una mano sobre una superficie estable.
• Evita triturar la comida dentro de cacerolas demasiado altas.
• Intenta buscar una superficie de trabajo a la altura adecuada para evitar levantar los brazos por encima de los hombros al trabajar con la batidora o el triturador.
• Sujeta el triturador manual con las dos manos si es muy pesado.
• Intenta manipular las cargas frontalmente y con ambas manos para repartir el peso entre los dos lados del cuerpo.
• Procura almacenar los productos más utilizados y pesados en alturas comprendidas entre la cadera y los hombros. Evita colocarlos por encima de los hombros y por debajo de las rodillas.

• Utiliza bolsas, cajas o contenedores pequeños para evitar manipular pesos excesivos, y no los llenes hasta arriba.
• Siempre que puedas, ayúdate de carros o contenedores con ruedas para desplazar las cargas (sacos de patatas, cajas de verduras…), acércalos previamente al objeto a manipular para disminuir el esfuerzo.
• Si el peso a manipular es muy elevado, pide ayuda a un/a compañero/a.

3. Para prevenir las caídas/ golpes:
• No coloques los diferentes utensilios de cocina como ollas, sartenes, bandejas, etc., en el borde de las mesas de trabajo.
• Mantén las zonas de paso libres de obstáculos.
• Recoge inmediatamente cualquier desperdicio de comida que caiga al suelo, salpicadura de aceite o derrame de líquidos.
• Utiliza calzado que sujete bien el pie y provisto de suela antideslizante. No utilices zuecos sin sujeción en el talón.
• Coloca las latas y paquetes de alimentos en las estanterías, sin sobrecargar las baldas.
• Reserva la parte más baja y más alta de las estanterías para los productos más ligeros. Los productos más utilizados y los más pesados y voluminosos en las baldas más accesibles.
• Guarda en contenedores adecuados los paquetes más pequeños y los objetos punzantes.
• Deja libre de obstáculos los pasillos.
• Utiliza medios adecuados, como escaleras de mano, para acceder a los paquetes situados en las baldas más elevadas. No trepes por las estanterías.
• Antes de subirte a la escalera comprueba que la suela de los zapatos y los peldaños se encuentran secos, limpios.
• Sube y baja mirando a los peldaños, con las manos libres de objetos para sujetarte a los peldaños o largueros.
• Mantén siempre el cuerpo dentro de los largueros de la escalera, no manipules objetos muy pesados o voluminosos, ni muevas la escalera subido a la misma.

4. Para prevenir descargas eléctricas:
• Antes de utilizar cualquier equipo eléctrico como batidoras, cortadoras, etc., revisa su estado, en particular, el aislamiento de sus cables de alimentación, conexiones y carcasa.
• Desconecta los equipos de la red eléctrica para su limpieza.
• No tires nunca del cable para desconectar los equipos eléctricos de la toma de corriente, debes hacerlo desde la clavija de enchufe.

• No conectes equipos o aparatos a tomas de corriente que presenten defectos y no sobrecargues los enchufes.
• No conectes cables desnudos directamente en las tomas de corriente.
• No limpies con trapos húmedos o líquidos un equipo conectado a la corriente.
• Evita pasar trapos mojados o fregonas sobre enchufes conectados.
• No manipules interruptores de luz, enchufes, ni aparatos eléctricos con las manos mojadas.
• Evita que el agua entre en contacto con la electricidad.
• Desconecta y seca inmediatamente los equipos eléctricos si sobre ellos cae agua o algún otro líquido.
• En caso de incendio de un equipo eléctrico, no intentes apagarlo con agua ya que existe riesgo de electrocución.
• No manipules el interior de los cuadros eléctricos. Respeta la señal de advertencia de riesgo eléctrico.

5 Discusión-Conclusión

Las condiciones de trabajo relativas a los puestos de cocina y restauración en los centros sanitarios, suelen conllevar una serie de riesgos comunes que pueden llegar a afectar la salud de los trabajadores si no se adoptan las medidas preventivas adecuadas. Además se velará por la eliminación del riesgo microbiológico para no empeorar la salud de los pacientes.

Tanto desde la dirección del centro hospitalario como desde el servicio de cocina, se pondrá el máximo esfuerzo para hacer de nuestro puesto de trabajo un lugar más seguro y confortable.

6 Bibliografía

- http://www.editorialmeta.es/
- www.riojasalud.
- http://www.sanidad.ccoo.es/
- Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario 2011; enfermería atención primaria en salud
- Manual de PRL en centros sanitarios, UGT Murcia
- PREVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS EN HOSTELERIA, Jacinto Bátiz Cantera, Ainhoa Bátiz Cano, Gorka Bátiz Cano, Olatz Bátiz Cano; DEPÓSITO LEGAL: BI- 1556-2017

- https://medlineplus.gov/spanish/woundsandinjuries.html
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laboral
- Última actualización de la Ley de PRL del 30 de enero 2020

Capítulo 1104

NORMATIVA ESTATUTARIA APLICABLE A PERSONAL SANITARIO, DE GESTIÓN Y SERVICIOS.

MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO

ANA MARIA GARCIA GARCIA

EVA POLADURA SOLARES

1 Introducción

El personal al servicio de las instituciones sanitarias, se ha regulado históricamente por medio de estatutos propios, que establecían tanto las funciones de cada categoría, como los derechos, deberes, sistemas de acceso y régimen disciplinario de todas las categorías profesionales al servicio de la salud del sistema sanitario público.

2 Objetivos

- Analizar la evolución normativa aplicable tanto al personal sanitario como de gestión y servicios de las instituciones sanitarias públicas, desde la normativa preconstitucional de los años 1971 para personal no sanitario, y del año 1973 para personal sanitario no facultativo.
- Valorar los aspectos que han mejorado con la nueva regulación normativa y los que se han mantenido, incluso después de la nueva regulación del Estatuto Marco.

3 Metodología

Se ha realizado revisión bibliográfica de la normativa aplicable publicada en el Boletín Oficial del Estado, tanto normativa ya derogada, como normativa actualmente en vigor, relativa al personal al servicio de las instituciones sanitarias.

4 Resultados

En el año 1971, se publicó el "Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social", publicado en el Boletín Oficial del Estado por Orden del Ministerio de Trabajo. Este estatuto preconstitucional, regulaba la relación laboral del personal estatutario no sanitario, dependiente en aquel momento de la Seguridad Social y que venía a sustituir a la anterior regulación del año 1968 "Reglamento de personal de Servicios Especiales de Oficio y Subalterno de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, para intentar acercarlo al Estatuto que en aquel momento regía para los Funcionarios del Instituto Nacional de Previsión. Los estatutos para personal sanitario no facultativo, regulaba la relación laboral, derechos, deberes y funciones respecto del personal de enfermería (sanitario titulado) y auxiliar de clínica, y para personal no sanitario que a su vez regulaba las condiciones laborales, derechos, deberes y funciones respecto del resto del personal con categorías no sanitarias.
El 16 de diciembre de 2003, se publicó en el BOE la Ley 55/2003 Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que entró en vigor el día 18 de diciembre de ese mismo año. El citado estatuto, establece en su exposición de motivos en el punto II, establece:

"Así, el Estatuto Marco deroga el régimen estatutario configurado por los tres estatutos de personal -todos ellos preconstitucionales- y por las disposiciones que los modificaron, complementaron o desarrollaron, sustituyéndolo por el marco básico que compone el propio estatuto y por las disposiciones que, en el ámbito de cada Administración pública, desarrollen tal marco básico y general"

Este nuevo estatuto, establece la normativa referida a todo el personal de las instituciones sanitarias sobre jornada, formas de acceso, categorías y clasificación, retribuciones, derechos y deberes, faltas y sanciones, etc., pero no establece como los estatutos anteriores las funciones propias de cada categoría.

Respecto a las funciones por categorías profesionales, actualmente se siguen aplicando las funciones asignadas en los anteriores estatutos para cada categoría, es-

tableciendo en algunos casos funciones no acordes con la situación laboral y social actual, en la que las funciones de las anteriormente denominadas Auxiliares de Enfermería, profesión en aquel momento desarrollada mayoritariamente por mujeres, actualmente han pasado a denominarse TCAE y se trata de una profesión en la que aún cuando siguen siendo mayoría mujeres, a lo largo de los años se han ido incorporando muchos hombres. Para los celadores, profesión que en los estatutos anteriores era mayoritariamente desarrollada por hombres y eso se refleja en el articulado, especificando:

"14.8 Excepcionalmente lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismo. Atendiendo a las indicaciones de las Supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias.
15.8 En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requiera"

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy, hay una relativa igualdad respecto al personal sanitario y de gestión y servicios en cuanto a la presencia masculina y femenina, tanto en las categorías con lo cual, la normativa referida a las funciones del personal estaría totalmente obsoleta, en cuanto a igualdad, pero tampoco se hace un reflejo de las funciones en el nuevo Estatuto Marco, dejando el desarrollo de la normativa específica tanto al Estado como a las Comunidades Autónomas.

El Estatuto Marco, normativa actualmente en vigor, , regula de forma muy precisa, los derechos, deberes, régimen disciplinario (faltas y sanciones), formas de acceso, clasificación del personal, planificación y ordenación del personal, adquisición y pérdida de la condición de estatutario, provisión, movilidad, carrera profesional, régimen de retribuciones, jornada, permisos y licencias, situaciones del personal, incompatibilidades, representación, participación y negociación colectiva.

Este Estatuto, establece detalladamente los anteriores puntos y sin embargo, deja de lado la regulación de las funciones a desarrollar por el personal sanitario no facultativo y personal de gestión y servicios, que quedando en el aire la regulación que debería haberse hecho por parte de las instituciones públicas, y que a fecha de hoy no ha sido desarrollada, sigue quedando todo lo relativo a funciones

del personal, a los estatutos preconstitucionales que a día de hoy no reflejan la situación actual del personal al servicio de las instituciones sanitarias.

La nueva regulación, mejora las condiciones de todos los aspectos que abarca en todo su contenido, tanto en derechos como en garantías, para todo el personal de los servicios sanitarios públicos.

6 Bibliografía

- Estatuto del Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. BOE 22 de julio de 1971 Orden 5 de Julio de 1971.
- Estatuto de personal sanitario no facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. BOE núm. 102, de 28 de abril de 1973, Orden de 26 de abril de 1973.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. BOE» núm. 301, de 17 de diciembre de 2003.

Capítulo 1105

EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD LABORAL EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

VERÓNICA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos son un colectivo que padecen habitualmente de esos trastornos debido a la presión a la que muchas veces están sometidos en sus trabajos. Con el modo de vida actual los trabajos han ido cambiando y el ritmo laboral se ha incrementado, actualmente, en las empresas con menos trabajadores han de alcanzarse mejores resultados.

El estrés laboral aparece cuando las demandas del trabajo son elevadas, y a su vez, si existen pocos recursos, la capacidad de control en la toma de decisiones es reducida. Buscar formas de reducir el estrés puede ayudar a sentirse mejor y tener una vida más saludable.

No todas las personas reaccionan igual ante las mismas situaciones, el nivel de estrés depende de la capacidad de reacción que tenga el organismo de cada uno.

2 Objetivos

- Relacionar las características socio-laborales con la calidad de vida en el trabajo y con los síntomas de estrés y ansiedad.
- Diagnosticar el estrés del trabajador administrativo según factores psicosociales y agentes estresores del sistema sanitario.

- Identificar los factores causales de estrés laboral en el personal auxiliar administrativo.

3 Metodología

Revisión sistemática de publicaciones científicas, así como estudios relacionados en las diferentes bases de datos (Medline, Dialnet, Cuiden, ISOC Ciencias Sociales y Humanidades). Tras la lectura de múltiples artículos, investigaciones y publicaciones se han asentado las bases de este trabajo. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional o internacional), se utilizaron descriptores en español. De un total de 28 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 11 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos experimentan estrés laboral cuando notan que lo que se les exige en el trabajo es superior a los recursos con los que ellos cuentan para cumplir las exigencias y estar al nivel exigido.

El estrés laboral puede ser positivo o negativo. Si hablamos del positivo nos referiremos a cuando es algo adaptativo, de tal forma que no interfiere en la salud integral del auxiliar administrativo, simplemente el sujeto está alerta a las nuevas condiciones, o surge en un proceso de adaptación al cambio o a situaciones difíciles, su duración es limitada en el tiempo.

Cuando el estrés se hace mayor con el tiempo y afecta a la salud del trabajador estaríamos hablando del negativo, puede traer consigo problemas de salud como la depresión, ansiedad, insomnio… normalmente esta situación perdura en el tiempo y podríamos indicar que se sufre al pasar la barrera del mes, dependiendo de las situaciones.

En resumen, este estrés negativo afecta a la calidad de vida del auxiliar administrativo llegando al extremo de necesitar la baja laboral.
Las causas de sufrirlo pueden ser muchas, pero entre ellas están la sobrecarga de funciones en el puesto de trabajo, la falta de motivación, falta de conciliación de la vida laboral y personal, sufrir acoso laboral, percibir un salario bajo o no acorde a tus funciones.

Son muchas las consecuencias que el estrés laboral puede implicar, una de las que más condicionan a la persona en su día a día son las consecuencias emocionales (padecer ataques de pánico, sufrir ansiedad…). Las consecuencias cognitivas también afectan de manera importante a los auxiliares administrativos en el trabajo (los problemas de concentración, problemas de memoria, olvidos…). Finalmente, existen también las consecuencias físicas (problemas dermatológicos, problemas en la tensión, insomnio, dolores de cabeza…) y las conductuales (reducción de la productividad, cometer errores…).

Es muy importante actuar cuando se observen los primeros síntomas para que las consecuencias no se agraven y de este modo no afecten a la salud de los sujetos. Estos síntomas pueden ser muy distintos en cada persona, depende de la predisposición biológica y psicológica de cada uno y de las herramientas que se posean para combatirlos.

5 Discusión-Conclusión

La organización es una manera muy eficaz de prevenirlo, si se gestiona bien el tiempo es posible evitarlo. Una buena planificación de la agenda laboral puede conseguir que no surjan este tipo de problemas.

Una mejora de la comunicación ayudará a reducir ese estrés laboral, del mismo modo, si se aumenta la participación de los trabajadores en las decisiones de la organización también se conseguirá mejorar mucho en este aspecto. Se debe tener en cuenta que si las tareas laborales no son monótonas la calidad del trabajador mejorará porque este se sentirá más estimulado.

Con la existencia de grupos de trabajo y coordinadores que ayuden y se impliquen en la realización de las tareas se mejorará mucho en este aspecto porque los auxiliares no se sentirán tan vulnerables. Invertir en prevención ahorraría costes y se evitarían bajas y problemas de salud en los trabajadores del sistema sanitario.

Establecer metas razonables y que se puedan cumplir ayudará a reducir el estrés, del mismo modo, tomarse descansos, hacer ejercicio o realizar técnicas de relajación aumentarán la sensación de bienestar laboral.

6 Bibliografía

- Díaz, D. (2011). Estrés laboral y sus factores de riesgo psicosocial. Revista CES Salud Pública, 2(1), 80-84.
- Fernández, H. (2010). La influencia de los factores estresantes del trabajo en el rendimiento laboral. Invenio 13(25), 111-124.
- Aparicio, JC. (2000). El estrés relacionado con el trabajo: un problema creciente. Trabajando contra el estrés. Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo, Luxemburgo: Comisión Europea, 14-15.
- Luceño Moreno L, Martín García J, Rubio Valdehita S, Díaz Ramiro E. Factores Psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad. EduPsykhé. 2004; 3(1): 95-108.

Capítulo 1106

LA MOTIVACIÓN LABORAL EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

VERÓNICA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La motivación laboral es un punto importante en el desarrollo de la vida profesional de los auxiliares administrativos y de cualquier trabajador de una empresa. Todos necesitamos herramientas que nos motiven para poder realizar nuestro trabajo adecuadamente.

Hoy en día, muchas empresas se encuentran con el problema de la falta de motivación en sus trabajadores, sin embargo, es de vital importancia que la motivación laboral esté presente en la sanidad, esta hace que el compromiso con la organización sea mayor por parte de los trabajadores.

Se puede decir que los auxiliares administrativos están motivados cuando rinden al máximo y están implicados en su trabajo consiguiendo los objetivos que el sistema sanitario les encomienda.

Son muchos los motivos que hacen que un trabajador pueda caer en la desmotivación laboral: la rutina, el estancamiento profesional, el salario. Y todos ellos hacen que el trabajador rinda menos.

2 Objetivos

- Conocer los factores que afectan a la motivación laboral.
- Analizar cómo influye la motivación laboral en la productividad.
- Conocer qué importancia tiene la motivación en los auxiliares administrativos.

3 Metodología

Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre la motivación laboral en el personal auxiliar administrativo. Se consultaron diversas bases de datos (Dialnet, ISOC Ciencias Sociales y Humanidades, Medline, Cochrane), así como el directorio de revistas científicas entre ellas Elsevier. Tras la lectura de diferentes artículos, investigaciones, publicaciones se han establecido las bases de este trabajo. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional o internacional), se utilizaron descriptores en español. De un total de 26 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 13 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

4 Resultados

En el desarrollo de la vida profesional, la motivación laboral es un aspecto primordial, pero son muchos los trabajadores que no se sienten realizados con la labor que desempeñan. Los puestos de trabajo deben ser vistos por los auxiliares como una forma de cumplir metas y objetivos, no solo como una necesidad para vivir. En ellos tiene que haber un confort y una estabilidad que se logrará, con el esfuerzo necesario para alcanzar los objetivos marcados. Los hombres buscamos nuevos retos que alcanzar, por eso la motivación está siempre presente, pero ante las mismas condiciones la reacción de cada persona será distinta.

Aunque todos estemos diferenciados por un perfil, cada persona es más apta para un puesto de trabajo o para otro, esta tarea es encomendada a la dirección de la organización, que será la encargada de ubicar a cada trabajador en el lugar más indicado.

Si nos fijamos en el origen de la motivación podemos hablar de la motivación intrínseca, en esta motivación la empresa no puede influir porque está generada por factores internos, como la propia satisfacción personal del auxiliar administrativo. Por el contrario, la extrínseca es la producida por factores externos a

la persona, como un reconocimiento público, un aumento del sueldo o las características de un contrato, esta motivación laboral sí que es provocada por la empresa.

Se puede hablar de muchos factores que afectan a la motivación, entre los más populares está la comodidad en el puesto de trabajo, conciliación de vida laboral y personal, la autonomía de la persona al desempeñar su trabajo, las condiciones laborales y el ambiente de trabajo. Todos ellos ayudarán a que el auxiliar administrativo se encuentre mejor y más integrado en la organización sanitaria, ofreciendo así mucha más calidad al usuario en cuanto a atención y prestación de servicios.

Los objetivos del auxiliar y los de la organización han de ser similares para que las expectativas de los dos se cumplan. En los casos en los que esto no pasa, surgen los problemas de ansiedad o estrés en el trabajo, dando lugar a las bajas o ausencias por parte de los trabajadores.

La comunicación está relacionada directamente con la motivación laboral, comunicarse bien evita malos entendidos y establece lazos. Si la comunicación entre la organización y el auxiliar es buena permitirá que este se comprometa más y potenciará el éxito de ambos.

Otro punto importante a destacar es que los auxiliares pasan mucho tiempo de trabajo en sus puestos, por lo que crear un espacio cómodo aumentará el confort y ayudará a que el trabajo diario se desempeñe con más soltura. De esta forma, se sentirán más realizados y estarán más integrados en el sistema sanitario, velando más por los valores del mismo y sintiéndose parte importante de él.

5 Discusión-Conclusión

Los estímulos positivos hacen que la motivación aumente, se logrará un ambiente proactivo y cómodo para todos, consiguiendo así que los trabajadores estén felices en sus puestos de trabajo. Son muchos los beneficios que se consiguen en un ambiente motivado, pero uno de los más importantes es el compromiso de los trabajadores con la organización. Un auxiliar administrativo satisfecho será mucho más productivo en su labor. La productividad aumenta significativamente con trabajadores motivados y contentos con el trabajo que realizan. La eficiencia aumenta cuando el auxiliar está cómodo con su trabajo. Sabiendo cuáles son sus funciones y desempeñándolas con autonomía se logrará que el sistema sanitario

funcione con más agilidad.

6 Bibliografía

- GRAGERA DUQUE, G. (2001). La motivación en el mundo del trabajo. OSTS, 13-14
- ALVAREZ LOPEZ, L. F. La satisfacción laboral su medición y evaluación. Clima Laboral. Artículo 04/2005
- SPRENGER, R.K. (2005): El mito de la motivación. España, Díaz de Santos.
- VÉLEZ, J. (1996): Motivos y motivación en la empresa. Díaz de Santos. Madrid.
- ALONSO MARTÍN, P. (2008). Estudio comparativo de la satisfacción laboral en el personal de administración. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 24 (1), 25-40.

Capítulo 1107

EL AISLAMIENTO COMO PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN EL ÁMBITO SANITARIO

LOURDES FERNÁNDEZ LLOUSAS

1 Introducción

En los ámbitos sanitarios el aislamiento es el método por el cual todo paciente o usuario de la salud evita que una enfermedad transmisible se propague de unas personas a otras mediante el conocimiento de los distintos métodos.

Gracias a éstos conseguimos frenar dicha enfermedad haciendo desaparecer el foco de infección que la provoca.

Debemos concienciarnos de la importancia que tiene ya que está en nuestras manos evitar en todo lo posible que este tipo de enfermedades se propague y llegue a producir muertes evitables.

2 Objetivos

Analizar el tipo de enfermedad con el que nos encontramos y así determinar cuál es el método de aislamiento que debemos utilizar con ese tipo de pacientes.

3 Metodología

A través de la consulta de numerosas páginas web referentes a los diversos métodos de aislamiento así como los protocolos establecidos en los distintos servicios

de salud conseguimos recabar información acerca del tema.

4 Resultados

Una vez nos hemos informado sobre el protocolo a seguir en los diferentes aislamientos de las diversas enfermedades nosocomiales con las encontramos en un hospital, la primera y más importante de las medidas a seguir es el adecuado lavado de manos.

Antes de estar en contacto con dichos pacientes es necesario y obligatorio realizarlo de manera sistemática.

Existen diversos tipos de contagio de enfermedades nosocomiales:
- Por una parte no encontramos el contacto aéreo. En este tipo de contacto nuestra protección,es decir, el equipo de aislamiento que debemos utilizar son: guantes, mascarilla y bata.
- Cuando nos encontramos ante un tipo de contagio mediante contacto nuestro equipo de aislamiento debería de ser: bata y guantes.
- Por último lugar nos encontramos con los pacientes inmunodeprimidos y nuestro equipo de aislamiento será en este caso un aislamiento inverso en el utilizaremos: bata, guantes y mascarilla.

Si llevamos acabo las pautas a seguir en los métodos de aislamiento que disponemos hoy en día en los hospitales conseguimos frenar las enfermedades derivadas de los contagios directos de pacientes a personal sanitario y otro tipo de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los distintos servicios de prevención que son los encargados de poner a nuestra disposición los protocolos a seguir en todo tipo de aislamiento nos dan la suficiente información sobre los pasos a seguir para evitar que una enfermedad nosocomial se transmita produciendo muertes.

Se han de llevar a cabo estos aislamiento para así luchar contra virus o bacterias que provocan dichas enfermedades.

6 Bibliografía

- Páginas web: www.teoma.es,
www.zero6.es,
www.ursa.es
- Servicios de prevención de los servicios de salud
- Boletines informativos de los diversos sindicatos como CCOO
- Temarios editorial MAD

Capítulo 1108

ESTRÉS LABORAL: AGOTAMIENTO FÍSICO Y MENTAL

ROSANA ALONSO ORVIZ

MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO

PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Todos los trabajadores tienen derecho a realizar su trabajo de forma segura y sin que se produzca daño en su salud. Hemos asumido la necesidad de que los puestos de trabajo se adapten lo más posible al trabajador, porque el facilitar el desempeño de la actividad laboral no sólo influye en la seguridad, sino también en la productividad. Pero nuestra salud laboral depende también de que se reconozca nuestra labor, de esta forma aumenta nuestro interés y autoestima. En ocasiones, las exigencias en el trabajo se vuelven inasumibles para algunos trabajadores, esto genera en ellos un grave estrés que no son capaces de gestionar por sí solos y que puede desembocar en graves enfermedades.

2 Objetivos

- Alertar sobre el síndrome del trabajador quemado.

3 Metodología

Hemos consultado la información que existe sobre el burnout laboral en la página oficial de la Organización mundial de la Salud (OMS), además de consultar bases de datos como Medline, Scielo y Pubmed, donde se han utilizado las palabras clave como descriptores. También se utiliza la información que encontramos sobre el estrés laboral en la página web astursalud.

4 Resultados

El burnout produce angustia, cansancio, depresión. En los casos más extremos termina por afectar no sólo al entorno laboral sino también al entorno no profesional del que lo sufre. Otras de sus posibles consecuencias son los trastornos del sueño, los problemas digestivos, el dolor de cabeza, etc. Además el estrés laboral genera absentismo, el agotamiento reduce la productividad del trabajador afectado y la falta de motivación le hace perder interés por la actividad que desempeña. Los trabajadores se muestran más irritables, esto es especialmente preocupante en actividades como la sanidad en la que el contacto con otras personas es necesario.

5 Discusión-Conclusión

Se puede dar en cualquier trabajo, pero sobre todo afecta a profesionales que desempeñan un trabajo que supone implicación con otras personas como ocurre en el caso de la sanidad, la enseñanza, atención al público, etc. Muchos de estos trabajadores sufren agresiones y terminan por no sentirse seguros en sus lugares de trabajo. Las consecuencias para el trabajador son desajustes tanto a nivel físico como psicológico.

Se produce por un aumento en la carga de trabajo, genera culpa y remordimiento pero también en muchos casos distanciamiento hacia el trabajo. La frustración derivada de las condiciones de trabajo les produce ansiedad, trastornos del sueño, dolor de cabeza y sobre todo agotamiento. Todo esto prolongado en el tiempo puede desembocar en depresión.

Es importante tomar medidas que ayuden a resolver el estrés laboral, ya que estadísticamente cada vez son más los trabajadores que se ven afectados. Para ello es necesario implicar al trabajador en la organización del trabajo, también debe recibir formación adecuada, esto ayudará a que no se vea desbordado por

actividades que no puede o no sabe controlar. Sentirse apoyado y valorado es necesario para no perder interés en la actividad que se realiza. Interesarse por aquello que preocupa al trabajador e intentar solucionarlo contribuye a evitar los casos de estrés laboral.

6 Bibliografía

- https://www.astursalud.es
- https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/
- https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/home.html

Capítulo 1109

EDIFICIOS Y SALUD LABORAL.

MARIA DEL CARMEN FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

JAVIER FERNÁNDEZ CRISTÓBAL

1 Introducción

Si bien las condiciones constructivas de los lugares de trabajo comienzan a ser reguladas en los años 70, como consecuencia de la crisis energética, por la ”Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo” aprobada mediante Orden de 9 de marzo de 1971, no es hasta el año 1982 cuando la organización mundial de la salud (OMS) lo reconoce como enfermedad. Siendo denominado como síndrome del edificio enfermo (SEE).

Este término puede llevar a engaño pues no es el edificio el que enferma sino sus ocupantes y por ello la OMS (1982) lo define como: “El conjunto de molestias y enfermedades que un edificio causa en sus ocupantes y cuyo origen está en el mal estado del edificio”.

2 Objetivos

- Diferenciar los dos tipos que existen.
- Localizar las fuentes contaminantes en los edificios.
- Explorar y examinar las repercusiones en el ámbito laboral.
- Saber los mecanismos reglamentarios para la localización y posible subsanación de los problemas ocasionados.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Las dos diferencias existentes entre los dos tipos de Síndrome del Edificio Enfermo según la Organización Mundial de la Salud son:
- Los "edificios temporalmente enfermos" son aquellos (normalmente de nueva edificación o reciente remodelación) cuyos síntomas, molestias o enfermedades en los ocupantes del edificio, disminuyen y desaparecen con el tiempo, seis meses aproximadamente.
- Los "edificios permanentemente enfermos" en los que los síntomas persisten durante años a pesar de haberse tomado medidas para solucionar el problema.

2. La investigación o estudio de un "SEE" es complejo y dificultoso en muchos casos y en los que deben intervenir: higienistas, médicos, técnicos especialistas e incluso psicólogos.

3. Con frecuencia, la calidad de la construcción, ligera y poco costosa es deficiente. La tendencia es a crear estructuras herméticas, aisladas del exterior y sin ventilación (ventanas no practicables).

4. Todo el conjunto de molestias y enfermedades estarían originadas o estimuladas, entre otras, por:
- Una mala ventilación.
- La descompensación de temperaturas.
- Las cargas iónicas y electromagnéticas.
- Las partículas en suspensión.
- Los gases y vapores de origen químico y los bioaerosoles.
- Iluminación.
- Ruido y vibraciones.

5. Se estima de que el síndrome afecta entre un 10% y un 30% de los ocupantes de un 30% de los edificios modernos.

6. Se asocia al lugar de trabajo si al menos un 20% de los ocupantes, en este caso trabajadores, presentan un conjunto de síntomas inespecíficos sin que sus causas estén perfectamente definidas ya que estos síntomas se suelen confundir, aunque se han asociado a este síndrome:
- Mayor incidencia de infecciones de vías respiratorias.
- Potenciación de enfermedades del propio trabajador, como eczemas, sinusitis, etc.
- Cefaleas, vértigos.
- Disfonía, tos.
- Náuseas, trastornos gastrointestinales.
- Disnea, asma
- Somnolencia, fatiga.
- Irritación de los ojos, nariz y garganta.
- Eritema cutáneo, comezón.

La sintomatología tiene una cronología muy concreta ya que comienza con la jornada laboral y se incrementa a lo largo de ésta, además de las alteraciones según la época del año debido a las variaciones respecto al grado de funcionamiento de los sistemas de refrigeración, calefacción, humedad, etc. Se ha de tener en cuenta que los propios ocupantes del edificio suelen ser una de las fuentes más importantes de contaminación ya que el ser humano produce de forma natural CO2, vapor de agua, partículas y aerosoles biológicos. Una de las características es que los síntomas desaparecen al abandonar el edificio, por ello se asocia al lugar de trabajo si afecta a varios empleados y tiene una persistencia no razonable, mejorando al abandonarlo llegando a desaparecer durante las vacaciones.

7. En base a los conocimientos actuales es muy posible que no podamos erradicar el Síndrome del Edificio Enfermo, pero sí plantear el control del problema y la vigilancia de los trabajadores afectados siguiendo una serie de criterios y el protocolo de actuación recomendado por la Comisión de las Comunidades Europeas basado en la aparición de los problemas detectados según la intensidad e importancia de éstos y que se desarrolla en cuatro fases. Existe un cuestionario de síntomas (NTP*-290 y NTP-380 cuestionario simplificado) donde se recogen las quejas planteadas por los trabajadores.
- Para plantillas inferiores a 150 trabajadores se pasa el cuestionario a todos ellos; para plantillas superiores se realizaría un muestreo al azar.
- El siguiente paso sería la descripción en relación a las condiciones de trabajo, síntomas y ubicación en el plano del edificio. De esta manera se obtendría, con mayor o menor precisión, el diagnóstico Síndrome de Edificio Enfermo (SEE) prevalencia de síntomas > 0,80, además del tipo y localización de las quejas.

5 Discusión-Conclusión

El ambiente interior de cualquier edificio es el resultado de la integración, teniendo en cuenta el lugar, el clima, el sistema mecánico, los materiales de construcción, los equipos, el mobiliario y los ocupantes (trabajadores) del edificio.

Mencionaremos la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales: es la norma legal por la que se determina el cuerpo básico de garantías y responsabilidades preciso para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo, en el marco de una política coherente, coordinada y eficaz.

En la gran mayoría de las ocasiones, de manera común, se asocia riesgo laboral con los medios que se deben proporcionar para la seguridad del trabajador respecto a los Equipos de Protección Individual (EPIS), Ergonomía, etc. ¿Pero realmente se tiene en cuenta la gran importancia y repercusión de las infraestructuras destinadas a centros de trabajo para el personal no solo estructural si no ambientalmente?

Para el dueño u operador de un edificio, ya sea público o privado, con Síndrome del Edificio Enfermo (SEE) las repercusiones pueden ser altos niveles de empleados enfermos o absentismo, baja productividad, baja satisfacción laboral y alta rotación de empleados.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la salud (OMS).
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (I.N.S.H.T.).
- Real Decreto 486/1997 de 14 de abril.
- BOE núm. 97 (23 de abril de 1997).
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social.
- Instituto de Salud CARLOS III; Título VII, artículo 112.
- Directiva 89/654/ CEE, de 30 de noviembre.
- Consuelo Ibáñez Martí, médico salubrista.
- Berenguer Subils, M.J. "Síndrome del Edificio Enfermo". NTP-289. I.N.S.H.T. 1991.
- Acción Concertada Europea. Comisión de las Comunidades Europeas.
- Solé Gómez, M.D.; Pérez Nicolás, J. (SEE) Cuestionario para su detección. NTP-290.

Capítulo 1110

HUMANIZACIÓN EN LA SANIDAD

PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ

VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ

DAVID ALVAREZ TRINIDAD

1 Introducción

En un entorno cada vez mas impersonal, es importante destacar el concepto humanización, que aplicado a la asistencia sanitaria, hace referencia a la capacidad de los profesionales de ponerse en la piel del enfermo y transmitir esa consideración como ser humano independientemente de las tareas que deba realizar. Consiste en atender a las personas dando respuesta no solo a sus necesidades físicas, sino también a su esfera emocional.

2 Objetivos

- Intentar ponerse en la situación del enfermo y de los familiares.
- Proponer una comunicación humanizada basada en la sinceridad, el respeto, la verdad.
- Crear un clima o caldo de cultivo favorable para una comunicación bidirecional y productiva.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de artículos publicados, así como una recogida de información de la experiencia y vivencia tanto de profesionales al servicio de

la sanidad, como de las expectativas de los usuarios.

4 Resultados

Uno de los aspectos más relevantes que condiciona la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios es recibir una atención humanizada que respete los derechos fundamentales e individuales de cada persona, atendiendo a sus necesidades, expectativas y demanda.

Las principales barreras de la humanización identificadas son: falta de tiempo para dedicar a los pacientes por parte de los profesionales, falta de recursos humanos y económicos que permitan una atención de calidad, en ocasiones escasa formación y sensibilización.

5 Discusión-Conclusión

El paciente es la razón de ser del sistema sanitario. Debe ser tratado como un ser humano, no como una enfermedad. El interés por mejorar los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria necesita de la colaboración multidisciplinar en todos los ámbitos del sistema sanitario, así como recursos.
La humanización no se restringe solo a los profesionales que están en contacto con el paciente sino que tiene impacto directo sobre las organizaciones sanitarias, administración, políticas sanitarias, cuidadores….

6 Bibliografía

-Observatorio de Sanidad.
-Páginas web: www.gacelamedica. com
-Menéndez R. ”La nueva dimensión de la relación médico paciente en nuestros días”
-Revistas: Enfermería clínica.

Capítulo 1111

ERGONOMÍA: BIENESTAR, SALUD Y CALIDAD DE VIDA

PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ

MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO

ROSANA ALONSO ORVIZ

1 Introducción

Teniendo en cuenta que pasamos gran parte de nuestra vida en el puesto de trabajo, cada vez se hace más necesario que las condiciones que rodean al mismo no sólo protejan nuestra salud y nos defiendan sobre posibles accidentes laborales, sino que además, debemos buscar que se trate de un lugar confortable en el que podamos desarrollar todo nuestro potencial, en el que centremos todos los esfuerzos en la tarea que acometemos y no en posibles efectos adversos que podamos padecer por no tratarse de un lugar habilitado de forma correcta.

2 Objetivos

- Analizar las condiciones en que se lleva a cabo el trabajo, el ambiente en el que trabajamos es determinante para una buena salud y por eso un diseño adecuado del mismo es decisivo.
- Realizar evaluaciones de los puestos de trabajo. Estas evaluaciones tienen el fin de prevenir posibles riesgos para el trabajador.

3 Metodología

Mediante bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline conseguimos información sobre el tema que nos ocupa, donde se han utilizado las palabras clave como descriptores. También consultamos la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

4 Resultados

Diseñar y adaptar los puestos de trabajo no sólo evita daños en la salud ya que al tener en cuenta el factor humano y buscar el beneficio del trabajador también se consigue maximizar sus capacidades y esto se traduce en un aumento del rendimiento y, por tanto, de la productividad. De este modo, se consigue, además de reducir las enfermedades laborales, disminuir los gastos. Cuando se invierte en acondicionar los puestos de trabajo se obtiene un beneficio no solo a corto sino también a largo plazo.

El reconocimiento del trabajo que desempeñamos nos motiva y aumenta nuestro interés y autoestima. Ese reconocimiento no sólo se refleja al alcanzar unos objetivos laborales sino también cuando somos capaces de comprobar que nuestro trabajo se desempeña en condiciones seguras.

5 Discusión-Conclusión

Todos los trabajadores tienen derecho a realizar su trabajo de forma segura y sin que se produzca daño en su salud. Planificar la prevención ayuda a evitar los riesgos y sus consecuencias.

El diseño adecuado de nuestro puesto de trabajo influye directamente en nuestra salud y también en nuestra satisfacción como trabajadores. Pasamos muchas horas en el trabajo, por eso, cuando hablamos de calidad de vida, es importante recordar, que esta no es posible sin lograr un alto grado de bienestar en nuestro trabajo.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre de PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.
- https://www.astursalud.es.

Capítulo 1112

SALUD MEDIO AMBIENTAL.

MARÍA ISABEL ROCES SIEBIERSKI

1 Introducción

La salud ambiental influye directamente en nuestro bienestar. Los bienes y servicios ecosistémicos permiten nuestro desarrollo en la Tierra. Por eso, conocer qué es y cómo nos afecta, es fundamental para entender la importancia de nuestra forma de vivir y de actuar.

La salud ambiental engloba aquellos factores del ambiente que podrían incidir en la salud. Específicamente, está relacionada con los factores físicos, químicos y biológicos externos de las personas. Por eso la calidad del entorno es vital para la buena salud y desarrollo de las personas.

La contaminación del agua y las sequías también son un punto de gran relevancia, si tenemos en cuenta que el agua es esencial para la vida. La carencia de agua potable y de los sistemas de depuración es uno de los grandes desafíos.cabe destacar que las enfermedades no transmisibles (accidentes cardiovasculares, cáncer, neumopatías crónicas) constituyen en la actualidad, según un artículo de 2016 de la OMS “casi dos terceras partes del total de las muertes son debidas a la insalubridad del medio ambiente”.destaca que los niños son el grupo más susceptible a los efectos negativos del ambiente. Esto puede verse reflejado en las muertes prematuras, el cáncer infantil, entre otros.

Especialmente relevante son los efectos que el cambio climático está causando en la salud ambiental, debido a que los ecosistemas se ven alterados y, con ello, los bienes y servicios ambientales como el cambio de composición, capacidad de recuperación o la productividad de los ecosistemas naturales.

En el caso de la contaminación del aire, disminuir sus niveles puede reducir la carga de morbilidad y mortalidad. Adoptar estrategias en los sectores del transporte, planificación urbana y generación de electricidad e industria permitirían esta reducion la utilización de tecnologías limpias en las industrias, adopción de métodos limpios de generación de electricidad, priorización del transporte urbano y uso de bicicletas, mejorar la eficiencia en la planificación urbana, gestión de desechos municipales, entre otros. Invertir en estrategias, para que la población vea claramente la necesidad de un cambio.

2 Objetivos

Conocer qué es la salud ambiental y cómo nos afecta, para entender la importancia de nuestra forma de vivir y de actuar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es sumamente urgente invertir en estrategias que reduzcan los riesgos ambientales en las ciudades, hogares y lugares de trabajo. De esta manera conseguiremos reducir considerablemente la creciente carga mundial de enfermedades cardiovasculares, neuropatías, lesiones y cánceres. Esto, además, repercutirá en una disminución inmediata en los costos sanitarios. En definitiva, es de suma importancia crear ambientes más sanos para mejorar la salud , características que definen a la Sanidad Ambiental son que sus actividades están dirigidas a la prevención primaria, es decir a evitar la aparición de enfermedades, y que el nivel de atención es el comunitario, se actúa para prevenir los riesgos que pueden afectar a la población. Es decir que podemos decir sin riesgo a equivocarnos que la Sanidad Ambiental forma parte de la Salud Pública y si todavía queremos apurar más diríamos que la Sanidad Ambiental es, sobre todo, protección de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Si los países no adoptan medidas para que los ambientes en los que se vive y se trabaja sean sanos, millones de personas seguirán enfermando y muriendo prematuramente" debido a que "un ambiente sano es la base de la salud en la población.
Los factores ambientales que influyen en nuestra salud son tres:
- Factores químicos como(el agua, aire, alimentos, etc.)
- Factores biológicos, como(animales,plantas , microorganismos, etc.)
La utilización de sistemas de ventilación , los sistemas de filtración, y los sensores inteligentes, son parte de la tecnología actual ayudarán a mejorar nuestro medio ambiente.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1113

EL ESTRÉS EN PERSONAL SANITARIO HOSPITALARIO.

PILAR CONDADO MENENDEZ

JESUS ALVAREZ CANO

FRANCISCO CARRIO CANCER

1 Introducción

En cuanto a los principales estresores laborales, y aunque existen muchas formas de clasificación, podríamos considerar como más relevantes, el ambiente físico, demandas del propio trabajo, estructura de la organización, relaciones interpersonales, inseguridad laboral, organización del trabajo, conflicto de roles y factores externos al trabajo (Peiró 1999). Los riesgos psicosociales y en particular el estrés se han convertido en uno de los principales problemas para la salud y la seguridad laboral. Se ha realizado una revisión de la literatura científica actual sobre el estrés debido a su importancia como riesgo emergente, y la repercusión de este problema en la productividad y el deterioro de la calidad de vida en el personal sanitario que desarrolla su actividad profesional en medio hospitalario, así como intentar identificar los principales métodos de evaluación del estrés actualmente utilizados.

2 Objetivos

- Conocer el estado actual del estrés en el personal hospitalario.
- Identificar los principales métodos de evaluación.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica exploratoria utilizando las bases de datos Medline, Embase, Scirus, Wok, Psycinfo, OSH update, Cisco, IBECS y LILACS, así como en repositorios como Dialnet, SciELO y Google académico. El periodo de estudio de la bibliografía publicada fue el comprendido entre el año 2009 y 2012 realizándose la última búsqueda el 10 de diciembre de 2012.

4 Resultados

Entre los principales resultados encontrados en artículos que evalúan de forma específica el grado de estrés en el personal sanitario, este se corresponde con un nivel moderado-elevado y parecen existir diferencias de nivel de estrés según las condiciones de trabajo, el área de estudio y el apoyo de los superiores y compañeros. Algunos artículos señalan una correlación directa entre el estrés con la depresión, alteraciones psicosomáticas, lesiones músculo esqueléticas, así como con el Burnout. Los niveles de estrés encontrados en los artículos revisados fueron moderados-altos, con diferencias entre las distintas áreas y especialidades. Factores individuales tanto objetivos como subjetivos parecen influir en los grados de estrés. Existe diversidad de métodos utilizados para la evaluación del estrés, la mayoría tienen un nivel de fiabilidad elevado. La producción bibliográfica encontrada es mayor en Asia y Europa.

5 Discusión-Conclusión

Los niveles de estrés son elevados en el personal sanitario del hospital ,sobre todo en algunas áreas y especialidades, existen una serie de moderadores del grado de estrés como los factores individuales y el ambiente físico y no existe un consenso internacional en el método utilizado para su evaluación.Por otra parte, encontramos diferentes niveles de exposición al estrés en distintas especialidades, áreas o servicios del hospital 30-32. De esta forma, Shaher 54 diferencia entre áreas estresantes y no estresantes siguiendo una serie de características demográficas y organizativas del trabajo en las que además se tienen en cuenta la edad, la experiencia, el género, el trabajo a turnos y la carga de trabajo.

6 Bibliografía

- Wu H, Zhao Y, Wang JN, Wang L. Factors associated with occupational stress among Chinese doctors: a cross-sectional survey. Int Arch Occup Environ Health. 2010 Feb;83(2):155-64. doi: 10.1007/s00420-0090456-z. Epub 2009 Aug 22.
- Roman-Hernandez. S.estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención.Rev. Cubana Sal Púb 2003:29(9):3281.8.
- Dorevitch, Samuel / Forst, Linda Hazard of emergency physicians The American Journal of Emergency Medicine, 18 (3), p.300-311, mayo 2000.
- Dendaas N.Environmental congruence and work-related stress in acute care hospital medical/surgical units: a descriptive, correlational study. HERD. 2011 Fall;5(1):23-42.

Capítulo 1114

EL AISLAMIENTO SOCIAL RELACIONADO CON LA VEJEZ

PILAR CONDADO MENENDEZ

JESUS ALVAREZ CANO

FRANCISCO CARRIO CANCER

1 Introducción

En la actualidad los estudios en torno a la vejez y su representación en la sociedad han adquirido una importancia prioritaria debido al considerable proceso de envejecimiento que sufre la población el cual se puede verificar a nivel local, nacional y mundial. Esta problemática se agudiza a lo largo del tiempo, previendo según estimaciones que a comienzos del próximo milenio seiscientos millones de personas superarán los 60 años de edad. Con este panorama los temas relacionados con la tercera edad deben de tratarse sin demoras puesto que la evidencia es ineludible.

2 Objetivos

Abordar las causas, factores de riesgo, manifestaciones, complicaciones, medidas preventivas, metas y objetivos de las familias desde el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una selección de artículos a través de las bases de datos de Pubmed, Scielo, dialnet y TESEO. Utilizando como palabras claves para la búsqueda: “anciano”, “aislamiento social”, “jubilación y vejez”, “vejez”.

4 Resultados

El aislamiento social en la vejez está relacionado con un deterioro de las capacidades físicas y mentales. La comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros y los grupos comunitarios es fundamental para la salud en todas las edades, pero más aún en los ancianos ya que es más probable que las personas mayores pierdan a sus sere queridos y amigos y sean más vulnerables a la soledad, al aislamiento social y a la disponibilidad de un grupo social más reducido.
El cese del trabajo y la vida laboral asociado a la disminución de la participación social y la pérdida de familiares son factores importantes que además de incidir en el proceso natural y social del envejecimiento favorecen la exclusión social. Los dos primeros guardan una relación estrecha ya que en esta etapa tiene lugar la jubilación con todas sus implicaciones económicas y psicosociales. El tercer aspecto se relaciona con las situaciones de pérdida en el contexto tanto familiar como en la red social en la que las personas se encuentran.

5 Discusión-Conclusión

Desde la perspectiva de los profesionales de la salud donde la observación, la valoración, la planificación, la ejecución y la necesidad de la evaluación como buen plan de atención sanitaria concluye que el adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo que incluya no solo la recuperación sino también la promoción de la salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde los profesionales de la salud deben entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar la ciencia del cuidar.

6 Bibliografía

- Puig Llobet Montserrat,Rodriguez Avila Nuria.Nursing assessment:detectión of loneliness and social isolation in old people in risk.Aranibar Munita P.calidad de vida y vejez.gerontología.2012.

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1115

PROGRAMA DE VOLUNTARIADO EN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN SITUACIÓN DE SOLEDAD DESDE EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ

MARINA ALVAREZ ALVAREZ

INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN

LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA

1 Introducción

”El cambio demográfico al que asistimos en Asturias, al igual que ocurre en España y en Europa, es resultado de la confluencia de varios procesos, en particular el envejecimiento, la evolución en las tasas de nacimientos, y las migraciones.

De todos ellos, sin duda, el que presenta unas connotaciones más preocupantes es el relativo al envejecimiento; la ratio de población en edad de trabajar respecto a la población dependiente mayor está en Asturias por debajo de 3 a 1 (En Europa por debajo de 4 a 1, y en España ya ronda el 3 a 1). Muchos estudios indican que no hay soluciones fáciles al envejecimiento y que se trata de una tendencia estructural, para la que se deben preparar las autoridades locales, regionales y

nacionales; sin embargo, esto no implica que no se puedan poner en marcha medidas para mitigar el envejecimiento y limitar sus impactos sociales.
El envejecimiento es el resultado, básicamente, de la combinación de cuatro factores: la historia demográfica (factor estructural), la evolución de la esperanza de vida (envejecimiento por la cúspide), la disminución de las tasas de fecundidad y de natalidad (envejecimiento por la base), y el balance migratorio.

La historia demográfica de un territorio está recogida en la estructura de su población, que gráficamente se representa en forma de pirámide. La de Asturias muestra una cúspide ancha, particularmente si se agrupan todos los efectivos a partir de los 85 años, claro indicador de una población envejecida, con una elevada esperanza de vida, motivada por un descenso en la mortalidad amparado en el nivel de desarrollo, que se materializa en una potente infraestructura sanitaria, en el acceso universal de la población a la misma, en la inexistencia de problemas de desnutrición, etc.

Estamos, en definitiva, ante una población envejecida, con un porcentaje de personas mayores de 65 años próximo al 25 % (24,4 %, frente a un 18,7 % en España y un 19,2 % en la Unión Europea), una tendencia que se ha acelerado en las últimas décadas (en 1960 el porcentaje de personas mayores de 65 años en Asturias era de un 8 %, y en 1975 de un 11 %), y con una perspectiva de crecimiento continuado durante los próximos años; un proceso de "gerontocrecimiento" provocado por la llegada a la parte alta de la pirámide de la población nacida durante el "baby boom", que se producirá independientemente de lo que ocurra en los tramos inferiores (incluso en el mejor de los escenarios posibles, con un aumento de la natalidad, o incluso la llegada de población joven inmigrante o el retorno de emigrantes).

Una circunstancia a considerar a la hora de poner en marcha políticas para las personas mayores, que necesariamente tendrán que cambiar con respecto a las actualmente existentes, y que deberán tomar en consideración, entre otros aspectos, la solidaridad intergeneracional y la adaptación a los diferentes tipos de envejecimiento que se dan en el territorio.

El papel del alza de la esperanza de vida en el envejecimiento de la población asturiana es incuestionable (85,3 para las mujeres y 79,2 para los hombre en 2016). La buena salud, derivada de la mejora de las condiciones de vida, es un proceso acumulativo, que afecta a todas las edades, y por tanto también a las personas mayores de 65 años, que han visto aumentar su esperanza de vida de manera constante.

Los cambios en la composición de la población que se están produciendo, y los que se producirán en el futuro, requieren un replanteamiento del escenario en el que se habrá de desarrollar lo que, en términos genéricos, conocemos como el Estado de Bienestar, dado que se incrementará la demanda relativa a la política orientada hacia las personas mayores.

Se hará necesario un proceso de adaptación a la situación (adaptación al envejecimiento), que requerirá poner en marcha medidas de distinta naturaleza:" (Plan demográfico del Principado de Asturias 2017-2027)
- En el terreno de la sanidad, con medidas de prevención más ambiciosas (envejecimiento activo).
- En el terreno de lo social, con medidas de solidaridad social tanto intergeneracionales como entre grupos sociales.

Es importante en este punto también destacar la participación como derecho de las personas usuarias, tal y como viene recogido en la ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero de Servicios Sociales, modificada por la Ley del Principado de Asturias 4/2019, de 15 de marzo. En dicha ley la participación aparece recogida como uno de los principios rectores, pero también aparece como una prestación del Sistema Público de Servicios Sociales, así como como un derecho de los usuarios. Una de las formas de participación de la ciudadanía, y por tanto uno de sus derechos, es la realización de actividades de voluntariado.

Por todo lo anterior, teniendo en cuenta por una parte el aumento de personas mayores en situación de soledad que están ingresadas en un hospital sin tener visitas de familiares o amigos, y por otra parte el derecho de la ciudadanía a prestar servicios de voluntariado, se detecta la necesidad de la realización de un programa de voluntariado de acompañamiento hospitalario coordinado por el servicio de Trabajo Social del hospital.

2 Objetivos

Objetivo generales:
- Formar el grupo de voluntariado con el que vamos a trabajar.

Objetivos específicos:
- Sensibilizar a la población sobre las necesidades de las personas mayores en situación de soledad durante su ingreso hospitalario.
- Captar y formar a los voluntarios.

- Establecer mecanismos de coordinación entre el hospital y la entidad de voluntariado.
- Mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de soledad durante su ingreso hospitalario.
- Facilitar un ambiente más familiar a los/as pacientes durante su ingreso hospitalario.
- Promover su autonomía e independencia en las actividades básicas de la vida diaria.

3 Metodología

Con respecto a la metodología para desarrollar el proyecto, esta será dinámica y participativa.
Según la Ley 45/2015, de 14 de octubre, de voluntariado, se entiende por voluntariado el conjunto de actividades de interés general desarrollado por personas físicas, siempre que reúnan los siguientes requisitos:
- Que tengan carácter solidario.
- Que su realización sea libre, sin que tengan su causa en una obligación personal o deber jurídico y sea asumida voluntariamente.
- Que se lleven a cabo sin contraprestación económica o material, sin perjuicio del abono de los gastos reembolsables que el desempeño de la acción voluntaria ocasione a los voluntarios.
- Que se desarrollen a través de entidades de voluntariado con arreglo a programas concretos y dentro o fuera del territorio español.

Se empezará a desarrollar el proyecto creando un grupo de trabajo que será el encargado de la coordinación tanto interna como externa con la entidad del voluntariado o las familias de los pacientes. Este grupo de trabajo lo formarán los profesionales de Trabajo Social.

El servicio de Trabajo Social se pondrá en contacto con alguna entidad de voluntariado de la zona para presentarles el proyecto y solicitar su colaboración. De manera conjunta entre el servicio de Trabajo Social del hospital y la entidad de voluntariado se darán charlas, seminarios o talleres para sensibilizar a la población sobre las necesidades de las personas mayores en situación de soledad ingresadas en el hospital, ofreciendo la posibilidad de que las personas que estén interesadas puedan formar un grupo de voluntarios para acompañar a dichas personas mayores.

Una vez formado el grupo de voluntarios, se impartirá la formación necesaria para acompañar a las personas mayores en situación de soledad y se establecerá una metodología de trabajo coordinado entre la unidad de Trabajo Social del hospital, la entidad de voluntariado y los voluntarios. Tras esto empezará a implementarse el programa con los primeros acompañamientos de voluntarios a pacientes mayores en situación de soledad de manera flexible y coordinada.

4 Resultados

”En general, nuestro plan de evaluación debe tener en cuenta los siguientes aspectos:
- Qué nos interesa evaluar, y los indicadores pertinentes.
- Cronograma donde se refleje qué momentos y espacios de reunión vamos a dedicar a la evaluación.
- Qué personas van a componer el equipo evaluador, especificando si hubiera reparto de tareas entre ellas.
- Qué procedimientos y técnicas vamos a usar para la obtención y recogida de datos.

Vamos a diferenciar entre indicadores de resultados e indicadores de gestión. Indicadores de resultados. Vamos a señalar tres:
- Indicadores de logros: permiten evaluar los cambios que se espera lograr al final del proyecto, e incluso más allá de su finalización, relacionados con su objetivo general o con sus objetivos específicos.
- Indicadores de actividad: permiten evaluar la ejecución de las actividades (realización, número de participantes…).
- Indicadores de impacto: permiten evaluar los cambios esperados y deseados, que pueden producirse como consecuencia del proyecto, pero que no tienen relación con su propósito u objetivos.

Además, la evaluación de resultados debe incluir siempre indicadores que permitan conocer el grado de satisfacción de las y los usuarios (ajuste de los logros a sus expectativas, satisfacción con la actividades…), de las y los destinatarios que no hayan participado efectivamente en el proyecto y de las partes interesadas en general. Indicadores de gestión. Vamos a señalar dos:
- Indicadores de procesos: permiten evaluar el ajuste y adecuación de los procesos de gestión (ajuste a plazos, realización de tareas según lo previsto, etc.).
- Indicadores de recursos: permiten evaluar el ajuste de los recursos a lo previsto y su uso adecuado (cantidad de recursos utilizados, eficiencia, aprovechamiento de

las instalaciones, desempeño profesional…). La evaluación del proyecto debería, como mínimo:
- Comprobar el grado de consecución del objetivo general y de los objetivos intermedios, a través de la evaluación del grado de consecución de las metas (objetivos operativos).
- Determinar las actividades realizadas, especificar su grado de ajuste a lo previsto en la programación y estimar su contribución al logro de los objetivos, identificando posibles mejoras.
- Determinar cuáles han sido los recursos efectivamente utilizados y con qué intensidad, valorando su uso (eficiencia…).
- Valorar los procesos de gestión, e identificar mejoras a partir de la experiencia.
- Conocer la valoración de las y los destinatarios últimos y de las partes interesadas." (Apuntateuna.es)

5 Discusión-Conclusión

- Evaluación supervisada: Se efectúa antes de la aprobación del proyecto y busca conocer su pertinencia, viabilidad y eficacia potencial. Este tipo de evaluación consiste en seleccionar de entre varias alternativas técnicamente factibles a la que produce el mayor impacto al mínimo costo. Este tipo de evaluación supone la incorporación de ajustes necesarios en el diseño del proyecto, lo cual podría generar incluso el cambio del grupo beneficiario, su jerarquía de objetivos y el presupuesto.

- Evaluación de proceso, operativa, de medio término o continua: Se hace mientras el proyecto se va desarrollando y guarda estrecha relación con el monitoreo del proyecto. Permite conocer en qué medida se van cumpliendo los objetivos (Resultados en caso de marco lógico); en relación con esto, una evaluación de este tipo debe buscar aportar al perfeccionamiento del modelo de intervención empleado y a identificar lecciones aprendidas. Las fuentes financieras suelen requerir la realización de este tipo de evaluación para ejecutar los desembolsos periódicos.

- Evaluación ex-post, de resultados o de fin de proyecto: Se realiza cuando culmina el proyecto. Se enfoca en indagar el nivel de cumplimiento de los objetivos (Propósito y Resultados en caso de marco lógico) asimismo busca demostrar que los cambios producidos son consecuencia de las actividades del proyecto (exclusivamente o en interacción con otras fuentes); para esto suele recurrir a un diseño

experimental. No sólo indaga por cambios positivos, también analiza efectos negativos e inesperados.

- Evaluación de impacto: Es la que indaga por los cambios permanentes y las mejoras de la calidad de vida producidos por el proyecto, es decir, se enfoca en conocer la sostenibilidad de los cambios alcanzados y los efectos imprevistos (positivos o negativos). En caso de diseño con marco lógico, se enfoca en la evaluación del Fin de la jerarquía de objetivos. Esta evaluación necesariamente debe ser realizada después de un tiempo de culminado el proyecto y no inmediatamente después de que éste concluya; el tiempo recomendado para efectuar la evaluación de impacto es de 5 años.

Cabe considerar que las evaluaciones ex-ante y de proceso son consideradas como evaluaciones formativas debido a que se producen mientras se da la preparación y/o ejecución del proyecto y sus conclusiones sirven para optimizar la ejecución del mismo; en tanto que las evaluaciones de resultados y de impacto vienen a ser evaluaciones sumativas que ocurren al culminar el proyecto e incluso un tiempo después de haber culminado, ocurriendo que sus conclusiones servirán para ser transferidas a otras experiencias pero ya no podrán tener una aplicación directa en el proyecto que ha concluido." (Wikipedia)

- Realizaremos la evaluación, y por tanto las conclusiones del proyecto en tres fases del mismo: Antes del inicio (Evaluación de inicio), durante (Evaluación de proceso) y después del mismo (Evaluación de resultados).
Realizaremos evaluación cuantitativa: número de voluntarios, número de pacientes atendidos, número de acompañamientos por paciente y totales, etc.; así como cualitativa: grado de satisfacción de los pacientes, satisfacción de los voluntarios, etc. Este grado de satisfacción se medirá a través de cuestionarios y /o entrevistas.

Con todo ello elaboraremos una memoria anual, así como un informe final de resultados y conclusiones.

6 Bibliografía

- Plan demográfico del Principado de Asturias 2017-2027
- Ley del Principado de Asturias 4/2019, de 15 de marzo, de modificación de la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales.
- Ley 45/2015, de 14 de octubre, de voluntariado.

- Apuntateuna.es
- Guía para la gestión de proyectos sociales (Equipo del observatorio del tercer sector de Bizkaia).
- Wikipedia.

Capítulo 1116

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL USO DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS (PVDS) DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA

SUSANA ALVAREZ ALONSO

1 Introducción

El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Ello hace necesario desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo y encuentra en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales su pilar fundamental. Esta Ley tiene por objeto la determinación de las garantías y responsabilidades necesarias para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo, y ello en el marco de una política coherente, coordinada y eficaz de prevención de riesgos laborales.

El uso de pantallas de visualización de datos (PVDs) en el personal auxilia administrativo de los centros de salud no para de crecer en los últimos años. Práctica-

mente podemos asegurar que la casi totalidad de la jornada laboral del personal de esta categoría ocurre delante del monitor del ordenador.

Al mismo tiempo que crece este uso aumentan también los riesgos laborales y las enfermedades profesionales asociadas al mismo. Estos daños a la salud del personal administrativo por norma general suelen manifestarse pasados unos años de la exposición al riesgo. Es decir, estos trabajadores experimentan las dolencias después de años de trabajo.

Es muy importante conocer y poner nombre a esos riesgos y que la administración sea consciente de los mismos y ponga medidas para mitigarlos, mejorar la salud de sus trabajadores, evitar bajas laborales que suponen un coste y un malestar en el servicio y conseguir un ambiente laboral beneficioso para todos: para los trabajadores auxiliares administrativos, para la administración y para los propios usuarios de los centros de atención primaria.

2 Objetivos

- Evaluar la presencia de los riesgos laborales en el personal del centro de atención primaria que presta su trabajo como auxiliar administrativo ante el uso diario de pantallas de visualización de datos (en este caso ordenadores).
- Relacionar el uso de las PVDs con los trastornos físicos y asociados al estrés en el personal de la categoría profesional de auxiliar administrativo que presta sus servicios en un centro de atención primaria.
- Facilitar las condiciones necesarias y óptimas de trabajo para favorecer de esta manera un rendimiento del trabajador positivo, lo que será bueno tanto para su salud física y mental como para el usuario de atención primaria, y la mayor calidad del trabajo que realiza, que sin duda alguna será mucho mejor para todos.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio se han utilizado bases de datos del tipo Scielo, Dialnet y el buscador Google Académico.

4 Resultados

Hay que destacar un porcentaje demasiado elevado de trabajadores auxiliares administrativos de centros de atención primaria con un elevado riesgo de sufrir

accidentes de trabajo o enfermedades profesionales como consecuencia de las malas posturas, una iluminación inadecuada y un exceso de tiempo delante de una pantalla de datos sin descansar.

Es considerable también la diferencia del trabajador administrativo de la zona rural y el de la zona urbana, así como la edad y su condición física. En los centros de atención primaria de zonas urbanas los mobiliarios y equipos son más modernos, cómodos y en ocasiones de mejor calidad que los de las zonas rurales. El trabajador tiene acceso a unas comodidades de las que muchas veces carece la zona rural.

Se puede decir también que existe una relación entre el uso por parte del trabajador con categoría de auxiliar administrativo de las PVDs y los trastornos visuales. La relación entre el tiempo de exposición a las mismas por parte del trabajador y los síntomas y alteraciones oculares es clara. A mayor tiempo de exposición y uso de las pantallas se incrementan los trastornos y problemas oculares.

Para evitar esos daños primero hay que concienciarse y ser conocedor del problema que hay: tipo de molestia, posición del trabajador delante de la pantalla, descansos a lo largo de la jornada laboral y duración de los mismos. Son mejores descansos cortos y frecuentes que un descanso largo. Ejercitar los músculos oculares con ejercicios como los del método Bates es bueno (haciendo diferentes movimientos oculares, parpadeos frecuentes y relajados, palming o palmeo cubriendo los ojos cerrados con las palmas de las manos, sunning o asolear cerrando los ojos y poniéndose cara al sol para que éste penetre en los párpados, delinear mirando los detalles y dibujando los contornos de las cosas con la mirada, integrar la respiración y el parpadeo para mejorar la visión, etc.). Es importante la adquisición de hábitos posturales saludables (la importancia de cursillos por parte de la administración para sus trabajadores, que fomenten y mejoren su salud laboral).

Al mismo tiempo llevar una vida saludable, donde el ejercicio y una alimentación sana y equilibrada favorezcan un cuerpo fuerte y una mente ágil, todo ello sin duda positivo para el trabajador que se encuentra al frente del ordenador. No tienen menos importancia los equipos de trabajo, es importante y muy necesario que sean adecuados al uso que de ellos se haga a lo largo de la jornada laboral: calidad de las PVDs, protectores de pantalla, iluminación correcta de la zona de trabajo, ratones ergonómicos, reposamuñecas, reposapiés, sillas con protección lumbar, etc.

La administración puede y debe jugar un papel importante para promover estos hábitos saludables que también redundan en el bienestar y satisfacción de los trabajadores, cuestiones ligadas al rendimiento laboral.

5 Discusión-Conclusión

Pese a la amplia documentación en cuanto a riesgos laborales relacionados con los trabajos puramente físicos, manejo de maquinaria o aparataje, en cuanto a los riesgos derivados de la visualización de pantallas podemos decir que aún no se les da la importancia que realmente tienen como fuentes de enfermedades profesionales y accidentes laborales (lesiones músculo-esqueléticas, fatiga visual, estrés, etc). Es precisamente el colectivo del personal administrativo el que más ha crecido en el ámbito de la salud laboral en los últimos años, donde ya más de la mitad de sus profesionales se consideran profesionales usuarios de PVDs.

Es necesaria la implicación de la administración en el tema de la salud laboral con cursillos, mejora de las instalaciones y equipos informáticos, haciendo partícipe de ello a los trabajadores, para minimizar los riesgos del uso de PVDs en el personal auxiliar administrativo de los centros de atención primaria. Todo ello con el fin último de mejorar la vida laboral y personal de sus trabajadores, lo que repercutirá en un mejor ambiente laboral y una mejor calidad del servicio para todos.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Constitución Española de 1978.
- Revista de la Asociación Española de especialistas en Medicina del Trabajo (scielo.isciii.es).
- Riesgos Laborales de los Trabajadores de la Salud (Salud de los trabajadores, vol.15, n2, 2007).
- Estudio de los efectos en la salud visual del trabajo con PVDs y análisis ergonométrico (Francisco de Asís González Sanabria, Universidad de Sevilla, 2014).
- Manejo ergonómico para pantallas de visualización de datos en trabajos de oficina (Aldo Piñeda Geraldo. Revista de Tecnología, vol.13, 2014).
- Las técnicas del método Bates (Marina Montiel / www.visionnatural.org).

Capítulo 1117

LA ERGONOMÍA AMBIENTAL APLICADA AL TRABAJO ADMINISTRATIVO

SILVIA PÉREZ SUÁREZ

1 Introducción

Desde el punto de vista de la gestión de riesgos laborales, la prevención en el campo del trabajo de oficina pasa por abordar cuatro tipos de cuestiones:
1. Un adecuado diseño de las instalaciones (locales, climatización, iluminación y acondicionamiento acústico). Este aspecto asegura disponer de condiciones ambientales correctas, cumpliendo con los requisitos mínimos en materia de Higiene y Seguridad.
2. Una correcta selección del equipamiento como pueden ser las sillas y mesas de trabajo, equipos informáticos, programas, etc. En el caso del mobiliario, el cumplimiento de unos requisitos mínimos de calidad ergonómica permitirá prevenir una buena parte de las molestias de tipo postural tan frecuentes. La selección de equipos informáticos adecuados, así como de los complementos necesarios es también un factor a tener en cuenta para prevenir alteraciones visuales o molestias.
3. Una correcta organización de las tareas, evitando sistemas de trabajo que conducen a situaciones de estrés, desmotivación en el trabajo y otros problemas de naturaleza psicosocial.
4. Finalmente, todas las acciones anteriores pueden resultar ineficaces si se deja de lado la necesaria labor de formación e información de los trabajadores. De poco sirve disponer de buenos equipos si el trabajador no conoce la forma de

distribuir los elementos de trabajo, no ha recibido información sobre cómo debe ajustar el mobiliario que utiliza o carece de información acerca de la importancia de determinados hábitos de trabajo.

Según la Asociación Española de Ergonomía, se define la ergonomía como el conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, seguridad y bienestar. Y se define la ergonomía ambiental como la rama de la Ergonomía, especializada en el estudio de los factores ambientales, generalmente físicos, que constituyen el entorno del sistema formado por la persona y el equipo de trabajo y su influencia en los aspectos relacionados con la seguridad, la eficiencia y la confortabilidad.

Es decir, se entiende por ergonomía ambiental la evolución y la asignación de los espacios, valorando elementos como el ruido, la temperatura o el nivel de luminosidad que puede afectar al individuo en el desarrollo de su trabajo. Debemos averiguar el grado de incidencia de estas variables en el buen desarrollo de nuestro trabajo.

La ergonomía puede ayudar a mejorar las condiciones de trabajo y por tanto la salud de los trabajadores. Las mejoras ergonómicas reducen las demandas físicas del trabajo dando como resultado menos lesiones o dolencias. Otro efecto beneficioso de la ergonomía es, que la mejora del entorno laboral, repercute positivamente en la eficiencia y en la productividad. Un aspecto muy importante es que el trabajador sea capaz de reconocer los riesgos ergonómicos existentes en su puesto de trabajo para, de esa manera, poder llevar a cabo acciones para prevenirlos. En nuestro estudio nos vamos a centrar en la incidencia de las condiciones ambientales del puesto de trabajo y sus cuatro variables más importantes (iluminación, ruido, temperatura y vibraciones).

2 Objetivos

- Comprender el diseño del puesto de trabajo: alturas de trabajo, espacio disponible, herramientas utilizadas, etc.
- Estudiar la carga física: posturas forzadas, movimientos repetitivos, manejo manual de cargas, fuerzas, etc.
- Analizar los factores psicosociales del trabajo: descanso, presión de tiempos, participación en las decisiones, relaciones entre compañeros y con los responsables, etc.

- Observar las condiciones ambientales del puesto de trabajo: iluminación, ruido, temperatura, vibraciones, etc.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español.

También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre ergonomía entre distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. También se ha procedido al estudio de las leyes tanto estatales como comunitarias referentes a este tema.

Palabras clave: ergonomía, ergonomía ambiental, riesgos laborales, condiciones termo higrométricas, ergo acústica, evaluación de riesgos ergonómicos, Asociación española de ergonomía, Instituto asturiano de prevención de riesgos laborales (IAPRL)

4 Resultados

El estudio de la ergonomía ambiental se centra en las condiciones físicas que envuelven al trabajador en sus actividades laborales, es decir las condiciones de su entorno. La aplicación de dichos conocimientos ayuda a incrementar el desempeño, la seguridad y el confort de los trabajadores. Para llevar a cabo nuestro trabajo de la forma más eficaz, debemos analizar una serie de factores:

- Ambiente sonoro:

El factor sonoro interfiere en el trabajo y lo hace no solo por impedir una correcta comunicación verbal, sino que se ha estudiado que altera también en funciones del sistema nervioso, cardiovascular, respiratorio e incluso de visión, pero el más conocido y experimentado efecto perturbador del ruido es el que tiene sobre el sueño.

Los especialistas coinciden en que el nivel de ruido tolerable debe ser inferior 55db para las tareas de menor concentración se puede considerar adecuado un nivel de ruido entre 65db y 70db.

- Ambiente lumínico:

La iluminación puede interferir en la adecuada visualización de los objetos y entornos, la eficiencia y eficacia del trabajador, en proporcionar la información adecuada y oportuna de señalización además de que puede influir en el confort y salud visual.
Una iluminación escasa o reflejos indeseados pueden afectar directamente en el desarrollo del trabajo y en la salud de los trabajadores, por ello es recomendable optar por la iluminación natural y combinarla con la artificial, evitando cambio lumínicos bruscos entre salas o luz muy potente. Un nivel de iluminación de 500 lux es el mínimo recomendable para la lectura y la escritura de documentos impresos y otras tareas administrativas.

- Ambiente térmico:
Para poder conseguir un ambiente térmico moderado los ergonomistas tratan de conseguir las condiciones que faciliten la regulación térmica del cuerpo, la evaluación y diseño de la vestimenta y equipo de seguridad personal adecuados para las condiciones climáticas donde se realiza el trabajo, determinación de la carga de trabajo y su duración, así como las condiciones climáticas del entorno.
Las principales variables termo higrométricas en el ambiente laboral que deben analizarse son:
1. La temperatura del aire y de las superficies del entorno.
2. La humedad del aire.
3. El movimiento o velocidad del aire.

Según el anexo II del Real Decreto 486/97 las condiciones termo higrométricas de los lugares de trabajo deberán ajustarse a los siguientes parámetros:
A. La temperatura de los locales donde se realicen trabajos ligeros estará comprendida entre 14º y 25º.
B. La humedad relativa estará comprendida entre el 30 y el 70%.

En la medida de lo posible, las condiciones ambientales de los lugares de trabajo no deben constituir una fuente de incomodidad o molestia para los trabajadores. A tal efecto deben evitarse las temperaturas y humedades extremas, los cambios de temperatura, las corrientes de aire molestas,etc.

- Vibraciones:
El avance de la tecnología ha contribuido a que cada vez más los trabajadores se vean expuestos a las vibraciones. En casi todos los casos las vibraciones se detectan fácil y rápidamente, por lo que raras veces llegan a producir daños inmediatos a la salud, sin embargo, la exposición prolongada puede causar efectos crónicos que tienden a manifestarse después de un tiempo.

Además de efectos físicos, las vibraciones también provocan algunos efectos psicológicos que pueden disminuir la capacidad de trabajo del ser humano.

5 Discusión-Conclusión

Los factores a tener en cuenta respecto a la ergonomía ambiental en cuanto a la organización del centro de trabajo serían los siguientes:

- Ambiente térmico: conseguir un micro clima confortable en los puestos de trabajo es muy importante para ello se deberá tener en cuenta aspectos como la temperatura, la humedad relativa, la ventilación (velocidad del aire) así como del trabajador y el tipo de actividad que realiza, su metabolismo o la vestimenta que utiliza, por todo ello deberíamos prestar atención a:

1. Procurar ropa adecuada a los trabajadores dependiendo de las actividades que realicen.
2. Acondicionamiento térmico eficiente (calor-frio) que se pueda regular en función de las distintas áreas de la empresa, es necesario además realizar un mantenimiento periódico de estos equipos según lo marcado por el fabricante correspondiente.
3. Evitar corrientes en pasillos y zonas comunes y cambios bruscos de temperatura entre zonas.

El objetivo es logar una temperatura agradable y que no exista sensación de calor ni de frio. La exposición a las condiciones ambientales no deberá suponer un riesgo de seguridad y salud de los trabajadores.

- Ambiente lumínico: Una iluminación escasa o los reflejos indeseados afectan directamente al desarrollo del trabajo y a la salud de los trabajadores si no se cumplen unas pautas de ergonomía lumínica que proporcionen espacios aptos para desarrollar las distintas actividades laborales. Los problemas más frecuentes que nos encontramos en este punto, así como sus posibles soluciones son las siguientes:

1. El deslumbramiento se puede producir cuando existen fuentes de luz cuya luminancia es excesiva en relación con la luminancia general existente en el interior del local (deslumbramiento directo) o bien cuando las fuentes de luz se integran sobre superficies pulidas (deslumbramiento por reflejos). Las situaciones de deslumbramientos pueden perturbar la visión y dar lugar a errores o accidentes. Para evitar el deslumbramiento perturbador (cuyo principal efecto es reducir la visibilidad de la tarea) los puestos y áreas de trabajo se deben diseñar de manera que no existan fuentes luminosas o ventanas situadas frente a los ojos del traba-

jador. Para evitar el deslumbramiento molesto (el cual no reduce la visibilidad, pero produce fatiga visual) es necesario utilizar persianas o cortinas en las ventanas, así como el empleo de luminarias de difusión o pantallas que impidan la visión del cuerpo brillante de las lámparas.
2. Con lo que respecta al control del deslumbramiento provocado por reflejos, se pueden utilizar los siguientes procedimientos: a. Emplear acabado de aspecto mate en las superficies de trabajo y el entorno. b. Situar la luminaria respecto al puesto de trabajo de manera que la luz llegue al trabajador lateralmente. En general, es recomendable que la iluminación le llegue al trabajador por ambos lados con el fin de evitar también las sombras molestas cuando se trabaja con ambas manos. c. Emplear luminarias con difusores, así como los techos y pareces de tonos claros.
3. Finalmente, hay que cuidar el contraste (relación entre la luz emitida por dos superficies) entre las diferentes superficies de trabajo (papeles, pantalla del ordenador y mesa de trabajo).
4. Se debe prestar especial atención en los puestos de trabajo con pantallas de visualización de datos, los cuales deben tener una iluminación general uniforme con dispositivos anti brillos, distribuir la luz hacia arriba, hacia abajo, minimizar brillos y lograr una iluminación homogénea.
5. otro problema frecuente es la insuficiente iluminación del entorno. La mejor solución es disponer de una iluminación general homogénea de luz difusa, con un nivel suficiente, usando otros focos de iluminación complementara en los puntos en los que sea necesario.

Para el estudio de los niveles mínimos de iluminación se utiliza el criterio que establece el Real Decreto 486/97 que en su anexo IV establece:
Zona o parte del lugar de trabajo
Zona donde se ejecutan las tareas con:
1. Bajas exigencias visuales.
2. Exigencias visuales moderadas.
3. Exigencias visuales altas.
4. Exigencias visuales muy altas.

Los niveles mínimos de iluminación se deben incrementar en los siguientes casos:
- En las áreas o locales de uso general y en las vías de circulación, cuando por sus características, estado u ocupación, existan riesgos apreciables de accidente.
- En las zonas donde se efectúen tareas, cuando un error de apreciación visual durante la realización de las mismas pueda suponer un peligro para el trabajador que la ejecuta o para terceros.

- También deben ser duplicados estos niveles mínimos de iluminación cuanto el contraste de luminancias o de color entre el objeto a visualizar y el fondo sobre el que se encuentra sea muy débil.

En todo caso el nivel de iluminación debe ser suficiente para el tipo de tarea que se esté realizando, pero no debe alcanzar valores que reduzcan el contraste de la pantalla por debajo de lo tolerable. Lo ideal es optar por una iluminación generalizada y combinarla con puntos de luz focales para determinadas tareas, evitando cambios lumínicos bruscos o luz muy potente, de este modo se consigue un espacio de trabajo más organizado y una percepción de amplitud.

En este punto es importante también resaltar la iluminación de emergencia, evacuación y de seguridad que debe estar disponible en todos los lugares de trabajo en los que un fallo del sistema de iluminación normal pueda suponer riesgos importantes para la seguridad de los trabajadores que se encuentren realizando su actividad. También ese preciso disponer de un sistema de iluminación que permita la evacuación del personal en caso de incendio u otra emergencia.

Estos tipos de iluminación deberían ser alimentado por una fuente de energía independiente de la que proporciona la iluminación normal, el nivel de iluminación y el tiempo operativo del mismo debe ser suficiente para permitir la adopción de todas las actuaciones necesarias para proteger la salud y la seguridad de todas las personas afectadas.

- Ambiente sonoro: la ergonomía enfocada en esta área trata de minimizar, aislar o controlar la emisión del ruido de manera que no intervenga en las actividades o afecte a los usuarios de forma negativa. No obstante, los sonidos son útiles en algunas ocasiones como por ejemplo cuando nos advierten un problema o de alguna incidencia en la maquinaria, así mismo un sonido suave y cálido nos da sensación de tranquilidad y afecta de forma muy positiva a la productividad.

- Vibraciones: se detectan fácil y rápidamente, por lo que rara vez llegan a producir daños inmediatos en la salud.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. B.O.E. E nº 269, de 10 de noviembre.
- Real Decreto 39/1997 de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

- Real Decreto 486/1997 de 14 de abril, por el que se establecen las Disposiciones mínimas de seguridad y salud de los lugares de trabajo.
- Real Decreto 488/1997 de 14 de abril, disposiciones mínimas de seguridad y salud relativos al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización de datos.
- McCormick, E, Ergonomía. España: Editorial Gustavo – Gili, 1980
- SCHNEIDER, B. La aportación de la Ergonomía a la configuración humana del trabajo. Simposio-Seminario.
- José Luis Llorca rubio, Manuel de ergonomía aplicada a la prevención de riesgos laborales
- Diego-Mas, José Antonio. Análisis ergonómico global mediante el método LEST. Ergonautas, Universidad Politécnica de Valencia, 2015.
- www-Iaprl.org… Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos laborales
- www-ergonomos.es…Asociación española de ergonomía

Capítulo 1118

SÍNDROME DE BURNOUT, UN MAL DE ESTE SIGLO.

MARIA FERNANDA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Síndrome de Burnout: conjunto de síntomas que en sí mismos, no definen una enfermedad, el Burnout es un momento de colapso, sobre todo emocional, pero también físico, tiene una duración determinada, que dependerá de los recursos internos y externos con los que el sujeto cuente. Aparece como respuesta al estrés laboral prolongado, puntualmente cuando las demandas laborales exceden a las capacidades de respuesta de los trabajadores en satisfacerlas. Quienes la padecen se sienten agobiados, cansados, desgastados emocionalmente…de aquí el significado de la expresión "estar quemado".

En la actualidad casi todo lo que nos rodea (trabajo, familia, relaciones personales, circunstancias particulares) generan grandes dosis de tensión, de estrés, que provocan un estado de inquietud y malestar, en muchos casos desencadenan graves dolencias físicas y psíquicas, por lo tanto, convivimos con el estrés cotidianamente, pero el problema surge cuando no cesa, como sucede en determinados ámbitos de trabajo, entonces estamos hablando de Burnout.

Mal del Siglo XXI, avanzando a pasos agigantados en nuestra Sociedad, provocando altos niveles de absentismo laboral, afectando a la productividad, la calidad de atención y en consecuencia impactando sobre la economía aumentando el gasto sanitario.

El término Burnout fue descrito al principio de la década del 70, por Herbert

Freundenberger (N. York), después de un estudio de observación realizado sobre unos trabajadores de una clínica de desintoxicación, resaltando en este análisis los procesos, de desmotivación de sus trabajadores frente a los pacientes, así como la presencia de cuadros de ansiedad, cansancio, desánimo, llegando a niveles de insensibilidad, incomprensión e incluso agresivos con los pacientes.

Completando a las características anteriormente mencionadas, tenemos que estar atentos a los siguientes síntomas: Palpitaciones, taquicardia, pinchazo en el pecho, aumento de la presión arterial, contracturas, dolores de cabeza, dificultades digestivas, inapetencia ó malos hábitos alimentarios, disminución del deseo sexual, dificultades en el sueño, comportamientos negativos y de riesgo, tensión permanente, conducta violenta y distanciamiento emocional.

Pueden tener cambios emocionales: actitud cínica, impaciencia, baja motivación, comunicación deficiente, hostilidad.

2 Objetivos

- Conocer y detectar las variables que se relacionan con el síndrome de Burnout en el personal, para poder identificarlo, entender su repercusión para poder establecer las 1ras medidas de actuación para reducir en lo posible este síntoma.

3 Metodología

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

Descriptores: Burnout, estrés laboral y personal no sanitarios, desgaste profesional, estrés.

4 Resultados

El Síndrome consta de 3 características:

1. El agotamiento Emocional: El trabajador se siente sobrecargado, generando recursos emocionales débiles, lagunas mentales, desorientación que le genera angustia, dificultad para seguir trabajando o prestar un servicio.
2. La Despersonalización: Siente que no es dueño de su cuerpo y de su mente, sentirse en blanco, no poder recordar lo que se estaba haciendo, tiene expresiones y síntomas típicos: quejas sobre el trabajo, frustración, ansiedad y sensación de derrota y desgaste emocional.
3. Sensación de bajo logro Personal: Tiene baja autoestima, es indiferente, busca apartarse de la gente o busca un cambio de trabajo.

En el ámbito sanitario los trabajadores de la Salud conviven con situaciones diarias que fortalecen el estrés, si estos no son detectados y atendidos a tiempo, estaremos frente al Síndrome Burnout, causando un desgaste físico como emocional, los cuales podrán ocasionar incapacidad laboral, social y afectiva. Segmenta a las personas en categorías y no individualmente, esto es una reacción del mecanismo de defensa. Desde entonces el Síndrome de Burnout se utiliza para descubrir el sufrimiento personal motivado por el desgaste emocional en el trabajador relacionado con personas, especialmente en situaciones de enfermedad o abandono.

Siendo el Síndrome Burnout unos de los principales problemas de Salud Mental y la antesala de muchas patologías derivadas por un escaso control y de una carencia de Prevención Primaria. El término se le asigna a la Psicóloga Cristina Maslach, debido a que los trabajadores que padecían de este Síndrome, se sentían mejor identificados con este término y no con enfermedad laboral emergente, que estaban más relacionados con diagnósticos psiquiátricos. Con frecuencia, se entiende que es exclusiva de profesionales, trabajadores de ayuda o de servicios.

En la década de los 90 el concepto Burnout fue ampliándose dentro de límites de diferentes ocupaciones, a las ya establecida, sumándose todo Profesional, Trabajador que desempeña su trabajo en trato directo con personas. En el Síndrome Burnout en el personal no sanitario hay que tener en cuenta que pueden interferir diferentes cusas las dividimos en 3 grupos:
- Características de la Personalidad: Personalidad neurótica. Personas inestables y con predisposición a la angustia psicológica.
- Personas: propensas a la insatisfacción laboral y en concreto a la dimensión des personalizadora, impacientes, con implicación laboral y competitivas.
- Existen rasgos de personalidad que nos protegen de un posible desarrollo del Síndrome: satisfacción en el puesto de trabajo, equilibrio emocional, una orientación

positiva para ver el trabajo y el trabajo en equipo.

Los trabajadores del sector sanitario tienen mayoritariamente una personalidad de tipo emocional, destacan por ser más extrovertidos y solidarios, tienen una mayor competencia psicosocial y desarrollan un elevado riesgo de padecer desgaste emocional, si las exigencias laborales son muchas e inadecuadas.

Variables sociodemográficas:
- El Género: Múltiples estudios avalan que el síndrome es mayor en mujeres, no obstante, estos resultados podrán estar relacionados con estereotipos de rol de género.
- Edad o Antigüedad: Hay disparidad de criterios. Estudios afirman una mayor frecuencia después de los 10 años trabajados y otros estudios afirman que hay más vulnerabilidad en las personas durante los 1ros. años de trabajo.
- Estado Civil: Las personas casadas o con pareja estable, tienen una menor predisposición a padecer el Síndrome que las personas solteras, por otra parte, la presencia de hijos también disminuye las posibilidades.

Factores laborales:
- La sobre carga laboral: (agotamiento emocional). Puede deberse a la mala organización de los servicios sanitarios o a la falta de personal.
- Turnos rotativos: Influyen negativamente en la calidad del sueño, en muchas ocasiones, los turnos cambian cada semana (incluso varias veces en la misma semana) trastornando la vida social, familiar y las relaciones interpersonales.
- La motivación laboral: Reconocimiento que el trabajador obtiene al realizar su trabajo por sus superiores o sus pacientes.

La ausencia de apoyo social:
- Vínculos Formales: superiores o compañeros de trabajo.
- Vínculos Informales: familia y amigos, estos son esenciales para su prevención.

Otras causas en la aparición del Síndrome: Trato con los pacientes y familiares. La imparcialidad y el conflicto de valores junto con la burocratización del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores / profesionales más propensos a padecer Burnout son aquellos que se implican en una interacción social constante y que requieren una actitud de cuidado hacia el prójimo. También aquellas que conllevan un acercamiento con riesgos inminentes, o peligro de muerte: auxiliar de enfermería, celadores,

enfermeros, médicos, anestesiólogos, maestros, administrativos de servicios, responsables de atención a clientes y pilotos.

En consecuencia puede tener efecto directo en la desmotivación del personal NO sanitario, esto indica la posibilidad elevada tasas de absentismo, en la calidad de atención a los pacientes, iniciándose con una carga emocional y su correspondiente tensión conduciendo al agotamiento del personal, este puede tener actitudes de distanciamiento con la persona que atiende, abriendo paso a las dudas respecto a la competencia y realización profesional, pudiendo interferir en las relaciones entre compañeros, lo que dificultaría la toma de decisiones, fundamentalmente en el contexto multidisciplinar del paciente.

Una vez diagnosticado, es recomendable que el trabajador recibirá la baja laboral hasta su recuperación, luego habrá que evaluar caso por caso la conveniencia o no de retornar a su puesto de trabajo. En ocasiones es muy difícil tener continuidad en el mismo tipo de trabajo ya que esa persona ha sido vulnerada, y esto nos habla de factores personales que influyen en el desarrollo de la situación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido en el procedimiento oficial del Burnout o "Síndrome de estar quemado" o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión Nro.11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11) fue aprobada y su entrada en vigor será 1-1-2022.

Finalmente, sería necesario ofrecer herramientas de prevención a los profesionales que capaciten el abordaje de situaciones de estrés y presión laboral. Todos los Centro de Salud deberían implementar programas de prevención a nivel individual y grupal promoviendo el trabajo en equipo y mejorando la comunicación y la participación.

6 Bibliografía

- Cristina Maslach, comprendiendo el Burnout (Conference Paper) Octubre 2016.
- Burnout, el síndrome del quemado. Publicación en Medios de Comunicación, Sección Medicina Preventiva. (2012)
- Estudio Dra. Verónica Martínez – Médica Especialista en Psiquiatría y Medicina Legal.
- Licenciada Mirta Dall"Occhio, Directora de Hémera, Centro de Estudios del Estrés y la Ansiedad.

- Dr. Saniel Lopez Rosetti, Psiquiatra y Presidente de la Asociación Argentina de Medicina del Estrés.
- C. Maslach: University of California at Berkeley y S. Jackson: University N. York. – M. Leiter: Acadia University (1986).
- Prevalencia del Síndrome de Burnout y Factores Asociados. Atención Primaria.- SEMERGEN – Medicina de Familia – Volúmen 41 (2015). D. Navarro Gonzalez, A Ayechu-Diaz, I. Huarte – Labiano.
- Revista de Medicina de la Universidad de Navarra (1997) – Burnout y Reactividad del Estrés - C. de las Cuevas, J.L. Gonzalez Rivera, J.A. De La Fuente, M. Alviori, A Ruiz- Benitez – Servicio Canario de Salud. Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de La Laguna.

Capítulo 1119

MOBBING O ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

LETICIA GOMEZ CANGA

TAMARA MARTINEZ RIOS

ANTONIO CASADO MENENDEZ

EVA BEGEGA SANCHEZ

1 Introducción

Empezaremos por definir acoso laboral o Mobbing como "trato intimidatorio, descalificador o vejatorio, que sufre un trabajador en el entorno laboral, de forma sistemática, por parte de una persona o grupo de personas, durante un largo periodo de tiempo", este trato puede darse entre compañeros o entre inferiores y superiores jerárquicos, puede ser de modo directo o indirecto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos indica cuales son las circunstancias que se tienen que dar para que exista acoso laboral:
- No será un suceso puntual, sino que debe durar más de 6 meses y con una frecuencia de, al menos, 1 vez por semana.
- El ataque irá dirigido a una persona concreta. Es importante que esta no haya ocasionado, por su conducta, la situación de acoso.
- El acosador o acosadores no deben tener ningún trastorno de personalidad o conducta.

Todas las Instituciones Sanitarias tienen un fin común, a saber, la recuperación de la salud y el bienestar de los enfermos. Para conseguirlo deben trabajar de forma coordinada, es decir, estableciéndose relaciones entre ellas. Esto ocasiona que cada vez se den más casos de mobbing.
En concreto, en España está en aumento a lo largo de los años, desde el 3,5% que señalo Leyman en los años 80, hasta el 11,4% actual, según los datos resultantes del estudio que realizó Universidad de Alcalá Henares. Un informe de la Fundación Europea cifraba en 800.000 las personas afectadas de acoso laboral en el año 2001.

Suecia y Francia fueron los pioneros en la regulación legal sobre el Mobbing, España careció durante mucho tiempo de regulación, pero actualmente podemos mencionar varias referencias como la Constitución Española de 1978 (artículos 10/14/15/16/18), la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (artículos 4/14/16), el Estatuto de los trabajadores (artículos 4.2/17/19), la Ley Orgánica 5/2010, el Reglamento para regular acoso laboral en la administración, publicado en el año 2011, etc.

Evolución del mobbing:
Estudiado por primera vez por Konrad Lorenz, a través del comportamiento de los animales, donde se podían ver casos en los cuales los débiles se unían para atacar al más fuerte. En la década de 1980 y durante varios años, el psicólogo Heinz Leymann utilizó por primera vez el término mobbing, definiéndolo como un continuo y sistemático maltrato que recibe el trabajador en su lugar de trabajo, por su superior o por compañeros durante un tiempo prolongado, con el fin de que abandonen su puesto. Lo harán destruyendo su estabilidad psicológica con desprestigio social, hostigamiento, comunicación hostil…

Posteriormente, diversos autores y entidades definieron el Mobbing, entre ellos podemos citar al profesor Ignacio Piñuel, expertos de la Unión Europea, del Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, etc.

2 Objetivos

- Conocer la importancia del acoso laboral "mobbing" en el ámbito sanitario, que afecta a todo el personal que presta sus servicios en el mismo, sea sanitario o no e indiferentemente de su puesto.
- Analizar y hacer un breve repaso de lo más relevante de este riesgo psicológico laboral (mobbing), cuáles son sus consecuencias, tipos, indicadores que dan a conocer que existe una situación de acoso laboral, etc.

3 Metodología

Se ejecuta una extensa revisión bibliográfica a través de Google Académico, con las reseñas "mobbing", "acoso laboral" centrándolo en el ámbito sanitario. Por otro lado se examinan distintas guías de prevención de riesgos laborales de diversos sindicatos.

4 Resultados

Partes implicadas en el mobbing:
1. Acosadores/agresores/mobbers:
Son aquellos que actúan de forma demoledora y reiterada por celos y envidias hacia la víctima, tienen miedo a que muestren una mayor valía o a perder su puesto de trabajo. La víctima destaca por sus cualidades personales o profesionales.
Actúan anulando a su víctima y minando su moral, con el fin de que esta abandone su trabajo.
Existen agresores activos que actúan de forma directa y clara, o pasivos, los que permiten que se dé esta situación, convirtiéndose así en cómplices de los activos.
Características del Acosador: Narcisistas, envidiosos, oportunistas, inseguros, con necesidad de control, sentimientos de inferioridad, etc.
Como llevan estos a cabo su acoso, es decir como atacan a la víctima:
• Impedir que se exprese.
• Desacreditarla y desprestigiarla en su trabajo.
• Comprometer su salud.
• Limitar el contacto social, aislar a la víctima.
• Menospreciar a la víctima ante sus compañeros.

2. Víctima: Cualquiera puede ser víctima de acoso laboral, el agresor suele fijarse en personas que destaquen por algún motivo social, físico, laboral, etc. Características de la víctima: Positiva, fuerte de carácter, carismática, abierta, inteligente, predispuesta, a menudo valorada como "buen compañero/a", etc.

3. Entorno: Es el lugar de trabajo donde se da la situación de acoso laboral (Mobbing).
La organización del trabajo influye en la aparición del Mobbing, bien por una mala organización, por métodos ineficaces en la solución de conflictos o por ser permisivos con ciertos comportamientos, siempre y cuando se obtengan los objetivos económicos que la institución quiere.

Tipos de mobbing:
El Mobbing afecta indistintamente a cualquiera de los niveles jerárquicos de la empresa, tanto a hombres como mujeres. La clasificación según la posición jerárquica es la más destacada y en la que coinciden la mayor parte de los autores:
- Descendente o bossing: Acoso de un superior jerárquico a un inferior/subordinado. El superior realiza desprecios, insultos, humillaciones, etc. quiere minar al subordinado a toda costa.
- Horizontal: Este es el Mobbing propiamente dicho, el más frecuente, se produce entre iguales, de la misma categoría profesional. Los motivos por los que se da son envidia, problemas personales, apreciación de la víctima como débil.
- Ascendente: Es el menos habitual, un ejemplo sería cuando hay un ascenso de un compañero de similar rango y no se ve positivamente ese ascenso. Se ejerce desde un puesto inferior a uno superior, es decir el acosador/acosadores son de categoría inferior y el acosado de categoría superior.

Existe también otra clasificación de Mobbing, la cual se basan en el objetivo que quieren alcanzar, aquí solo haremos una breve mención:
- Estratégico: se usa para que el empleado abandone su puesto de trabajo de forma voluntaria, sin indemnización.
- De Dirección: con este se tiende a eliminar trabajadores poco sumisos y obtener una mayor producción.
- Perverso: es el más dañino, se comete sin testigos.
- Sancionador o Disciplinario: lo que pretende es que los trabajadores sean sumisos, hagan todo lo que se les pide y se lleva a cabo sembrando el miedo con castigos.

Fases generales del mobbing:
• Fase 1: Incidentes críticos/Conflicto.
En las Instituciones Sanitarias es esperable que surjan conflictos, tanto por la organización como por discrepancias entre las personas. Cuando estos problemas no se solucionan de forma sencilla y se prolongan en el tiempo, es cuando hablamos de estigmatización y da lugar a la siguiente fase.
• Fase 2: Acoso o estigmatización/Mobbing.
Es la fase donde se da realmente el Mobbing o acoso laboral, los mobbers ponen en marcha su plan de "acoso y derribo" sobre su víctima, lo hacen sistemáticamente, de forma consciente y durante un largo periodo de tiempo, en muchos casos contando con el consentimiento del entorno y sintiéndose así abalados en su actuación. El objetivo es ridiculizar, apartar a la víctima y conseguir que pierda

su autoestima. Es una fase larga y duradera, varía en función a las características personales y el aguante de la víctima.

• Fase 3: Intervención por parte de la empresa.

Si la problemática de acoso laboral es detectada por el Servicio de Salud para el cual presta servicios, ya sea porque lo ponga en su conocimiento el trabajador que está sufriendo Mobbing (que es lo más frecuente) o por algún otro motivo, la Institución Sanitaria tomará las medidas adecuadas para resolver el conflicto y así zanjar la situación de acoso.

Si la situación de Mobbing no se descubre, la Institución puede terminar por ver a la víctima como el problema a combatir, con lo cual se sumaría como un acosador más, teniendo, la víctima, que tomar otro tipo de medidas como bajas médicas, excedencias, etc.

• Fase 4: Exclusión/Marginación de la vida laboral

Es la última de las fases. La víctima, después de estar aislada, marginada y de pasarse largas temporadas de baja por no haberse resuelto la situación de acoso, tiene que tomar la decisión de abandonar el trabajo, básicamente por su salud. En casos muy graves pueden llegar al suicidio.

Consecuencias del mobbing:

Las consecuencias y reacciones del mobbing no son iguales para todas las personas que estén sufriendo acoso, cada persona tiene habilidades y capacidades distintas para afrontar la situación, pero lo que sí tienen en común es que son devastadoras, en la mayor parte de los casos. Estas consecuencias son muy parecidas a las producidas por el estrés, afectan principalmente al trabajador acosado, organización del trabajo, comunidad y al núcleo familiar y social.

Trabajador afectado

- Físicas.

Esta situación les provoca trastornos cardiovasculares, musculares (cansancio), respiratorios (falta de aire), gastrointestinales (perdida de apetito), trastornos del sueño con pesadillas, dolores de cabeza, etc.

- Psíquicas.

Ansiedad en el trabajo, inseguridad, estado de ánimo depresivo, tristeza, apatía, miedo continuo, baja autoestima, pérdida de interés por actividades que previamente le interesaban o le producían placer y si el problema es persistente y grave puede desencadenar en trastornos paranoides o suicidas. El afectado en algunos casos intentará buscar vías de escape al problema, lo que le puede llevar a las adiciones (alcohol, drogas…).

- Sociales.

Los efectos sociales del acoso laboral se caracterizan por la aparición, en la víctima, de conductas de aislamiento, evitación y retraimiento tanto a nivel laboral como en su entorno social o familiar, también se harán desconfiados e hipersensibles a la crítica.

Organización del trabajo
- Rendimiento.
Se reduce tanto a nivel de cantidad como de calidad, el motivo está claramente relacionado con la incomodidad con la que se enfrenta en el trabajo. Se producen un aumento de siniestralidad y absentismo (justificado o no) de la persona afectada.
- Clima Social.
No hay un buen clima de trabajo con inexistencia de cooperación y trabajo en equipo, comunicación, etc. está marginado.
- Accidentabilidad.
Al existir un mal clima laboral se incrementa la posibilidad de accidentes, la víctima está menos vigilante y concentrada.

Núcleo familiar y social.
La conducta y el comportamiento de la persona que sufre mobbing (amargada, desmotivada, irascible…) afecta a su entorno familiar y social.

Comunidad.
El estado de salud de una persona que sufre mobbing ocasiona una serie de gastos extra para toda la comunidad, necesita más asistencias médicas, consumo extra de medicación, tratamientos psicológicos, etc.

Pautas generales para solucionar el problema de mobbing
- Identificar el problema. Tenemos que ayudar al trabajador a que sea consciente de la situación de acoso laboral que está sufriendo y no lo vea como algo normal.
- Análisis objetivo y racional de la situación. Observar detenidamente los cambios que se pueden hacer para dar una solución.
- Abordar la situación con su familia, haciéndola participe del mobbing, de ese modo nos entenderá y prestará la ayuda necesaria para afrontarlo.
- Aprender, por parte de la víctima, estrategias para afrontar, resistir y manejar la situación.
- Separación temporal del trabajo con bajas laborales. Esta medida ayuda, en determinadas situaciones, a superar el mobbing sufrido, pero no siempre es una solución final.

- Cambio de departamento, en los casos que la situación continúe y siempre que sea posible.
- En los casos más graves e insostenibles se abandonará el Centro Sanitario, si bien es cierto que esta medida nunca se quiere tomar, debido a la difícil situación económica actual para encontrar un nuevo empleo.
- Conveniencia de denunciar las actividades de acoso y a quien las ejecuta.
- Ponerse en contacto con asociaciones contra el acoso laboral.

5 Discusión-Conclusión

Las instituciones sanitarias, en coordinación con las autoridades autonómicas competentes y sindicatos, deben realizar con más frecuencia estudios para lograr prevenir y controlar los acosos laborales o "mobbing", que actualmente ocasionan graves consecuencias económicas y sociales para la institución sanitaria y comunidad, al ser uno de los riesgos psicológicos más habituales.

Tanto los servicios sanitarios como los trabajadores estarán alerta ante cualquier síntoma o situación inapropiada, que se produzca en el entorno laboral y así lograr identificar una situación de acoso laboral. No se debe mirar hacia otro lado, sino que se tiene que actuar de forma inmediata, apartando a la víctima del foco donde radica el mobbing. Todos debemos colaborar y poner de nuestra parte para reducir el mobbing.

6 Bibliografía

- NTP 476: El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing https://www.insst.es/documents/94886/326962/ntp_476.pdf/de8bdee0-e8f5-46c7-b4c0-1d0f62e9db69
- Relación entre acoso laboral y estrés. Incidencia en el colectivo sanitario. https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/4193/TFG-L179.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Acoso psicológico en el trabajo mobbing http://www2.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/17609/doc11906_guia_mobbing.pdf
- Acoso psicológico en el trabajo: definición https://www.insst.es/documents/94886/328096/854+web.pdf/f4aa95ee
- cd21-4c73-9842-769589a526fb elmobbing.com: http://www.elmobbing.com/que-es-acoso-laboral

Capítulo 1120

RESIDUOS ELECTRÓNICOS, UN PROBLEMA MUNDIAL

GLORIA MARIA RODRIGUEZ SUAREZ

1 Introducción

La mala gestión de los RAEE conlleva la contaminación de ríos, lagos, mares de aguas subterráneas y áreas verdes, además de emitir tóxicos a la atmósfera y producir desequilibrios en los ecosistemas. Anualmente se generan en todo el mundo más de 40 millones de toneladas de basura electrónica. Los RAEE (Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos) están teniendo un crecimiento muy rápido, tres veces superior al ritmo del resto de residuos y llega a niveles tan elevados como los residuos generados por el plástico, pero los RAEE son más peligrosos ya que están compuestos por elementos tóxicos como el cadmio, el plomo, el óxido de plomo, plata, cobre, antimonio, el níquel y el mercurio, entre otros.

Los principales residuos electrónicos que se generan son los teléfonos móviles y los ordenadores, los RAEE también incluyen electrodomésticos, aparatos de alumbrado, herramientas eléctricas o electrónicas, aparatos médicos, instrumentos de vigilancia y control y aparatos electrónicos de bajo consumo.Este problema es debido a que no se recicla de forma eficaz y segura, sobre todo en países que no cuentan con infraestructura suficiente.

Los expertos estiman que hacia el año 2030 se generarán más de mil millones de toneladas de residuos electrónicos. Los países que más residuos generan son a nivel mundial: Estados Unidos y China suponen el 32% de la basura electrónica que se genera, mientras que en Europa este ranking lo lidera Noruega con una media de 28,4 kg de RAEE generados por cada habitante al año. Le sigue Suiza

con 26,3 kg e Islandia con 26,1 kg. En España generamos aproximadamente un millón de toneladas de RAEE y cada año aumenta esta cifra, el tratamiento de éstos viene regulado en el Real Decreto 110/2015 del 20 de febrero diferenciando los residuos que generan los particulares y los que genera un productor.

2 Objetivos

- Proponer alternativas, como una economía circular que permita mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y la reutilización de material. Con la recolección, segregación, tratamiento, y reciclaje de los RAEE, se bajaría la carga contaminante.

3 Metodología

¿Cómo se puede aminorar los efectos contaminantes que producen los RAEE?
• Antes de tirar un dispositivo pensar si se puede reutilizar.
• Entregar los dispositivos en puntos limpios o a los distribuidores.
• Recogida específica y diferenciadora del resto de desechos, almacenarlos y trasladarlos a centros autorizados por parte de los productores.
• Impulsando un cambio de modelo que lleven a cabo las Compañías del Sector Tecnológico, reduciendo la producción de estos aparatos mediante economías circulares que reutilicen los materiales, usando eficientemente los recursos naturales, reciclando los dispositivos, incorporando en estos componentes libres de tóxicos para que no afecten al entorno.

4 Resultados

Los RAEE están siendo poco segregados, almacenados provisionalmente, desmantelados y reciclados la mayoría de las veces de forma inapropiada dando lugar a riesgos potenciales de exposición a sustancias tóxicas perjudiciales para el cuerpo humano y el medio ambiente.

Se controla poco el impacto ambiental negativo de la extracción de materiales usados en la fabricación de aparatos eléctricos y electrónicos, así como los problemas de salud que acarrea.

5 Discusión-Conclusión

Debemos valorar la importancia de reciclar correctamente, y más cuando se trata de aparatos potencialmente peligrosos para el medio ambiente y, que, de no ser gestionados correctamente, afectarían negativamente a las próximas generaciones. Nuestra responsabilidad se convierte en la clave para contribuir a preservar y cuidar del planeta Tierra.

6 Bibliografía

- Esther Payueta (Periodista). Residuos Electrónicos, La Plaga del Siglo XXI. Noviembre 2017.
- Pascuas Rengifo, yois; Correa Cruz, Lucelly; Marlés Betancourt, Claritza (Universidad de la Amazonia). Residuos Electrónicos: análisis de las implicaciones socioambientales y alternativas frente al metabolismo urbano.

Capítulo 1121

PREVENCIÓN DE RIESGOS, USO DE GUANTES EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

ANTONIO CASADO MENENDEZ

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

EVA BEGEGA SANCHEZ

M. CONCEPCIÓN PUGA ALVAREZ

ADELINA ANTONIA FERNANDEZ PAREDES

1 Introducción

La asistencia sanitaria en España como derecho reconocido en el artículo 43 de la constitución, considerada una de las mejores a nivel mundial, es uno de los mayores logros a nivel social de las últimas décadas. Las instituciones sanitarias como parte fundamental dentro del estado de bienestar, con una plantilla muy especializada y profesional, que por las características de su trabajo están expuestos a una gran variedad de riesgos laborales, muchos de estos, no perjudicando solamente a la propia plantilla, además de forma directa o indirecta a los usuarios de los centros sanitarios.

En este trabajo trataremos uno de los equipos de protección individual más utilizados, como son los guantes, una protección fundamental, desde el personal de

oficios, con unos riesgos muy definidos dentro de sus respectivas especialidades, hasta los utilizados por el personal sanitario y no sanitario expuestos a riesgos de origen biológico, cortes, pinchazos, que por su trato con el paciente pueden trasmitirle enfermedades nosocomiales e infecciones de origen alimentario.

2 Objetivos

- Reconocer los tipos de guantes más utilizados en las instituciones sanitarias, desde el punto de vista de la seguridad. De forma muy específica en la prevención de riesgos con origen biológicos, no solo en la utilización de los guantes por parte de los profesionales para evitar contagiar o contagiarse, trataremos la higiene de manos antes y después de utilizarlos, y cuando la utilización de estos no sea recomendable.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo la metodología empleada ha sido en primer lugar, una revisión de los principales tipos de guantes utilizados tanto en las tareas asistenciales como en las de gestión y servicios, en segundo lugar, se hace revisión de cuando utilizar y cuando no es aconsejable la utilización de estos en los servicios relacionados con la atención al paciente.

Se realiza búsqueda bibliográfica en diferentes temarios de celador y pinches de cocina, guías de actuación de diferentes servicios de salud, bases de datos en castellano como Scielo y Google Académico, utilizando palabras clave como, guantes, guantes sanitarios, utilización de guantes en cocina.

4 Resultados

Conforme a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud, el empresario o la administración pública donde se presta servicio tienen la responsabilidad de realizar una evaluación de los riesgos, organizar las medidas preventivas, proporcionar los equipos de protección necesarios y formar a los trabajadores en el uso de estos, por parte del trabajador, la obligación de utilizar correctamente los equipos suministrados y cumplir las normas de protección que se adopten.

Dentro de una institución sanitaria es fundamental la protección de las manos

en la gran mayoría de servicios, más teniendo en cuenta la posibilidad de exposición accidental a microorganismos en la atención a los pacientes de una forma directa o indirecta, como medida más eficaz de prevención se utiliza los guantes de tipo medico. Hasta década de los 80 debido a la extensión del virus de inmunodeficiencia humana, no se empezó a tener conciencia real del beneficio en la utilización de guantes como obstáculo contra el agente biológico, no únicamente como medida de seguridad para el personal asistencial, además como protección al paciente frente a las infecciones nosocomiales. La correcta utilización de los guantes junto con el lavado de manos y el empleo de las soluciones alcohólicas, disminuyen de forma eficaz los riesgos de infección. Existen gran variedad de guantes, estos han de escogerse en función de la tarea a realizar, citaremos los más significativos en la asistencia al paciente:

- Guantes no estériles utilizados en la higiene de pacientes encamados, cambios de bolsas de colostomía, obtención de muestras biológicas, aspiraciones orofaríngeas, exposición indirecta al manejar objetos contaminados, cuidados postmorten, etc. Fabricados en vinilo, nitrilo y látex, este último componente tiene la desventaja al ser un producto elaborado de caucho natural de producir alergias, debido a las proteínas que se encuentran en él, un dato a tener muy en cuenta a la hora de utilizarlos por los equipos asistenciales y en el propio paciente.
- Guantes estériles mantienen la asepsia ante procedimientos invasivos como, operaciones quirúrgicas, cateterización de vías centrales, sondaje vesical, entre otros. Fabricados en látex, nitrilo, vinilo y neopreno.
- Guantes de neopreno de protección radiológica contra radiaciones difusa se utilizan cuando las tareas exigen presencia de rayos X si exposición directa.
- Guantes de protección de protección radiológica contra radiaciones directas utilizados en tareas que entrañen la probabilidad de estar expuesto a rayos X, igualmente estériles para procedimientos quirúrgicos.

Estos guantes los podemos encontrar con o sin polvo, la ventaja de los que contienen polvo radica en facilitar su colocación, desventajas, este polvo suele ser almidón de maíz pudiendo tener el inconveniente de producir alergias y actuar de conductor de microorganismos. Los guantes se deben cambiar en actuaciones y tratamientos distintos en el mismo paciente, han de quitarse inmediatamente tras su utilización, para evitar tocar objetos no contaminados y por supuesto antes de entrar en contacto con el siguiente paciente. Antes y después del empleo de guantes se debe realizar siempre el lavado de manos, la OMS aconseja, que cuando las manos no estén de manera visible sucias, la higiene de manos se realice con un preparado de base alcohólica, debido a que su utilización es más rápida, fácil de utilizar, perjudica menos la piel y consigue una mayor disminu-

ción de los microorganismos en la capa superficial de la piel, en comparación con el lavado de manos con agua y jabón. Se definen cinco momentos clave para el lavado de manos:
- Con anticipación al contacto con el paciente.
- Previo a la realización de una labor aséptica, contacto directo o indirecto de mucosas, piel no integra o cualquier dispositivo medico invasivo.
- Posterior a riesgo de exposición física de fluidos como sangre, saliva y excrementos.
- Después de contacto con el paciente, prendas y utensilios de este, así como superficies de su entorno.
- Al salir de la habitación, box o consulta.

El procedimiento para un correcto lavado de manos con solución alcohólicas es el siguiente:
- Aplicaremos una cantidad de solución suficiente para cubrir las manos.
- Frotar palmas de las manos entre si.
- Frotar palma de una mano contra el dorso de la otra entrelazando los dedos, en ambas manos.
- Frotar palmas de las manos con los dedos entrelazados.
- Frotar dorso de los dedos con la palma de la mano y viceversa.
- Pulgares de las manos con movimientos rotatorios con la palma de la mano contraria y viceversa.
- Puntas de los dedos con la palma de la mano contraria y viceversa.
- Esperar a que las manos se sequen.

Este lavado de manos se hace necesario, más aún si cabe, en actuaciones donde no se utilizan guante, traslado de pacientes, cambio de goteros, exploraciones sobre piel integra y reparto de comida. Dentro de la cocina hospitalaria se hace también necesario el uso de varios tipos de guantes para la protección de los trabajadores destinados en este servicio:
- Manoplas resistentes al calor para evitar quemaduras en la retirada de sartenes, ollas, fuentes de horno y otros utensilios expuestos al calor.
- Guantes anticorte fabricados en maya de acero inoxidable, utilizados para el corte y despiece de carnes y pescados.
- Guantes para limpieza necesarios para proteger las manos de los productos químicos utilizados en las tareas de limpieza y desinfección de utensilios y del propio local.

En la manipulación de alimentos no se recomienda el uso de guantes, ya que

crea una falsa sensación de higiene, produciendo un aumento en el riesgo de contaminación cruzada, lo adecuado es el lavado de manos tantas veces como sean necesarias. Cuando sea necesario la utilización de guantes en la manipulación de alimentos para proteger al trabajador, estos han de ser fabricados de materiales no alérgicos y cambiarlos siempre que se cambie de tarea.

El personal de mantenimiento tales como electricistas, fontaneros, mecánicos, albañiles y demás, están expuestos a un gran número de riesgos, desde quemaduras, electrocución, cortes, abrasiones y golpes, haciendo indispensable el uso de guantes, estos ha de escogerse adecuadamente para cada uso, citamos los más destacados por su importancia en el alto riesgo de accidente si no se utilizan:
- Riesgo mecánico protección contra abrasiones, cortes, perforaciones y golpes, fabricados en poliéster, piel flor de vacuno y kevlar.
- Riesgo de quemadura en soldadura protección de pequeñas gotas de metal fundido y radiaciones producidas por el arco eléctrico, fabricados en crupón o serraje de vacuno.
- Riesgo eléctrico podemos encontrar protección desde 500V hasta 36000V, fabricados principalmente de látex por sus propiedades dieléctrica, ha de tenerse un especial cuidado en su mantenimiento y almacenaje, siguiendo de forma adecuada las instrucciones del fabricante.

5 Discusión-Conclusión

Una adecuada formación en prevención es un aspecto fundamental para el desarrollo de cualquier tipo de trabajo, esencial para obtener un aumento del control sobre los riesgos y reducir de este modo la posibilidad de accidentes. Las manos son una de las herramientas más valiosas que disponemos, una de las partes del cuerpo más empleadas en el desarrollo de la gran mayoría de oficios, por lo que debemos cuidarlas y protegerlas, siendo los guantes el equipo de protección por excelencia para este fin.

Dentro de una institución sanitaria la protección bidireccional de este equipo en la asistencia al paciente, garantizando la seguridad de este, una de las mayores prioridades de nuestro sistema sanitario.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 10 de noviembre de 1995, núm. 269, pp. 32590-32611.
- Arnau, M., Cano, V., Cano, L., Coma, A., Garrido, J., Morales, R., Serrano, M. y Valladolid, P. (2001). Conocimientos básicos y funciones del Celador. Jaén: Formación Continuada Logoss.
- Cervera, M., González, J., González, M., Molada, M. y Serrano, A. (2019). Pinches del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Sevilla: Mad.
- Aznar, M., Busto, R., Chueca, A., Cuesta, E., López, M., Margarita, A., Pacho, M., Pascual, A. y Plaza, V. (2017). Guía-Manual: Uso de los guantes Sanitarios. Recuperado de: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/primaria/Uso_adecuado_guantes_sanitarios.pdf
- González, M. (2011). Buenas prácticas de seguridad del paciente, Plan de autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias. Recuperado de: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/primaria/Uso_adecuado_guantes_sanitarios.pdf
- Organización Mundial de la salud. (2016). Normas básicas de higiene del entorno de la atención sanitaria. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246209/9789243547237-spa.pdf;jsessionid=455485280302A228E616F51CD49D44A2?sequence=1
- Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. (2008). Recomendación para limitar el uso de guantes de látex en la empresa alimentaria. Recuperado de: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/publicaciones/seguridad_alimentaria/latex.pdf
- De la Iglesia, A. y Pareja, M. (2003). La vigilancia de la salud en usuarios de guantes de protección individual. Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el trabajo(26), 25-40.

Capítulo 1122

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE: LA ESCUCHA ACTIVA, LO QUE CUENTA EL SILENCIO Y LA EMPATÍA.

PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ

ROSANA ALONSO ORVIZ

MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO

1 Introducción

La comunicación verbal y no verbal es muy importante en un entorno como el sanitario, tanto con los pacientes como con los acompañantes. Cada día se producen un sinfín de intercambios verbales entre el personal y los usuarios de los centros sanitarios buscando información de manera presencial o telefónica, y es importante que esta comunicación sea eficaz y efectiva. En el acto de la comunicación el contexto del ámbito sanitario ya suele ser un hándicap porque, en general, no es una situación agradable para los usuarios, lo que hace que los nervios y el desconocimiento, sobre todo si es el primer contacto con el centro sanitario, bloqueen al receptor de la información que pretende transmitir el emisor. El personal tiene que tener claro cómo decir la información que conoce y saber reconocer si el usuario entiende lo que oye.

2 Objetivos

- Conseguir que el personal del entorno sanitario sepa utilizar la comunicación verbal de manera clara, concisa y correcta, con un tono de voz adecuado, dando importancia al qué se dice pero también al cómo se dice, entendiendo la importancia del lenguaje no hablado, de los gestos, la escucha activa y la empatía para percibir si el diálogo con el paciente está funcionando adecuadamente, para que la información llegue al usuario del modo apropiado.
- Promover formación específica sobre comunicación en la atención al usuario para todo el personal de los centros sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El 55% de una relación entre dos personas se expresa a través del lenguaje corporal. Al recibir al paciente en la recepción de un centro sanitario, en una habitación o en una consulta, establecemos la primera relación con el paciente: nos vemos, hacemos gestos y nos expresamos corporalmente. La mirada y la forma de dirigir nuestros ojos a los suyos debe trasmitir confianza, cercanía. Mirar al paciente expresa que le atendemos, que es importante para nosotros y mirar a los ojos implica sinceridad. Los ojos hablan y hay que saber establecer esa conversación. La expresión facial es clave para acercarnos al paciente; existe mucha diferencia entre un gesto adusto o de aburrimiento y una expresión, si no alegre, sí de simpatía que automáticamente el paciente va a percibir con confianza. Una simple sonrisa puede servir para ganar una complicidad que resulta clave en la relación con un paciente.

5 Discusión-Conclusión

Comunicar no es sólo intercambiar palabras. En la comunicación personal-usuario es fundamental que haya una buena interacción entre ambos para que el personal perciba que el mensaje ha llegado al usuario de manera efectiva, es decir, que lo ha entendido y no tiene dudas. Presencialmente, la comunicación no verbal representa un porcentaje alto en la comunicación, así que es importante tanto el aspecto como la disposición del profesional, manteniendo el respeto por el espacio vital, una entonación agradable y evitando gestos bruscos. Otra vía de comunicación muy usada en el ámbito sanitario es la telefónica, en la que, al faltar el contacto visual, es importante saludar, presentarse y usar la "sonrisa teléfonica" para llegar al usuario e iniciar de forma correcta y educada la conversación. La educación, la paciencia y la empatía son características imprescindibles en el trato al usuario de las instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

- https://revistamedica.com/comunicacion-verbal-servicios-de-salud/.
- Temario Técnico Auxiliar No Sanitario: Auxiliar Administrativo (ebook). Tema 5: La comunicación interpersonal. celadoresonline.blogspot.com/p/tema-31-la-atencion-al-usuario.html - http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/2018/Modulo%201-%20La%20comunicacion.pdf.

Capítulo 1123

PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL SECTOR SANITARIO

CRISTINA MENÉNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La Constitución Española, en su artículo 40.2, establece la necesidad de velar por la seguridad e higiene en el trabajo, ("Los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales; velarán por la seguridad e higiene en el trabajo"). Bajo este mandato constitucional y como transposición de la Directiva Europea 89/391/CEE, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores, aparece la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), modificada y actualizada por la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. La LPRL, tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores, estableciendo como principios generales:

- La prevención de los riesgos profesionales.
- La eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo.
- La información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva.

La LPRL y los Reglamentos y Reales Decretos que la complementan y desarrollan son documentos de mínimos, lo que contempla cualquier normativa de prevención de riesgos laborales (señalización, lugares de trabajo, radiaciones, manipulación manual de cargas, pantallas de visualización de datos, equipos de trabajo,

agentes biológicos, equipos de protección individual…) es la protección de los trabajadores y trabajadoras contra los diferentes riesgos y son los mínimos exigibles, no llegar a ellos sería para los trabajadores y trabajadoras, perder derechos laborales y exponerse a la pérdida de uno de sus bienes más preciados: la salud.

La LPRL establece en su artículo 14.1: "Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo". Este derecho de los trabajadores se traduce en los siguientes principios: "El empresario deberá garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo". "El coste de las medidas relativas a la seguridad y la salud en el trabajo no deberá recaer en modo alguno sobre los trabajadores". Según la LPRL los trabajadores tienen además los siguientes derechos:
- Derecho a la protección frente a los riesgos laborales (Art. 14).
- Derecho a equipos de trabajo y medios de protección adecuados (Art 17).
- Derecho de información, consulta y participación (Art. 12, 18, 33 y ss.).
- Derecho a formación (Art. 19). - Derecho a medidas de emergencia en la empresa (Art. 20).
- Toma de medidas en caso de riesgo grave e inminente (Art. 21).
- Derecho a la vigilancia de la salud (Art. 22).
- Protección de los trabajadores especialmente sensibles (Art. 25) maternidad (Art. 26) y menores (Art. 27).

La LPRL contempla además las obligaciones de los trabajadores en el Art. 29 y en caso de no cumplirse, supone una falta disciplinaria:
- Velar por su propia seguridad y salud en el trabajo y por las personas a las que pueda afectar su actividad.
- Usar adecuadamente todos los equipos y medios con los que desarrollen su actividad.
- Utilizar adecuadamente los dispositivos de seguridad existentes y no ponerlos fuera de funcionamiento.
- Informar acerca de cualquier situación que entrañe un riesgo para la seguridad.
- Contribuir al cumplimiento de las obligaciones establecidas por la autoridad competente.
- Cooperar con el empresario.

La prevención es el conjunto de medidas adoptadas en las actividades de la empresa con el fin de evitar o al menos, reducir los riesgos derivados del trabajo .Para estructurar el plan de prevención y conseguir los fines y metas preestablecidos en el ámbito laboral, se debe: explicar e informar sobre la política de prevención

de la empresa; definir los requisitos generales de la empresa para garantizar la implantación y el funcionamiento del plan de prevención; definir las responsabilidades y las funciones, en materia de seguridad y salud, de todos los niveles jerárquicos de la empresa; establecer los mecanismos adecuados para asegurar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de prevención de riesgos laborales; presentar e informar sobre el nivel de prevención alcanzado. La acción preventiva conlleva el cumplimiento de nueve principios, recogidos en el artículo 15 de la LPRL, principios que todos los trabajadores deben conocer porque se trata de las obligaciones y deberes que los gerentes de los centros sanitarios tienen para proteger y garantizar la seguridad y la salud en el trabajo y que a su vez, es un derecho que los trabajadores tienen contemplados en el artículo 14 de la misma Ley:

1. El empresario o empresaria (Gerentes) evitará los riesgos.
2. Evaluará aquellos riesgos que no se puedan evitar.
3. Combatirá los riesgos en el origen.
4. Adaptará el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción.
5. Tendrá en cuenta la evolución técnica.
6. Sustituirá lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
7. Planificará la prevención integrando técnica, organización del trabajo, condiciones del trabajo, relaciones sociales y la influencia de factores ambientales.
8. Adoptará las medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
9. Dará las debidas instrucciones a los trabajadores. Para cumplir los objetivos en el ámbito de la prevención de riesgos, es necesario incluir dentro de cada plan de prevención: la estructura organizativa, las responsabilidades, las funciones, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para realizar la acción de prevención de riesgos en la empresa.

Uno de los objetivos fundamentales para que la prevención tenga resultados positivos y se reduzcan los riesgos es que el empresario garantice a cada trabajador la información teórica y práctica suficiente y adecuada en materia preventiva, tanto en el momento de su contratación, cualquiera que sea la modalidad o duración de esta, como cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo, (artículo 19.1 LPRL). Todas las actuaciones preventivas que se implementen deberán de ser sometidas a control y vigilancia con el fin de comprobar si se cumplen las acciones / objetivos fijados para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores.

2 Objetivos

- Analizar los posibles riesgos laborales que pueden afectar a los auxiliares administrativos del sector sanitario.
- Analizar como promover la mejora de la seguridad y salud de estos trabajadores mediante aplicación de medidas adecuadas y procedimientos necesarios para la continua identificación de peligros, evaluación de los riesgos e implementación de las medidas de control necesarias.

3 Metodología

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

Se han utilizado términos clave como: "Prevención Riesgos auxiliares administrativos sanidad", "Prevención sector sanitario", "Prevención Riesgos personal no sanitario" y "salud laboral personal administrativo sanidad".

4 Resultados

El personal administrativo del sector sanitario en el desempeño de su trabajo puede ser afectado por diversos riesgos para su salud como son:
1. Riesgos psicosociales: se componen fundamentalmente de factores como son las características del trabajo y la organización del trabajo que afectan a la salud de los trabajadores. Unas condiciones psicosociales nocivas pueden dar lugar a la aparición de conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo y, a su vez, desembocar en determinadas consecuencias perniciosas para la salud y el bienestar del trabajador.

Estos factores pueden ser:
- Exceso de exigencias psicológicas.
- Más trabajo del que podemos realizar en el tiempo intelectual o de los sentidos, sin los recursos necesarios.
- No recibir la ayuda adecuada de superiores y compañeros para sacar el trabajo adelante.

- Trabajar en condiciones de aislamiento o que impiden o dificultan la sociabilidad.
- Indefinición de puestos, tareas, funciones, responsabilidades, margen de autonomía…
- No disponer de la información adecuada y a tiempo para adaptarse a los cambios.
- Exigencias contradictorias y conflictos de carácter profesional o ético.
- Faltas de respeto, reconocimiento y trato justo.
- Inseguridad: contractual, cambio de jornada y horario de trabajo, salario (variable), movilidad funcional o de departamento contra la voluntad de los trabajadores y las trabajadoras.
- Ausencia de perspectivas de promoción, realizar tareas que están por debajo de la propia cualificación. Los efectos indeseables sobre la salud que presentan la exposición a riesgos psicosociales son: A corto plazo: ansiedad, dificultad de concentración y memoria, dolores de cabeza, problemas del sueño y de la alimentación, problemas psicosomáticos…Afectan a la salud física, mental y social. A largo plazo: fatiga psicológica, consumo de medicamentos, alcohol y otras drogas, depresión, suicidio…

Hay evidencias científicas de que el estrés y la violencia pueden afectar a los sistemas cardiovascular, respiratorio, inmunitario, digestivo, dermatológico, endocrino, musculoesqueléticos y a la salud mental. Además, la exposición a riesgos psicosociales de los trabajadores repercute en sus vidas familiar y social, así como en la calidad del servicio prestado.

El estrés es el ajuste inadecuado entre la persona y el entorno laboral debido tanto a las demandas de la realidad laboral que deben ser satisfechas por el individuo, como a las demandas del individuo que deben ser satisfechas por la realidad laboral.El síndrome de "burnout" o síndrome de estar quemado en el trabajo, es una patología severa, es un trastorno emocional provocado por el trabajo y conlleva grandes consecuencias físicas y psicológicas cuando el fenómeno se somatiza, como la ansiedad o la depresión y da origen a numerosas bajas laborales. Es una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Causas o factores que conducen a estar quemado en el trabajo son:
- Factores organizacionales: sobrecarga de trabajo, turnicidad (sobre todo el horario nocturno), contratos inestables y salarios injustos, inadecuación del perfil profesional y personal, ambigüedad de roles, mal ambiente de relaciones en el

trabajo.
- Factores sociales: apoyo social, apoyo familiar, aspectos culturales, estilos de vida.
- Factores personales: carácter, tendencia a trastornos de ansiedad y depresión, tendencia a la negatividad y el pesimismo, niveles altos de defensividad, intolerancia a la frustración, déficits de autoestima, asertividad, bajo nivel de autoeficacia, ideas o ideales rígidos, nivel alto de expectativas.

Violencia: en el origen de la violencia se encuentra una deficiente concepción del trabajo, una mala organización y gestión del mismo y una incorrecta asistencia sanitaria. La violencia produce estrés y el estrés produce violencia. Los trabajadores y trabajadoras de la sanidad están expuestos a diferentes tipos de violencia:
- Violencia procedente de usuarios, pacientes y familiares, en cuya base está la escasez de personal, los tiempos y listas de espera, la deficiente información, la mala educación, la mala atención.
- Violencia producida por superiores (jefes "tóxicos"), compañeros y subordinados, debida a una organización que favorece la división y el enfrentamiento entre los trabajadores y las trabajadoras y puede llegar a producir, además de mucho sufrimiento, acoso psicológico (mobbing) y acoso sexual.

El trabajo a turnos y el trabajo nocturno también afectan a la salud del trabajador. El ser humano está sometido a ritmos biológicos que influyen en el funcionamiento de su organismo. En general, se puede decir que nuestro organismo está "biológicamente programado" para la actividad diurna y el trabajo a turnos exige mantener al organismo activo en momentos en que necesita descanso y a la inversa. Este tipo de trabajos se caracteriza por:
- La alteración de los ritmos biológicos, dada la falta de regularidad en los horarios de trabajo y de descanso.
- La necesidad de un esfuerzo adicional para desarrollar la actividad.
- No haber variación en los niveles productivos requeridos en función del turno o del ritmo biológico.
- La redistribución de todas las actividades (comidas, ocio, descanso…) en función del horario de trabajo.
- El ritmo de vida diferente al del entorno social y familiar.

Numerosos estudios evidencian que los trabajadores a turnos están menos satisfechos en su trabajo que los que tienen un horario fijo. Además este tipo de trabajo, y sobre todo el nocturno, tiene efectos negativos sobre la salud, el trabajo y la

vida social y familiar del trabajador. Tal es así, que las personas que trabajan en turno nocturno pierden cinco años de vida por cada quince años de jornada laboral, duermen entre 5 y 7 horas semanales menos, presentan un índice de divorcios superior al del resto de sus compañeros y tienen muchas más probabilidades de sufrir trastornos metabólicos, cardiovasculares, digestivos o psicológicos (datos de la Organización Internacional del Trabajo).

Dado que en el ámbito sanitario no pueden eliminarse los turnos de trabajo, que sería la primera pauta de prevención que debería aplicarse tal y como señalan los principios de la acción preventiva, algunas otras medidas preventivas que pueden hacer disminuir los efectos negativos de la turnicidad y la nocturnidad en la salud de los trabajadores serían:

- Mejorar las condiciones del trabajo a turnos supone actuar a nivel organizativo. Esta actuación debe basarse, principalmente, en intentar respetar al máximo los ritmos biológicos de vigilia-sueño y alimentación, así como las relaciones familiares y sociales. La elección de los turnos será discutida mediante la participación de los trabajadores en su distribución y organización, de acuerdo con las necesidades individuales. Por ejemplo, adaptar los turnos a las necesidades y características de los trabajadores: en turnos de noche a los más adaptables, en turnos de día a los de más edad, a las embarazadas, a las personas con cargas familiares, etc.
- Los turnos deberán respetar al máximo el ciclo de sueño, para ello, los cambios de turno deberán situarse entre las 6 y las 7h, las 14 y las 15h, y las 22 y las 23h.
- La duración de cada turno se tiende a realizar en ciclos cortos (se recomienda cambiar de turno cada 2 ó 3 días), siempre que la vida social y familiar no se vea muy afectada.
- Modificar los sistemas de rotación en un sentido noche/tarde/mañana que parece preferible al de mañana/tarde/noche por el inconveniente que supone pasar del turno de noche al de mañana.
- Lo más importante en las rotaciones es preservar el derecho al descanso tras los turnos de noche. El período principal de descanso es mejor situarlo tras el último turno de noche. Fijar al menos dos días libres consecutivos.
- Adaptar las condiciones de trabajo en función del turno, ya que nuestro organismo no reacciona igual en un turno que en otro.
- Aumentar el número de períodos en los que se puede dormir de noche. Reducción de la jornada semanal.
- Facilitar comida caliente y equilibrada, instalar espacios adecuados, prever tiempo suficiente y establecer pausas para ingestión de no menos de 45 minutos (artículo 7 de la Recomendación 178 de la Organización Internacional del

Trabajo).
- Disminución del número de años que el individuo realiza turnos, noches, limitación de edad, etc. Establecimiento de un límite de tiempo para trabajar a turnos o de noche, por ejemplo, 15 años como máximo (artículo 23 de la Recomendación 178 de la Organización Internacional del Trabajo). La OIT también recomienda que a partir de los 40 años el trabajo nocturno continuado sea voluntario.
- Establecer un coeficiente reductor de jubilación para los que hubieran trabajado a turnos (por ejemplo, 0,25 por año) (artículo 24 de la Recomendación 178 de la Organización Internacional del Trabajo).
- Reducir o evitar, en lo posible, la carga de trabajo en el turno de noche y no trabajar nunca de noche en solitario. Programar aquellas actividades que se consideren imprescindibles e igualmente evitar tareas que supongan una elevada atención entre las 3 y las 6 horas de la madrugada. Es recomendable introducir pausas breves a lo largo del turno de noche.
- Aumentar el tiempo de vacaciones y los días de libre disposición.
- Informar con antelación de los turnos para que los trabajadores puedan organizarse adecuadamente en su entorno familiar y social.
- Participar el (a través de los delegados de prevención o del Comité de Seguridad y Salud) en la organización de los turnos y en la determinación de equipos y tareas.
- Mantener los mismos miembros en un equipo, participando los trabajadores en la determinación de éstos de manera que se faciliten las relaciones estables.
- Los turnos de noche y de tarde nunca serán más largos que los de mañana Laboral.
- Aplicar medidas de reducción de la jornada laboral y de automatización en horario nocturno o en fin de semana para poder realizar la actividad con menos personal o incluso sin él.
- Dotar y mejorar los servicios que se ofrecen a los trabajadores y adaptarlos a sus necesidades: transporte, comedor, guardería, asistencia sanitaria, locales de descanso…
- Formación e información específica de las trabajadoras nocturnos, atendiendo a los riesgos y peligros con los que tienen que convivir.
- Establecer un sistema de vigilancia de la salud que detecte la falta de adaptación. Establecimiento de exámenes de salud semestrales que puedan detectar la falta de adaptación de los trabajadores a la turnicidad y a la nocturnidad y que puedan prevenir problemas irreversibles de salud, de manera que estos reconocimientos dejen de ser un mero trámite burocrático.

2. Riesgos para la reproducción y la maternidad: Durante el embarazo y la lactan-

cia se producen importantes cambios fisiológicos y psicológicos en las mujeres para garantizar que el feto en desarrollo y los recién nacidos disponen de todo lo necesario para desarrollarse adecuadamente. Estos cambios son los que hacen que las trabajadoras embarazadas o que han dado a luz recientemente sean especialmente vulnerables a algunos riesgos laborales.
Agentes biológicos:
- Rubeola, toxoplasmosis, varicela, citomegalovirus, hepatitis B, hepatitis C, VIH… Ergonomía: Manipulación de cargas, posturas forzadas… Riesgos psicosociales: sobrecarga de trabajo, turnicidad, nocturnidad, largas jornadas…

Tal y como se recoge en el artículo 25 de la LPRL, en la evaluación de riesgos deben tenerse en cuenta todos aquellos factores que puedan afectar a la reproducción, en particular por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos que puedan tener efectos mutagénicos o de toxicidad para la procreación. Del mismo modo, el artículo 26 de dicha Ley señala que la evaluación también debe incluir la naturaleza, el grado y la duración de la exposición a los riesgos de las trabajadoras embarazadas o que hayan dado a luz recientemente, así como aquellos procedimientos o condiciones de trabajo que puedan repercutir negativamente en su salud. A partir de esta evaluación se adoptarán las medidas preventivas que sean necesarias.

3. Enfermedad profesional: Según el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el Real Decreto 1299/2006 sobre enfermedades profesionales, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho Real Decreto se indiquen para cada enfermedad profesional.

4. Accidente de trabajo: Tal y como recoge el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador o trabajadora sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. Pueden ocurrir:
- Caídas de personas al mismo y a distinto nivel: por falta de orden y limpieza, mal estado de los suelos, mal estado de las escaleras, uso de útiles inadecuados para acceder a estanterías o armarios, etc. - Golpes o choques contra objetos: originados por deficiencias en la iluminación, trabajo en espacios reducidos, falta de orden y limpieza…
- Caídas de objetos desprendidos o por manipulación: mal estado de las estanterías o falta de anclaje, almacenamiento inadecuado, etc.

-Sobre esfuerzos por manipulación de cargas.
- Golpes o atropellos con vehículos: por desplazamientos desde el domicilio o desde lugar de trabajo.
- Atrapamientos: con puertas basculantes, ascensores.
- Agresiones: causadas por pacientes o familiares, destacando como áreas más problemáticas en el sector sanitario las urgencias, psiquiatría y las consultas en los centros de salud.

5. Riesgos ergonómicos: La mecánica corporal es la buena posición del cuerpo cuando uno está parado, sentado, acostado, caminando, levantando o cargando cosas pesadas. Esto es importante tanto en las personas saludables como en las que se encuentran enfermas. Mantener el cuerpo en buena posición ayuda a proteger la espalda y a usar el cuerpo en una forma segura. Los riesgos ergonómicos están asociados a lesiones osteomusculares principalmente, siendo éstas las enfermedades profesionales más frecuentes y la primera causa de invalidez permanente. Las alteraciones musculoesqueléticas incluyen un gran número de lesiones en músculos, tendones, nervios, articulaciones, ligamentos, etc., localizadas generalmente en la espalda, cuello, hombros, codos y muñecas. Pueden producirse por un esfuerzo único suficiente (accidentes de trabajo) o por el sumatorio de varios esfuerzos con efectos acumulativos (enfermedades relacionadas con el trabajo y causa de un pequeño grupo de enfermedades profesionales).

El síntoma predominante es el dolor, la contractura muscular, la inflamación y la disminución o la incapacidad funcional de la zona afectada. Las causas de las lesiones derivadas de los riesgos ergonómicos pueden ser variadas: adopción de posturas inadecuadas y forzadas, movimientos repetitivos, manipulación de cargas o trabajos con pantallas de visualización de datos en condiciones ergonómicas inadecuadas. En el sector sanitario y sociosanitario los riesgos ergonómicos aparecen principalmente por:
- Manipulación manual de cargas.
- Higiene postural: Una correcta higiene postural es fundamental para evitar lesiones cuando se lleva a cabo cualquier actividad y aún más en el caso de la manipulación de cargas.
- Movimientos forzados: Con o sin carga, pueden provocar contracturas musculares y lesiones de articulaciones y ligamentos.
- Sedentarismo: La falta de actividad física y el sedentarismo provocan debilidad muscular y supone un factor de riesgo añadido.
- Movimientos imprevistos.
- Uso de pantallas de visualización de datos: El uso cada vez más frecuente de

ordenadores, el espacio reducido o la mala ubicación o colocación del equipo informático, las malas posturas, el sedentarismo de la actividad, etc., son factores de riesgo añadidos causantes de lesiones osteomusculares.

5 Discusión-Conclusión

En la gestión de los riesgos derivados de la actividad del auxiliar administrativo en los centros sanitarios, como en cualquier otra actividad, se encuentran presentes riesgos derivados del desarrollo de la actividad que pueden afectar a la seguridad y salud de los trabajadores ocasionando en determinados casos accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y en circunstancias más favorables" solamente" daños materiales o interrupciones indeseadas del proceso productivo. Por este motivo, además de por ser requisito exigido por la legislación vigente, se deben establecer medidas oportunas para contribuir a la reducción o eliminación de estos riesgos laborales.

Estas medidas afectan a múltiples ámbitos de actuación, desde la formación de una organización preventiva en la empresa y su enraizamiento en la estructura jerárquica de la misma, a la aplicación de un plan de prevención del que no estarán ausentes la evaluación de los riesgos y la consecuente planificación preventiva. No menos importante resultará la formación de los trabajadores, facilitarles la formación precisa así como habilitar los cauces oportunos de participación de los mismos en las decisiones que puedan afectar a la prevención de los riesgos laborales de la empresa. La LPRL, en su artículo 18.2. señala que el empresario (Gerente) deberá consultar a los trabajadores y permitir su participación en el marco de todas las cuestiones que afecten a la seguridad y salud en el trabajo. Los trabajadores tendrán derecho a efectuar propuestas al empresario o empresaria (Gerente), así como a los órganos de participación y representación dirigidas a la mejora de los niveles de protección de la seguridad y la salud en la empresa (Gerencia).

Por lo que, es importante que como trabajadores se exija el cumplimiento de la norma y se participe en la gestión preventiva de la empresa (Gerencia), poniendo de manifiesto las características de la organización del trabajo que está influyendo negativamente en la salud y seguridad, registrando los actos de violencia física y psicológica para intervenir sobre las causas y contactando con los Delegados de Prevención (representantes en temas de salud laboral) para evidenciar, notificar y denunciar, si se diera el caso, la exposición a riesgos psicosociales y buscar y exigir soluciones.Los trabajadores y sus representantes tienen que exi-

gir el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales pone un límite a la facultad de organización del trabajo del empleador (Gerente), exigiendo que ésta se ejerza de un modo no perjudicial para la salud de los trabajadores. El artículo 4.7.d. define como "condición de trabajo" a "todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador", por lo que si la organización y la ordenación del trabajo son susceptibles de producir daños a la salud y seguridad de los trabajadores, serán por tanto objeto de evaluación y planificación preventiva.

Es muy importante conocer el concepto de salud laboral, ya que su finalidad básica es que sepamos aplicar las medidas preventivas adecuadas para eliminar riesgos o si no es posible eliminarlos por completo al menos minimizarlos. Tenemos que aprender a identificar los riesgos derivados de nuestro trabajo administrativo para poder promocionar la salud entre los trabajadores. Desde el sector sanitario no solo debemos velar por el cuidado integral de pacientes o usuarios sino que debemos dar ejemplo y cuidar de nuestra propia salud.

6 Bibliografía

• Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales (BOE núm. 269, de 10 noviembre de 1995).

•Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE núm.27, de 31 de enero de 1997).

•Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo (BOE núm. 97, de 23 de abril de 1997).

• Guía de Prevención de Riesgos Laborales en el Sector Sanitario. Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid. 2007

•Gaceta sanitaria: "Incapacidades Laborales Transitorias De Los Colectivos Profesionales Administrativos Y De Enfermería" Localización: volumen 7, Issue 37, 1993, Pages 190-195 Autor: Francisco Buitrago

•Ley General de Salud Pública, 33/2011.

• Real Decreto 485/1997, sobre disposiciones mínimas de señalización de seguridad y salud en el trabajo.

• Real Decreto 487/1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas.

• Real Decreto 488/1997, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en trabajos con pantallas de visualización de datos.

Capítulo 1124

LA ESCUCHA AL USUARIO EN EL TRABAJO ADMINISTRATIVO SANITARIO

SUSANA ALVAREZ ALONSO

1 Introducción

La comunicación es una necesidad primaria de la especie humana. En el ámbito de la salud la interacción entre el paciente, el personal administrativo, el sanitario y su familia se hace imprescindible, por lo que es fundamental dominar la técnica de escucha activa en la práctica diaria de la atención al paciente. La técnica de la escucha, o escucha activa, consiste en escuchar lo que el paciente nos dice y hacerle ver que le hemos entendido. Implica prestar atención constante tanto hacia el componente verbal como al no verbal.

2 Objetivos

- Conocer a fondo la técnica de escucha activa en la atención al usuario.
- Saber el papel del auxiliar administrativo como parte integrante del equipo multidisciplinar interviniendo dentro de la cadena de atención al paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio bibliográfico se ha llevado a cabo una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos: Dialnet y Scielo, así como el metabuscador Google Académico y en la biblioteca digital de la

UOC. Se utilizaron descriptores en español: “técnicas de intervención al usuario”, “habilidades sociales”, “escucha activa”, “atención al paciente”, así como operador booleano “and”.

4 Resultados

La técnica de la escucha activa es una técnica que encuadra la actitud del profesional. La atención activa permite superar los errores en la comunicación entre el profesional y el usuario. Ortega Bevia la explica como sigue:
”Se basa en el acentuamiento de la atención mientras el paciente habla. Ello requiere mirarlo directamente. Comunicarle verbal o no verbalmente el interés y la comprensión sobre lo que relata. Por lo general, la gente no lo hace y mantiene una atención vaga, que se centra en los momentos en los que el discurso parece referirse a los criterios establecidos por él previamente sobre el problema; o lo que es peor, sobre intereses personales. Esto es lo propio de las charlas de café o cotilleo en torno a una mesa camilla. Este tipo de atención de ‘vaivén’ o de pseudoatención no es lo que debe practicar una persona que ha aceptado el compromiso de implicarse en una relación terapéutica con alguien.” F. Ortega Bevia (2008). Psicoterapia. Teoría y práctica (pág. 98). Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones.

El texto de Ortega Bevia refuerza las diferencias entre la intervención filantrópica y caritativa y la intervención profesional. La persona que acude a un profesional , en este caso auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, espera una atención profesional y no amistosa.

Se considera que la comunicación es una necesidad primaria del ser humano, debido a la necesidad de compartir los pensamientos, sentimientos y/o sabiduría. En el ámbito de la salud esta necesidad de comunicación se magnifica, y se hace imprescindible. En ocasiones se originan situaciones en las que la comunicación es deficiente o inadecuada, causando un conflicto interpersonal.

Se considera escucha activa en el ámbito sanitario a la comunicación bidireccional establecida entre el profesional sanitario, y/o en este caso el personal administrativo sanitario, y el paciente, de forma que este último perciba que está siendo escuchado. Para ello, se debe prestar atención a lo que el usuario transmite y mostrar interés por medio tanto de la comunicación verbal como de la no verbal

Los resultados obtenidos indican que las actitudes necesarias para desempeñar la escucha activa pueden clasificarse en físicas o psicológicas. Las primeras o físicas permiten al profesional sanitario mostrar al paciente su interés por lo que nos transmite de forma no verbal. Entre ellas destaca la posición corporal, el contacto visual directo o la expresión de la cara al realizar gestos de asentimiento.
Las segundas o psicológicas manifiestan un interés de lo que se expresa verbalmente. En este ámbito destacan el feed back o retroalimentación y la empatía, caracterizada por ponerse en el lugar del otro.

Por otro lado, los objetivos principales de la escucha activa son: facilitar la comunicación entre el personal sanitario, el paciente y su núcleo familiar; contribuir a la creación de la relación de ayuda; incrementar la motivación del paciente; generar un clima de confianza y seguridad.

Se han encontrado numerosas publicaciones científicas que constatan cómo aplicar la técnica de la escucha activa resulta clave para obtener información del caso y conocer las necesidades y afectaciones psicosociales del paciente.

5 Discusión-Conclusión

De la presente revisión bibliográfica se puede concluir, por tanto, que la escucha activa es una técnica de intervención que permite establecer un vínculo terapéutico eficaz y crear el clima de confianza necesario para elaborar una relación terapéutica satisfactoria. Esta técnica, aplicada por el auxiliar administrativo, como primer eslabón de la cadena de atención al paciente, favorecerá que tanto el clima positivo de trabajo como el establecimiento de un vínculo de confianza con el usuario, permitan que éste se sienta mejor atendido y por tanto vea satisfecha su demanda hacia el profesional.

6 Bibliografía

- Batalla Sales, M. La escucha activa en atención primaria. Univeristat Jaume I. Castellón. 2014
- Delbecq, A. L. y otros (1984). Técnicas grupales para la planeación (pág. 32-34). México: Trillas.
- Gubern, R. (2000). El eros electrónico. Madrid: Ed. Taurus.
- Kedward, C. (2009). "Empathy". En: M. Davies. The Blackwell Encyclopaedia of Social Work. Oxford: Blackwell Publishing.

- Codina Jiménez, AlexisSaber escuchar. Un intangible valiosoIntangible Capital, núm. 3, septiembre-octubre, 2004 Universitat Politècnica de CatalunyaBarcelona, España
- Ortega Bevia, F. (2008). Psicoterapia. Teoría y práctica. Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones.
- Palmero, F. y otros (2008). Motivación y emoción. Madrid: McGraw Hill.

Capítulo 1125

DISMINUCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN EL ÁREA DEL TRABAJO HOSPITALARIO

CRISTINA DÍAZ RODRÍGUEZ

MARIA CARMEN RODRÍGUEZ LLANEZA

MARIA JOSEFA NOVAL GARCIA

MARTA ELENA ALEJO CARBAJOSA

MARÍA PATRICIA SOTO BASTIÅN

1 Introducción

La sociedad actual está expuesta al ruido constantemente, ahora bien: ¿Es necesario convivir con un exceso del mismo? ¿Qué consecuencias físicas conlleva? En el ámbito laboral ¿está regulado el límite que se debe soportar? ¿Cómo podemos evitar o minimizar sus efectos? ¿Están obligadas las empresas a tomar medidas para mejorar nuestras condiciones laborales respecto al ruido?

El ruido es un sonido no deseado, la contaminación acústica es un problema muy común dentro y fuera de las ciudades y, por supuesto, de los trabajos. Es en este ámbito donde se cuantifica fácilmente sus consecuencias, porque los sistemas de prevención de riesgos la incluyen entre sus variables y son palpables directamente las incidencias en la salud de los trabajadores.

2 Objetivos

- Identificar los factores provocantes de exceso de ruido en el trabajo, concretamente en los centros hospitalarios. A partir de ahí, pautar mejoras y medidas de prevención que puedan reducir o minimizar esta problemática.

3 Metodología

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

4 Resultados

La contaminación acústica es el segundo factor de contaminación medioambiental, solo la precede la contaminación atmosférica. Los trabajadores se enfrentan a una exposición excesiva de ruido, tanto en el nivel como en el tiempo.

Concretando a nivel laboral, en los centros hospitalarios, se observa que el exceso de ruido provoca diferentes problemas:
- De audición: pérdida de audición, acúfenos.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos cognitivos.
- Alteraciones cardiovasculares.
- Incluso se asocia con la obesidad y la diabetes.
- Efectos negativos en el feto.
- Disminución de la concentración y, por lo tanto, aumento del riesgo de accidentes.
- Mala comunicación oral.
- Estrés.

5 Discusión-Conclusión

Hace ya 20 años que la OMS fijó la cifra de 55 dB como máximo del ruido con que los ciudadanos pueden vivir con calidad. Según la legislación española, en los

lugares de trabajo, la cifra permitida oscila entre los 87 dB de exposición diaria a los 140 dB como nivel de pico permitido. Así pues, el centro hospitalario debe evitar el exceso de ruido desde la prevención hasta la mejora de las condiciones de trabajo.

El centro hospitalario debe hacer la prevención a nivel de detección, identificación de la fuente, formación de los trabajadores y establecimiento de medidas correctoras En primer lugar, hay que atender a la fuente, los hospitales tendrán que considerar:
- El tipo de pavimento.
- El tráfico de personas y maquinaria por pasillos y departamentos.
- Establecimiento de barreras acústicas.
- Mantenimiento y protección de zonas silenciosas para salvaguardar espacios libres de ruido.

Debe realizarse un mayor control de los niveles de cumplimiento de las medidas legales establecidas En segundo lugar, los trabajadores deben observar y cumplir todas las medidas impuestas para evitar lesiones y dirigirse a los servicios de prevención para poner en conocimiento de los mismos cualquier contingencia. Es a este respecto donde hablamos de protectores auditivos individuales:
- Los debe proporcionar el centro hospitalario.
- Deben ser adecuados a la labor ejecutada por el trabajador.
- Su uso será aconsejable u obligatorio (dependiendo del nivel de ruido). Se fomentará su uso en todo caso.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1126

DESGASTE PROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

CARMEN PILAR SANJULIAN MASTACHE

MARIA PILAR CARRIO CANCE

RICARDO GUERRA GONZALEZ

1 Introducción

El SDP aparece ante una respuesta continuada al estrés laboral, y puede afectar a la salud física y mental, así como a las relaciones sociales de los trabajadores que lo padecen. Se ha observado en los afectados un cierto cansancio físico y emocional, tensión, ansiedad y limitación en las relaciones personales en el ámbito laboral con una disminución de la eficacia y la eficiencia, absentismo y mengua de la calidad asistencial cuando se trata de personal sanitario. Muchos de los síntomas pertenecen a categorías psicopatológicas claras, como depresión, ansiedad, trastornos adaptativos o de personalidad

2 Objetivos

- Estudiar la prevalencia del SDP en el personal sanitario hospitalario.
- Establecer su relación con los factores personales y ambientales.

3 Metodología

Se incluyó la variable hospital como efecto aleatorio para controlar la variabilidad entre hospitales y calcular los intervalos de confianza de las odds ratio (OR).Sacando información de los buscadores de Google, Scielo y usando diferentes articulos.

4 Resultados

Para estimar las variables relacionadas con el desgaste profesional se realizaron 3 modelos de regresión logística, uno para cada componente de este síndrome. Para ello, se codificó la variable dependiente en dos categorías según los resultados fueran bajo-medio y alto. Las variables independientes fueron: sexo, edad, realizar gestión, trabajar en festivos, tener alguna enfermedad crónica, tomar medicación psicoactiva, valoración laboral, asertividad, años de profesión, años en el centro hospitalario, horas de ocio, optimismo, economía, satisfacción profesional, todas las dimensiones del clima organizacional y categoría profesional. Todas las variables independientes fueron introducidas simultáneamente en cada uno de los modelos.

5 Discusión-Conclusión

Se trata de un estudio de tipo transversal.Previamente al inicio del estudio, los investigadores de cada hospital (médicos y personal de enfermería) informaron a sus compañeros de los objetivos y la metodología del estudio, solicitando su colaboración. La encuesta fue entregada personalmente o a través de compañeros de trabajo. La recogida se realizó de manera anónima mediante buzones instalados en diversas zonas de los hospitales.

6 Bibliografía

- Freudenberger HG. Staff Burn-out. J Soc Issues. 1974;30: 159-65.Escribá V, Mas R, Cardenas M. Estresores laborales y bienestar psicológico. Impacto en la enfermería hospitalaria. Rev ROL Enferm. 2000;23:506-11.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1127

LA CARGA POSTURAL DEL ADMINISTRATIVO

SILVIA PÉREZ SUÁREZ

1 Introducción

Los problemas de tipo musculoesqueléticos asociados al trabajo del administrativo, en concreto al trabajo relacionado con las tareas informáticas, se deben a los siguientes factores:
• Movilidad restringida: asociada al trabajo sedentario.
• Malas posturas: asociadas a la forma de sentarse, posición de la cabeza y del cuello y a la posición de los brazos y muñecas mientras se trabaja con el ordenador.

Debemos describir las características que debe reunir un equipamiento adecuado para el trabajo en oficina, es en este punto donde trataremos de averiguar cómo podemos mejorar estos problemas haciendo especial atención al estudio de:
- Entorno de trabajo: incluye las dimensiones mínimas del entorno y las condiciones ambientales.
- Mobiliario: características y dimensiones mínimas de la silla y de la mesa de trabajo, así como accesorios para facilitar una mejor postura corporal
- Equipo informático: características de la pantalla del ordenador y del teclado.
- Programa informático: facilidad de uso y forma en la que se presenta la información.

Aunque el trabajo administrativo es bastante sedentario, que normalmente se realiza en un lugar tranquilo y cerrado y sin peligro aparente, en los trabajos

de oficina se dan una serie de factores diversos que pueden entrañar riesgos ergonómicos que afectan a la salud y el bienestar del trabajador. Algunos de estos factores son el diseño del mobiliario (mesa, sillas o pantallas de visualización de datos) o los factores ambientales como la iluminación, el ruido o la temperatura. Los principales riesgos ergonómicos asociados al trabajo de oficina se pueden dividir en tres categorías:

1. Carga postural: los daños de salud relacionados con la carga postural tienen que ver principalmente con: el espacio o entorno, el diseño de la silla y mesa del trabajo y la ubicación del ordenador y otros elementos informáticos. Los problemas de salud más comunes son:

• Molestias y lesiones musculares.
• Trastornos circulatorios.

2. Condiciones ambientales: Los problemas de iluminación, como reflejos, deslumbramientos o zonas mal iluminadas, los excesos en la temperatura (demasiado frío o calor) o la existencia de fuentes de ruido excesivo son los motivos de diversas molestias y problema de salud de los empleados que realizan su trabajo en oficinas. Los problemas de salud más comunes son:

• Alteraciones y fatiga visual.
• Trastornos respiratorios.
• Problema de concentración, irritabilidad y nerviosismo.

3. Aspectos psicosociales: Una organización inadecuada de las tareas y trabajos o conflictos en las relaciones entre compañeros o con los superiores a menudo provocan problemas de carecer psíquico o psicosomático como:

• Nerviosismo,
• Depresión y ansiedad
• Fatiga crónica.
• Problemas físicos de carácter psicosomático: problemas digestivos, taquicardias, cefaleas, etc.

2 Objetivos

- Evaluar la carga estática o postural como uno de los factores a tener en cuenta en la evaluación de las condiciones de trabajo.
- Estudiar la incidencia de la carga postural y su relación con la salud del trabajador y su productividad, prestando especial atención al espacio de trabajo, la silla de trabajo, la mesa de trabajo y la ubicación del ordenador.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español.

También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre ergonomía entre distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. También se ha procedido al estudio de las leyes tanto estatales como comunitarias referentes a este tema.

Palabras clave: ergonomía, riesgos laborales, evaluación de riesgos ergonómicos, silla de trabajo, mesa de trabajo, posición ideal ordenador, Asociación española de ergonomía e Instituto asturiano de prevención de riesgos laborales (IAPRL).

4 Resultados

En este punto vamos a describir las medidas más importantes que deben adoptar los aspectos que englobamos como carga postural, son las siguientes:
- Espacio de trabajo:
Se debe disponer del espacio necesario y suficiente para poder moverse con comodidad, procurando dejar al menos 1.15 metros libres detrás de la mesa.

- Silla de trabajo: se debe de tener en cuenta los siguientes aspectos:
• El asiento de trabajo deberá ser estable, proporcionando al usuario libertad de movimientos y procurándole una postura confortable.
• Es necesario las sillas tengan ruedas y posibilidad de giro para permitir la movilidad y el acceso a los elementos de trabajo.
• La altura del asiento deberá ser regulable. El asiento debe ser de forma más o menos cuadrangular, con esquinas redondeadas y sin aristas ni cantos duros. El borde delantero debe ser suavemente curvado para evitar compresiones debajo de los muslos y rodillas.
• El relleno del asiento y del respaldo no debe ser demasiado mullido. Lo ideal es un relleno firme de 2 ó 3 cm. de espesor sobre una base dura. El tapizado y material de relleno debe permitir la transpiración y el intercambio de calor.
• La profundidad óptima del asiento será aquella que permite usar el respaldo sin que se note una presión excesiva debajo de las rodillas.

• Es necesario que las sillas de trabajo dispongan de un adecuado apoyo lumbar. La altura del respaldo debe llegar como mínimo hasta la parte media de la espalda (debajo de los omóplatos
• Las sillas destinadas a tareas informáticas (más de 4 horas al día de trabajo con ordenador) deben tener respaldo reclinable y regulable en altura.
• La comodidad del respaldo mejora si la silla dispone de sistemas como el contacto permanente (el respaldo acompaña a la espalda al moverse) o sincro (al cambiar la inclinación del respaldo, la del asiento se ajusta en una proporción determinada).
• Los elementos de regulación deben ser simples en cuanto a su manejo y accesibles mientras se está sentado en la silla.
• La existencia de reposabrazos permite dar apoyo y descanso a los hombros y brazos. Su superficie útil de apoyo debe ser de al menos 5 cm de ancho y estar formada por un material no rígido.

- Mesa de trabajo: Deberá tener las dimensiones suficientes y permitir la colocación flexible de la pantalla, del teclado, de los documentos y del material accesorio.
• Las medidas mínimas de una mesa serán de 160 cm, de ancho por 80 cm de profundidad, siendo recomendables las de 180x80 cm. Es conveniente que se disponga de planos auxiliares (alas, superficies para reuniones) adjuntas y al mismo nivel que la superficie de trabajo principal, sobre todo en puestos de oficina con tareas muy variadas (informática + atención al público, informática + estudio, etc.).
• Debajo de la mesa debe quedar un espacio holgado para las piernas y para permitir movimientos.
• Es preferible que los bloques de cajones no estén fijos a la mesa, ya que así el trabajador podrá colocarlos en la zona que más le convenga y aprovechará mejor la superficie de trabajo.
• Las recomendaciones para la altura de una mesa fija (debe quedar aproximadamente a la altura del codo cuando se está sentado) son de 72±1.5 cm, hasta 75±1.5 cm para usuarios muy altos.
• Es conveniente que las mesas de trabajo estén electrificadas, para evitar la existencia de cables que puedan dar lugar a accidentes.
• Es conveniente disponer de atril para colocar los documentos. El soporte de documentos deberá ser estable y regulable y estará colocado de tal modo que se reduzcan al mínimo los movimientos incómodos de la cabeza y los ojos.
• La superficie de la mesa debe ser poco reflectante (acabados en mate). En general son preferibles los colores suaves y deberían evitarse las superficies muy oscuras,

que producen contrastes muy fuertes entre el tablero y los documentos.
• Los bordes de la mesa no deben ser cortantes, evitando cantos agudos y cualquier tipo de saliente. Los cajones se deben deslizar suavemente sin realizar esfuerzos importantes. Para ello, deben disponer de guías con rodamientos. Es imprescindible que existan topes de apertura, de manera que el cajón no salga del todo al abrirlo.
• Los bloques de cajones y los archivadores deben disponer de dispositivo antivuelco.

- Teclado y ratón: El teclado debe ser inclinable e independiente de la pantalla, impidiendo el cansancio y las molestias en los brazos.
• El teclado no debe ser demasiado alto. Deberá disponerse de espacio suficiente delante del teclado para poder apoyar las muñecas y antebrazos sobre la mesa. Este espacio será como mínimo de 10 cm. entre el teclado y el borde de la mesa.
• La superficie deberá ser mate para evitar los reflejos. La disposición del teclado y las características de las teclas deberán ayudar a facilitar su utilización.
• Los símbolos de las teclas deberán resaltar suficientemente y ser legibles desde la posición normal de trabajo.
• El ratón debe tener una forma que permita su utilización cómoda tanto por personas diestras como zurdas. Los zurdos deben colocar el ratón a la izquierda y cambiar la configuración de las teclas en el menú de configuración.
- Pantalla del ordenador. Los caracteres de la pantalla deben estar bien definidos y tener una dimensión suficiente.
• La imagen debe ser estable, sin destellos, centelleos o cualquier otra forma de inestabilidad. Se debe poder ajustar la luminosidad y el contraste entre los caracteres y el fondo de la pantalla, para adaptarlos a las condiciones del entorno. La pantalla no deberá tener reflejos ni reverberaciones molestas.
• La pantalla deberá ser orientable e inclinable a voluntad. Una buena solución, es colocar el monitor sobre un soporte regulable en altura.
• La distancia de la pantalla a los ojos es un factor a tener en cuenta. Esta distancia estará en función del tamaño y forma de los caracteres, como norma general no debe ser inferior a 55 cm.
• Se debe trabajar con la cabeza de frente al ordenador, evitando giros. El ángulo máximo de giro de la cabeza debe ser inferior a 35 grados.

5 Discusión-Conclusión

Como lo verdaderamente importante no es el problema sino la solución, a continuación, desvelamos las principales medidas para evitar, o disminuir los efectos, de cada uno de estos problemas:

• El entorno de trabajo debe ser lo suficientemente espacioso para que no se tengan que adoptar posturas forzadas o estáticas.

• En cuanto a la silla, esta debe permitir la movilidad de la espalda y de las piernas, así como adaptarse a los movimientos del trabajador. El asiento ha de ser estable y garantizar la libertad de movimientos y una postura cómoda y el asiento llegar, como mínimo, hasta la parte media de la espalda.

• La mesa debe tener la altura (entre 72 y 75 cm.) y medidas adecuadas (como mínimo 160 cm. de ancho por 90 cm de profundidad).

• Otro aspecto importante es la pantalla del ordenador: debe estar situada frente a nosotros a una distancia mínima de 55 cm. Las radiaciones deben reducirse al mínimo, la imagen ha de ser estable y sin destellos y los caracteres bien definidos.

• La temperatura en el interior de los lugares donde se realizan trabajaos sedentarios, como las oficinas, debe ser de entre 17 y 26º centígrados y la humedad entre el 30 y el 70%. Para lograr esta temperatura se deben procurar las condiciones de ventilación y aislamiento de paredes y ventanas adecuadas, así como instalar y programar óptimamente los aparatos de aire acondicionado y calefacción.

• Si el ruido procedente del exterior es excesivo, se deberá atenuar con la instalación de los componentes estructurales necesarios en paredes, techos y ventanas, con el fin de lograr un suficiente aislamiento acústico.

• Los riesgos asociados con los aspectos psicosociales se pueden prevenir en gran medida con una organización equilibrada de las tareas sin que se someta a los empleados a cargas excesivas de trabajo, mejorar la comunicación y el manejo de conflictos y fomentar medidas para conciliar la vida laboral con la familiar y personal.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. B.O.E. E nº 269, de 10 de noviembre.
- Real Decreto 39/1997 de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Real Decreto 486/1997 de 14 de abril, por el que se establecen las Disposiciones mínimas de seguridad y salud de los lugares de trabajo.

- Real Decreto 488/1997 de 14 de abril, disposiciones mínimas de seguridad y salud relativos al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización de datos.
- INSS: NTP 452: Evaluación de las condiciones de trabajo: carga postural
- DIEGO-MAS, JOSÉ ANTONIO. Evaluación de puestos de oficina mediante el método ROSA. Ergonautas, Universidad Politécnica de Valencia, 2019.
- A. Emir Díaz Martínez Análisis y evaluación de riesgos ergonómicos: CARGA POSTURAL Palma de Mallorca, 14 de noviembre de 2018

Capítulo 1128

EL ADMINISTRATIVO EN SALUD MENTAL. FUNCIONES EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA

1 Introducción

La enfermedad o trastorno mental es una alteración que abarca diferentes campos del individuo como son las emociones, los pensamientos, los comportamientos, etc., esto genera en la persona que lo sufre dificultades de adaptación en el entorno en el que vive (cultural, social), disminuyendo su capacidad de relacionarse con los demás y para las actividades básicas diarias.

¿Qué origina la aparición de la enfermedad mental? Son múltiples las causas, por ejemplo factores biológicos (alteraciones bioquímicas, genética), psicológicos (experiencia personal, abuso), sociales (cultura), y otros tales como consumo de sustancias estupefacientes, estrés, etc.

Cuando el individuo comienza a ver afectada su capacidad para mantener relaciones personales y familiares, con su entorno social o a presentar problemas en su trabajo, es el momento de acudir a un profesional en salud mental (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, etc.). Pero no siempre resulta fácil. En ocasiones administrar un tratamiento especializado a estos pacientes es complicado por diversos motivos. Por ejemplo: el propio paciente no es consciente de su propia enfermedad o no tiene control sobre ella, o bien sufre temor al rechazo social por el hecho de acudir a un Centro de Salud Mental.

Todo esto nos lleva a pensar que estamos tratando con pacientes diferentes a los habituales, ya que estos tienen sus facultades alteradas y cualquier pequeña acción que habitualmente no reviste importancia para el resto de las personas, para ellos puede ser motivo de una situación de crisis. Por lo tanto, cuando los administrativos tratamos con estos pacientes debemos tener muy en cuenta sus condiciones especiales.

2 Objetivos

- Conocer qué es una enfermedad mental, cuál es su posible origen y a partir de ahí la relación especial entre administrativo-paciente.
- Establecer las funciones del administrativo en el entorno de trabajo de un Centro de Salud Mental y qué habilidades debe desarrollar para el ejercicio de su trabajo.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda electrónica en diversas bases de datos (PubMed, Scielo y Dialnet). Se utilizaron conceptos claves como administrativo, salud mental, enfermedad mental. También se realizaron búsquedas revistas y artículos a través de Internet relacionados con el tema que nos ocupa: la salud mental. Por supuesto, es determinante la experiencia profesional desarrollada dentro del Centro Sanitario de Salud Mental.

4 Resultados

El paciente acude a un Centro de Salud Mental a través de una petición de su médico de Atención Primaria. A este puede haber acudido bien por iniciativa propia, bien por solicitud de su entorno más cercano al haber detectado comportamientos inusuales o bien a través de las Urgencias por presentar una crisis.

La primera persona con quien va a establecer contacto el paciente en el Centro de Salud Mental es el administrativo. Este es el encargado elaborar las consultas diarias a partir de las peticiones de los especialistas que allí trabajan. Se encargaran de la planificación y organización de estas. Para ello cuenta con las debidas herramientas ofimáticas y programas informáticos propios del centro como por ejemplo una base de datos con la información administrativa de los pacientes.

Todas las peticiones que lleguen al centro serán valoradas por los especialistas, los cuales decidirán si estas deben verse inmediatamente o pueden ser citadas a ritmo normal, así como también qué especialista en particular se encargará de ver a cada uno de ellos, dependiendo de su patología.

El paciente será citado bien por correo ordinario o bien vía telefónica indicándole día y hora así como el facultativo que le ha sido asignado.

El administrativo en un Centro de Salud Mental debe tener además de una formación adecuada a su categoría profesional, una serie de habilidades emocionales para el trato con este tipo de pacientes. Podemos destacar las siguientes:
- Escucha activa.
- Empatía.
- Comunicación de forma clara y sencilla. Cuidado con el lenguaje que utilizamos cuando hablamos con el paciente.
- Control emocional. La persona con un problema de salud mental necesita estabilidad emocional, así que evitaremos cualquier tipo de discusión o gritos, aunque este paciente no se esté comportando adecuadamente. Si llegara el caso, será avisado el personal de seguridad del centro y el facultativo correspondiente para su atención y control.
- No debemos tener ningún objeto punzante o potencialmente peligroso a mano ni suministrarlo al paciente, ya que con él pueden lesionarse o hacer daño a las personas que allí se encuentren.
- Si detectamos que un paciente está sufriendo una crisis avisaremos de inmediato al personal sanitario.
- Inteligencia emocional.

Un dato importante a tener en cuenta por los administrativos es que debido a su trabajo van a tener acceso a información confidencial, por lo tanto, el secreto profesional es de suma importancia. La intimidad es un derecho que tienen los pacientes a que sus datos íntimos no puedan ser revelados ni utilizados sin autorización expresa.

5 Discusión-Conclusión

Los administrativos en los Centros de Salud Mental van a desarrollar dos actividades diferentes. Por un lado, la puramente administrativa (gestión de las agendas médicas, atención telefónica, archivo de documentación) y por otra, una labor de atención personalizada al paciente. Debemos tener siempre presente que se

trata de un paciente con unas características especiales y en una situación emocional y mental distinta a la normalidad. Por todo ello, se hace necesario que el administrativo de un Centro de Salud Mental esté preparado emocionalmente para el manejo de situaciones que se pueden salir de lo establecido como normal y debe saber gestionarlas de forma óptima y diligente.

6 Bibliografía

- https://psiquiatria.com/tratado/cap_56.pdf
- https://avifes.org/enfermedad-mental/
- https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html
- https://espanol.womenshealth.gov/mental-health/good-mental-health/how-do-i-know-whether-i-have-mental-health-condition#1
- https://revistamedica.com/secreto-profesional-confidencialidad-intimidad-personal-sanitario/

Capítulo 1129

EL ADMINISTRATIVO Y EL PACIENTE. HUMANIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA

1 Introducción

En muchas ocasiones hemos oído hablar de la humanización de las instituciones sanitarias, pero si nos paramos a pensar resulta cuanto menos chocante que tratemos de humanizar una institución que nació de la necesidad de atender a una persona enferma y que ese era su objetivo primordial.

Pero, qué es la humanización. La entendemos como el proceso mediante el cual se adquieren rasgos típicos del ser humano (empatía, amor, sentimientos, afectividad). Actualmente vivimos en una sociedad en donde se vive muy deprisa, cualquier actividad se realiza de forma rápida, no reparamos en los pequeños detalles y mucho menos en las personas. No tenemos tiempo. Eso unido a los avances tecnológicos, a que lo prioritario sea la eficiencia, los costes, la masificación, etc., ha hecho que en muchas ocasiones el personal de una institución sanitaria centre más su atención en la parte administrativa, económica, organizativa, relegando a las personas, (los pacientes) y sus circunstancias a un segundo o tercer plano.

Los administrativos de un centro hospitalario realizan múltiples tareas: de gestión, de dirección, organizativas. En algunas de ellas no hay contacto directo con el paciente ni con sus familiares, solamente se trabaja con datos, por ejemplo: estadística, tablas de Excel, etc., consiste en información en papel o en pantalla,

pero que no transmite emoción alguna. El paciente pasa a ser automáticamente un número, una cama, una enfermedad.

Por el contrario, también nos podemos encontrar con que al trabajo puramente administrativo se le une la atención directa al paciente, su enfermedad, su familia, sus circunstancias personales. Aquí es donde comienza la tarea más difícil para el profesional administrativo, donde se tiene que involucrar no solo en la asistencia sanitaria, también en la asistencia como persona.

2 Objetivos

- Mostrar a través de la propia experiencia profesional, las necesidades de cambio necesarias en los centros sanitarios para conseguir una mayor calidad humana en el trato al paciente, así como una protección del profesional que se ocupa de él (personal sanitario, administrativos, etc.).

3 Metodología

Análisis bibliográfico en diferentes bases de datos (PubMed, Scielo y Elsevier), revistas y artículos a través de Internet. Las palabras empleadas en la búsqueda fueron: humanización, deshumanización, administrativo. También se tuvo en cuenta la experiencia profesional desarrollada dentro del propio hospital.

4 Resultados

En muchas ocasiones los administrativos que tenemos contacto directo con los pacientes y sus familias detectamos en ellos una situación de estrés causado por la propia enfermedad, la ansiedad que les genera, la incertidumbre sobre que va a pasar. Esto añadido al desconocimiento del funcionamiento interno de la institución hace que sean muy vulnerables ante cualquier pequeño cambio. Por ejemplo: utilizar un lenguaje médico desconocido para ellos les puede llevar asociada angustia y malestar psicológico. Para nuestro capítulo citaremos el ejemplo de la actitud a tomar con el paciente en un servicio quirúrgico por parte del administrativo.

Cuando el paciente nos llega a la Secretaria, en primer lugar nos dirigimos a él por su nombre, y acto seguido pasamos a presentarnos a dicho paciente, indicando quienes somos, nuestro nombre y nuestra función allí. Esto va a hacer que el

paciente se relaje, su actitud en muchas ocasiones defensiva desaparezca y pasemos a una situación más distendida donde esa barrera invisible entre paciente y profesional desaparece.

A continuación, y con todos los datos del paciente en nuestra mesa, pasamos a explicarle, siempre desde el punto de vista administrativo, cuales son los pasos a dar. Por ejemplo: acudirán a consultas previas a una cirugía con el profesional que les va a intervenir, que pruebas deben realizar, quien le va a dar esas citas, adonde deben dirigirse, cuando va a ser su intervención. Esto hace que cuando el paciente llegue al momento de su proceso quirúrgico, tenga amplio conocimiento de su situación. Les indicamos cual es nuestro teléfono de contacto para que ante cualquier duda se pongan en contacto con nosotros. Estas son algunas de las habilidades que los administrativos desempeñamos a la hora de tener un trato más personalizado con el paciente y su familia.
- Escucha activa.
- Empatía.
- Asertividad.
- Trato personalizado.
- Mostrar sensibilidad y comprensión respecto a la situación del paciente.
- Facilitarle todo el trámite burocrático.

5 Discusión-Conclusión

Es tarea de todos el contribuir a la humanización de las instituciones sanitarias. Instituciones públicas y privadas, profesionales de la salud, pacientes y los familiares de los pacientes deben de colaborar activamente en la ardua tarea de humanizar nuestra asistencia sanitaria. Para ello debemos en primer lugar determinar cuáles son las causas de esta deshumanización. Podemos destacar algunas de ellas:
- La masificación, despersonalización (hacia el paciente, la familia, los propios compañeros), burocracia.
- La súper especialización.
- El trabajo de los profesionales: falta de condiciones laborales adecuadas, escasa vocación, poca motivación laboral (salario), contacto constante con el sufrimiento, riesgo de Burnout, agotamiento físico, etc.
- Complimiento de objetivos, la iniciativa privada.
- La sobrecarga en el trabajo, el desgaste profesional, la escasa seguridad ocupacional.

Como resumen, podemos decir que sin lugar a dudas al paciente se le aplica la mejor tecnología del momento, el mejor y más efectivo fármaco para su patología. Pero nos sumergimos en el mundo de la técnica y la ciencia hasta tal nivel que perdemos de vista la parte humana del proceso. Pasamos a dar prioridad a tareas burocráticas, trabajos contrarreloj, masificación que conlleva a la extenuación del profesional, desmotivación, situaciones de acoso laboral, Síndrome de Burnout, etc., y hasta un sinfín de situaciones en las que el paciente no figura como objeto a tratar.

El paciente cuando acude a un centro sanitario se encuentra en una situación de vulnerabilidad y fragilidad, de dependencia, ansioso por la incertidumbre, por el sufrimiento. Su vida familiar, social, su capacidad física y psicológica, se ven afectadas por la adaptación a su nueva situación. Debemos desterrar que el objetivo único cuando se atiende a un paciente sea solo la cura física a su enfermedad. Todo esto debe de ser mejorable y cambiar. Por ello los administrativos, como nexo de unión entre los pacientes y los profesionales sanitarios, tenemos el deber moral y ético de hacer este proceso lo más personalizado y humano posible, para que el paciente tenga durante la mejor calidad y bienestar posible y para no descuidar la salud del profesional que lo atiende.

6 Bibliografía

- https://revistamedica.com/humanizacion-sns-auxiliar-administrativo-celador-personal-sanitario/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1130

LA IMPORTANCIA DE REALIZAR PAUSAS DURANTE NUESTRA JORNADA LABORAL

SILVIA PÉREZ SUÁREZ

1 Introducción

Las pausas activas (o gimnasia laboral compensatoria) consisten en una rutina corta de ejercicios específicos y simples que se realizan en el mismo lugar de trabajo. Estas tareas tienen una duración de aproximadamente 10 minutos y no requieren de un gran esfuerzo físico. Son básicos y funcionales, en los cuales se incorporan los grupos musculares, ejercicios de movilidad articular, de estiramiento y de relajación.

Para que las pausas activas sean efectivas, es importante tener en cuenta que la respiración debe ser lo más profunda, lenta y rítmica posible. Hay que relajarse mientras se pone en práctica el ejercicio elegido, concentrarse en sentir el trabajo de los músculos y las articulaciones; no se tiene que sentir dolor y se debe realizar antes de sentir cansancio muscular.

Las razones más importantes para realizar pausas activas durante la jornada laboral:
- Disminución el estrés.
- Favorece el cambio de posturas y rutina.
- Libera estrés articular y muscular.
- Estimula y favorece la circulación.
- Mejora la postura corporal.

- Favorece la autoestima y capacidad de concentración.
- Motiva y mejora las relaciones interpersonales, promueve la integración social.
- Disminuye riesgo de enfermedad profesional.
- Promueve el surgimiento de nuevos líderes.
- Mejora el desempeño laboral.
- Inspiran la creatividad.

Los beneficios que se obtienen por la práctica de pausas activas durante la jornada laboral, pueden clasificarse en:
- Beneficios generales: mejora la condición de salud de los empleados, mejor adaptación al puesto laboral, mejora del rendimiento laboral cualitativa y cuantitativamente, mejora el clima organizacional, disminución de quejas relativas al dolor, disminución de incapacidades, disminución de accidentes laborales, mejora de la atención al cliente externo.
- Beneficios fisiológicos: aumento de la circulación a nivel de las estructuras musculares, mejorando la oxigenación de los músculos, tendones y disminuyendo la acumulación de ácido láctico, mejora la movilidad articular y la flexibilidad muscular, mejora de la postura, disminuye la tensión muscular innecesaria, disminuye el esfuerzo en la ejecución de las tareas diarias, mejora la condición del estado de salud general.
- Beneficios psicológicos: refuerzo de la autoestima, mejora la capacidad de concentración en el trabajo, muestra la preocupación de la empresa por los empleados.
- Beneficios sociales: despierta el surgimiento de nuevos líderes, favorece el contacto personal, promueve la integración social, favorece el sentido de pertenencia a un grupo.

En conclusión y en virtud de los beneficios detallados anteriormente es altamente recomendable y aconsejable la utilización del método de la pausa activa en los diferentes ambientes laborales.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de los descansos durante la jornada laboral.
- Reseñar los beneficios que estas pausas reportan a la salud y el bienestar laboral de los trabajadores.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español. También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre la utilización de pausas activas entre distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. También se ha procedido al estudio de las leyes tanto estatales como comunitarias referentes a este tema. Conceptos clave: pausas activas, estrés, liberación de estrés, Asociación española de ergonomía e Instituto asturiano de prevención de riesgos laborales (IAPRL).

4 Resultados

Algunos de los ejercicios que se pueden realizan para conseguir los múltiples beneficios de las pausas activas son:
- Movimientos circulares de cadera (para evitar hernias discales o dolores lumbares).
- Ejercicios de estiramientos: elevando hombros hasta los 90° y con el otro brazo ejercer leve presión en los codos.
- Girar la cabeza hacia el lado derecho hasta que el mentón quede casi en la misma dirección que el hombro.
- Inclinar la cabeza hacia atrás, permaneciendo en esa posición por cinco minutos.
- Encoger los hombros hacia las orejas y sostenerlo por 10 segundos.
- Realizar movimientos circulares de tobillo hacia ambos lados con cada pie.
- Estirar los brazos hacia al frente, juntar las palmas de las manos y realizar movimientos hacia abajo y arriba.
- Inclinar la cabeza hacia el hombro derecho, encoger los hombros hacia las orejas y moverlos hacia atrás en círculos y estirar el brazo derecho hacia el frente de manera que la palma de la mano quede hacia arriba.
- Dar un paseo o subir y bajar escaleras.
- Ejercicios de relajación en los cuales se implementan trabajos de inhalar y exhalar contrayendo el abdomen, y relajando cada parte del cuerpo. También podemos realizar ejercicios de yoga.

También es importante resaltar que no todos los trabajadores pueden realizar estas pausas activas, aquellas personas que tengan las siguientes enfermedades

deben consultar con su médico antes de hacer las pausas activas en su lugar de trabajo:
- Fracturas no consolidadas.
- Hipoglicemia.
- Hipertensión arterial no controlada.
- Personas que necesiten o requieran reposo.
- Quienes al iniciar los ejercicios sienten dolor o limitación funcional.
- Malestar por fiebre producida por infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Existen muchos beneficios tanto para el cuerpo como para la mente al hacer pausas activas tras varias horas sentados en la misma posición, alguno de los más importantes son los siguientes:
- Mejora del tono muscular y postura: realizar una rutina corta o hacer algunos estiramientos mejorará tanto nuestra postura como el estado de nuestros músculos. Y, además, favorecerá la desaparición de algunos dolores de espalda.
- Disminución del estrés y aumento de la autoestima: Aunque hacer pausas activas en el trabajo no sea suficiente para sustituir un régimen de ejercicio adecuado sí que puede ayudarnos a gestionar los altos niveles de estrés y la acumulación de preocupaciones laborales por sobrecarga de trabajo.
- Aumento de los niveles de concentración: hacer pausas activas es muy recomendable en este tipo de situaciones ya que fomenta la ventilación y el descanso de la atención durante unos minutos. Esto funciona parque al levantarnos de la silla y realizar una actividad física, una parte de nuestra energía mental se recarga.

En resumen, el practicar las pausas activas nos hace romper con la rutina y mejoran la condición del estado de salud porque aumentan la circulación, la movilidad articular, la flexibilidad muscular, la postura y oxigenan los músculos y tendones. En este punto es importante resaltar que las pausas activas se pueden realizar en cualquier momento de la jornada laboral, sin embargo, se recomienda hacerlas al comenzar y terminar la jornada y cada dos o tres horas durante el día.

6 Bibliografía

- Real Decreto 39/1997 de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

- Real Decreto 486/1997 de 14 de abril, por el que se establecen las Disposiciones mínimas de seguridad y salud de los lugares de trabajo.
- Real Decreto 488/1997 de 14 de abril, disposiciones mínimas de seguridad y salud relativos al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización de datos.
- Tosini, Nilce Liliana. Una pausa en la rutina de trabajo, beneficios de la gimnasia laboral (2018).
- Manuel Velázquez. observatorio vasco de acoso moral. La salud mental de las y los trabajadores.
- www-Iaprl.org. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos laborales.
- www-ergonomos.es, Asociación española de ergonomía.

Capítulo 1131

HIGIENE DE MANOS COMO CONTROL DE INFECCIÓN HOSPITALARIA

RICARDO GUERRA GONZALEZ

CARMEN PILAR SANJULIAN MASTACHE

MARIA PILAR CARRIO CANCE

1 Introducción

La infección hospitalaria o nosocomial, constituye uno de los más graves problemas de salud pública, dado que sus altos índices de ocurrencia condicionan una elevación de la tasa de morbi-mortalidad y gasto oneroso del coste hospitalario, dificultando así la calidad del cuidar y la evolución del sistema de salud.

El lavado de las manos se caracteriza como importante en la prevención a tales infecciones, siendo considerada la medida primordial contra la propagación de los microorganismos en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

- Validar la técnica y las orientaciones necesarias al lavado de las manos, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades. Su adopción debería ser contemplada por todo el personal de salud, para eso sería necesario la preparación adecuada de los mismos e inversiones en su concienciación.

3 Metodología

Como instrumento de colecta de datos se utilizó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, compuesto por una sesión de identificación de los sujetos y seguida por preguntas dirigidas a la temática abordada, o sea, que expresaran la práctica de la higienización de las manos realizadas por los trabajadores a lo largo de su día de trabajo.

4 Resultados

La higiene de las manos es preconizada cuando hay suciedad aparente, contaminación por fluidos y sangre, después de uso de los sanitarios, antes y después de la alimentación, al iniciar el turno de trabajo, después de varias aplicaciones de las preparaciones alcohólicas y antes y después de contacto con paciente colonizado o infectado.El lavado de las manos después de la retirada de los guantes, ya que la utilización de los mismos no excluye la obligatoriedad de la higienización de las manos.

5 Discusión-Conclusión

Debemos entender la prevención y el control de las infecciones hospitalarias como responsabilidad individual y colectiva, pues sin la asimilación y la implementación correcta de los procedimientos ejecutados por quien presta el cuidado al paciente, esta continuará siendo una traba a la calidad en la prestación de los servicios de salud.Además de eso, debe estimular la concienciación del equipo ante la seguridad del ambiente, del paciente y de los propios trabajadores en su cotidiano hospitalario.

6 Bibliografía

- Pereira MS, Souza ACD, Tipple AFV, Prado MA. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto & contexto enferm. 2005 Abr-Jun;14(2):250-7.
- Oliveira AC. Infecções hospitalares: repensando a importância da higienização das mãos no contexto da multirresistência. Rev Min Enf. 2003 Dez; 7(2):140-44.
- Souza FC, Rodrigues IP, Santana HT. Perspectiva histórica. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília (DF); 2008. p.11-15.

Capítulo 1132

OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO LACRIMAL EN RADIOLOGÍA (DACRIOCISTOGRAFÍA)

FRANCISCO JESUS FERNÁNDEZ GALLEGO

1 Introducción

La dacriocistografía es una técnica radiográfica que consiste en la opacificación del conducto lagrimal mediante la introducción de contraste, para la obtención de imágenes radiográficas con fines diagnósticos. Sirve para detectar la presencia de una obstrucción en dicha vía.

2 Objetivos

- Conocer cómo se lleva a cabo esta técnica y en qué casos es utilizada.

3 Metodología

Se han consultado diferentes fuentes como bases de datos digitales (PubMed, Scielo, Medline…) en las que se han encontrado artículos científicos contrastados que trataban sobre el tema, así como diferentes libros y enciclopedias de carácter científico.

4 Resultados

La técnica consiste en visualizar la vía lacrimal mediante contraste yodado tras su cateterización
Equipo necesario:
• Colirio.
• Anestesia.
• Catéter, jeringa con contraste yodado.
• Gasas, guantes estériles.
• Equipo de protección para el personal sanitario.

El paciente se coloca en decúbito supino en la mesa de exploración. Se efectúa una primera exposición en proyección antero-posterior antes del empleo de contraste que servirá como imagen basal. Se administra colirio anestésico en el ojo en el que se va a realizar la exploración, se deja actuar 5 minutos y se canaliza el canalículo lacrimal (habitualmente el inferior por ser de mayor tamaño y revestir menor dificultad) a través del punto lacrimal. Posteriormente se instila contraste yodado para repleccionar el sistema de drenaje lacrimonasal y se efectúan varias radiografías en proyección antero-posterior, lateral oblicuas y retardadas a los 15 minutos para confirmar que no existe retención del contraste en el saco lacrimal ni en el conducto lacrimonasal.

5 Discusión-Conclusión

La dacriocistografía constituye una técnica de imagen sencilla y de rápida ejecución, habitualmente sin complicaciones, que permite conocer la integridad del CLN o en su caso el nivel donde se encuentra la obstrucción para planificar una adecuada terapéutica.

6 Bibliografía

- https://scielo.org/es/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 1133

LAS HABILIDADES SOCIALES Y LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

LUZ MARINA MENENDEZ FREIJE

MARÍA MERCEDES FERNANDEZ LIRES

SANTOS RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

Las relaciones humanas son complejas y a menudo imprevisibles. En cualquier parte de un hospital o centro médico, estas interacciones son delicadas y muchas veces llevan a las personas a situaciones limite. El ser humano busca entender lo que ocurre a su alrededor y también las razones.

En esa búsqueda por explicar la conducta de los demás, incluso la nuestra propia, necesitamos conocer las causas de los comportamientos de los demás, del por qué han actuado de una u otra manera. En una sala de espera con familiares de un paciente, mientras se coloca una vía o durante un traslado a quirófano, las conversaciones y las interacciones alcanzan vital importancia.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de la comunicación entre los miembros del personal y de estos con los pacientes y familiares.

3 Metodología

Mediante la propia experiencia y el análisis de distintos artículos médicos que insisten en la importancia que tiene la comunicación entre el personal y del mismo con el paciente en la búsqueda del mejor entendimiento posible en el trabajo y en generar el ambiente más óptimo para desarrollar las distintas funciones.

4 Resultados

En muchos casos, los fallos de comunicación que derivan en encontronazos y ofensas se deben a un mal planteamiento en la atribución de los actos y comportamientos de una persona. Nuestra tendencia, en términos generales, nos lleva a interpretar que los actos de una persona vienen dados por causas internas al sujeto, es decir, que un paciente llega tarde porque es desordenado e irrespetuoso, o que no ha seguido las recomendaciones que se le han dado porque quiere desafiarnos y molestarnos.

Por regla general, no solemos pensar en primer término que la razón de las conductas erróneas de una persona, puedan deberse a situaciones externas y ajenas a la propia persona, y que estas han influido en el sujeto. Cuando somos nosotros los que hemos cometido un error, entonces sí que tendemos a anteponer las razones externas que nos han impedido realizar bien nuestro trabajo o tarea. Y esto, cuando trabajamos continuamente con personas que en muchos casos podrían estar sufriendo, es importante saber manejar las reacciones, los prejuicios y las formas

5 Discusión-Conclusión

Existe una necesidad evidente en las personas por saber las causas del comportamiento de los otros. Es algo esencial para entender y mejorar todas las relaciones profesionales y humanas, porque una conducta tendrá consecuencias muy diferentes en nuestras relaciones dependiendo de cómo la expliquemos, de cómo la interpretemos, o en función de a qué causa la atribuyamos. Si un compañero que viene al cambio de turno llega tarde y no interpretamos bien bien las causas, podría deteriorarse la relación. En cambio, si pensamos que tal vez haya tenido un problema y le tendemos la mano, ese mismo hecho podría ayudar a fortalecer la relación profesional y personal.

Igual ocurre en el trato con los pacientes o sus familiares. Las relaciones interpersonales que se establezcan dependen en gran medida de la percepción social que tengamos. Muchas veces, el tratamiento que se le da a las personas depende más de cómo los percibimos y no tanto de cómo son realmente. Se actúa, muchas veces, en función de una primera impresión, con lo impreciso que puede llegar a resultar. Como muchas veces la interacción ocurre en un plano de desconocimiento, es preciso mantener mucho tacto, respeto y cordialidad.

6 Bibliografía

- https://www.msdsalud.es/informacion-practica/comunicacion-pacienteprofesionales-sanitarios.html
- http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/2018/Modulo%201-%20La%20comunicacion.pdf
- https://www.diariodeibiza.es/vida-y-estilo/salud/expertos/2019/04/09/pacientes-reclamancomunicacion-fluida-personal/1059478.html
- https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-analisis-comunicacion-relacionmedico-paciente-15330

Capítulo 1134

EXCESO DE RESIDUOS SANITARIOS. PELIGROS Y ELIMINACIÓN

MARÍA MERCEDES FERNANDEZ LIRES

SANTOS RODRIGUEZ ALVAREZ

LUZ MARINA MENENDEZ FREIJE

1 Introducción

Se conoce por residuos sanitarios a todos los generados en cualquier local o servicio en el que se lleven a cabo actividades de atención a la salud de las personas. Todo el material sanitario debe considerarse un residuo a partir del momento en que su utilidad o manejo clínico se dan definitivamente por terminados.

Los residuos sanitarios conllevan un alto riesgo biológico, lo que hace imprescindible una adecuada manipulación, clasificación, almacenamiento, retirada y posterior destrucción, para minimizar o eliminar el peligro que suponen para las personas y el medio ambiente

2 Objetivos

- Concienciar sobre la gestión adecuada de los residuos, asegurando la protección del medio ambiente y la salud de los usuarios y, en particular, de los pacientes y los trabajadores.

3 Metodología

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

4 Resultados

La producción de residuos se ha incrementado de forma considerable en los últimos años, siendo una tendencia general en todos los países europeos. Esta tendencia está motivada por los cambios producidos en nuestra sociedad, que tiene una mayor capacidad de consumo y a la que se le ofrece una mayor variedad y cantidad de productos cada vez más sofisticados y envasados que se convierten en residuo una vez ha finalizado su uso.

Los centros sanitarios no son ajenos a esa tendencia. En ellos se producen gran cantidad de residuos difíciles de reciclar, en un principio no sólo por su composición, sino sobre todo por su cantidad. Es importante que se entienda que, cada recurso natural o cada material utilizado (alimentos, agua, suelo, madera, combustibles, materiales, etc.) está limitado tanto por sus fuentes como por las formas de desecharlo.

La gestión de estos residuos resulta clave a la hora de evitar problemas relacionados con la salud de quien los maneja. Su uso adecuado permitirá mantener en buen estado la salud del paciente y del trabajador. Además, su etiquetado, su separación y su correcta eliminación, permitirá no dañar el medio ambiente.

5 Discusión-Conclusión

La excesiva generación de residuos, y especialmente de envases, se ha convertido en uno de los principales problemas ambientales, colmatando los vertederos y contaminando el aire, el suelo y el agua. La aparición en el mercado de envases de un solo uso y su consumo en grandes cantidades ha creado en pocos años una situación límite. Por ello, en los centros sanitarios se impone la recogida selectiva de residuos como una actividad positiva y necesaria frente al aumento creciente

del volumen de residuos que se genera. El objetivo es separarlos para poder recuperar la mayor cantidad posible de materiales que se desechan y disminuir, por tanto, el volumen de residuos que son depositados en vertederos.

Estos residuos, contienen sustancias que pueden representar un peligro para el medio ambiente, la salud humana o los recursos naturales. Tener clasificados los residuos, además de ser una obligación legal, es el mejor camino para que los residuos tengan el tratamiento más adecuado

6 Bibliografía

- http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_residuos.pdf
- https://www.phsserkonten.com/gestion-de-residuos/residuos-sanitarios/
- http://wp.gapllano.es/wp-content/uploads/2017/02/residuos.pdf
- https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-residuos-establecimientos-sanitarios-13042370

Capítulo 1135

ATENCIÓN SANITARIA A LOS HOMBRES TRANSGÉNERO

REBECA FOLLEDO ACEBAL

ANTONIO JESUS NAVARRO GARCIA

JUDIT LÒPEZ GONZÁLEZ

CRISTINA VAZQUEZ VAZQUEZ

ANDREA SUÁREZ BANCIELLA

1 Introducción

Las personas transgéneros sienten que el sexo asignado al nacer no coincide con su identidad de género. Hombre transgénero es aquel hombre que no se identifica con su género asignado al nacer (mujer). Se estima una prevalencia del 0.3 al 0.5% de la población general, aunque estas cifras pueden estar infravaloradas (1).

En su camino hacia la reasignación de sexo los hombres trans disponen de diferentes tratamientos: tratamiento endocrinológico y cirugía reparadora/reconstructiva, aunque no todos tienen las mismas necesidades, por lo que la evaluación individualizada para lograr el objetivo personal es muy importante (2). El tratamiento endocrinológico supone el primer escalón, siendo el tratamiento con testosterona el pilar fundamental. Este tratamiento producirá cambios en su cuerpo y caracteres sexuales no exentos de efectos secundarios.

El abordaje sanitario al colectivo trans es complejo, en parte por el desconocimiento de los profesionales, pero también por la falta de estrategias institucionales específicas (3). La falta de formación en este campo, que tanto ha avanzado en los últimos tiempos, produce desigualdades en la atención sanitaria. Desde el propio diagnóstico de la disforia de género, los tratamientos de reasignación de sexo, las necesidades especiales en el ámbito de la salud mental o el abordaje ginecológico de los hombres trans entre otros, son en ocasiones, temas desconocidos para los proveedores de salud en nuestro país.

2 Objetivos

- Conocer los tratamientos de reasignación de sexo para hombres transgénero.
- Evaluar el riesgo de padecer patologías ginecológicas de hombres transgénero.
- Identificar las necesidades específicas en el ámbito de la salud de los hombres transgénero.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos Pubmed, Web of Sciencie, Scopus y Google Scholar a través de las palabras clave (MeSH): transgender persons, male, testosterone. Finalmente se seleccionaron 13 artículos y un documento resumen de la Asociación Mundial para la Salud Transgénero.

4 Resultados

En España el conocimiento acerca del estado de salud del colectivo trans es limitado. Uno de los principales motivos es la invisibilidad de estas personas en las estadísticas de salud ya que, en el Sistema de Información Sanitaria sólo existe la clasificación binaria. Esta falta de información dificulta el diseño de intervenciones que mejoren las barreras de acceso y las necesidades de salud específicas que presentan (3). En este capítulo abordamos tres puntos clave en la atención a los hombres trans: los tratamientos de reasignación de sexo, la salud mental y el seguimiento ginecológico.

- Reasignación de sexo

La terapia de sustitución hormonal o terapia hormonal sistémica supone el primer escalón en el tratamiento de reasignación de sexo (4). El tratamiento en-

docrinológico se utiliza para producir esos cambios físicos que la persona desea. Estos cambios hacia la masculinización transcurren durante dos años.
Antes de iniciar la terapia el receptor debe conocer los cambios finales en la apariencia física y la velocidad de aparición. Los hombres transgéneros sometidos a terapia con testosterona experimentan profundización de la voz, amenorrea, aumento de la masa muscular y del vello facial y corporal (5,6,7).

El seguimiento médico durante este proceso tiene dos propósitos, por un lado, monitorizar los efectos de la hormonoterapia en la apariencia física y por otro detectar posibles efectos adversos de la misma.

En general el uso de terapia con testosterona en hombres transgénero es seguro, aunque tiene riesgo aumentado de policitemia, aumentando el riesgo de tromboembolismo. También puede aumentar los niveles del colesterol LDL y los triglicéridos y disminuir los niveles del colesterol HDL (2)

En un segundo escalón, la cirugía aporta cambios en la apariencia física, mejorando la función sexual y la calidad de vida en general. A pesar la complejidad postoperatoria en estos pacientes, los resultados son óptimos con muy escasa morbimortalidad (9).

La adquisición de los caracteres sexuales masculinos a través de la cirugía no es un paso necesario para todos los hombres trans.

- Salud mental

A pesar de los avances en la sociedad, el colectivo trans continúa siendo objeto de discriminación y acoso. La falta de aceptación, de integración social y apoyo se asocian con depresión, ansiedad, baja autoestima, síntomas de estrés postraumático, abuso de sustancias, aislamiento y tentativa de suicidio (10).

Las personas trans tienen mayor incidencia de problemas de salud mental, mayor frecuencia de consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales y conductas sexuales de riesgo (11).

Coimbra y Fontaine, en su estudio, definen como factores protectores frente a la depresión, ansiedad o las ideas suicidas: percibirse competentes para resolver situaciones difíciles, hacer ejercicio físico, apoyo social percibido, tener relaciones positivas con los padres y tener otros amigos trans (12).

Junto a tratamiento de reasignación de sexo hormonal o quirúrgico debería asociarse siempre una terapia de prevención de patologías psiquiátricas.

- Abordaje ginecológico

Existen pocos estudios sobre el impacto de la terapia hormonal y la cirugía en el riesgo de padecer alteraciones ginecológicas en hombres trans, ni tampoco sobre la existencia de programas de screening específicos (13).

Medina et al, realizaron un estudio histológico del tracto genital en hombres trans sometidos a tratamiento androgénico sin encontrar hallazgos de malignidad, pero sí atrofia endometrial y ovarios con características similares al síndrome de ovario poliquístico (14). No existen estudios epidemiológicos que indiquen un aumento en la incidencia de cáncer de ovario en hombres trans comparada con la población general.

El efecto de estos tratamientos hormonales tiene un impacto poco estudiado en el riesgo de padecer cáncer ginecológico. Irwig en 2017 manifestó que los hombres trans tienen tasas más bajas de cáncer de mama y de cuello de útero atribuibles a las mastectomías e histerectomías (13).

La frecuencia de screening de mama y cérvix debe individualizarse en función de la anatomía, la edad del paciente, la edad de inicio de la terapia con testosterona, etc.

5 Discusión-Conclusión

Existe escasa evidencia sobre la atención al colectivo trans unida a falta de conocimientos en este campo y falta de sensibilidad por parte de los profesionales. Esto produce una desigualdad en el acceso a los sistemas de salud y en la atención que reciben.

A pesar de los avances sociales, todavía sufren discriminación y acoso que se traducen en altas tasas de depresión y ansiedad. Es necesario implementar estrategias de atención integral al colectivo trans que incluyan no solo un abordaje endocrinológico o quirúrgico, sino que engloben todos los aspectos que influyen en su salud como la salud mental o el enfoque de prevención ginecológico.

6 Bibliografía

1. Ramírez-Rentería, C., López-Juárez, N., Cruz, J., Román, E., & Fong, M. (2018). El manejo integral de la salud en pacientes adultos transgénero y transexuales: un tema cada vez más frecuente en la práctica clínica en México.

2. Adauy, A., Sandoval, J., Ríos, R., Cartes, A., & Salinas, H. (2018). Terapia hormonal en persona transgénero según world professional association for transgender health (WPATH)() y guías clínicas de la endocrine society.(). Revista chilena de obstetricia y ginecología, 83(4), 426-441.
3. Gil-Borrelli, C., Velasco, C., Martí-Pastor, M., & Latasa, P. (2018). La identidad de género, factor de desigualdad olvidado en los sistemas de información de salud de España. Gaceta Sanitaria, 32, 184-186.
4. Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 5(4), 301-311.
5. T'Sjoen, G., Arcelus, J., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. Endocrine reviews, 40(1), 97-117.
6. Wiik, A., Andersson, D. P., Brismar, T. B., Chanpen, S., Dhejne, C., Ekström, T. J., ... & Lindholm, M. E. (2018). Metabolic and functional changes in transgender individuals following cross-sex hormone treatment: design and methods of the GEnder Dysphoria Treatment in Sweden (GETS) study. Contemporary Clinical Trials Communications, 10, 148-153.
7. Adauy, A., Sandoval, J., Ríos, R., Cartes, A., & Salinas, H. (2018). Terapia hormonal en la transición femenino a masculino (ftm), androgénica, para trans masculino o para hombre transgénero. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 83(3), 318-328.
8. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., Decuypere, G., & Feldman, J. (2012). Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. 7ªversión.
9. Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 7(6), 484-498.
10. Monteiro, S., Brigeiro, M., & Barbosa, R. M. (2019). Salud y derechos de la población trans.
11. Rodríguez, A. J. S., García, M. E. A., & Gras, R. M. L. (2018). La Salud de adolescentes y adultos transgénero: revisión sistemática desde la perspectiva de género. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 50(1), 05-20.
12. Freitas, D. F., Coimbra, S., & Fontaine, A. M. (2017). Resilience in LGB youths: A systematic review of protection mechanisms. Paidéia (Ribeirão Preto), 27(66), 69-79.
13. Irwig, M. S. (2017). Clinical dilemmas in the management of transgender men. Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 24(3), 233-239.
14. Medina Soriano, M., Clemente Tomás, C. P., Cañete San Pastor, P., de Gonzalo Santos, A. M., Sanz Martínez, O., Pérez Ebri, M. L., & Balanzá Chancosa,

M. R. (2019). Cambios histológicos del tracto genital y riesgo de malignidad, en hombres transgénero sometidos a tratamiento androgénico. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 84(2), 122-129.

Capítulo 1136

EL CELADOR Y LOS EXITUS

DAVID ALVAREZ TRINIDAD

VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ

PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ

1 Introducción

Exitus es un término latino que significa salida y se emplea en medicina como simplificación de exitus legalis, que significa salida mortal o salida que causa la muerte. Se utiliza la expresión exitus para cerrar las historias clínicas de aquellos pacientes cuya enfermedad había terminado con la muerte.

El médico será el encargado de certificar la muerte de un paciente. El celador deberá actuar ante los familiares con delicadeza también deberá dejar un tiempo para que los familiares abandonen la habitación dejándolos que se desahoguen y tranquilicen con intimidad después deberá indicarles que abandonen la habitación para ir a la sala de espera correspondiente. En todo momento el celador debe tener una aptitud de apoyo y comprensión ante los familiares en esos momentos tan dolorosos para ellos.

2 Objetivos

- Dar a conocer a los celadores todas las funciones directas e indirectas con los fallecidos ya sea en la habitación, traslado, la sala dé autopsias o el mortuorio.

3 Metodología

Todos la información aquí expuesta ha sido sacada de libros de formación para el celador y a través de Google en páginas sanitarias.

4 Resultados

Tratamiento del cadáver en el hospital
El tratamiento que se le da al cadáver en el hospital es el amortajamiento y esta función no es del celador, sino del personal de enfermería aunque en muchas ocasiones el celador suele ayudar. En las ocasiones que el fallecido no esté sólo en la habitación y haya otro paciente se bajarán las cortinillas que dividen la habitación para que el otro paciente tenga la mayor intimidad posible y no vea como amortajan el cadáver.

Para realizar el amortajamiento necesitaremos guantes, sábanas, mascarilla, pinzas, material de aseo, bata, vendas, algodón y toallas. Los pasos para realizar el amortajamiento son los siguientes:
1. Lavarnos las manos correctamente y nos colocaremos los guantes.
2. Colocaremos el cuerpo dé forma supina (boca arriba) y alinearemos los miembros superiores e inferiores para evitar que se estanque la sangre y provoque cambios de color.
3. Retiraremos todo tipo de vendajes, tubos, catéteres etc.
4. Nos cercioraremos de que el fallecido haya expulsado todos los fluidos corporales y excrementos.
5. Realizaremos el aseo del cadáver prestando especial atención en la boca.
6. Cubriremos cualquier herida o incisión con una gasa o apósito nuevo.
7. Colocaremos la prótesis dental si la tuviera y cerramos la boca.
8. Taponaremos con algodón todos los orificios naturales.
9.Cerraremos los ojos bajando los párpados con suavidad y si estos no se mantuvieran cerrados colocaremos una gasa húmeda.
10. Colocaremos una compresa enrollada bajo la mandíbula.
11. Etiquetaremos el cadáver para poder identificarlo.
12. Colocaremos al cadáver en la camilla con una sábana por debajo.
13. Colocaremos los brazos cruzados sobre el abdomen y sujetáremos las muñecas con una venda del mismo modo sujetáremos los tobillos.
14. Con la misma sabana que tenemos por debajo del cada ver lo taparemos y la sujetáremos con vendas o tela adhesiva en las rodillas, cintura y tórax.

15. Volveremos a etiquetar el cadáver.
16. Se tapará completamente con otra sábana para su traslado al mortuorio.

Traslado del cadáver mortuorio
El traslado del cadáver al mortuorio si es una función del celador, deberá hacerlo con discreción y teniendo en cuenta principalmente 2 aspectos:
1. El celador deberá pedir a los acompañantes que no se queden en los pasillos y permanezcan en la habitación o la sala de espera correspondiente.
2. El cadáver deberá ir tapado completamente con una sábana.

En ningún caso el celador podrá informar del fallecimiento, ni ningún dato médico a los familiares se les debe remitir al personal facultativo.

El celador en el mortuorio
Las funciones del celador en el mortuorio son fundamentalmente las siguientes:
- Anotar en el libro de registro los datos del fallecido (nombre, apellidos, fecha y hora de entrada y salida del mortuorio, número de registro, número de historia clínica, cama y planta de procedencia).
- Colocarlo sobre la losa.
- Remitir a los familiares a atención al paciente en caso de dudas sobre los trámites.

El celador en las autopsias
Las funciones del celador en la sala de autopsias son las siguientes:
- Preparar la mesa de autopsias y todo el instrumental.
- Colocar el cadáver en la mesa en la posición que le indiquen.
- Ayudar al médico durante la autopsia.
- Asear al cadáver una vez acabada la autopsia.
- Limpiar la mesa y el instrumental.
- Llevará al horno crematorio todos los restos.

5 Discusión-Conclusión

Con esta información los celadores que ya llevan poco o mucho en su actividad podrán realizar un trabajo tan sensible como el que aquí describimos con eficacia y discreción, para que los familiares y los demás pacientes del hospital vean que se trata a los difuntos con respeto y profesionalidad, además de crear un ambiente libre de hostilidades.

6 Bibliografía

- Conocimientos Básicos Y Funciones Del Celador. Formación continua Logos al.
- Tanatosformacion.com

Capítulo 1137

LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL CON POBLACIÓN INMIGRANTE DESDE LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS

LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA

INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN

MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ

MARINA ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) manifiesta en su Art. 25.1 que ”Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

En la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en su articulo 12, se establece que “los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”

Así mismo, el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de Julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud promulga que el acceso al Sistema Nacional de Salud

en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial de toda persona. La garantía del ejercicio de este derecho y la protección efectiva de la salud de la ciudadanía cobra aún mayor importancia cuando quienes se ven privados de una asistencia sanitaria normalizada son colectivos de una especial vulnerabilidad, amenazados por la exclusión social, como es el caso de la población extranjera.

Las migraciones han sido fenómenos frecuentes en la historia de la humanidad con características específicas dependiendo del contexto socioeconómico en el cual se produce. El ámbito sanitario es testigo de esta realidad social produciendo nuevas necesidades y demandas por parte de la población inmigrante, de las instituciones y de los profesionales.

Si bien las instituciones políticas y sanitarias garantizan el acceso a la atención médica pública, no implica que muchos inmigrantes, sobre todo los que llevan poco tiempo en nuestro territorio, tengan dificultades en el acceso a los servicios básicos y especializados de salud, o que desconozcan el funcionamiento del sistema sanitario y las posibilidades de utilización.

Se plantea una nueva noción de salud integral, que contempla la variable cultural justificada por el aumento de usuarios inmigrantes que requieren servicios sanitarios y la necesidad de responder desde el sistema sanitario a unos cuidados de calidad.

A medida que la sociedad avanza hacia la multiculturalidad, resultado del progresivo incremento de la inmigración en los últimos años, se hace más evidente la necesidad de adaptar los recursos asistenciales a esta diversidad demográfica. La presencia de usuarios pertenecientes a grupos étnicos o culturales minoritarios es cada vez más apreciable en los dispositivos asistenciales sanitarios, lo que requiere plantearse si estos están preparados para ofrecer una asistencia de la misma calidad a todos los usuarios.

Concretamente, en el ámbito sanitario encontramos dificultades para asumir la cada vez mayor y diferencial demanda procedente de los colectivos de inmigrantes.

Es necesario por tanto, contextualizar la comprensión de los procesos de atención a la salud y las posibilidades asistenciales respecto a la población inmigrante. Por ello se trata de integrar los perfiles de demanda asistencial de la población inmigrante en los diferentes espacios y procedimientos de los ámbitos formales

de la atención sanitaria.
Las circunstancias específicas que se asocian al proceso migratorio generan en multitud de casos contextos familiares y personales complejos y desestructurados. Es frecuente encontrarnos con situaciones de soledad, desorganización familiar, redes sociales y de apoyo disfuncionales o inexistentes, unido a las habituales dificultades de inserción y adaptación a una sociedad desconocida y diferente a la propia. A todo esto se une en ocasiones la presencia de alteraciones psicológicas y emocionales tales como ansiedad y estrés durante el proceso de atención sanitaria

Es frecuente que los inmigrantes, al menos en un primer momento, se ubiquen en estratos y sectores deprimidos o desfavorecidos debido a su situación económica y social. Las condiciones laborales y de vivienda son en ocasiones deficitarias, generando todo ello situaciones que pueden estar asociadas a déficit en las condiciones sanitarias. Nos encontramos con frecuentes casos de pobreza y marginalidad, donde la salubridad, la alimentación o incluso la higiene, pueden ser cuestionables.

Por otra parte el impacto o el efecto que diferentes bagajes culturales podrían ejercer sobre el cuidado de la salud es sin duda una variable a tener en cuenta, e incluso el propio concepto de salud- enfermedad puede cambiar de forma significativa entre sociedades y culturas distintas.

Así mismo se produce una barrera idiomática que dificulta la comunicación, no sólo por el idioma, sino por las diferencias culturales que el profesional sanitario debe comprender para ofrecer una atención sociosanitaria correcta.

Debe producirse un vínculo que permita la continuidad asistencial, un seguimiento del tratamiento, la instauración de pautas preventivas, tener en cuenta el proceso de adaptación del inmigrante al nuevo entorno con unas normas sociales y culturales diferentes, etc. Todo un reto tanto para los profesionales de la salud como para la población extranjera

Bajo este contexto socio demográfico resulta imprescindible elaborar estrategias de intervención socio-sanitaria que intenten paliar las deficiencias del sistema sanitario respecto a la atención a los colectivos inmigrantes, de cara a minimizar el impacto que sobre la salud puede tener el hecho de pertenecer a un grupo étnico diferenciado.

La figura profesional del Trabajador Social se reconoce actualmente como in-

dispensable para garantizar el adecuado acceso a la población extranjera a la atención sanitaria actuando como puente cultural y comunicativo y facilitando la integración en el sistema sociosanitario.

El trabajador social presta atención a los deseos, a las soluciones sugeridas y los recursos disponibles del cliente, evaluando la motivación del mismo, sus capacidades y habilidades, sistemas de apoyo familiar y social, situación socioeconómica, adaptación de la personalidad y capacidades de desarrollo. El trabajador social no sólo ejerce como intermediario entre el cliente y la institución, sino que además media entre el objeto de intervención en una situación determinada y el propio cliente como recurso imprescindible en una intervención adecuada.

La instauración de estrategias de intervención desde el Trabajo Social con población inmigrante dentro del ámbito sanitario tiene por objeto la coordinación y trabajo en red con el conjunto de los recursos sociales, entendiendo por tales a todo sistema de ayuda y apoyo que se presta por una comunidad o sociedad para superar las dificultades, incluyendo a todas las instituciones, públicas y privadas, informales y profesionalizadas, que puedan intervenir en una mejor atención a la población inmigrante con necesidades de atención sanitaria.

2 Objetivos

Objetivo principal

- Dotar a los profesionales de una herramienta que les ayude, oriente y proporcione las claves y medios oportunos para mejorar su respuesta a la diversidad de la demanda y disminuya el estrés y la ansiedad que se pueden generar en las situaciones de incertidumbre y dudas.

Objetivos secundarios

- Introducir la perspectiva intercultural en la atención sociosanitaria, adaptándola a la diversidad y a las condiciones de vida de las personas inmigrantes, para así proporcionar una asistencia igualitaria y equitativa.
- Detectar los factores contextuales asociados a la atención sociosanitaria profesional y en las barreras que dificultan la misma.
- Explorar la existencia y funcionamiento de recursos institucionales específicos para la atención sociosanitaria a la población inmigrante.
-Proporcionar una atención integral, intersectorial, transversal, coordinada y participativa.

- Determinar las características del uso de los recursos sanitarios en esta población así como detectar las diferencias en función de factores sociales, culturales, origen geográfico, etc., de esta población.
- Describir las estrategias de cambio en la política sanitaria y en los recursos institucionales para la mejora de la atención a esta población.
- Fomentar la docencia y el entrenamiento de los profesionales sociosanitarios en la atención a la diversidad.
- Redistribuir y optimizar los recursos existentes, con la perspectiva de trabajo en equipo interdisciplinar.
- Participar en actividades psicosociales y comunitarias y apoyar y colaborar con otras instituciones, asociaciones y ONGs, que presten también atención a población inmigrante.

3 Metodología

Para el desarrollo efectivo de programas de intervención sociosanitaria desde en Trabajo Social con población inmigrante es imprescindible el trabajo con las redes sociales y de apoyo a la población extranjera, tanto para recabar su colaboración como para darles apoyo y soporte, ya que existe el riesgo de que estas redes, habitualmente con escasos recursos, se agoten, y que con ello las personas se queden sin un recurso tan necesario para su adaptación, su cuidado y la buena evolución del proceso migratorio.

Es importante tener en cuenta la labor de "cuidador cultural" que prestan estas redes, y crear los puentes de comunicación entre las mismas y la red de atención integral, para asegurar de este modo la continuidad de cuidados desde una perspectiva intercultural. El cuidado interculturalmente competente es un sistema que adapta las intervenciones a la diversidad cultural, porque reconoce la importancia de los cuidados culturales y tradicionales, los incorpora al plan de cuidados y favorece la complementariedad de los dos modos de cuidados, el tradicional y el profesional, manteniendo el diálogo fluido y necesario entre ambos sistemas de cuidados.

Dados los objetivos propuestos, la metodología se basara en:
- El desarrollo del Trabajo en Equipo Interdisciplinar.
- El Trabajo en Red: Trabajar en red y con las redes sociales es fundamental para poder articular la relación entre la diversidad cultural y la de los recursos, y además para poder modular la pluralidad y complejidad de las demandas y las respuestas

- La elaboración de planes de intervención contextualizados, adaptados culturalmente a las necesidades de la demanda.
- La creación de espacios para la coordinación, tanto interna como externa.
- El uso de los recursos de mediación, traducción y de intérpretes.
- La flexibilidad en el tiempo que los profesionales necesitan para atender a los pacientes inmigrantes, debido a las dificultades de comunicación.
- Las reuniones de coordinación regladas.
- La promoción de la participación activa, en los planes de actuación, de las personas inmigrantes y de su entorno.

Una vez finalizada la intervención y evaluación global de la persona y de su entorno, y según resulte la misma se tomarán las decisiones adecuadas y se elaborarán los diferentes planes de intervención que se crea pertinentes y el grado de implicación de los diferentes profesionales, niveles y componentes de la red, procurando la participación activa de las personas y de su entorno.

Tanto en la evaluación como en la elaboración de los planes de intervención deben estar presentes la perspectiva de género, de edad, de interculturalidad y la sociolaboral. Asimismo se aplicarán, de forma adaptada a la diversidad, los distintos procesos asistenciales existentes.

4 Resultados

En el desarrollo de la intervención sociosanitaria desde en Trabajo Social con población inmigrante se constata la presencia de alteraciones emocionales, fundamentalmente miedo, ansiedad y estrés durante la incursión en los sistemas sanitarios, unido a una desconfianza latente, tanto en los pacientes, como en ocasiones en los propios profesionales.

Los problemas de comunicación derivados de la barrera idiomática, están presentes en todo el proceso de intervención. Esta eventualidad se asocia frecuentemente con dificultades en la atención sanitaria e implica cuando menos una mayor atención, sobre todo si se produce falta de entendimiento de normas de funcionamiento, dificultades en el seguimiento de instrucciones, etc.

Las diferencias culturales son relevantes en algunos casos y sobre todo en relación con grupos de inmigrantes específicos, aunque lo más frecuente es que cuando estos problemas se presentan, no sean tanto debidos a diferencias culturales como a aspectos de carácter socioeconómico o a las ya referidas barreras

idiomáticas y dificultades de comunicación. Entre estas variables estarían la pobreza, el estar en situaciones de irregularidad, vivir en zonas rurales o alejadas de los servicios sanitarios o la falta de una red social adecuada para el sostén de la vida familiar, por no hablar de otras circunstancias como los continuos desplazamientos por el territorio nacional en algunos casos o situaciones de marginalidad o deterioro de la estructura familiar en otros.

Por otra parte, aunque los recursos institucionales y gubernamentales son suficientes, en ocasiones y en algunos centros se echa en falta recursos personales y profesionales concretos considerados como necesarios. En muchas ocasiones, más que factores de carácter geográfico o la cultura de origen del inmigrante, encontramos variables como el nivel social, económico y cultural, unido a la propia situación de irregularidad en la estancia en nuestro país que dificultan la óptima intervención. Entendemos por tanto que no se trata de una única cuestión racial sino que está estrechamente relacionada con la cuestión económica y social, lo que implica de manera directa al trabajador social en el ámbito sanitario como factor principal en la mejora de la atención al colectivo inmigrante.

Destaca también la necesidad de contar con mayores recursos formativos para los profesionales que han de trabajar con porcentajes significativos de población inmigrante así como mejorar el flujo de información entre los profesionales de diferentes ámbitos, para una atención integral, la creación y planificación de protocolos y estrategias de intervención específicas.

Por último se constata la necesaria incorporación y el trabajo con otras instituciones que pueden paliar algunos de los problemas de carácter social y económico que presenta la población inmigrante. Se señalan por ejemplo servicios sociales comunitarios y educativos u organizaciones no gubernamentales que pueden desempeñar un papel primordial en ese sentido.

5 Discusión-Conclusión

En el estudio llevado a cabo nos planteábamos conocer aspectos diferenciales inherentes y dificultades específicas en la atención sociosantaria a población de origen inmigrante a tenor de los contingentes tan elevados de población extranjera que en los últimos años se dan en nuestro país.

Entre los aspectos señalados, han sido destacadas fundamentalmente la presencia de alteraciones emocionales tales como miedo, estrés y ansiedad en la población

inmigrante. El desconocimiento del funcionamiento de los estamentos sociales y sanitarios, la falta de medios económicos o de apoyo familiar y social en algunos casos suelen ser factores que incrementan las barreras de acceso a los servicios sanitarios.

A pesar de los esfuerzos llevados a cabo en los últimos años en las políticas sanitarias, se debería continuar fomentando la formación de los profesionales no sólo en el conocimiento de las características culturales de los principales grupos de población inmigrante presentes en nuestro territorio, sino también en habilidades y competencias de interacción intercultural que puedan potenciar la eficacia de la prestación de servicios a esta población.

Son estas situaciones las que queremos trabajar desde el campo sanitario, facilitando que el ámbito no sea hostil y que mediante una aproximación entre el personal, en definitiva la sociedad,y las personas inmigrantes, surja un buen proceso de inclusión al mismo tiempo que nos aproximemos a su realidad y en consecuencia lleguemos a un objetivo común que debe de ser la salud y la mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

- NACIONES UNIDAS. La Declaración Universal de Derechos Humanos.
- España. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, BOE, núm. 10, de 12 de enero de 2000, páginas 1139 a 1150
- España. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de Julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE, núm. 183, de 30/07/2018.
- Trabajo Social Hoy. (2007). Segundo semestre. Madrid: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid.
- TRAGA GIMENO, F. (2006). Grupo Crit. Comunicación Intercultural y mediación en el ámbito sanitario. Volumen monográfico. Universitat Jaume I.
- GUERRERO ROMERA, C. (2011). El mediador intercultural en el ámbito sociosanitario. Revista de Educación Social. Universidad de Murcia.
- La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos. (2009). Norte de Salud Mental. Nº35.
- FERNANDEZ CASTILLO, A., VÍLCHEZ LARA, M.J. (2009). Necesidades percibidas en la atención hospitalaria pediátrica a inmigrantes según la opinión profesional: estudio cualitativo. Madrid: Psychosocial Intervención vol.18.

- Programa de atención a población inmigrante en salud mental. (2012). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud Junta de Andalucía.
- Intervención del/la Trabajador/a Social en Atención Primaria de Salud con Población Inmigrante (2012). Agéncia Valenciana de Salut. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Capítulo 1138

CÁNCER DE MAMA. CONOCIMIENTO Y CONCIENCIACIÓN.

NOELIA MARCOS MARTIN

ANDREA RODRÍGUEZ DE LA RIVA

1 Introducción

El cáncer de mama es el crecimiento descontrolado de las células mamarias. Generalmente, el cáncer de mama se origina en las células de los lobulillos, que son las glándulas productoras de leche pero también hay otros tipos de cáncer de seno que son menos comunes como el tumor filodes (tumores del seno que se originan en el tejido conectivo) y el angiosarcoma(tipo de cáncer poco frecuente que se forma en el revestimiento de los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos). Las células cancerosas del seno normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una masa o bulto. El cáncer de seno ocurre casi exclusivamente en las mujeres, pero los hombres también lo pueden padecer. Los estadios del cáncer de mama hacen referencia a lo lejos que se han propagado las células cancerígenas más allá del tumor original.

2 Objetivos

- Dar a conocer el cancer de mama.
- Concienciar a la población de la importancia de las revisiones periódicas que se deben realizar.

3 Metodología

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

4 Resultados

El cáncer de mama puede ser detectada observando signos y síntomas. Los médicos realizan muchas pruebas para detectar o diagnosticar el cáncer de mama. En la mayor parte de los tipos de cáncer, una biopsia es la única manera segura para que el médico determine si un área determinada del cuerpo tiene cáncer. Durante la biopsia, el médico toma una pequeña muestra de tejido para hacerle pruebas en un laboratorio. Una vez analizada dicha biopsia el médico decide que tratamiento es el adecuado para cada caso. Dependiendo del tipo de cáncer de seno, pueden utilizarse diferentes tipos de tratamiento con medicamentos, incluyendo:

- Quimioterapia.
- Terapia hormonal.
- Terapia dirigida.
- Inmunoterapia.
-Cirugía.
- Radioterapia.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es una enfermedad de la cual todas las mujeres corren riesgo. Para detectarlo a tiempo, periódicamente, se debe realizar: autoexamen mamario, ecografía, según edad. Debe volverse frecuente la visita al médico, sobre todo si notamos algo extraño. Es fundamental trasmitir esta información a la mayor cantidad de mujeres de nuestro entorno.

Es importante reconocer los diferentes factores de riesgo de cáncer de mama y con ello identificar a las mujeres de alto riesgo y agruparlas según su nivel o categoría de riesgo de desarrollar la enfermedad en el futuro. En mujeres con alto riesgo por historia familiar de cáncer de mama, es útil conocer los requisitos para

seleccionar aquellas que requieran realizarse el estudio genético por sospecha de riesgo de cáncer hereditario.

Aquellas mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama pueden participar en protocolos de vigilancia, desarrollados en centros especializados, los que dependerán del nivel de riesgo de cada mujer.

Las mujeres de mayor riesgo pueden también participar en las diferentes estrategias de prevención de cáncer de mama y su aplicación dependerá de su categoría. El manejo clínico racional de mujeres de alto riesgo constituye un desafío que deberá incorporarse en todos los centros de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.

6 Bibliografía

- https://www.breastcancer.org
- https://www.cancer.org
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1139

POSIBLES RIESGOS DE AGENTES BIOLÓGICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA JESÚS LÓPEZ LIRANZO

SANDRA MARÍA ALVARÉ CAROU

MARTA LUCÍA GARCÍA VALDÉS

1 Introducción

Los agentes biológicos se definen en el artículo 2 del Real Decreto 664/199, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo como ”los microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados, los cultivos celulares y los endoparásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad”.

Laexposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, motivada por la actividad laboral, constituye uno de los peligros laborales a los que están expuestos los trabajadores de centros sanitarios.

2 Objetivos

- Concenciar a los profesionales de la salud sobre posibles riesgos biológicos en el ámbito hospitalario y como prevenirlos.

3 Metodología

Se han revisado varios estudios encontrados en la web, en bases de datos como DALNET y SCIELO, así como protocolos y guías de práctica clínica, en las que se han recogido varios artículos a través de las palabra clave: sanitarios,hospital, riesgo biológico, enfermedades.

4 Resultados

Los agentes biológicos son ubiquistas se encuentran en cualquier luga , por lo que en cualquier actividad laboral puede haber riesgo de exposición a agentes biológicos; especialmente en las que hay presencia o manipulación de animales y plantas, sus productos o desechos (alimentos, residuos orgánicos,aguas residuales,etc.) yen las que hay pacientes o muestras biológicas procedentes de los mismos(centros sanitarios y veterinarios, geriátricos,etc.).

Existen tres fuentes principales de este tipo de microbios: Los que aparecen como consecuencia de la descomposición biológica de sustratos asociados a ciertas profesiones (p.ej.. el heno molido que causa neumonitis por hipersensibilidad);Los que se asocian a ciertos tipos de hábitas(p.ej..bacterias presentes en las redes de abastecimiento de agua) Los que proceden de individuos que hospedan a un agente patógeno(p.ej..tuberculosis).

5 Discusión-Conclusión

Los estudios de muestran que los profesionales del ámbito hospitalario de entre 35 y 45 años con mas de 10 años de experiencia profesional es el mas afectado por contaminación biológica (más frecuente en turnos de mañanas) .La mayor parte de los accidentes se producen manipulando material corto punzante siendo la mas afectada la zona de las manos. Las causas de accidente más frecuentes son: descuido propio, falta de capacitación, medidas de prevención insuficientes, exceso de trabajo y responsabilidad de terceros.

6 Bibliografía

- Casanova Vivas S, Santolaria Bartolomé E, ForcadaSegarra J, Esteban Buedo V. Prevención de Riesgo Biológico en Profesionales Sanitarios de la Comunitat Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat , Generalitat Valenciana;2007.116p.

Referida en: Revista Formación Seguridad Laboral 2007.[acceso2015-03-19] Disponible en: http: / / publicaciones. san. gva. es/ publicaciones/documentos/ V. 4176-2007. pdf
- Gutiérrez Adoraim R. Riesgos Biológicos Laborales. El Ejercicio de la Profesión de Enfermería.[Tesis de Licenciatura en Enfermería] . [Minatitlán, Veracruz, México] : Universidad Veracruzana; junio 2009.40p.[acceso 2015-03-19] Disponible en: http: // cdigital. uv. mx/ handle/ 123456789/ 29293.
- García González A, Hernández- Faure C, Agüero Tamayo A. Análisis del riesgo biológico en instituciones de salud pública de la provincia Guantánamo. AMA2009; (16) .[acceso 2015-03-19] Disponible en: http: // ama. redciencia.cu/ articulos/ 16. 03. pdf.

Capítulo 1140

EMPATÍA EN SANIDAD

CRISTINA LAGO MENÉNDEZ

MARÍA JESÚS FERREIRO JIMÉNEZ

1 Introducción

Cuando el profesional acepta sus emociones, las manifiesta adecuadamente, y sabe escuchar y admitir los sentimientos y pensamientos del paciente, atendiéndole con respeto y consideración, consigue prestar una atención personalizada y de calidad.

Si la comunicación es positiva y eficaz, el enfermo es capaz de expresar sus dudas y sus miedos, ya que confía en el profesional sanitario.

2 Objetivos

Conocer e identificar qué es la empatía; aprender estrategias que nos ayuden a fomentar la empatía; reflexionar sobre aspectos fundamentales de la empatía: la forma que miramos a los otros, la escucha reflexiva, y saber distinguir entre empatía y simpatía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la empatía en el entorno sanitario.

4 Resultados

La empatía es la capacidad para percibir correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor y comunicarle nuestra compresión. Es decir, ponerse en el lugar del paciente y ver la situación como él la ve.

Consiste en poner en práctica las siguientes competencias:
- Conectar con el mundo del paciente y sentirse a gusto con él.
- Captar sus sentimientos de miedo, rabia o preocupación, evitando los juicios de valor y las críticas.
- Hacerle saber que nos damos cuenta de lo que está manifestando.
- Valorar sus preocupaciones y problemas, ganando su confianza para que se exprese libremente.

Un profesional de la sanidad que utiliza la empatía es capaz de:
- Respetarse a sí mismo y valorar adecuadamente su competencia profesional para atender a los pacientes, teniendo en cuenta su autonomía, sus intereses o deseos y sus preocupaciones.
- Considerar al enfermo un ser único y animarle a actuar tal y como es.
- Escuchar al paciente y respetar lo que dice y siente.
- Cooperar con el enfermo en la aceptación de su nueva realidad.

Existen una serie de conductas que se oponen a la práctica de la empatía y enturbian la comunicación, esto ocurre cuando:
- No se centra en lo que piensa y siente el paciente, sino en lo que debería pensar y sentir.
- Cosifica al paciente y lo despersonaliza, obligándolo a actuar según sus criterios.
- Responde de manera irrespetuosa y no le dedica el tiempo suficiente para atenderle y escucharle.

5 Discusión-Conclusión

Las personas empáticas conectan con los demás, transmite colaboración, nos describe como personas respetables y respetuosas, nos ayuda a ser más objetivos y justos, mejora la autoestima y facilita el aprendizaje, consolida las relaciones y las mantiene en el tiempo.

6 Bibliografía

- https://lamenteesmaravillosa.com/el-arte-de-comprender-emociones-la-empatia/
- https://www.bitacoraenfermera.org/la-importancia-de-la-empatia-en-enfermeria/
- https://www.radioncologa.com/2013/03/la-empatia-en-la-relacion-medico-paciente-y-viceversa/
- http://old.cedesca.com/noticias/blog/352-claves-para-mejorar-la-empat%C3%ADa-en-el-%C3%A1mbito-sanitario.html

Capítulo 1141

EL TRABAJO A TURNOS INCLUYENDO LA NOCTURNIDAD. LOS EFECTOS NEGATIVOS EN LA SALUD Y EN LA VIDA COTIDIANA

MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA

MARTA ALVAREZ ROZA

CRISTINA ALONSO LLAMEDO

1 Introducción

Somos una máquina de costumbres, como bien sabe la cronobiología, que estudia los momentos más adecuados para hacer cada cosa. Nuestro cuerpo se rige por un reloj biológico. Si lo alteramos, como pasa cuando por motivos laborales duermes o comes a horas diferentes, tu cuerpo acaba pagándolo.

El trabajo a turnos es el que se realiza permanentemente o de manera frecuente fuera de las horas de trabajo habituales diurnas, pudiéndose realizar en horario nocturno, de tarde o en horarios variables. Los aspectos que se ven más afectados por la realización del trabajo a turnos se pueden agrupar en alteraciones del sueño y de los hábitos alimentarios, problemas de salud física y psicológica, acumulación de errores, estado de ánimo, dificultades en la vida familiar y social, siendo uno de los condicionantes que influyen de forma directa sobre el desarrollo de nuestra vida diaria.

Todo ello, unido al esfuerzo realizado para poder adaptarse a este tipo de trabajo genera un desequilibrio en la vida del trabajador, teniendo efectos contraproducentes. Carácter irritable, mal humor, cansancio permanente, la tendencia a la depresión y los cambios hormonales son solo algunas de las consecuencias de no dormir bien y algunas de las secuelas que le produce este modo de vida. La alimentación irregular provoca problemas digestivos y también se relaciona esta situación con problemas cardiovasculares si la situación se prolonga en el tiempo.

Ocurre a menudo en trabajos relacionados con la sanidad, transporte urbano, industria química y hostelería. El trabajo a turnos nos obliga a poner en hora constantemente a tu reloj biológico y esos ajustes crean estrés en el metabolismo.

2 Objetivos

- Investgar los distintos problemas que nos pueden producir la turnicidad en nuestro cuerpo y en nuestra vida cotidiana y como poder evitar o disminuir sus consecuencias.
- Conocer el problema a través de la opinión de expertos en la materia, opiniones de trabajadores que realizan su actividad a turnos.
- Analizar los problemas más directos que afectan en el trabajador y obtener conclusiones.
- Conocer e identificar las posibles situaciones de riesgo y la adopción de las medidas necesarias para disminuir o reducir los efectos negativos que nos produce el trabajo a turnos y más negativamente la nocturnidad.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de información y revisión de documentación en relación con el artículo publicado además de revisiones bibliográficas en bases de datos.

4 Resultados

Nos informaremos de los distintos factores que producen efectos negativos en la salud del trabajador a turnos, describiendo en primer lugar los tipos de turnos que existen:

- Sistema discontinuo: el trabajo se interrumpe por la noche y durante el fin de semana (mañana/tarde)

- Sistema semicontinuo: la interrupción es una vez a la semana.3 turnos: mañana/ tarde/ noche. descanso los domingos
- Sistema continuo: el trabajo se realiza de forma ininterrumpida, quedando cubierto las 24 horas del día todos los días de la semana

Los efectos que producen los distintos turnos, afectan en diferentes aspectos de nuestra salud y vida cotidiana.

Principales efectos sobre la salud:
- Alteración de los ritmos biológicos normales.
- Alteración de los hábitos alimentarios y digestivos.
- Alteración del sueño.
- Alteración de la vida sociofamiliar.
- Alteración de la conducta.
- Alteración en la actividad profesional.

A continuación, describiremos con más detalle estas alteraciones, como nos afecta y en qué medida.
- Alteraciones de los ritmos biológicos normales
Al trabajar a turnos provocamos cambios en nuestro ritmo biológico, ya que cuando tenemos que estar durmiendo estamos trabajando y viceversa. Con esto lo que conseguimos es alterar los ciclos circadianos que son los que consiguen que nuestro cuerpo tenga ya unas horas determinadas en las que come, trabaja y duerme mejor, lo que conlleva a un sueño insuficiente y produciéndonos fatiga, y que será lo que nos desencadene como resultado trastornos nerviosos o digestivos.
El estrés que sometemos a nuestro cuerpo va pasando factura a tu organismo y a tu piel llegando a producir un envejecimiento precoz.

- Alteración de los hábitos alimentarios y digestivos
La modificación de los horarios de comidas y de la comida que ingerimos (calidad y cantidad, comidas rápidas, etc.) nos produce trastornos nutricionales y variación en el apetito, llegando a producir problemas digestivos, llegando incluso a tener problemas de obesidad.

- Alteración del sueño
Disminuye tanto la cantidad como la calidad del sueño, no es un sueño reparador. Los trabajadores a turno de noche tienden a dormir 1/3 menos durante el día, por alteración del ritmo biológico y por existencia de ruido ambiente.

- Alteraciones de la vida socio- familiar
Dificulta las relaciones sociales debido a no coincidir con los horarios respecto a las demás personas, no sólo implica la separación de la comunidad sino la falta de contacto con los miembros de la familia, alterando las relaciones familiares y también de las actividades de ocio y tiempo libre.

- Alteración de la conducta
Astenia psíquica: alteración en el estado de ánimo, pudiendo producir mal humor, cansancio psíquico, mayor irritabilidad y sensación de malestar, dificultad de realizar esfuerzos intelectuales, con sensación de cabeza vacía, dificultad para concentrarse y nos cuesta más trabajo recordar las cosas. Nos encontramos más nerviosos, más apáticos.
Estas alteraciones junto con las de la vida socio-familiar les van apartando cada vez más de su entorno.

- Alteraciones en la actividad profesional
Las alteraciones más habituales en este aspecto es la acumulación de errores, dificultad para mantener la atención, dificultad para percibir correctamente la información, lentitud de reflejos y dificultad para actuar con rapidez. Esto influye en el aumento en el número y la gravedad de los accidentes en los trabajos a turnos y sobre todo nocturnos.

5 Discusión-Conclusión

"Los efectos del trabajo a turnos sobre la salud son derivados de la desadaptación que producen los cambios horarios y su incidencia en los ritmos circadianos".

Posibles soluciones para evitar o reducir los efectos de la turnicidad y nocturnidad:
- Una de las formas de paliar los efectos negativos del trabajo nocturno es dormir siestas durante el día y, precisamente, evitar en la mayor medida posible hacer un turno rotativo que complique mucho más el alternar sueño, trabajo y siesta.
- El cuerpo se adapta mejor cuando los turnos nocturnos son cortos, de un solo día, que si hacen una semana de noche y otra de día.
- El ejercicio es un gran estabilizador del ritmo biológico, moverse durante un turno nocturno nos ayuda a estar más despiertos y no perder la concentración.

El principal objetivo a la hora de establecer medidas sobre la organización de los turnos debe ser la protección de la salud de los trabajadores. Para medidas

relativas a la organización del trabajo:
- Dar a conocer con antelación el calendario con la organización de los turnos.
- Los turnos de noche y de tarde nunca serán más largos que los de mañana, preferiblemente serán más cortos.
- Después de dos o tres turnos de noche consecutivos dar al menos una jornada completa de descanso.
- Toda organización de turnos debe prever fines de semana libres de al menos dos días consecutivos.
- Los turnos deberán respetar al máximo el ciclo de sueño, evitando que el turno de mañana empiece a una hora demasiado temprana. Los cambios de turno pueden situarse, por ejemplo, entre las 6 y las 7 h las 14 y las 15 h y las 22 y alrededor de las 23 h. Una variable que se debe tener en cuenta es la distancia entre el centro de trabajo y el domicilio de los trabajadores.
- Disminuir el número de años que el individuo realice su trabajo a turnos, establecer limitaciones de edad, etc. La OIT recomienda que a partir de los 40 años el trabajo a turnos continuado sea voluntario. Es conveniente evitar la exposición a estos tipos de trabajo en individuos menores de 25 años y mayores de 50 años.
- Evitar que las trabajadoras embarazadas, o en periodo de lactancia trabajen en horario nocturno, intentando facilitarles la realización de su trabajo en horarios de laborales estables.
- Reducir la carga de trabajo por la noche, ya que se necesita un mayor esfuerzo para conseguir los mismos resultados que durante el trabajo diurno. Se deben programar aquellas actividades que se consideran imprescindibles, evitando las tareas que supongan una elevada atención, en la franja horaria entre las 3 y las 6 h de la madrugada.
- Mantener los mismos miembros en un grupo fomentando relaciones estables entre los trabajadores.
- Intentar aumentar el número de periodos en los que se puede dormir de noche, facilitar la posibilidad de descanso después de hacer el turno de noche, o acumular días de descanso

Estas medidas favorecerán la información, la formación, la mejora de las condiciones de trabajo, el fomento de la capacidad de adaptación, evitar el trabajo nocturno continuado, minimizar la exposición a estos tipos de trabajo por la edad, vigilancia de la salud, etc.

Como resultado obtenemos que el trabajo a turnos y mas desfavorablemente el que incluye turno de noche, afecta en gran medida en aspectos físico, psicológicos y sociales, lo que hace necesario que apliquemos medidas de prevención de riesgos para reducir estos efectos y mejorar la salud y la calidad de vida.

Las consecuencias de estos turnos alteran la salud de los trabajadores, por eso hay que tomar medidas para mejorar la salud y la calidad de vida. Programando los turnos con tiempo para que el trabajador organice su vida y el tiempo de descanso.

6 Bibliografía

1. Fundación para la prevención de los riesgos laborales. Los tiempos de la organización del trabajo: Incidencias de los riesgos psicosociales en los sistemas de trabajo a turnos.
2. Sánchez González, J. Análisis de los efectos de la nocturnidad laboral permanente y de la rotación de turnos en el bienestar, la satisfacción familiar y el rendimiento Preceptivo-visual de los trabajadores. Tesis doctoral. Universidad de las Islas Baleares; 2005.
3. El trabajo nocturno y a turnos. Efectos sobre la salud de los trabajadores. Informe de la Unión General de trabajadores. Madrid, junio, 2007.
4. Silvia Nogareda Cuixart. El trabajo a turnos y nocturno como agravante de la exposición a los riesgos laborales. Ponencia presentada en la 8ª Jornadas Nacionales de Ergonomía y Psicosociología en el Centro Nacional de Condiciones del trabajo; 2012 noviembre; Avilés, Asturias.

Capítulo 1142

LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

JUAN PABLO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El diccionario de Gestión y Administración Sanitaria del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades define el contrato como todo pacto, acuerdo o convenio mediante el cual se establece una relación voluntaria entre unas personas físicas o jurídicas que contraen una obligación con respecto de otras, para prestar algún bien o servicio.

El contrato de trabajo se define como aquél contrato mediante el cual el trabajador, persona física, se compromete a llevar a cabo servicios u obras en beneficio del empleador, persona física o jurídica, dependiendo de él a cambio de una remuneración.

La Constitución Española trata, en su artículo 35 apartado primero, al trabajo como un deber y a la vez, como un derecho de todos los españoles. Además, recoge la libertad a la hora de elegir profesión u oficio, el derecho a promocionar a través del trabajo y a que la remuneración percibida a cambio del mismo sea suficiente para que el trabajador pueda ver satisfechas sus necesidades y las de su familia. Este mismo artículo de la Constitución española dispone que la ley regulará un estatuto de los trabajadores.

Para dar forma a este mandato constitucional, se aprobó el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, norma que se aplica a los trabajadores que

presten sus servicios retribuidos por cuenta ajena y dentro del ámbito de organización y dirección de otra persona, ya sea física o jurídica, llamada empresario o empleador. Dicha norma fue derogada por la Disposición Derogatoria Única del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que las organizaciones sanitarias cuentan con personal con un régimen jurídico propio, dado que en ellas suelen convivir personal funcionario, laboral y estatutario. Respecto a estos últimos, cabe destacar que su regulación se lleva a cabo en el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, que se aplica al personal en régimen estatutario que trabajan en instituciones sanitarias de los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas o en centros y servicios sanitarios de la Administración del Estado.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de la bibliografía existente y la normativa vigente en materia de contratación de personal en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se llevó a cabo en enero de 2020 una búsqueda de la información reciente, bibliografía y la normativa vigente relacionada con la contratación en el sector sanitario. Para ello, se utilizaron, entre otros, los buscadores de Elsevier y Google Académico, utilizando como palabras clave: contratación y sanidad. Estos términos se combinaron con el boleano AND.

4 Resultados

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece la obligación de formalizar por escrito los contratos que se realicen entre profesionales sanitarios, profesionales y centros sanitarios o profesionales y entidades de seguros que trabajen en materia de enfermedad. Lo hace así para garantizar la titulación oficial de los profesionales, la seguridad de los equipos y las instalaciones y otros requisitos y garantías recogidas en la ley.

Como requisitos de los aspectos formales del contrato, el Estatuto de los Trabajadores establece la obligación de los empresarios de entregar a la representación legal de los trabajadores una copia de los contratos celebrados por escrito, que deberá indicar todos los datos del contrato, excepto el número de DNI, domicilio, estado civil o cualquier otro que pudiera considerarse parte de la intimidad personal del trabajador.

Además, establece la obligación de que los datos contenidos en los contratos de trabajo se traten con todas las garantías previstas en la legislación relativa a la protección de datos. Más tarde, esta copia se remite a la oficina de empleo. Por otra parte, en el caso de que se trate de un contrato superior a un mes, el trabajador tiene derecho a recibir por escrito información sobre los elementos principales del contrato y las condiciones de ejecución del trabajo a desarrollar, en caso de que tales circunstancias no consten en el contrato escrito.

En cuanto a la duración de los contratos laborales, el Estatuto de los Trabajadores establece la posibilidad de que los contratos se efectúen por tiempo indefinido o por una duración determinada.

Así, se puede hablar del contrato por tiempo indefinido, en caso de que no se determine una fecha fin de contrato en un inicio. Estos contratos se pueden realizar de forma verbal o escrita, pero deberá ser obligatoriamente por escrito cuando se acojan a programas de fomento de empleo, cuando lo exija una disposición legal, o cuando el contrato se formalice a tiempo parcial, fijo discontinuo y de relevo, entre otros.

Los contratos temporales son aquellos cuyo objeto es establecer una relación laboral entre trabajador y empresario por un tiempo determinado. Puede celebrarse a jornada completa o parcial y tendrá que ser, con carácter general, escrito.

El contrato a tiempo parcial es aquél en el que se acuerde que se presten los servicios requeridos durante un número de horas al día, a la semana, al mes o al año, inferiores a la jornada de un trabajador a tiempo completo. Puede realizarse por tiempo indefinido o por duración determinada.
En el año 2019, más de 130.000 profesionales sanitarios y no sanitarios, trabajadores de los Servicios de Salud de nuestro país firmaron contratos inferiores a un año, lo que supone una cuarta parte de la totalidad de los contratos efectuados por tales profesionales en este año.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias recoge como principio rector

del sistema de contratación el de transparencia. Sin embargo, existen autores que entienden que en lo que se refiere a los cargos directivos, los nombramientos se efectúan en muchas ocasiones por cuestiones de afinidad política, existiendo una grave relación entre la política y la gestión sanitaria, lo que supone una pérdida de autoridad, la dificultad a la hora de desarrollar proyectos en el tiempo.

5 Discusión-Conclusión

En las organizaciones sanitarias se efectúan a diario, multitud de contratos de trabajo, a profesionales sanitarios y no sanitarios. Conocer la normativa vigente en materia de contrataciones es indispensable para los trabajadores del ámbito de la administración sanitaria encargados de la contratación del personal. Por ello, la formación de dichos trabajadores se considera esencial para poder llevar a cabo su trabajo de una forma adecuada y eficiente.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad. Diccionario de gestión y administración sanitaria. Madrid: Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades; 2018. Disponible en: http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=16/01/2019-18449aa851
2. Guiasjuridicas.wolterslluwer. es. Contrato de trabajo [Internet]. Guiasjuridicas.es. [Acceso 29 de enero de 2020]. Disponible en: https://guiasjuridicas.wolterskluwer.es
3. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29-12-1978).
4. Estatuto de los Trabajadores. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 75, (29-03-1995).
5. Estatuto de los Trabajadores. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre. Boletín Oficial del Estado, nº 255, (24-10-2015).
6. Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003, de 16 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 301, (17-12-2003).
7. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 280 (22-11-2003).
8. Nova IP. Uno de cada 4 contratos que firma la sanidad española dura menos de un año. Redacción Médica. Sábado 1 de febrero de 2020.
9. Garrido Gámez LM. Los profesionales de la administración y gestión sanitaria. Rev Adm Sanit. 2009;7(1):75-92.

Capítulo 1143

ASPECTOS FUNDAMENTALES SOBRE LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

JUAN PABLO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Los artículos 8.1 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y 16.1 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea establecen que las personas tienen derecho a que se protejan sus datos de carácter personal.

Entre otros factores, la globalización y los avances en tecnología han propiciado la aparición de nuevas necesidades en materia de protección de datos personales. Esto hace que sea necesaria una regulación a un nivel superior al estatal que garantice un nivel uniforme y elevado de protección de las personas físicas y se eliminen los obstáculos a la circulación de datos personales dentro de la Unión Europea. Además, el nivel de protección de los derechos y libertades de las personas físicas debe ser equivalente en todos los Estados Miembros. Por ello, la propia Unión Europea elaboró, en el año 2016, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE. Esta norma tiene como objetivo garantizar un buen nivel de protección de las personas físicas en todos los Estados miembros de la Unión Europea, de tal manera que no existan diferencias entre el tratamiento que en cada uno de ellos se da a los datos personales de sus habitantes.

En España, fue la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal la primera encargada de la regulación de este tema. Su primer artículo recogía como objeto de la ley el de garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar. Esta ley fue derogada y sustituida por la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, de 5 de diciembre.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es el de describir las cuestiones más relevantes sobre la protección de datos de carácter personal a tener en cuenta en el ámbito sanitario.

3 Metodología

En el mes de enero del año 2020 se realizó una búsqueda de la información y la normativa más relevante en materia de protección de datos de carácter personal, en especial en lo referente a las cuestiones más importantes que se deben tener en cuenta en relación al tratamiento de datos de pacientes por parte de los trabajadores de los Servicios de Salud. Se utilizaron las bases de datos Clinicalkey y Google Académico y se utilizaron las siguientes palabras clave: confidencialidad, protección de datos, sanidad, combinadas entre ellas con los términos boleanos AND y OR.

4 Resultados

Para comenzar la exposición sobre las cuestiones más relevantes sobre el tratamiento de datos de carácter personal en el ámbito de las organizaciones sanitarias, es necesario hacer hincapié en varias definiciones de interés, contenidas en el artículo 4 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE.
Se puede comenzar definiendo los datos personales como toda aquélla información sobre una persona física identificada o identificable, esto es, aquélla cuya

identidad pueda determinarse, por ejemplo con un nombre, datos de localización, elementos genéticos, económicos, culturales, etc. Por otra parte, se entiende por tratamiento de los datos, aquélla operación sobre datos personales, como pueden ser: recogida, registro, organización, estructuración, conservación, consulta y utilización.

Por otra parte, el Reglamento hace distinción entre el responsable y el encargado del tratamiento de los datos. El primero es aquélla persona física o jurídica, servicio u organismo, que solo o junto con otros decide la finalidad, contenido y uso del tratamiento. Sin embargo, el encargado es quien hace el tratamiento de los datos por cuenta del responsable de los mismos. En cuanto a los datos relativos a la salud, comprende toda aquélla información recogida por la inscripción a efectos de asistencia sanitaria o de su prestación. Son números, símbolos o datos asignados a una persona que la identifican inequívocamente a efectos sanitarios, la información obtenida de pruebas o exámenes de una parte del cuerpo o sustancia corporal, incluyendo datos genéticos y muestras biológicas y cualquier información relativa a enfermedad, discapacidad, riesgo de enfermedades, historial médico, tratamiento clínico, independiente/ de su fuente, ya sea un médico, otro profesional sanitario, el hospital, etc.

Los principios rectores del tratamiento de datos de carácter personal se regulan en el citado Reglamento europeo y también en la Ley Orgánica 3/2018, Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Son los siguientes: En primer lugar, se citan los principios de licitud, lealtad y transparencia. Por otro lado, está el principio de limitación de la finalidad, que implica la necesidad de que los datos se recojan con fines determinados, explícitos y legítimos y no serán tratados de forma incompatible con estos fines. Por otra parte, los datos deben ser adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario según los fines del tratamiento, lo que se conoce como principio de minimización de datos. Además, se exige que sean datos exactos y puestos al día, para que la situación del paciente en el momento actual sea real y verdadera. También señala la ley el principio de limitación del plazo de conservación, que supone mantener los datos el tiempo estrictamente necesario para los fines del tratamiento. A pesar de ello, indica la posibilidad de que los datos personales se conserven durante más tiempo siempre que sea con fines exclusivamente de archivo o con fines de investigación científica, entre otros. La seguridad de los datos debe estar garantizada, esto es, debe cumplirse con el principio de integridad y confidencialidad y por último, está el principio de responsabilidad proactiva, que implica la obligación de que el responsable del tratamiento de los datos garantice que todos los principios citados

se lleven a cabo.

El responsable del tratamiento de los datos de los pacientes tiene que aplicar, tanto en el momento de determinar los medios de tratamiento como en el momento del propio tratamiento, medidas técnicas y organizativas apropiadas, como son las siguientes: por un lado, la seudonimización de los datos, esto es, el hecho de que el tratamiento de los datos se realice de forma que ya no puedan atribuirse a un interesado sin usar información adicional, siempre que ésta esté por separado y sujeta a medidas técnicas y organizativas destinadas a garantizar que los datos personales no se atribuyan a una persona física identificada o identificable. Por otra parte, los datos han de ser cifrados.

En caso de que se produzca una violación de la seguridad de los datos personales, el responsable del tratamiento lo notificará a la autoridad de control competente, que será una autoridad pública independiente (en España es la Agencia de Protección de Datos). Debe comunicarse en un plazo de 72 horas, excepto cuando se considere un hecho poco probable que haya riesgo para los derechos y libertades.

Cuando sea probable que la violación de la seguridad de los datos personales provoque un alto riesgo para los derechos y libertades de las personas físicas debemos comunicarlo al interesado sin dilación indebida, en un lenguaje claro y sencillo, excepto cuando ya se hayan adoptado medidas de protección técnicas y organizativas apropiadas, como el cifrado de los datos afectados, o cuando se adopten medidas para garantizar que ya no sea probable que se concrete el riesgo. Además, el responsable también está exento de realizar tal comunicación al interesado en caso de que para hacerlo tenga que realizar un esfuerzo desproporcionado, en cuyo caso se exige una comunicación pública.

La bibliografía existente analiza la vulneración de la protección de datos por parte de los trabajadores de los Servicios de Salud. En este sentido, se pone de relieve la relación entre desempeñar un trabajo no sanitario, como puede ser el de los celadores, y el hecho de no guardar la diligencia debida a la hora de custodiar la documentación y las historias clínicas con datos de pacientes. Otros estudios, en cambio, indican que los profesionales sanitarios, como enfermeros, médicos y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería llevan a cabo más actos contrarios al deber de confidencialidad de los datos a que tienen acceso con motivo de su trabajo que otros trabajadores no sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

El funcionamiento de los servicios sanitarios exige un continuo tratamiento de los datos de carácter personal de los pacientes. Por ello, y dada la relevancia que tiene esta cuestión, se considera que la formación de todos los trabajadores sanitarios en esta materia es esencial. La normativa existente en materia de protección de datos de carácter personal establece una serie de obligaciones para el responsable de los datos que suponen una garantía de los derechos de las personas interesadas a la hora de que el tratamiento que se realice de sus datos se haga de una forma lícita y veraz.

6 Bibliografía

1. Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, nº 202, (7-662016)
2. Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea, (30-3-2010).
3. Uned.es. La protección de los datos personales y la seguridad de la información: un valor en la gestión universitaria [Internet]. Uned.es. [Acceso 27 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.uned.es/universidad/inicio/institucional/proteccion-datos.html
4. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE. Diario Oficial de la Unión Europea, nº 119, (4-5-2016).
5. Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999)
6. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (6-12-2018).
7. Cabre Pericas, L., Lecuona, I., Abizanda, R., Clemente, R., de Miguel, E., Montans, M., …Grupo de Bioetica de la SEMICYUC. (2009). Confidencialidad. Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Med Intensiva, 33(8), 393-402.
8. Beltán Aroca, C.M. (2015). Debilidades en la guarda del secreto profesional médico en la práctica clínica (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba. Recuperado de: https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/13387/

2016000001405.pdf?sequence=1

Capítulo 1144

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN ESTERILIZACIÓN

MARIO FERNÁNDEZ ROCES

1 Introducción

Inicialmente, la central de esterilización se ubicaba cerca del bloque quirúrgico, por ser éste el mayor demandante de material estéril, tenía conexión directa y se situaba al mismo nivel. Actualmente, ante la demanda de material estéril desde numerosas unidades asistenciales, se establece como una unidad centralizada, en algunos hospitales se encuentra en el exterior. Los daños o accidentes laborales no solo le afectan a la persona que lo padece, sino que afecta de modo indirecto a todos sus compañeros, empresa e incluso a los usuarios y/o pacientes.

2 Objetivos

- Reducir los riesgos físicos, químicos y biológicos para el personal que trabaja en este servicio.

Poner en marcha medidas preventivas universales para evitar los accidentes más frecuentes como caídas, tropiezos, escurrimientos, que se pueden controlar con una buena disposición de los elementos físicos con una reparación rápida de los defectos, con el uso de calzado antideslizante, buena iluminación etc..

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva.Utilizando búsqueda sistemática en libros y artículos, así como en

bases de datos de Medine y utilizando palabras claves como unidad centralizada, riesgos físicos, ambientales y biológicos.

4 Resultados

Se comprueba que haciendo uso de medidas universales en el servicio de esterilización, como el adecuado lavado de manos, la utilización de guantes, así como el uso de batas, calzas o botas de protección, en general el equipamiento textil que esté en contacto con el servicio y el material , se reduce el riesgo de padecer enfermedades infecto-contagiosas o accidentes derivados por el contacto o exposiciòn al material y al ambiental.

5 Discusión-Conclusión

El personal que labora en este servicio puede estar expuesto a riesgos físicos (quemaduras, caídas, cortes, cansancio visual etc.), a riesgos químicos por la utilización de desinfectantes y gases esterilizantes, a riesgos biológicos por la manipulación de material contaminado y a riesgos derivados de la organización del trabajo como son los turnos rotativos, estrés y responsabilidad, entre otros.

El uso de los medios de protección, cumplimiento de los procedimientos establecidos y de las instrucciones del fabricante, así como la capacitación continua y periódica figuran entre las medidas más importantes para prevenir y/o erradicar los riesgos en el departamento de esterilización.

6 Bibliografía

- Schuetze K, Kraus M, Eickoff A, Gebhard F, Richter PH, Radiation exposoure for intraoperative 3D sacan in a hibrid operatin room how to reduce radiation exposire for the surgical team In J Comput Assist, Radiol Surg. 208 Mar 29.
- Fuller ,J.Imtrumentación quirúrgica 5ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana ;2013.
Bases de datos Medine.

Capítulo 1145

TÉCNICAS COGNITIVAS DE AUTOCONTROL EMOCIONAL

ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ

MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ

MARIA AURORA PORTILLA ORDOÑEZ

MERCEDES PELÁEZ DUARTE

CRISTINA HEVIA LOBO

1 Introducción

La mayoría de los estados depresivos son limitados, es decir, remiten espontáneamente sin que medie intervención alguna ni diagnóstico previo. Con los métodos actuales de intervención psico-farmacológica, los episodios agudos pueden ser superados en cuestión de semanas en el 70-85% de los casos. Se observan recaídas en un 40-50% de los pacientes en tratamiento y para un 15% la enfermedad sigue un curso crónico y una reducida probabilidad de remisión a los niveles anteriores a la enfermedad.

2 Objetivos

- Interpretar la correcta interpretación de emociones tanto positivas como negativas.

- Entender que la estabilidad emocional depende de la vivencia de un “egoísmo benigno” hacia nosotros mismos.

3 Metodología

Nuestro pensamiento nos sirve cuando está en sintonía con la realidad (es decir, es racional). Sin embargo puede suceder, y de hecho pasa con mucha frecuencia, que lo que pensamos no se ajuste a la realidad, con lo que la emoción que activa el pensamiento no es la correcta para adaptarnos al entorno.

Se produce una distorsión, una incongruencia que provoca infelicidad. No estamos siendo racionales y por eso, las soluciones emocionales que adoptamos no son las válidas. Cualquier pensamiento que desencadena emociones debe ser sometido a la lógica. Bajo presión, nuestro cerebro funciona impulsivamente. No tenemos un cerebro lógico, sino intuitivo y por eso, no alcanzaremos jamás la felicidad como especie.

Reflexionar es importante y sobre todo es importante analizar las consecuencias de las emociones inadecuadas desencadenadas por “diálogos interiores” irracionales.

Todos los cerebros humanos funcionan de formas parecidas y los problemas a los que se enfrentan las personas son más o menos comunes. Además, el ser humano tiene una gama amplia pero limitada de emociones. Es decir… todos solemos cometer los mismos errores.

4 Resultados

Las personas no pueden controlar todos los factores externos. Los acontecimientos son incontrolables. Sin embargo hay algo que sí debería estar bajo nuestro control: nuestra reacción ante esos acontecimientos y el impacto que pueden tener en nosotros. La forma en que reaccionamos complica o simplifica el desarrollo y consecuencias de los acontecimientos.

Pensamos que la felicidad está en la tranquilidad, en la ausencia de problemas, en la sonrisa permanente, en todo lo que es plácido. Sin embargo, lo cierto es que es más feliz aquel que trata de serlo todos los días, flotando entre la tensión y aliviando su peso en la actividad cotidiana, disfrutando de la hábil solución a los problemas que le salen al paso.

Aprender a ser feliz en el puesto de trabajo es más importante que todas las vacaciones del mundo.

5 Discusión-Conclusión

Para cambiar el lenguaje o diálogo interior, Ellis diseñó un procedimiento por pasos que hay que seguir escrupulosamente. Lo ideal es internalizar estos pasos, de forma que, en lo sucesivo se sigan automáticamente.
En definitiva, se trata de ensayar un procedimiento, de entrenar a la mente para que se contenga, para que analice correctamente sus propios pensamientos y emociones.
1. Detecta la idea irracional.
2. ¿Existe algún soporte racional?
3. ¿De qué evidencias disponemos de la falsedad de esta idea?
4. ¿Existe alguna evidencia de la certeza de esta idea?
Tenemos que convencer a nuestro cerebro de la falsedad de esta idea, así que no dejamos de acumular pruebas objetivas de que esa idea no es cierta. En este caso tratamos de obtener pruebas de la certeza de la idea irracional. Al no encontrarlas, debemos concluir que la idea es irracional.
5. ¿Qué es lo peor que puede ocurrirme si lo que temo que suceda ocurre? Podría verme privado de placeres mientras tengo que solucionar el problema. Podría sentirme incómodo. Podría no solucionar el problema y sentirme inútil. Tendría que aceptar las consecuencias del fracaso. Puede que los demás no entiendan mi decisión. Podría sentir más estrés, más tensión.
6. ¿Qué cosas buenas pueden ocurrirme si lo que temo que suceda ocurre? Podría aprender a tolerar mejor la frustración. Podría mejorar mi capacidad de afrontamiento. Podría hacerme más responsable.
Las cosas positivas que tienen las crisis tienen mucho que ver con lo que obtengo de ellas al ser resueltas.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1146

LAS ALTERACIONES EN EL CAMBIO CLIMÁTICO.

JOSE ALBERTO FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

El cambio climático afecta a todas las regiones del mundo. Los casquetes polares se están fundiendo y el nivel del mar está subiendo. En algunas regiones, los fenómenos meteorológicos extremos y las inundaciones son cada vez más frecuentes, y en otras se registran olas de calor y sequías.

Es probable que sus consecuencias se intensifiquen en las próximas décadas.

De manera que ya nos estamos enfrentando a los efectos del cambio climático global, como resultado de las emisiones de origen antropogénico de gases con efecto invernadero (GEI).

El ascenso de la temperatura del aire está ocasionando el retiro global de los glaciares de montaña, la reducción de la cubierta de nieve, la fusión más temprana del hielo de ríos y lagos en primavera, las modificaciones en los patrones hídricos, la disminución de la biodiversidad, la alteración de ecosistemas terrestres y acuáticos, la afectación a la salud y en la tasa acelerada de aumento del nivel del mar (2,3)

La combinación de esos cambios está provocando el aumento del nivel de los océanos, que causa inundaciones y erosión en las zonas costeras y de baja altitud.Las fuertes lluvias y otros fenómenos climáticos extremos son cada vez más frecuentes y pueden provocar inundaciones y el deterioro de la calidad del agua,

e incluso en algunas zonas una progresiva disminución de los recursos hídricos. Los daños causados a las propiedades, las infraestructuras y la salud suponen gastos muy elevados para la sociedad y la economía.Salvar a nuestro planeta es misión de todos.

2 Objetivos

1. Movilizar a los ciudadanos a fin de que concienticen las consecuencias del cambio climático, y para que participen en la prevención y mitigación de estos efectos.
2. Implantar y fomentar los programas de educación formal e informal relacionados con el tema
3. Impulsar políticas públicas y planes de acción a fin de enfrentar las consecuencias del cambio climático.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los niveles de polen y otros alérgenos también son mayores en caso de calor extremo. Pueden provocar asma, dolencia que afecta a unos 300 millones de personas. Se prevé que el aumento de las temperaturas que se está produciendo aumentará esa carga Desastres naturales y variación de la pluviosidad

A nivel mundial, el número de desastres naturales relacionados con la meteorología se ha más que triplicado desde los años sesenta. Cada año esos desastres causan más de 60 000 muertes, sobre todo en los países en desarrollo.

5 Discusión-Conclusión

Existe una tendencia ascendente de la temperatura promedio superficial durante los últimos años seguramente un factor antrópico está interviniendo.

Se están presentando impactos en el ciclo hidrológico; en la composición, estructura, distribución y desincronización biológica de ciertas poblaciones vegetales; tasas más altas de fotosíntesis y un uso del agua más eficiente de parte de los cultivos, dependiendo de pasos fotosintéticos; reducciones en rendimientos de cultivos; en la morbi-mortalidad; desórdenes alérgicos y respiratorios y del riesgo de transmisión de ciertas enfermedades; fusión de glaciares y placas de hielo.

Está en manos de los gobiernos , invertir en recursos y concienciar a la población para poner freno a este hecho tan grave que está poniendo en peligro la vida del planeta que habitamos.

6 Bibliografía

1. Houghton, J., Ding, Y., Griggs, D., Noguer, M., Van der Linden, P., et al. (2001). Climate change 2001: The scientific basis. Cambridge University Press. p 944.
2. Magrin, G., Gay, D., Cruz, J., Giménez, A., Moreno, G., et al. (2007). Latin America. Climate change 2007: impacts, adaptation and vulnerability. Contribution of working group II to the fourth assessment reports of the Intergovernmental Panel on Climate Change. (eds.) M. Parry, O. Canzini, J. Palutikof and C. Hanson. Cambridge University press, Cambridge, UK, 581-615.
3. Olivo, M.L. (2009). El potencial incremento del nivel del mar como un resultado del cambio climático global en Venezuela: caso Cabo Codera-Laguna de Tacarigua, estado Miranda. Tesis Doctoral. Área Geografía. Facultad de Humanidades y Educación. Área Geografía. Doctorado en Humanidades Mención Honorífica. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades y Educación.
4. De Menocal, P. (2001). Cultural responses to climate change during the Late Holoceno. Science, 292(5517): 667 - 685.

Capítulo 1147

CÁNCER DE PULMÓN.

NOELIA MARCOS MARTIN

ANDREA RODRÍGUEZ DE LA RIVA

1 Introducción

El cáncer de pulmón es uno de los cánceres más comunes en el mundo. Es la principal causa de muerte por cáncer entre los hombres y las mujeres. El fumar cigarrillos causa la mayoría de los cánceres de pulmón. A mayor cantidad de cigarrillos diarios que fume y cuanto más joven se comienza a fumar, mayor será el riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón. La exposición a altos niveles de contaminación, radiación y asbesto también puede aumentar el riesgo.

Los síntomas comunes del cáncer de pulmón incluyen:
- Una tos que no desaparece y empeora con el tiempo.
- Dolor constante en el pecho.
- Tos con expectoración con sangre.
- Falta de aire, silbidos al respirar o ronquera.
- Problemas repetidos por neumonía o bronquitis.
- Inflamación del cuello y la cara.
- Pérdida del apetito o pérdida de peso.
- Fatiga.

Existen muchos tipos de cáncer de pulmón. Cada uno de ellos crece y se disemina de un modo distinto y se trata de una forma diferente. El tratamiento también depende del estadio o de qué tan avanzado se encuentre. El tratamiento incluye cirugía, quimioterapia, radiación y terapia dirigida. La terapia dirigida usa

medicamentos u otras sustancias para combatir células cancerosas específicas y que causan menos daños a las células normales.

2 Objetivos

- Conocer qué es el cáncer de pulmón.
- Mostrar las causas y el tratamiento contra el cáncer de pulmón.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Utilizando los descriptores: cancer, pulmon, cancer de pulmon, tratamiento cancer de pulmon, diagnostico.

4 Resultados

Para diagnosticar el cáncer de pulmón es imprescindible conocer los síntomas por los que el paciente acude a la consulta e investigar si es o no fumador, el tipo de trabajo que realiza, los antecedentes familiares de la enfermedad y los antecedentes personales de otros tumores; es decir, conocer su historia clínica.

El segundo paso es la realización de la exploración física del paciente, buscando signos y síntomas que puedan corresponder a la enfermedad.

Con la información anterior, el médico valora la necesidad de completar el estudio con una serie de pruebas. Las más habituales son las siguientes:
1. Análisis de sangre y orina.
Son las primeras pruebas que se realizan. Con ellas se busca conocer el estado general del paciente. Si tiene o no alteraciones de la función renal o hepática.

2. Radiografía de tórax.
Es una prueba imprescindible en el diagnóstico del cáncer de pulmón. La aparición de nódulos o manchas en el pulmón, cambios en el mediastino, o derrames

pleurales (acúmulo de líquido en la pleura) son algunos signos sugestivos de la enfermedad.

3.Citología de esputo.
Consiste en analizar en el microscopio el tipo de células que existen en el esputo del paciente. Para ello se tienen que recoger a primera hora de la mañana tres muestras. La eficacia de esta prueba depende sobre todo del tamaño del tumor y de su proximidad a los bronquios principales.

4. Broncoscopia o fibrobroncoscopia.
Se utiliza para examinar la tráquea y los bronquios directamente desde el interior de los mismos. Se realiza mediante la introducción de un tubo flexible llamado broncoscopio en las vías respiratorias. El interior del tubo contiene fibra óptica que permite a los especialistas visualizar todo el recorrido desde un monitor de televisión. Tiene además un mecanismo que permite tomar muestras de las lesiones sospechosas, para posteriormente analizarlas en el microscopio. En otras ocasiones, cuando las lesiones no son visibles, a través del broncoscopio se introducen líquidos para lavar la zona y una vez aspirados se analizan en el microscopio las células que contienen.

Para la realización de esta prueba el paciente debe estar en ayunas. El neumólogo (médico especialista en pulmón), antes de introducir el broncoscopio debe anestesiar la zona de la garganta, laringe, tráquea y bronquios. Algunas personas notan una sensación de asfixia cuando el tubo pasa por la garganta, pero en realidad no se produce.

El paciente suele presentar náuseas y tos hasta que la zona queda anestesiada. Aproximadamente dos horas después de la prueba el paciente puede comer y beber.

La broncoscopia también aporta información sobre el lugar donde asienta el tumor, las estructuras que afecta datos interesantes para planificar algunos tratamientos.

Tratamiento.
Se utilizan diez tipos de tratamiento estándar:
- Cirugía, para tratar el cáncer de pulmón se utilizan los siguientes cuatro tipos de cirugía:
Resección en cuña: cirugía para extirpar un tumor y una pequeña cantidad del tejido normal que lo rodea. Si se extrae una cantidad más grande de tejido, se

llama resección segmentaria.ampliar
Resección en cuña de pulmón. Se extirpa una parte del lóbulo del pulmón con cáncer y una pequeña cantidad del tejido sano que lo rodea.
Lobectomía: cirugía para extirpar por completo un lóbulo (sección) del pulmón.
Neumonectomía: cirugía para extirpar todo un pulmón.
Resección en manguito: cirugía para extirpar parte del bronquio.
-Radioterapia: la radioterapia es un tratamiento del cáncer para el que se usan rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan. Hay dos tipos de radioterapia: la radioterapia externa la radioterapia interna
- Quimioterapia: la quimioterapia es un tratamiento del cáncer en el que se usan medicamentos para interrumpir la formación de células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o al impedir su multiplicación
- Terapia dirigida: la terapia dirigida es un tipo de tratamiento para el que se utilizan medicamentos u otras sustancias a fin de atacar células cancerosas específicas.
- Anticuerpos monoclonales: la terapia con anticuerpos monoclonales es un tratamiento del cáncer para el que se usan anticuerpos producidos en el laboratorio a partir de un solo tipo de célula del sistema inmunitario. Estos anticuerpos identifican sustancias en las células cancerosas o sustancias normales en la sangre que ayudan a las células cancerosas a crecer.
- Inhibidores de la tirosina cinasa: los inhibidores de la tirosina cinasa son medicamentos micromoleculares que penetran la membrana de las células y que actúan dentro de las células cancerosas para bloquear las señales que las células cancerosas necesitan para crecer y multiplicarse.
- Inmunoterapia: la inmunoterapia es un tratamiento en el que se usa el sistema inmunitario del paciente para combatir el cáncer.
- Terapia fotodinámica: la terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento del cáncer para el que se usa un medicamento y un tipo específico de rayo láser para destruir células cancerosas.
- Criocirugía: la criocirugía es un tratamiento para el que se usa un instrumento para congelar y destruir tejido anormal, como el de un carcinoma in situ. Este tipo de tratamiento también se llama crioterapia.
- Electrocauterización: la electrocauterización es un tratamiento para el que se usa una sonda o una aguja que se calienta con una corriente eléctrica para destruir el tejido anormal.
- Espera cautelosa: la espera cautelosa es el control atento de la afección de un paciente sin administrar ningún tratamiento, hasta que se presenten signos o

síntomas, o estos cambien. A veces, esto se hace en algunos casos poco frecuentes de cáncer de pulmón de células no pequeñas.

Se están probando nuevos tipos de tratamiento en ensayos clínicos.
- Quimioprevención: la quimioprevención es el uso de medicamentos, vitaminas u otras sustancias para disminuir el riesgo de que se presente un cáncer o para reducir el riesgo de que el cáncer recidive (vuelva). Para el cáncer de pulmón, la quimioprevención se usa para disminuir la probabilidad de que se forme un tumor nuevo en el pulmón.
- Radiosensibilizadores: los radiosensibilizadores son sustancias que hacen que sea más fácil destruir las células tumorales durante la radioterapia. La combinación de quimioterapia y radioterapia administradas con un radiosensibilizador está en estudio para el tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas.

5 Discusión-Conclusión

Los factores de riesgo del cáncer de pulmón son los siguientes:
- Fumar cigarrillos, pipas o cigarros, ahora o en el pasado. Este es el factor de riesgo más importante de cáncer de pulmón. Cuanto más joven sea una persona cuando empieza a fumar, cuanto más a menudo fume y cuantos más años fume, mayor es el riesgo de presentar cáncer de pulmón.
- Exponerse al humo ambiental de tabaco.
- Exponerse en el trabajo a sustancias como el amianto, el arsénico, el cromo, el berilio, el níquel, el hollín o el alquitrán.
- Exponerse a alguna de las siguientes formas de radiación:
- Radioterapia dirigida a la mama o el tórax.
- Radón en el hogar o en el lugar de trabajo.
- Pruebas con imágenes como las tomografías computarizadas (TC).
- Radiación de una bomba atómica.
- Vivir en una zona con contaminación del aire.
- Tener antecedentes familiares de cáncer de pulmón.
- Estar infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Consumir complementos de betacaroteno y ser un gran fumador.
- La edad avanzada es el factor de riesgo más importante para la mayoría de cánceres. La posibilidad de presentar cáncer aumenta a medida que envejece.
- Cuando se combina con otros factores de riesgo, fumar aumenta el riesgo de cáncer de pulmón.

6 Bibliografía

- https://www.aecc.es/
- https://www.medlineplus.gov
- https://www.cancer.gov

Capítulo 1148

VOLUNTADES ANTICIPADAS O DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

ROSANA ALONSO ORVIZ

PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ

MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO

1 Introducción

A través de este documento dejamos constancia de nuestra voluntad en relación a tratamientos relativos a nuestra salud. También, para el supuesto de fallecimiento, quedará reflejado en el Testamento Vital el destino que queremos dar a nuestro cuerpo y órganos. Cada servicio de Salud regulará el procedimiento de forma que se garantice en todo momento el cumplimiento de las Instrucciones Previas. Estas no podrán manifestar voluntades que vayan en contra de nuestro ordenamiento jurídico. El testamento vital varía según la Comunidad Autónoma de residencia, pero existe un registro estatal que sincroniza los distintos registros para que estén disponibles en cualquier centro médico de España.

2 Objetivos

- Poder manifestar nuestra voluntad como personas mayores de edad, capaces y libres antes de que concurran circunstancias que nos puedan impedir hacerlo.

3 Metodología

Los datos para la elaboración se han obtenido consultando leyes reguladoras de la autonomía del paciente, de derechos y garantías de la dignidad de las personas y decretos sobre instrucciones previas y el funcionamiento del Registro del PA, a través de la página web https://www.astursalud.es.

4 Resultados

En el momento en el que el testamento vital se necesita, los médicos y los familiares de los pacientes tienen la imperiosa obligación de consultarlo cuando el paciente sea incapaz de expresar sus propios deseos. El testamento vital ayuda a los familiares y también a los profesionales sanitarios a determinar las mejores decisiones para el paciente (y que el propio paciente definió con anterioridad) ante situaciones clínicas en las que este no puede expresar su voluntad.

5 Discusión-Conclusión

Cuando concurran las circunstancias y situaciones previstas en el Documento de Instrucciones Previas, será la voluntad que nosotros hemos plasmado en el mismo la que prevalezca por encima de todas las demás. De esta forma se garantiza que nuestra voluntad sobre el tratamiento o el destino de nuestro cuerpo y órganos se cumplan.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas.
- Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.

Capítulo 1149

MOOBING: EL HOSTIGAMIENTO HACIA EL TRABAJADOR

PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ

MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO

ROSANA ALONSO ORVIZ

1 Introducción

El acoso laboral se produce siempre que, de forma reiterada, se ejercen sobre el trabajador actos o conductas que llegan a producir inseguridad y angustia. Se busca que el agredido psicológicamente se sienta indefenso. Son actos que humillan a la persona que los sufre y que si son reiterados en el tiempo terminan por afectar a su salud. En este sentido la OMS ha alertado sobre los problemas de salud derivados del acoso y que afectan tanto a aspectos físicos como psicológicos. Un estudio de la Asociación contra el Acoso Psicológico y Moral en el Trabajo, con datos de 2017, concluye que en España un 15% de los trabajadores sufre mobbing en su entorno laboral.

2 Objetivos

- Ser conscientes de nuestros derechos evita que suframos situaciones como el mobbing en el trabajo.
- Diferenciar acoso laboral con situaciones de estrés laboral, ya que no son lo mismo.

3 Metodología

Búsqueda en Internet sobre el acoso laboral en España y su incidencia en la salud del trabajador. Se ha consultado la página de la Organización Mundial de la Salud. Mediante bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline conseguimos información sobre el tema que nos ocupa: Se han utilizado las palabras clave como descriptores.

4 Resultados

Las consecuencias que un acoso laboral prolongado produce en el trabajador son muchas y de diversa índole: termina por producir una anulación total del afectado, que se siente indefenso y es incapaz de resolver una situación que cada vez le agobia más. Esto se traduce en bajo rendimiento profesional y absentismo laboral. Estas personas no consiguen ascender profesionalmente y muchas incluso terminan por abandonar sus trabajos. La mayoría necesitan ayuda profesional para superar esta situación y volver a enfrentarse al mundo laboral.

Además de afectar en el plano psicológico también produce otras enfermedades como problemas de insomnio, dolores de cabeza, problemas intestinales, angustia, etc.

El mobbing no sólo repercute en el plano profesional, ya que el entorno familiar y social del trabajador también se ve afectado.

5 Discusión-Conclusión

Aquellos que insultan, desprecian, aíslan e intimidan están cometiendo actos discriminatorios y, por tanto, atentando contra derechos que afectan a nuestra dignidad como personas. Cuando el acoso se prolonga en el tiempo durante meses o años, termina por afectar seriamente a la salud del trabajador y a su rendimiento profesional, es decir, supone un perjuicio también en su carrera ya que los trabajadores afectados raras veces consiguen ascender o promocionar.

El mobbing afecta a todo tipo de trabajadores y se da en ámbitos muy diversos. Nuestro lugar de trabajo debe ser seguro también para nuestra salud psicológica y esto no es posible si en ese lugar nos humillan, si no permiten que seamos nosotros mismos y atentan contra nuestra dignidad.

6 Bibliografía

- https://www.un.org/es/
- https://www.who.int/es
- https://www.redaccionmedica.com/secciones/otras-profesiones/los-psicologos-alertan-que-el-10-de-los-trabajadores-espanoles-sufre-acoso-6029.
- https://www.pymesyautonomos.com/vocacion-de-empresa/2019-crece-acoso-laboral-espana.

Capítulo 1150

CONTAMINACIÓN LUMÍNICA.

ALEJANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ

ALFREDO JOSE LAZCANO COCAÑA

PATRICIA LORENCES MUÑIZ

1 Introducción

La iluminación resulta esencial en nuestro día a día, es por ello que la luz debe de cumplir unos objetivos básicos en los centros de atención primaria que son: garantizar unas condiciones básicas para el desempeño de las actividades habituales y generar en el paciente un estado de confort.

Dentro de los cambios estructurales en los servicios de atención sanitaria, los cuales se están produciendo de una manera rápida y constante, hemos de incluir el efecto de la contaminación lumínica como factor de especial atención en el momento de la implantación del sistema de iluminación artificial.

Con objeto de contribuir a la mejor atención al paciente la adecuada iluminación evita la sensación que se genera en las personas de pesadumbre o tristeza a la hora de adentrarse en un centro de atención primaria y que debido a su aspecto funcional, nos transmite una cierta monotonía y sensación de ambiente frío. Resulta importante como se ha demostrado en ciertos estudios en Alemania, que el desarrollo de ambientes cálidos y acogedores repercute favorablemente en el ánimo de los pacientes.

- Se emplea para ello tipos de iluminación adecuada, así como otros elementos complementarios como son nuevas técnicas de iluminación más eficaces, que mejoran también el confort visual de los trabajadores.

- Tener controlada la iluminación repercute favorablemente en la conducta y bienestar personal.
- Para determinar la intensidad de luz requerida habrán de tenerse en cuenta las mediciones necesarias a través de aparatos o equipos calibrados y regulados evitando un exceso de iluminación.

Según estudios publicados en la revista "Science Advances" se advierte de que la progresión de la contaminación lumínica es imparable de unos años en adelante, desde el año 2012 hay un crecimiento del 2,2 por ciento anual. Los estudios realizados aportan soluciones como por ejemplo el empleo de luminarias de leds con el flujo de luz apantallado hacia abajo, regular el encendido y el apagado de la iluminación pública.

Según datos del Instituto para la Diversificación y Ahorro de la Energía (IDAE) el funcionamiento de todas las luminarias en España supone el 42 por ciento del consumo total de energía del sector de servicios públicos.

2 Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica con objeto de contribuir a la mejor atención al paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

A la hora de determinar las necesidades lumínicas de un centro, se tratarán los espacios de forma específica atendiendo a las particularidades que se primen en función de su actividad, así la iluminación por ejemplo será diferente en una sala de operaciones respecto a un pasillo y a su vez una sala de descanso se difer-

enciara respecto a un despacho. No obstante es necesario mantener una cierta uniformidad en la medida de lo posible evitando los deslumbramientos.

También se obtienen resultados importantes en el aspecto ergonómico visual evitando superficies que reflejen en exceso la luz, logrando una buena orientación de manera conjunta entre los puntos de luz natural y artificial, suprimiendo la aparición de sombras o puntos oscuros.

Por último comentar la repercusión a los accesos exteriores, donde se deberá de proveer de una iluminación suficiente para el desenvolvimiento de las personas y los vehículos.

5 Discusión-Conclusión

Como tantos otros campos hoy en día, el factor lumínico en las instalaciones sanitarias, se ve influenciado por los avances que se producen con cierta frecuencia en temas técnicos y tecnológicos, así como en los progresos que se derivan de todo tipo de estudios y pruebas de campo, a fin de mejorar los conocimientos.

Queda demostrado, no obstante, que la cantidad de luz repercute en las personas tanto de manera negativa como positiva. Es por ello que ha de buscarse un equilibrio respecto a este aspecto relevante que determina la mejoría o empeoramiento de la salud de las personas; también influye en las pautas de sueño que repercuten en nuestra vida diaria.

Las consultas de los médicos en ambulatorios también influyen sobre los pacientes, puesto que un ambiente de trabajo donde la luz genere felicidad distiende la relación médico - paciente generando un efecto emocional positivo.

6 Bibliografía

- Instituto para la diversificación y ahorro de la energía (IDAE).
- Comité Español de iluminación: guía técnica en eficacia en iluminación, hospitales y centros de atención primaria.
- Compromiso empresarial: revista líder en innovación social.
- https://www.Greenglobe.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1151

LOS RIESGOS Y LA INTERVENCIÓN SOCIOAMBIENTAL

ADRIÁN LÓPEZ QUINTANILLA

FRANCISCO JAVIER PEDRACES FRESNO

BEATRIZ MARTINEZ ÁLVAREZ

BEGOÑA AMIROLA GOIKOETXEA

1 Introducción

Los riesgos y peligros asociados a conflictos socioambientales se han convertido en la actualidad en los principales focos de tensión de la modernidad llegando a poner en peligro los requisitos básicos para la vida en general y la vida social en particular. Éstos han dejado de ser un opuesto situado fuera del orden social para tomar la forma de diversos y complejos problemas que provienen desde el interior de la propia sociedad. El problema con que se encuentran los modelos de intervención ante sus mermados éxitos en la transformación social sobre riesgos y peligros ocasionados por conflictos socioambientales.

2 Objetivos

Conocer los riesgos socioambientales e identificar los peligros ocasionados por los conflictos socioambientales.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico y Medline. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de riesgos socioambientales. Se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, ambiente, relaciones humanas, riesgos socioambientales, peligros.

4 Resultados

Los efectos que estos desencadenan afectan a todos por igual, centro como periferia, poniendo en tensión los modelos de intervención que producen para prevenir y controlar los riesgos que producen, mostrándose cada vez más ineficientes ante sus manifestaciones. Por lo tanto, al hacerse cargo de este tipo de problemáticas sociales, la sociedad (normas, esferas y organizaciones) pierde la garantía de seguridad y control, creando más inseguridades e improbabilidades al activar diversas formas para responder a los riesgos y peligros generados por la conflictividad socioambiental, produciéndose limitaciones en sus formas de reflexión, decisión y acción. Todo ello se muestra limitado y pareciera requerir una mayor atención.

Finalmente, es la capacidad de la racionalidad moderno-occidental, accionada por la política y sustentada por la ciencia, para estructurar respuestas ante los complejos riesgos socioambientales. La amenaza ambiental (riesgos y peligros) autoprovocada ha llegado a ocupar un lugar destacado en la sociedad moderna, pues tales acciones carecen de un lugar propio desde donde pueda ser pensada para orientar las respuestas sociales ante los riesgos.

Esto se estabiliza y se hace recurrente cuando eventos socioambientales agudos generan reverberancia comunicacional, favoreciendo que los sistemas incorporen distinciones sobre los riesgos. Es así que aunque tales riesgos expresados en problemas y conflictos se hagan o no se hagan manifiestos y sean rechazados públicamente, los actores sociales por medio de sus propias distinciones, aprueban y rechazan los riesgos y las interpretaciones que se hagan de éstos.

La existencia de resonancias comunicativas ante los eventos asociados a los riesgos y peligros en organizaciones como actores sociales, lo harán elaborando tales ofertas de sentido bajo sus propios formas de observar su entorno: las organizaciones políticas las registrarán a través del filtro del poder, las empresas lo harán a través del dinero y los actores sociales con filtros basados en sus vivencias. Las

respuestas de los actores sociales ante los riesgos sólo pueden ocurrir fragmentadamente y ante la pérdida de una racionalidad única, los modelos de intervención se encuentran ante una complejidad con la cual tiene que lidiar para alcanzar los objetivos que se proponen.

5 Discusión-Conclusión

En sociedades altamente diferenciadas y complejas, la estrategias de intervención deberán: distanciarse de modelos simples que conducen a intervenciones intrusivas en las operaciones del sistema a regular. Ello debe realizar porque las intervenciones de esa naturaleza inducirán dinámicas de operación en otra sintonía o distinta frecuencia, que probablemente atrofiarán o incluso, en situaciones extremas, podrían conducir a procesos de autodestrucción. Además se debe expresar una genuina invitación que tenga en cuenta que todo sistema está clausurado en términos operacionales (códigos), pero abierto a la información del entorno. Se trata de que el cambio a ser introducido no aparezca como una intervención exógena, una variable externa, ajena al sistema al cual está dirigido.

6 Bibliografía

1.(2006), La Sociedad del Riesgo. Hacia una Nueva Modernidad, Barcelona, Editorial Paidós Ibérica.
2. (2002), La Sociedad del Riesgo Global, Madrid, Editorial Siglo XXI.
3.(1995), Ecological Enlightment, Nueva Jersey, Humanity Press. Camus, Pablo y Hayek, Ernst.
4. (1998), Historia Ambiental de Chile, Santiago de Chile, Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile. Espluga, Josep .
5. (2004), “Conflictes socioambientals i l’estudi de la percepció social del risc”, en Papers, N. 72, pp. 145-162.

Capítulo 1152

EFECTOS DEL ACOSO LABORAL O MOBBING Y SU IMPACTO EN EL SECTOR SANITARIO

CRISTINA ALONSO LLAMEDO

MARTA ALVAREZ ROZA

MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El acoso laboral o mobbing en el sector sanitario es un problema que va en ascenso cada día y que afecta cada vez más a los trabajadores de este sector. Los datos que hay sobre este fenómeno no reflejan la realidad tal cual del problema ya que muchos de los afectados no denuncian (por miedo, temor o inseguridad).

Podemos definir el acoso laboral o mobbing como una práctica que consiste en: "un trato hostil o vejatorio, descalificador e intimidatorio por parte de una o varias personas hacia otra, en su ámbito laboral y que se produce de forma sistemática y recurrente durante un periodo de tiempo prolongado".

Según Piñuel (2001) el mobbing tiene como objeto " intimidar, apocar, reducir, aplanar, amedrentar y consumir, emocional e intelectualmente a la víctima, con vistas a eliminarla de la organización o a satisfacer la necesidad insaciable de agredir".
La Asociación contra el Acoso Psicológico y Moral en el Trabajo realizó un estudio cuyos datos afirman que el 15% de los trabajadores sufren acoso laboral

y que el sector sanitario destaca entre los más afectados, todo ello encrudecido además por el desarrollo de las nuevas tecnologías y redes sociales que hacen que las víctimas en muchos casos no descansen y sean acosadas dentro y fuera del trabajo.

2 Objetivos

- Reconocer y prevenir el acoso laboral o mobbing en el entorno de trabajo, para evitar sus efectos y consecuencias.

3 Metodología

Se realizaron búsquedas bibliográficas en diferentes publicaciones en las bases de datos Scielo, Redalyc y Dialnet Plus, utilizando como descriptores las palabras clave: mobbing, acoso, prevenir, etc. Se han empleado como criterios de inclusión textos en castellano e inglés de acceso gratuito.

4 Resultados

¿Cómo identificar si sufrimos mobbing o acoso laboral?
Es muy importante saber diferenciar si estamos sufriendo mobbing o se trata de estrés laboral, ya que se tiende a confundir ambos términos, el estrés laboral es una consecuencia que en muchos casos puede venir dada por el mobbing, para saber si una persona está siendo víctima de esta práctica abusiva deben darse en ella las siguientes características:

- Deben existir una o más conductas de hostigamiento, que consisten en pequeñas actuaciones, por lo general no muy intensas, que van encadenándose en el tiempo llegando a sumergir a la víctima en un verdadero infierno que da lugar a la indefensión de la misma.
- La duración de este hostigamiento debe darse en un periodo de tiempo continuado de 6 meses como mínimo.
- La repetición de las conductas de hostigamiento debe ser semanal.

Podemos interpretar que cuando una persona se encuentra sometida a estas 3 conductas a la vez, está siendo víctima de mobbing.

Esta práctica abusiva se encuentra en aumento, según El informe de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y del Trabajo (Eurofound) so-

bre “La violencia y el acoso laboral en Europa: alcance, repercusiones y políticas”, en España se denuncian tan sólo un 50% de los casos de mobbing, lo que se traduce en un 8% en España frente un 14,9% en Europa y el sector servicios refleja un incremento importante en sus cifras.

Los objetivos de los acosadores son generalmente cualquiera persona que sea diferente de la norma organizacional. Las víctimas por lo general son trabajadores competentes, educados, abiertos y con gran capacidad de empatía y sensibilidad ante el sufrimiento ajeno.

La encuesta sobre “Acoso en el lugar de trabajo” de la Workplace Bullying Institute realizada en Junio del 2017 nos muestra los siguientes datos sobre este tema:
- 19% de los trabajadores sufren acoso laboral en su trabajo.
- 70% de los acosadores son los propios jefes.
- 61% de los trabajadores perciben que son víctimas de abusos.
- 63% de los acosadores actúa por libre, es decir, en solitario.
- 60% de las víctimas son mujeres.
- 40% de las víctimas sufren consecuencias negativas en la salud.
- 29% de las víctimas, ocultan este hecho en silencio (sin contarlo a nadie), por miedos e inseguridades.
- 65% de las víctimas tienen que poner fin a su relación laboral para terminar con el acoso.

Efectos del acoso laboral y sus consecuencias:
La práctica del mobbing no tiene las mismas consecuencias en todas las personas, ni produce las mismas reacciones en ellas, ya que cada persona posee una serie de características (fortalezas y debilidades) que nos hacen actuar de distinta manera ante un mismo problema.

Lo que está claro es que en muchos casos esta práctica abusiva produce consecuencias devastadoras, llegando a provocar a largo plazo trastornos físicos y psíquicos en las víctimas que lo sufren y dando lugar a enfermedades graves, difíciles de superar como puede ser la depresión.

Se calcula que un 90% de las víctimas sufren ambos trastornos (físicos y psíquicos) como consecuencia directa del mobbing.

Piñuel y Zabala (2001) estructura las consecuencias del mobbing en el trabajador afectado en los siguientes apartados:

1. Consecuencias físicas: las víctimas que sufren mobbing manifiestan problemas de salud, algunos de los síntomas físicos que padecen son los siguientes:
- Dolores de cabeza, de espalda, musculares, de estómago e incluso dolores en el pecho.
- Sensación de debilidad.
- Dificultad para respirar.
- Palpitaciones y taquicardias.
- Temblores.
- Falta de apetito, gastritis y trastornos digestivos.
- Sequedad en la boca e irritabilidad de la garganta.
- Mareos, vómitos y sofocos.
- Insomnio.
- Desmayos.

2. Consecuencias psíquicas: entre los síntomas psíquicos sufridos por las víctimas del mobbing cabe destacar:
- Ansiedad.
- Baja autoestima.
- Estado de ánimo depresivo
- Apatía o pérdida de interés por actividades que antes le interesaban y creaban satisfacción.
- Impotencia.
- Falta de concentración y pérdida de memoria.
- Alteraciones del sueño (insomnio e hipersomnia)
- Sentimientos de culpabilidad, impotencia e indefensión.
- Irritabilidad emocional.
- Reacciones paranoicas.
- Pensamientos de suicido.
- Miedos e inseguridades en su entorno laboral.
- Múltiples somatizaciones.

3. Consecuencias sociales:

Las víctimas del mobbing se convierten en personas fácilmente vulnerables, desconfianzas y muy sensibles a la crítica, por lo que empiezan a proyectar una serie de conductas tales como:
- Aislamiento: se produce como consecuencia de la perdida de compañeros o amigos por darles la espalda y no apoyarlos en el momento que les necesitan.
- Retraimiento: se apartan de la vida social que tenían.
- Evitación: cambia sus hábitos ya que no quieren encontrarse con nadie para evitar dar explicaciones sobre su problema, se sienten avergonzados y culpables.

- Agresividad.
- Inadaptación social: les cuesta mucho volver a confiar en otras personas y en sí mismos y adaptarse de nuevo a situaciones relacionadas con el entorno laboral sobre todo.

4. Consecuencias laborales:

En la mayoría de las ocasiones las víctimas del mobbing se encuentran desmotivadas y su rendimiento en el trabajo tiende a disminuir porque sus facultades están mermadas, hasta el punto de que no soportan más la situación y necesitan solicitar una baja laboral (por estrés, ansiedad o depresión), lo que provoca a veces su despido y conlleva a la difusión de rumores y mentiras sobre la misma.

Se presenta una imagen negativa de la víctima y como consecuencia de ello disminuye su empleabilidad y su nivel económico, se encuentran sin trabajo y con dificultades para reincorporarse al mundo laboral.

5 Discusión-Conclusión

Podemos deducir que el acoso laboral o mobbing es una práctica abusiva que va en aumento, de ahí la importancia de saber identificarla, ya que cuanto primero la detectemos, primero podremos poner en marcha medidas para prevenirla o frenarla.

Es importante que los trabajadores se involucren y conozcan el impacto del acoso para así fomentar las buenas relaciones en el entorno de laboral. La mediación y la toma de decisiones sobre el trabajo también pueden contribuir a reducir la conflictividad laboral, así como las distintas terapias relacionadas con el estrés.

Debemos tener en cuenta que el acoso es mayor cuando es realizado por un grupo, en vez de por un individuo en concreto, y también es más grave cuando el acosador es el jefe y no un compañero.

Las consecuencias sobre la salud de las víctimas son muy diversas, influyendo en las mismas la duración del acoso, la intensidad de la misma y la vulnerabilidad de la víctima y en ocasiones el problema de la víctima desaparece en cuanto rompe su relación laboral.

En cualquier caso no debemos nunca avergonzarnos si nos encontramos en esta situación y menos ocultarlo, más bien debemos hacer todo lo contrario, en cuanto detectemos un posible síntoma de acoso debemos comunicarlo y poner en práctica el protocolo de actuación adecuado, para así frenarlo y que no dé lugar a

consecuencias graves.

6 Bibliografía

- Informe Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y del Trabajo (Eurofound) sobre "La violencia y el acoso laboral en Europa: alcance, repercusiones y políticas" (Junio 2017). https:// Europa.eu
- Iñaki Piñuel y Zabala. Mobbing. "Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo". Editorial Sal Terrae. 2001.
- Encuesta "Acoso en el lugar de trabajo" de la Workplace Bullying Institute. Junio 2017 https://psicologia-online.com

Capítulo 1153

RELACIONES DE LOS CELADORES CON EL ENFERMO Y FAMILIARES.

JONATHAN SUÁREZ VARELA

1 Introducción

La función hospitalaria se basa principalmente en acoger y curar. Aún así toda hospitalización constituye una situación de estrés psicológico tanto para el paciente como para su familia.

El paciente durante su ingreso en el centro hospitalario tendrá una serie de derechos y obligaciones.
- Derecho a conservar su personalidad.
- Derecho a mantener su dignidad.
- Derecho a ser informado de su enfermedad.
- Tendrá derecho a comunicarse con el exterior.

Funciones del celador con el enfermo y sus familiares:
- Recibir al enfermo e instalarlo, evitando lesiones del mismo. Aplicarle sujeción si es precioso.
- Restringir los estímulos (ruidos , luz, temperatura etc).
- Vigilará que no se suministren alimentos traídos del exterior.
- Podrán informar sobre relaciones entre paciente y familiares que puedan ser perjudiciales para el paciente.
- En la relación con el paciente debe de transmitir cordialidad y aceptación del punto de vista del paciente y crear buen ambiente, para que el paciente se sienta integrado, autosuficiente y comprendido.

- En la relación con los familiares y las visitas: El celador ha de ser atento y amistoso con las visitas, facilitando el contacto entre ellos y el enfermo..
- Relación con los familiares: El celador deberá tener una actitud de compresión al mismo tiempo que de firmeza.

El Celador por su parte nunca deberá informar a los familiares sobre el estado del paciente. Esa misión de informar le corresponde al médico o facultativo.

2 Objetivos

Señalar las funciones y el comportamiento del celador en su relación con el enfermo y sus familiares.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1154

VIOLENCIA DE GÉNERO. DIAGNÓSTICO PRECOZ.

NURIA DE LA CALLE MENÉNDEZ

1 Introducción

El concepto ”violencia de género” da nombre a un problema grave, que todavía hoy es difícil de tratar, forma parte de la vida personal de las personas; de su intimidad; en la que el hombre tiene el poder y la mujer toma un papel de sumisión. Esto contribuye a que las mujeres no denuncien su situación por miedo, vergüenza o culpabilidad.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada».

El 25 de noviembre, es el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de manera oficial desde el año 2000, cuando la ONU aprobó una Resolución que designaba esta fecha como el Día internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, invitando a gobiernos, organizaciones internacionales y a ONGs a coordinar actividades todos los años en esta fecha que eleven la conciencia pública.

Hay muchas formas de violencia:
- Violencia física.
- Violencia psicológica.

- Violencia sexual.
- Violencia económica.
A veces tan normalizado en el día a día de tantas familias que muchas mujeres lo asumen, incluso con culpa propia, dudando de ellas mismas.

Trabajando en la igualdad, en pleno siglo XXI, todavía quedan muchas mentalidades que cambiar y todo tiene que empezar desde los inicios, desde el colegio. Jornadas informativas, desde el conocimiento de situaciones que habría que denunciar, evitar prejuicios sexistas y trabajar el respeto y la igualdad en las relaciones.

Los estudios sobre violencia de género, ven este diagnóstico precoz como difícil y lento, por eso se trabaja más en la información, publicidad, y facilitar las maneras de denuncia. En el caso de que lo reconozca:
• Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.
• Creer a la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
• Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
• Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
• No dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
• No dar falsas esperanzas.
• No criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: «¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría…».
• No infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
• No recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
• No prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer.

La educación es el principal arma contra la violencia, el conocimiento para no ejercerla y no permitirla. Sensibilizar a la sociedad contra la violencia de género, acabar con la cultura patriarcal que nos hace ver a la mujer como sujeto de violencia y sumisa; y al hombre como violento y opresor.

Vigilar desde el ámbito hospitalario y atención primaria cualquier alerta que nos haga sospechar. Desde el conjunto del personal, sanitario y no sanitario.

2 Objetivos

- Dar a conocer esta problemática para informar a la víctima de forma clara y completa, y mostrarle todos los recursos que tiene a su alcance.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.
- NIPO (papel): 351-07-062-X NIPO (CD-Rom): 351-07-065-6 Depósito Legal: M. 53.593-2007
- Revisión Bibliográfica Violencia de Género en la Pareja: Una Revisión Teórica Roberta de Alencar-Rodrigues Leonor - Cantera Universidad Autónoma de Barcelona. España
- Xunta de Galicia. Secretaría General de Igualdad.

Capítulo 1155

SALUD AMBIENTAL Y SALUD

MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO

1 Introducción

Salud ambiental, según la Organización Mundial de la Salud, es ”aquella disciplina que comprende los aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psico-sociales”.

El crecimiento económico y la globalización han originado evidentes beneficios pero al mismo tiempo han provocado la aparición de nuevos riesgos. Existen dificultades e incertidumbres para identificar con exactitud la relación causal entre medio ambiente y salud. La medición de la exposición a numerosos factores ambientales es compleja porque no disponemos de sistemas adecuados de información y vigilancia sanitaria que permitan valorar la magnitud y gravedad de los riesgos. La información disponible sobre las enfermedades relacionadas con el medio ambiente procede de la experimentación en animales, estudios de laboratorio, estudios epidemiológicos y toxicológicos. Los resultados de estos trabajos de investigación permiten extrapolar y estimar posibles riesgos para la salud pública. Sabemos, además, que algunas sustancias ambientales por debajo de ciertos niveles no son peligrosas. Sin embargo, otros agentes, tales como alérgenos, radiaciones ionizantes, contaminantes del aire, preparados químicos carcinógenos, pueden suponer un riesgo a niveles más bajos de los observados. A pesar de ello existen algunos trabajos que han identificado la relación entre determinados agentes ambientales y la salud humana.

Se ha estimado que en los países industrializados un 20 % de la incidencia total de enfermedades puede atribuirse a factores medioambientales. En Europa una

gran proporción de muertes y años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) en el grupo en edad infantil es atribuible a la contaminación del aire interior y exterior. Un dato significativo de este es que 1/3 de las muertes en el grupo de edad de 0-19 años es atribuible a exposiciones ambientales (contaminación del aire interno y externo, agua y saneamiento, sustancias y preparados químicos y lesiones producidas por accidentes. Las enfermedades respiratorias, el asma y las alergias están asociadas con la contaminación del aire externo e interno. La relación entre la contaminación atmosférica y la salud es cada día más conocida. El asma y las alergias han aumentado durante las últimas décadas en toda Europa, aproximadamente un 10 % de la población infantil padece alguna de estas enfermedades puede estar influyendo en la prevalencia de los síntomas de asma, rinitis alérgica y eczema atópico en la infancia. Los agentes ambientales implicados son los óxidos de nitrógeno y azufre, las partículas en suspensión, ozono, metales, compuestos orgánicos volátiles (COV) y los hidrocarburos. La disminución de la capa de ozono estratosférico y la exposición a radiaciones ultravioletas están asociadas a un aumento del cáncer de piel, cataratas y alteraciones del sistema inmunitario. La exposición solar aumenta el riesgo de padecer cáncer de piel (no melanoma), debido a los rayos ultravioletas. Se ha estimado que hasta un 90% de estos tumores son atribuibles a esta exposición. Las radiaciones ionizantes provocan cáncer, leucemia, quemaduras y lesiones radiológicas. La exposición al ruido provoca trastornos auditivos, trastornos cardiovasculares, estrés, irritabilidad, alteraciones del sueño, gastos económicos (medidas de protección y aislamiento acústico), etc.

2 Objetivos

- Elaborar cronogramas de trabajo identificando los puntos a estudiar y equipos a utilizar.
- Valorar las características de los sistemas de abastecimiento, producción, distribución-almacenamiento, tratamiento, vertido y zonas de baño mediante el análisis, in situ y obteniendo muestras para su análisis en el laboratorio, de muestras de agua de dichos sistemas.
- Valorar la contaminación del aire por partículas, gases, vapores, ruido, vibraciones y radiaciones, vigilando los niveles de emisión perjudiciales para la salud mediante las técnicas de toma de muestras para su análisis en el laboratorio y sustitución de elementos captores.
- Obtener adecuadamente muestras de plagas, vectores, plaguicidas y productos químicos para su envío y posterior análisis en el laboratorio.

- Interpretar las técnicas de gestión de residuos (sólidos, tóxicos y peligrosos) y características de los establecimientos MINP, identificando las deficiencias técnico-sanitarias y efectuando la toma de muestras con los medios e instrumental preciso.
- Comprender las características de los procesos de elaboración/transformación y comercialización de los alimentos y su importancia en la calidad higiénico-sanitaria de los mismos.
- Obtener adecuadamente muestras de alimentos y disponer su preparación para el envío al laboratorio, en condiciones idóneas para su posterior procesamiento y estudio.
- Interpretar, mediante técnicas de vigilancia epidemiológica, los efectos sobre la salud asociados a los factores de contaminación medio ambientales.
- Interpretar, en diferentes fuentes de información legislativa, los apartados específicos relacionados con la salud ambiental que permiten la realización de inspecciones y elaboración de informes.
- Programar y desarrollar actividades de promoción de la salud ambiental, elaborando los materiales necesarios para cubrir los objetivos previstos en las campañas o programas sanitarios.
- Adaptar las técnicas de almacenamiento, distribución y control de existencias a los elementos consumibles relacionados con el laboratorio de salud ambiental.
- Utilizar programas informáticos de carácter general, adaptándolos a la organización, gestión y tratamiento de la información y administración de la unidad de salud ambiental.
- Comprender el marco legal, económico y organizativo que regula y condiciona la prestación de servicios de salud ambiental, identificando los derechos y obligaciones que se derivan de las relaciones en el entorno de trabajo, así como los mecanismos de inserción laboral.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los riesgos como consecuencia de los fenómenos naturales o provocados por las actividades humanas están íntimamente relacionados con la naturaleza de los mismos. Estos riesgos pueden ocasionar efectos sobre la salud que tendrán un carácter inmediato, mediato o tardío en dependencia del tiempo que demoren en aparecer. Los principales efectos inmediatos son: muerte, traumatismo, quemadura, asfixia, intoxicaciones agudas, electrocución, congelamiento, deshidratación, etc.

Entre los efectos mediatos se pueden señalar: el síndrome de irradiación, intoxicaciones subagudas, enfermedades transmisibles y trastornos psiquiátricos.

Entre los efectos tardíos podemos mencionar: infecciones crónicas, enfermedades carenciales, trastornos psiquiátricos, invalidez parcial o total, cáncer y trastornos genéticos.Los desastres naturales por sí no pueden causar epidemias. En situaciones especiales:
- Hay migración general de la población en masa a grandes distancias.
- Los individuos evacuados transportan sus agentes patógenos a zonas de baja prevalencia de enfermedades o de poco nivel de inmunidad de la población a estos agentes que influyen en el aumento del riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas.
- Grado de endemicidad de ciertas enfermedades previa al desastre.
- Cambios ecológicos producidos por el desastre, con deterioro de las condiciones sanitarias del medio.
- Movimiento de la población, considerando el aumento de la densidad y la promiscuidad.
- La interrupción de las medidas de lucha y control de enfermedades, por perturbación total o parcial de los programas de control.
- La alteración de los servicios públicos de salud y saneamiento ambiental básico (agua, alimentos, control de residuales líquidos y sólidos).

5 Discusión-Conclusión

Desde el triunfo revolucionario en 1959 la protección del medio ambiente y el uso racional de los recursos naturales, como patrimonio de toda la sociedad, ha sido objetivo estratégico nacional. La contaminación de ríos y arroyos por contaminantes químicos se ha convertido en uno de los problemas ambientales más

graves de nuestra sociedad. El ozono es un contaminante que produce afectaciones a la salud, también forma parte del grupo de contaminantes que forman la llamada lluvia ácida. La explotación forestal debe ser realizada sobre la base de garantizar la repoblación.

Son diversos los factores que determinan el crecimiento elevado de la población en los países subdesarrollados. Dentro de ellos debe destacarse la ignorancia, la miseria, las creencias religiosas, la necesidad de mano de obra a nivel familiar y la falta de incorporación de la mujer a la actividad económica. Todo ello condiciona elevadas tasas de fecundidad, insalubridad, enfermedades y alta mortalidad.

La concentración de la población, la industria y el transporte automotor en zonas urbanas ha producido un desequilibrio ecológico con grave afectación a la higiene del ambiente. Cuba a pesar de ser un país subdesarrollado, el crecimiento económico y la industrialización han llevado aparejadas medidas consecuentes para la protección del ambiente y el desarrollo sostenible.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1156

PROBLEMAS DE SALUD DEL PERSONAL NO SANITARIO OCASIONADOS POR MALAS POSTURAS

NANSI LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

El personal no sanitario se ve afectado por trastornos musculo esqueléticos provocados por malas posturas, tanto en aquellos puestos de trabajo en los que la mayor parte del tiempo se permanece sentado, como en aquellos otros en los que la persona manipula cargas con cierta asiduidad. Gran porcentaje de las bajas laborales tienen origen en este tipo de problemas.

Estas enfermedades de origen laboral pueden exteriorizarse en un principio como molestias leves y pasajeras pero pueden llegar a convertirse en lesiones irreversibles y, a la larga, en incapacidades.

Los factores de riesgo que provocan estos problemas de salud son:
- Factores físicos: manipulación de cargas, posturas o movimientos repetitivos, sedentarismo y adoptar posturas forzadas, entre otros.
- Factores psicosociales: alto nivel de demandas y/o exigencias, falta de alicientes laborales, estrés, etc.
- Factores individuales: edad, enfermedades, condición física…

2 Objetivos

- Concretar cuáles son los problemas de salud que afectan al personal no sanitario en relación a las malas posturas o a la incorrecta manipulación de cargas y establecer las medidas necesarias para evitarlos o atenuarlos una vez manifestados.
- Determinar la importancia de la permanente información al trabajador de todas aquellas prácticas que son adecuadas para evitar estas enfermedades de origen laboral que afectan a diversas partes del cuerpo. La mejor manera de solucionar estas patologías musculoesquélicas es prevenirlas .

3 Metodología

Para la investigación en la materia se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica existente, así como la búsqueda de libros, entre ellos: "Posturas de trabajo: evaluación del riesgo", elaborado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (2015).

4 Resultados

Para evitar estos problemas de salud en el personal no sanitario debe hacerse una evaluación periódica de cuál es el grado de conocimiento acerca de cuáles son las posturas adecuadas para desarrollar cada uno de los trabajos.

Así mismo, en relación a la manipulación de cargas, habría que hacer un estudio biomecánico del peso de la carga, frecuencia, altura, distancia respecto al cuerpo y las características físicas del trabajador (edad, sexo, constitución física y grado de entrenamiento), para así saber cuál es el procedimiento más adecuado a seguir.

Además, sería necesario llevar a cabo todas aquellas adaptaciones técnicas necesarias para facilitar el trabajo y contribuir al bienestar y salud de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Podemos observar que existen problemas provocados por malas posturas al sentarse, como puede ser en el caso de un auxiliar administrativo, desencadenando en trastornos musculo esqueléticos como dolores de espalda, contracturas… así mismo como los provocados por la manipulación de cargas.

Los trastornos musculoesqueléticos que mencionamos se definen como: el conjunto de lesiones de naturaleza inflamatoria o degenarativa que afectan a:
- Las articulaciones (mano, muñeca, rodilla, codo) causan artrosis y artritis, y suelen ser provocadas por desempeñar un trabajo en el que éstas sufren un gran desgaste, o por adoptar posturas incorrectas.
- Las periarticulares (tendones, ligamentos, bursitis, contracturas, desgarro muscular.
- Los huesos.

Las zonas del cuerpo en las que se presentan patologías musculoesquélitas son:
- Extremidades superiores: cuello (síndrome cervical, tortículis); hombro (las más importantes las que afectan a las articulaciones y a la circulación sanguínea); codo (por ejemplo el síndrome del túnel carpiano); muñeca (síndrome quervain) y mano.
- Espalda: lumbalgia, ciática (debido a manipulación de cargas, malas posturas, movimientos repetitivos…
- Extremidades inferiores: cadera, rodilla, tobillo (esguince, tendinitis).

Todos los trabajadores deben de tener conocimiento de cuáles son las prácticas adecuadas en sus puestos de trabajo, y ponerlas en prácticas, puesto que su primer objetivo en el trabajo debe ser el de cuidar de su salud. Así mismo todo el personal no sanitario tiene que tener a su disposición ayuda y asesoramiento continuo en la materia.

6 Bibliografía

-Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo: “Riesgos asociados a la manipulación manual de cargas en el lugar de trabajo”
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo: “Lista de Control para evitar malas posturas de trabajo”.
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo: ”Trastornos musculoesqueléticos”.

Capítulo 1157

DISTINTOS TIPOS DE MASCARILLA Y SU UTILIDAD POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS DE UN HOSPITAL

SUSANA GALÁN SERRANO

ANA MARÍA GONZÁLEZ PÉREZ

GEMMA ALVAREZ SANCHEZ

JOSE MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las mascarillas se consideran equipos de protección individual cuya función principal es proteger al portador de la misma de aquellos agentes contaminantes a los que puedan exponerse las vías respiratorias. La función secundaria fundamental es para evitar la propagación de una enfermedad.

Se aconsejan también para evitar la exposición al polvo; a los agentes biológicos; o en el caso de los trabajadores de un hospital, a los citostáticos o fármacos peligrosos.

En el mercado existen fundamentalmente dos tipos de mascarillas: las quirúrgicas y las autofiltrantes:

- Mascarillas quirúrgicas: están diseñadas para protegerse de la exposición a salpicaduras de líquidos biológicos (procedentes del sistema respiratorio de la otra persona, orina, sangre, etcétera). También proteger de forma inversa, es decir, son capaces de filtrar las partículas que se expulsan al respirar, toser o estornudar para que no se propaguen a los demás.
- Mascarillas autofiltrantes de alta eficacia (FPP): están diseñadas para protegerse de partículas y aerosoles presentes en el medio ambiente. Pueden ser horizontales, verticales o cónicas, y pueden llevar o no una válvula de exhalación.

Según la capacidad de filtración se dividen en: FPP1, FPP2 y FPP3. La elección de cada una se basa en la toxicidad y la concentración que pueda haber en el ambiente.

2 Objetivos

Conocer las utilidades que pueden tener los distintos tipos de mascarilla para los diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios de un hospital.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica durante los años 2013 al 2020. Las bases de datos en las que se ha consultado han sido Cuiden, Dialnet y Scopus utilizando como palabras clave: tipos de mascarilla, mascarilla quirúrgica, mascarilla autofiltrante, usos y recomendaciones, hospital.

4 Resultados

Hemos encontrado unas precauciones universales válidas para profesionales y no profesionales, que son el lavado de manos previo a la colocación de la mascarilla y tras su retirada; asegurar el buen ajuste de la mascarilla con las tiras de sujeción; cambiar la mascarilla en caso de defecto; y utilizarla en función del riesgo al que uno se expone.

En los artículos revisados, recomiendan la utilización de la mascarilla quirúrgica en los casos en los que el profesional deba de mantener una asepsia frente al paciente (por ejemplo en aislamiento inverso); en los casos en los que haya un riesgo de exposición a líquidos biológicos; y por último en los pacientes que estén aislados por gotas, tanto para entrar a la habitación como en los traslados (en este

caso deberían de llevar la mascarilla todos los profesionales que acompañen al paciente, y el propio paciente).

Se recomienda el uso de la mascarilla autofiltrante FPP2 en los casos de aislamiento aéreo, que al igual que el aislamiento por gotas, en el caso de los traslados lo deben de llevar los profesionales y los pacientes, y durante el ingreso, todas aquellas personas que entren en la habitación, también deben de colocarla; y en los casos de que exista un riesgo de transmisión por vía aérea, por ejemplo el personal de lavandería se puede exponer a infecciones que se transmiten por vía aérea en la ropa de cama de un paciente aislado por gotas.

La mascarilla autofiltrante FPP3 quedaría reservada para los casos en los que se trabaje con aerosoles o riesgo a exposición de medicamentos peligrosos.

Según la revisión bibliográfica hay que tener en cuenta que las mascarillas con válvula de exhalación no son para pacientes enfermos, ya que el aire que se exhala no se filtra y por tanto no hay protección frente al contagio. Esa válvula es válida solamente para evitar la condensación en personas sanas.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez es más habitual ver gente por la calle con distintos tipos de mascarillas para protegerse de contraer alguna enfermedad o evitar propagarla a los demás.

En la mayor parte de los casos, no se conocen ni lo usos ni la utilidad adecuada, pero en un hospital deberíamos de conocer los riesgos a los que nos exponemos y cómo actuar ante los mismos.

Nos parece muy relevante la diferencia que existe entre unas mascarillas y otras, ya que somos muchos los distintos profesionales que trabajamos en un hospital, y no siempre nos protegemos lo suficiente para evitar riesgos y enfermedades prevenibles.

6 Bibliografía

- Lizarralde Álvarez, A. Importancia de los productos sanitarios en la prevención y control de la infección nosocomial.
- López, I. F., & Saavedra, A. P. (2018). Medidas de protección individual y colectiva para el personal sanitario ante los distintos tipos de aislamientos en el medio

hospitalario. Revista Enfermería del Trabajo, 8(2), 72-80.
- Márquez, J. F., Carreño, M. G., González, J. J. A., Díaz, R. M., & Otaolarruchi, J. S. (2014). RECOMENDACIONES EN LA SELECCIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN Y DE LIMPIEZA ANTE UN POSIBLE CASO DE ÉBOLA.
- RUBIO, M. (2015). Conocimiento sobre el uso correcto de las mascarillas como medida preventiva frente al riesgo biológico por transmisión aérea y por gotas. Enfermería del Trabajo, 4(2), 45-54.
- Via Vergaray, V. V. (2016). EFECTIVIDAD DEL PROTECTOR RESPIRATORIO N95 VERSUS LA MASCARILLA SIMPLE EN LA PREVENCION DE LA INFLUENZA.
- Yñigo Mojado, B. D. (2019). Eficacia de las mascarillas utilizadas habitualmente por podólogos en el servicio de quiropodia (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).

Capítulo 1158

ACOSO LABORAL EN LOS DISTINTOS ÁMBITOS SANITARIOS.

MARTA LUCÍA GARCÍA VALDÉS

MARIA JESÚS LÓPEZ LIRANZO

SANDRA MARÍA ALVARÉ CAROU

1 Introducción

El acoso laboral es una realidad y así lo demuestra los informes emitidos que advierten que los trabajadores víctimas de conductas sociales adversas (maltrato verbal, atención sexual no deseada, amenazas, trato humillante, violencia física, acoso sexual y acoso laboral) han experimentado un incremento. Es este aumento de casos la razón por la que ha aumentado la preocupación legal por dicho fenómeno así como el interés social por el mismo. La relevancia de las conductas constitutivas de acoso laboral, sus alarmantes consecuencias, unidas a la ausencia de regulación específica que discipline este fenómeno así como los datos que cada vez hacen que sea más difícil ignorar este problema, hacen que resulte de gran interés realizar un estudio que analice tal figura.

2 Objetivos

- El objetivo del acoso laboral, es trascendental remarcar que la finalidad de este fenómeno consiste en intimidar, amedrentar y consumir emocional e intelectualmente a la víctima, y finalmente conseguir que la víctima acabe, en muchos casos,

abandonando su puesto de trabajo debido a las conductas que el acosador ejerce de manera reiterada sobre ella.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los trabajadores expuestos a acoso laboral se ven obligados a ausentarse más del trabajo. Hablando en términos porcentuales, la media de ausencia en casos de acoso laboral sería de 23% frente a una media del 7%, que sería lo normal. Asimismo, los períodos de ausencia del trabajo son mayores. Las buenas relaciones con los compañeros de trabajo afectan a la calidad de vida de los trabajadores, que a su vez repercute en la productividad.

5 Discusión-Conclusión

El concepto de acoso laboral cuenta con numerosas definiciones, y todas ellas tienen un denominador común: la utilización de conductas violentas que destruyen psicológicamente al trabajador con la finalidad de que abandone voluntariamente la organización empresarial. En cualquier caso, el concepto de acoso laboral es un concepto vivo y cambiante que ha ido evolucionando con la propia sociedad. Las conductas constitutivas de la víctima se ven reflejadas como ansiedad, fatiga, disminución de la concentración, depresión, etc.

Asimismo, no solo produce efectos negativos sobre la víctima sino que también afecta a la esfera económica de la organización empresarial, provocando un mayor nivel de absentismo, así como una disminución de la calidad, eficiencia y productividad empresarial.

6 Bibliografía

- Agencia europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2014).
- Segunda encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes ESENER- 2.Bilbao.Aramburu-Zabala, L. (2002).
- Respuesta al acoso laboral. Programas y estrategias.Cuadernos de Relaciones Laborales, 20(2), 337-350.Arbonés , H.I. (2014)
- Acoso moral en el trabajo y su tutela preventiva, Ed. Bomarzo, Albacete.Bartolomé, P. (2012).
- El acoso laboral y la crisis económica. Un problema del siglo XXI, Revista Formación de Seguridad Laboral.Bernal, A. (2011).
- Conclusiones publicadas sobre el perfil del acosador. Suplemento 1: Medicina y Seguridad del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación de España. Nº 57.
- Einarsen, S. and Skogstad, A. (1996), Bullying at work: epidemiological findings in public and private organizations. European Journal of Work and Organizational Psychology, Vol. 5, pp. 185-202.Escobar Pérez, B., Fernández, M.L. (2012).Mobbing: acoso.

Capítulo 1159

BENEFICIOS DE LA TERAPIA CON ANIMALES EN PACIENTES GERIÁTRICOS

SUSANA GONZÁLEZ MÁNTARAS

1 Introducción

La terapia asistida con animales está proliferando mucho en los últimos años. Hace años eran intervenciones fortuitas, de manera casual, para distraer. Hoy por hoy, los animales son estudiados y tienen que adaptarse a las características de las situaciones y patologías a tratar. La terapia asistida no es un sustitutivo, es un complemento a las otras terapias. Lo que se desea conseguir con la misma es que la persona mejore tanto física como emocional y mentalmente, como objetivo del terapeuta y del propio paciente. Así, el uso de animales con fines terapéuticos es cada vez más frecuente a medida que se van realizando estudios para constatar los numerosos efectos beneficiosos del vínculo entre el ser humano y los animales.

A diferencia de las personas- con quienes nuestras interacciones pueden ser complejas e impredecibles- los animales proporcionan una fuente de sosiego y un foco de atención. Hacen que nos sintamos seguros y aceptados incondicionalmente. Para los grupos de personas institucionalizadas que se sienten vulnerables a causa de sus circunstancias físicas y/o emocionales, esta aceptación plena es clave.

Encontramos varias definiciones para conceptualizar las Terapias Asistidas con Animales, sin embargo, por ser una de las más recientes, haremos referencia a la vertida por Tucker (2004), la cual define esta forma de intervención como: “una

modalidad de tratamiento terapéutico en que un animal, que cumple determinados criterios, forma parte integral de un proceso. Este tipo de terapia está dirigida por un profesional, y es él quien marca los objetivos específicos del tratamiento. Su propósito es el de fomentar la mejoría en el funcionamiento físico, social, emocional y/o cognitivo de los seres humanos. Se puede realizar en una amplia gama de contextos y puede llevarse a cabo en grupo o de forma individual. El proceso debe ser documentado y evaluado por el profesional".

Los animales que más suelen ser utilizados en la Terapia Asistida con Animales son los delfines, los caballos y los perros. Pero en este trabajo nos vamos a centrar en el perro como animal terapéutico. También son múltiples los tipos de centros y las condiciones de los usuarios (físicas y psicológicas) donde se puede practicar estas terapias. Quizás sea en las residencias de ancianos los lugares en donde más se ha extendido la Terapia Asistida con Animales. Muchos ancianos se encuentran tristes o se sienten solos y la mera visita de un animal ofrece compañía, cariño e ilusión.

Las actividades terapéuticas que se pueden realizar con los ancianos tienen que ver con lo cognitivo, con las actividades motrices, con la comunicación y con la vida cotidiana. Para mejorar el estado de depresión que presentan nuestros mayores, el contacto con el animal a través de caricias, mejora los reflejos el control postural, el lenguaje… y ayuda a la persona mayor a pensar menos en sí mismos y en sus problemas. Así, a través de las intervenciones asistidas por perro se persiguen objetivos tales como la mejora física, psicológica y/o relacional de las personas, basándose en la interacción "animal-persona". Otros objetivos importantes son los de favorecer los procesos de adaptación e integración en los centros tanto de los residentes como de sus familiares previniendo la aparición de situaciones de sobrecarga emocional, la potenciación del placer físico al acariciar al animal como elemento motivador de la acción y de las sensaciones positivas; aumentar el sentido de "pertenencia al grupo", aumento de la autoestima, disminución del aislamiento; el aumento de la expresión de emociones; y la reducción de estados de frustración, entre otros.

2 Objetivos

- Revisar, reunir y sintetizar los resultados de investigación que relacionen las Terapias Asistidas con Perros en mayores institucionalizados.
- Dar luz a una corriente de investigación que permita verificar si la Terapia Asistida con Perros ejerce una influencia positiva en personas donde las áreas cogni-

tivas, la comunicación, socialización y afectividad están muy afectadas.

3 Metodología

En esta revisión, se han adoptado los siguientes pasos:
- Identificación del problema o cuestión.
- Distinción de las distintas corrientes de búsqueda (beneficios de las Terapias Asistidas con Animales, y con perros más particularmente; relación de los beneficios que puede aportar la Terapia Asistida con Perros a un colectivo concreto: usuarios de Tercera Edad con Enfermedad de Alzheimer institucionalizados).
- Búsqueda científica en diferentes Bases de Datos: Google Académico, Pubmed, Dialnet, Scielo, Medigraphic.

En esta revisión, elegimos los artículos que cumpliesen con los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados en español, contenido acorde a los objetivos del trabajo y artículos al completo. Búsqueda realizada en el año 2016 en su totalidad. Con las siguientes palabras clave: Alzheimer, terapia con perros, personas mayores institucionalizadas, cooterapeuta, zooterapia.

En una primera criba se adquirían todos aquellos artículos que tenían un cierto interés y que parecían que estaban relacionados con el tema a tratar. Tras ello, se realizaba una lectura general en la que se percibía la mayor o menor cantidad de información aportada en los mismos. Hacíamos uso de los documentos que nos suministraban la máxima información y se desechaban aquellos que finalmente, no se correspondían con el tema a tratar. Criterios de inclusión: personas mayores de 65 años, institucionalizadas, ambos sexos.

4 Resultados

De la búsqueda realizada en bases de datos, se obtuvieron 25 artículos, de los cuales 15 han sido incluidos en este documento.
Todos los artículos consultados demuestran que la terapia con perros es muy efectiva para las personas con enfermedad de Alzheimer, les reporta una mejora a nivel físico, emocional, social, mental, etc.

Cusack, (2008) "Los animales tienen una capacidad ilimitada para la aceptación, la adoración, la atención, el perdón y el amor incondicional. Aunque existe el potencial para que una variedad de personas pueda obtener beneficios mediante su asociación con animales de compañía, es mayor en el caso de los ancianos,

cuyo vínculo con los animales de compañía es quizá más fuerte y más profundo que en cualquier otra edad."(Bustad 1981)

También Granger&Kogan (2003) dicen a este respecto: "Los estudios que investigan los efectos de la TAA en las personas que viven en residencias geriátricas han demostrado efectos positivos en el aumento de la atención, la mejora del bienestar psicológico, la interacción interpersonal, y la conciencia social, el aumento de la satisfacción con la propia vida, , la socialización, la concentración, y el descenso de la depresión (Andrysco, 1982; Francis et al., 1985; McQuillen, 1985; Rollew, 1990; Fick, 1993; Lapp, 1991; Kongable et al., 1989; Haughie et al.,1992)"

Se ha demostrado que la terapia asistida con animales en personas mayores institucionalizadas tiene beneficios en las siguientes áreas:

- Memoria: Se ha observado que las personas beneficiarias de un día semanal de terapia asistida con perro recuerdan y están pendientes del día esperando la sesión de terapia con gran interés. Según Grnger&Kogan (2003): El hecho de dejar la fotografía del perro es un recordatorio que ayuda a muchos residentes a acordarse a lo largo de la semana del día de sus sesiones. A muchos residentes les gusta tener la foto de "su" animal y les gusta mostrarla a los visitantes y a los demás residentes.
- Efectos para la salud a corto plazo: El hecho de observar o interaccionar con animales tiene unos efectos a corto plazo para la salud, elevando la tasa de aptitud y aumentando la supervivencia. A este respecto Friedmann (2003), dice: el contacto con animales no solo ayuda en la recuperación de enfermedades cardiovasculares sino que incluso puede llegar a prevenirlas (Anderson et al. 1.992); la observación implícita o el estar en presencia de animales tiene un impacto directo tanto en la respuesta fisiológica (Friedmann et al., 1983b) como en la salud psicológica: menor ansiedad (Sebkova, 1.977) y menos depresión (Holcomb et al., 1997).

Beck (2003), en cuanto al tema de interactuar con un animal, por ejemplo acariciarlo, dice al respecto: "Hace muchos años se demostró que acariciar un animal reduce la tensión arterial, y presumimos que este hecho es un indicativo de la reducción del estrés (Katcher & Beck, 1987). Los perros (Lynch & McCarthy, 1969) y los caballos (Lynch et al., 1971) acariciados muestran una reducción similar de la tensión arterial, presumiblemente por la misma razón, o por lo menos como una indicación de que el animal disfruta con la experiencia".

También hay estudios realizados sobre las ventajas aportadas por el Canis familiaris en la asociación con el Homo sapiens y que se refieren a "estar en compañía de un perro", siendo estos los siguientes:

- Disminuye la presión arterial, el colesterol y los triglicéridos (Katcher, 1987);
- Aumenta la calidad de vida en ancianos (Stallones, 1990);
- Coadyuva en el tratamiento de la ansiedad (Holcomb, 1989);
- Reduce los problemas menores de salud (Serpell, 1991);
- Aumenta la supervivencia en afecciones coronarias (Bustad, 1996)

En las sesiones de Terapia los animales se les puede aplicar como:
- Estimulo multisensorial: Los animales como seres vivos que son, se convierten en un estímulo multisensorial muy fuerte ya que son capaces de captar la atención y motivación del paciente mejorando su cooperación e implicación en la Terapia o Actividad. Serpell (2.003) dice: los animales pueden inducir un estado de relajación inmediata, psicológicamente tranquilizador, por el simple hecho de atraer y mantener nuestra atención (Katcher et al., 1983).

Sabemos que cuando se llega a la vejez el organismo sufre unos cambios fisiológicos y así como sensoriales en la visión, audición, tacto, olor y sabor. Por ejemplo, la sensibilidad táctil se reduce al llegar a la 3ª edad y es justo en esta edad cuando, según Baun y McCabe (2.003) "la estimulación táctil adquiere mayor importancia porque el dintel de estimulación táctil aumenta al envejecer". Se ha comprobado que los animales de compañía satisfacen la necesidad del anciano de tocar y ser tocado.
El estar viendo a un animal moverse, jugar con una pelota, acariciarlo o cepillarlo pueden ser estímulos que conecten al anciano con la realidad, ya que capta su atención, además de que hace que se olvide de sus problemas y desarrolle empatía, que de otra forma no sería posible.

- Catalizador de interacciones entre humano-animal: Sabemos que los ancianos tienen la enorme necesidad de dar y recibir afecto y compañerismo y en este aspecto un animal rompe la monotonía proporcionando mucha interacción. Según Bardill (1997) y Beck (2003): "el perro cataliza interacciones, mejora la autoestima, es una buena distracción, a la vez que mejora la sensación de seguridad".
Los animales no juzgan a las personas, a ellos les da igual si una persona va en silla de ruedas, le faltan dos piernas, no puede hablar u oír, si tiene 70 ó 88 años de edad o si sufren las enfermedades de Parkinson o Alzheimer. Los animales dan y quieren recibir cariño al igual que los ancianos. Por ejemplo, el Canis familiaris es un animal gregario y tiene una gran dependencia con el Homo sapiens, formando un gran vínculo con él. El mismo perro nos realiza conductas afiliativas, como lamernos la cara, dejarse acariciar, bañar o cepillar (acicalamiento) y muchas otras más, lo que facilita la utilización de este animal en las sesiones.

Es más, el Canis familiaris es una herramienta muy buena para conseguir los objetivos rápidamente.

- Facilitador/Lubricante social: Los animales facilitan la socialización entre los residentes, los trabajadores del centro y los familiares. Según Hart (2003): "Las visitas con AAA mejoraron las interacciones sociales entre los residentes y el personal en una institución psiquiátrica para mujeres ancianas (Haughie et al., 1992) y en un geriátrico (Francis et al., 1985). Dos estudios más mostraron que las visitas con animales a residencia para pacientes afectados de Alzheimer mejoraron sus contactos sociales (Kongable et al., 1989; Beyersdorfer & Birkenhauer, 1990)".

Según Baun y McCabe (2003): "Los perros aumentan las conductas interactivas entre los residentes en instituciones geriátricas, si bien los efectos son relativamente a corto plazo (Buelt et al., 1985; Fick, 1993; McArthur et al., 1986; Winkler et al., 1989)".
También un animal hace de lubricante social entre el Paciente y Terapeuta. Un terapeuta que utiliza animales en una sesión de terapia puede parecer menos amenazador y por esta razón el paciente puede sentirse más predispuesto a colaborar ya que los animales de por sí, poseen un efecto tranquilizador.

El animal actúa como nexo de unión en las conversaciones entre el terapeuta y el paciente. Fine (2.003) nos dice: Corson y Corson (1980) describen la función de este proceso como "lubricante social". Aparentemente, la presencia del animal permite que el paciente tenga una sensación de comodidad, que potencia la comunicación en la relación terapéutica".

También Fine (2003), nos dice sobre el Canis familiaris: Peacock (1986) llegó a la conclusión de que el perro parecía reducir la tensión inicial y contribuía a crear una atmósfera más cálida.

- Catalizador de emociones: Los animales pueden desencadenar comportamientos divertidos que provocan la alegría y la risa. Sabemos que el humor resulta beneficioso para mejorar el estado mental de una persona y también sus impedimentos físicos. Según Fine (2.003): "La risa y la alegría son dos ingredientes que impactan positivamente la calidad de vida de una persona. Los animales no solo aportan calidez a una relación, también pueden provocar alegría y sonrisa. Se han dado muchos casos en que los animales incorporados desde un punto de vista terapéutico provocan situaciones cómicas. Parece que cuando esto ocurre, las risas generadas tienen valor terapéutico".

Beck (2003) nos dice respecto a personas de la 3ª edad que padecen Alzheimer: "Un área de gran interés son los pacientes aquejados de Alzheimer, un grupo que no cesa de aumentar en los geriátricos. Hay evidencia que la presencia, temporal o permanente, de un perro puede aumentar el contacto social. Conductas que incluyen sonrisas, risas, miradas, gestos y contacto manual fueron más normales para muchas personas, y los que parecieron no beneficiarse de la presencia del animal eran siempre las mismas personas (Kongable et al., 1989; Batson et al., 1997). Existe evidencia que las personas mayores con Alzheimer se benefician del contacto con animales en su entorno (Verderber, 1.991).

- Fuente de motivación: Los animales aumentan la motivación del paciente. Según Hart (2.003): "Los animales también tienen la capacidad de inspirar y motivar a las personas para que emprendan actividades constructivas que no habrían realizado de otra manera". Por ejemplo, un perro puede motivar a los pacientes a que salgan por el hecho de tener que pasearle, sin este estímulo los mismos pacientes no saldrían a pasear. Otro ejemplo lo tenemos en la enfermedad de Parkinson que promueve la deambulación. El perro es un input sensorial que le imprime ritmicidad a su deambulación.

También el perro es un incitador del juego y esto es debido a la neotenia. La neotenia la podemos definir como la retención de rasgos juveniles por parte del animal adulto. Por suerte o por desgracia, el Canis familiaris es un Canis lupus que nunca llegará a la adultez.

- Modificador del entorno: Los animales son unos modificadores natos del entorno y a este respecto Fine (2.003) dice: Beck et al., (1986) sugieren que los animales poseen la capacidad de modificar el entorno en que se encuentra una persona. Friedmann et al., (1983) han demostrado que las personas presentan una disminución de la presión sanguínea y expresan verbalmente sentimientos de relajación en presencia de un perro, mientras que Katcher et al., (1983) han podido demostrar un fenómeno parecido en las personas mientras observaban un acuario con peces".

También a este respecto Baun y McCabe (2.003) dicen: "Los animales de compañía han reducido el impacto de la pérdida de libertad personal en el caso de personas confinadas en residencias geriátricas. La presencia de un animal de compañía mejora el entorno (Brickel, 1979; Thomas, 1994).

- Reforzador de conductas: Según Baun y McCabe (2.003): "Los cambios en el sistema muscular y en el esqueleto tienen un efecto directo en la manera y en la

habilidad de anciano para moverse en el entorno. Si bien muchas personas mayores sufren artritis u osteoporosis, muchos de los problemas de funcionamiento en el sistema muscular y en el esqueleto se deben a la falta de uso".
Por ejemplo para trabajar el sistema muscular y el esqueleto en una sesión se le puede pedir al anciano que se levante y vaya a tocar un cono y vuelva a sentarse. Seguidamente el anciano le puede mandar al perro que haga lo mismo que ha hecho él. El paciente está realizando un ejercicio de motricidad general y el animal le está reforzando su conducta yendo a tocar el cono y volviendo. Es más, el anciano está adiestrando al perro, lo que hace que aumente su autoestima.

También se podría ejercitar el sistema muscular y el esqueleto lanzándole una pelota para ejercitar brazos y hombros. El mismo hecho de lanzarle la pelota al animal, ver cómo juega con ella o bien que se la vuelva a traer para que se la siga tirando, es un buen refuerzo para el paciente.

Para finalizar este artículo, queremos citar lo que se atrevió a decir el Dr. Boris M. Levinson en 1.970, hace casi 40 años. Cusack (2.008): "Aunque pueda parecer chocante, lo que voy a recomendar es la introducción de animales de compañía en residencias geriátricas como parte de una terapia cuidadosamente planeada y estructurada para los ancianos".

Los efectos adversos, por nombrar algo, es que no es tan efectiva en aquellas personas que no han convivido con animales de compañía durante su vida pues para ellas no es un elemento motivador y se benefician en menor medida de la terapia, aun así, a excepción de que se produzca rechazo por parte de la persona hacia el perro, la terapia es beneficiosa para ellos.

5 Discusión-Conclusión

Se ha visto que el 97 % de las personas que acuden a terapias asistidas con perros encuentran en las mismas una solución y/o alternativa para mejorar su autoestima, su estado cognitivo, su estado físico.

Como se explica a lo largo de todo el documento, la estimulación cognitiva asistida con animales, hoy en día, sigue siendo un tipo de terapia novedosa, ya que se sale de las líneas más conservadoras, aportando un punto de vista diferente y añadiendo una nueva dimensión en la rehabilitación neuropsicológica.

Actualmente, las investigaciones están avanzando significativamente y se está tratando de normalizar el uso de los animales como parte de la terapia, sin

reemplazar en ningún caso a las terapias convencionales, sino todo lo contrario, sirviendo de gran apoyo.

El apego hacia los animales, es un comportamiento innato que está presente en las especies sociales, lo que explica en un primer momento la efectividad de la TAA. El animal funciona como catalizador y acelera un proceso que de otra forma habría sido más lento y costoso, por tanto, los pacientes tienen una evolución más rápida de lo que cabría esperar, siendo más sencillo conseguir los objetivos terapéuticos, incluso en los casos de pacientes más resistentes.

El animal, es el nexo entre el paciente y el terapeuta y es a través de su interacción como facilita el aprendizaje, la comunicación y la recuperación de las personas, con el objetivo de generalizar los resultados a todas las áreas de su vida

6 Bibliografía

• Cordones Escudero, V. Aplicación de la terapia asistida con animales de compañía para la mejora de la calidad de vida en las personas mayores institucionalizadas de la Residencia de Mayores de Nuestra Señora de la Piedad de Quintanar de la Orden (Toledo). Proyecto de Intervención Social. Trabajo Fin de Grado. Facultad de Trabajo Social de Cuenca. [Internet] 2016. Páginas 1-31. Disponible en: http://docplayer.es/6224424-Facultad-de-trabajo-social-de-cuenca-trabajo-de-fin-de-grado.html

• Cusack, O. (2008): Animales de Compañía y Salud Mental. 2ª Edición. Fundación Affinity.

• Fine A. H. (2003): Manual de Terapia Asistida por Animales. Fundación Affinity.

• Gallardo Schall, P.A., Rivas Espinoza, R.E. Terapia asistida con perros con demencia y SPCD institucionalizados en centros residenciales de Toledo, España. Informaciones Psiquiátricas. [Internet] 2016. n. º 220. Páginas 113-126. Disponible en: http://www.informacionespsiquiatricas.com/admin-newsletter/uploads/docs/20150617120238.pdf

• Martínez Abellán, R. La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. Indivisa Bol. Estud. Invest. [Internet] 2016. Nº9. Páginas 117-144. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2777924

• Martínez Artime, A., Matilla Martínez, M., Todó Llorens M. Terapia Asistida con Perros. [Internet] 2016. Páginas 1-65. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2010/80131/terapia_asistida_con_perros.pdf

• Martínez Vaquero, Y. Actividades asistidas por perros (APP) para personas mayores que residen en centros de cuidado a largo plazo. Canine-Assisted Activities (CAAs) for older people residing in long term care Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals.[Internet] 2016. 15(13): Páginas 1-4. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000300016&lang=pt
• Ortiz Gamero, M.C. Terapia Asistida con Animales en ancianos institucionalizados: Los efectos de la caniterapia en los procesos emocionales y conductuales. Proyecto Universidad de Salamanca. [Internet] 2016. Páginas 1-28. Disponible en: http://www.isabelsalama.com/TAA%20en%20ancianos%20institucionalizados-%20Carmen%20Ortiz-1.pdf
• Oropesa Roblejo P, García Wilson I, Puente Saní V, Matute Gainza Y. Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador [artículo en línea]. MEDISAN 2009;13(6)
• Signes, M. A. (Junio, 2009) en: "La Utilización del Canis Familiaris en Terapia o Actividad Asistida por Animales" (www.ataasafor.es).
• Tabares Sánchez, C., Vicente Castro, F., Sánchez Herrera, S., Gómez Acuñas, M. Estado del arte sobre los efectos de la terapia asistida con perros en el tratamiento de enfermos de Alzheimer. International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología, [Internet] 2016. Nº2-Vol.1. Páginas 271-281. Disponible en: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/1105/0214-9877_2013_2_1_271.pdf?sequence=1
• Tanny-Gottret Ríos, S.G., Martínez Barrientos, A. Depresión en personas de la tercera edad y terapia asistida por perros. Ajayu. [Internet] 2016. Volumen IV, Nº1. Páginas 118-139. Disponible en: http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v4n1/v4n1a6.pdf
• Zamarra San Joaquín, M.P. Terapia asistida por animales de compañía. Bienestar para el humano. Sumario. Temas de hoy. [Internet] 2016. Páginas 143-149. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/ctrosalud2002/3/143-149.pdf
• Zarebski, G, (1999), Efectos de la implementación de la terapia asistida por animales en ancianos.Disponile en: http://www.rec.uba.ar/Programación%2098-00/html/tp61.htm

Capítulo 1160

LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

ROCÍO FERNÁNDEZ GARCÍA

JUAN JOSE VELAZQUEZ ÁLVAREZ

SANDRA PIDAL MONTES

REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA

MARTA FERNÁNDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Cuando pensamos en el cuidado de nuestra salud nuestro primer reflejo se dirige hacia los profesionales del sistema sanitario: médicos, personal de enfermería y otros trabajadores mucho peor incluidos y valorados en nuestro sistema nacional de sanidad (psicólogos/as, fisioterapeutas, nutricionistas).

Sin embargo, salud y sanidad no son sinónimos. La sanidad, como conjunto de servicios ordenados dirigidos a prevenir y remediar la enfermedad, es un término más restringido que la salud. Esta abarca muchos más aspectos de nuestra vida: personales, sociales, laborales, urbanos… es un proceso pluridisciplinar en el que intervienen factores como la educación, el medio ambiente, los recursos sociales o los servicios públicos. El intento de sobrepasar la pareja médico-paciente como único elemento de nuestro bienestar ha llevado a estudiar lo que llamamos determinantes de salud.

2 Objetivos

- Determinar el nivel de salud en la población.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados en el los determinantes de la salud y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: hospital, salud, determinantes, población, genes, ambiente.

4 Resultados

Los determinantes de salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son el "conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones".

Si queremos saber por qué una persona enferma y otra no, es imprescindible ver qué está ocurriendo a su alrededor. En un presente de enormes conocimientos bioquímicos, de cirugía puntera, de consultas especializadas, medicinas alternativas y mucha información digital, nos estamos olvidando de un porcentaje muy grande de las razones por las cuales la gente pierde la salud.

Hace ya más de medio siglo que palabras como "social" empezaron a entrar tímidamente en las definiciones de salud y de sus causas. Desde entonces los modelos causales de las enfermedades han cambiado mucho. El modelo de Lalonde (1974), descrito en su informe "A new perspective on the health of Canadians", es una de las primeras y más conocidas perspectivas biopsicosociales en cuanto a la enfermedad. En este modelo se habla de 4 grupos de determinantes de la salud:
• Medio ambiente: físico (contaminación, urbanismo, acceso al agua potable) y socio-cultural.
• Estilos de vida: actividad física, alimentación, conductas adictivas…
• Sistema sanitario: accesibilidad, precio, listas de espera, calidad de atención…
• Biología humana: carga genética, envejecimiento, desarrollo.

Si le preguntamos a la población cómo percibe su nivel de salud encontraremos dos patrones constantes en la distribución del tipo de respuestas:

La percepción de salud es peor cuanto más baja es la clase social. Las mujeres tienen una peor percepción de salud que los hombres. De esta forma podemos identificar ejes de desigualdad y buscar sus mecanismos concretos.Trabajos como el de la Comisión de los Determinantes de Salud de la OMS o el de Wilkinson y Marmot resumen gran cantidad de información disponible sobre el papel de diferentes factores en la producción de las desigualdades en salud y recomendaciones de actuación.

5 Discusión-Conclusión

Todo aquello que ocurre alrededor de nuestros genes, y que podría explicar los mecanismos por los cuales nuestro ambiente y forma de vida interaccionan con la expresión o inhibición de nuestro ADN.

Sería por tanto el puente entre lo que llevamos en nuestro material genético (genotipo) y lo que expresamos (fenotipo), del mismo modo en que una célula de nuestra piel y una célula del músculo llevan la misma carga genética y son completamente distintas, o que dos hermanos gemelos pueden enfermar de forma diferente.

6 Bibliografía

1. Rafa COFIÑO, «Epigenética, aspectos generales. Tu código postal puede modificar tu código genético» en Salud Comunitaria (2014)
2.Göran DAHLGREN y Margaret WHITEHEAD, European strategies for tackling social inequities in health, World Health Organisation (2006).
3. Policies and strategies to promote equity in health, Institute for Futures Studies, (1991)
4. Sholom GLOUBERMAN y John MILLAR, «Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada«, en American Journal of Publich Health (2003)
5. Isabel MONTANER, Gonçal FOZ y María Isabel PASARÍN, «La salud: ¿un asunto individual…?, en Actualización en Medicina de Familia (2012)
6. María Isabel PASARÍN, Carme FORCADA y otros, «Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública«, Informe SESPAS (2010)

Capítulo 1161

EL SÍNDROME DE BURNOUT Y CÓMO AFECTA A LOS TRABAJADORES DEL ENTORNO SANITARIO

MARÍA ISABEL DE PEDRO DÍAZ

1 Introducción

El término Burnout o desgaste profesional fue acuñado en 1974 por Freudenberger para referirse a una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad realizada en el trabajo que les sucedía a algunos profesionales como resultado del mantenimiento de expectativas demasiado elevadas en relación al propio trabajo. Su estudio se ha ahondado y difundido de forma importante desde los análisis de Maslach y Jackson.

La profunda incidencia y seriedad de las consecuencias de este síndrome ha llevado a su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000.

Actualmente, se han definido una serie de características que describen este síndrome:

- Aparece como consecuencia de una exposición continuada al estrés laboral o estrés laboral crónico.
- Se da en profesiones que involucran contacto directo con personas, siendo característico de las profesiones de ayuda.
- En el individuo conlleva una serie de cambios emocionales, cognitivos y conductuales. Son síntomas el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal en el trabajo o incompetencia profesional.

Es importante no confundir este síndrome con otros factores psicosociales que a veces son asociados, como la fatiga, el estrés y la insatisfacción laboral.

2 Objetivos

- Describir el síndrome del Burnout.
- Observar cómo afecta el Burnout a los trabajadores del entorno sanitario.
- Identificar factores que influyen en el burnout en el ambiente sanitario.
- Difundir la importancia de la existencia de estrategias de prevención y afrontamiento del burnout en los centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de bibliografía y una búsqueda en bases de datos científicas, concretamente en Scielo, Medigrafic y Dialnet.

Se ha acotado la búsqueda a información en castellano, con las palabras burnout, estrés y sanitario.

4 Resultados

Existen unos factores que intervienen en la aparición y desarrollo de este síndrome. Se comprenden como desencadenantes los estresores de carácter crónico que tienen lugar en el entorno sanitario. Actúan catalizados por los llamados facilitadores o moduladores, que son las variantes de carácter personal que facilitan o inhiben la acción de los propios estresores. A continuación, se ofrece una síntesis de algunos de los estresores o desencadenantes más habituales en el entorno sanitario:

- Estresores de ambiente físico
- Condiciones del puesto de trabajo (cambios de turno, nocturnidad, riesgos biológicos y sobrecarga de trabajo, con los errores y quejas que ello puede conllevar)
- Contacto con los pacientes y sus familias.
- Factores relacionados con el contenido del puesto de trabajo y la presencia o ausencia de realización personal.
- Ambigüedad de rol, que es la incertidumbre sobre las responsabilidades y tareas a realizar.
- Conflicto de rol, es decir, demanda de realización de tareas contradictorias entre sí
- La comunicación interna dentro del medio sanitario: carencia de feedback sobre el desempeño del trabajador y el clima de relaciones sociales con compañeros,

subalternos y supervisores.
- Un salario percibido como proporcional al horario y tarea.

En cuanto a los facilitadores del burnout hay que destacar la presencia de variables de carácter personal en el individuo como pueden ser las variables demográficas, la edad, estado civil, el sexo, las variables de personalidad, las estrategias de afrontamiento interiorizadas por el individuo y el apoyo social.

Las principales consecuencias del síndrome de burnout son alteraciones en el individuo tanto de tipo emocional y conductual como psicosomáticas y sociales. Puede llegar a reducir la eficacia laboral e incluso producir alteraciones en la vida familiar, aunque estas suelen ser de tipo leve salvo que la dolencia degenere en otras enfermedades mentales como la depresión o a la ansiedad, llevando incluso al consumo de tóxicos o sustancias adictivas. Esto en múltiples ocasiones produce absentismo laboral ya sea por salud física o psicológica

En lo que respecta a la prevención, el síndrome de burnout puede ser intervenido actuando sobre tres niveles básicos, que son el individual, el grupal y el organizacional.
La intervención a nivel individual es la más empleada hasta la fecha debido a la simplicidad de planteamiento, pero tiene la connotación negativa de que la responsabilidad implícita es del propio trabajador que lo sufre.

Las intervenciones individuales parten del concepto de afrontamiento de las situaciones estresantes y reducir los efectos del estrés a nivel emocional. Los profesionales recurren a estrategias de afrontamiento activo o pasivo dependiendo del grado de burnout y las necesidades del individuo afectado.

Las estrategias de intervención a nivel grupal se focalizan en el apoyo social por parte de compañeros y supervisores. Los beneficios vinculados a este sistema son numerosos ya que, además de ayudar al individuo afectado, previene que la misma afección se dé entre sus compañeros.

En cuanto a las intervenciones a nivel organizativo hay que mencionar que resultan mucho más complejas ya que suponen realizar un cambio permanente en el modo de organizar el trabajo o la propia empresa. No obstante, este es el nivel que genera los principales estresores que propician el burnout. Entre los problemas que se pueden derivar del nivel organizativo se destaca: la sobrecarga de trabajo, la ausencia de control sobre el propio trabajo, la falta de trabajo en equipo y de sentimiento de pertenencia a un grupo, la falta de recompensa y reconocimiento,

y el desencuentro entre la naturaleza del trabajo y la naturaleza de la persona.

Estas problemáticas se pueden contrarrestar de muchos modos, como por ejemplo aumentando el nivel de confianza y apoyo entre los miembros de la empresa, ejerciendo una autoridad basada en habilidades personales, mejorando las comunicaciones a todos los niveles, aumentando los niveles de responsabilidad individual y grupal o promoviendo la colaboración entre trabajadores.

Es muy habitual la creación de grupos de trabajo transversales formados por personas pertenecientes a diferentes categorías y niveles jerárquicos con la intención de realizar evaluaciones de los estresantes y llevar a cabo medidas para afrontarlos.

5 Discusión-Conclusión

Hay una alta incidencia del síndrome de burnout entre trabajadores que se dedican al cuidado de la salud, especialmente entre aquellos que están en contacto continua con un elevado número de pacientes.
La difusión de la existencia de este síndrome entre personal del entorno sanitario, ha cobrado mucho interés recientemente debido a la gran importancia que los servicios sanitarios tienen para el bienestar de la sociedad. La mayor exigencia de los usuarios por una atención de calidad ha llevado a una mayor exigencia hacia los profesionales sanitarios, que a su vez se preocupan más por el bienestar psicológico y la calidad del clima laboral.

Pese a ello este fenómeno ha existido siempre y por ello destaca la importancia de saber identificar los factores que influyen en el burnout en el ambiente sanitario y conocer los medios de prevención del Burnout.

Como ocurre con la mayoría de los factores de riesgo laboral, puede evitarse contraer el síndrome a través de la formación del personal en riesgo, por lo que es de vital importancia que personal cualificado difunda información adecuada para la protección de los trabajadores, ya que la prevención y tratamiento del burnout va más allá de los individual y permite obtener mejoras importantes en el ámbito de trabajo mejorando la eficiencia y satisfacción.

6 Bibliografía

A. Pardo Galiano (2010) Salud laboral: prevención de riesgos laborales.

- I. Párraga Martínez et alt. (2018) Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. Rev Clin Med Fam vol.11 no.2 Albacete jun. 2018
- J. C. Atance Martínez (1997) Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev. Esp. Salud Publica vol.71 no.3 Madrid may. 1997
- J. C. Fernández Sanchez et alt. (2017) Influencia de factores sociodemográficos, laborales y de estilo de vida sobre los niveles de burnout en personal sanitario de cuidados paliativos. Anales Sis San Navarra vol.40 no.3 Pamplona sep./dic. 2017
- T. Caycho Rodríguez (2015) Estudios sobre burnout y afrontamiento. Interacciones: Revista de Avances en Psicología. Vol. 1, Nº. 2, 2015

Capítulo 1162

EL MOBBING O ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA ISABEL DE PEDRO DÍAZ

1 Introducción

El acoso es un fenómeno que en los últimos años ha crecido notablemente en todos los ámbitos de nuestra sociedad. En el caso del acoso laboral tiene mayor incidencia en profesiones del sector servicios por el prolongado contacto con los usuarios. Dentro de este grupo tiene una importante incidencia en el ámbito sanitario.

El acoso laboral es una problemática muy seria con importantes repercusiones. Es un problema muy antiguo, si bien se viene estudiando en mayor profundidad desde los años 80, cuando se empezó a producir una toma social de conciencia.

El mobbing supone un ambiente de trabajo hostil, desagradable, que implica un enfrentamiento en el que el trabajador se ve expuesto a agresiones que pueden ser verbales y o físicas. Provocan en la víctima una reacción negativa que tiene consecuencias tanto en su desempeño del trabajo como en la propia sociedad, ya que el acoso le puede afectar psicológicamente modificando el modo en que se relaciona con su entorno tanto en la esfera pública como privada.

Entre las consecuencias más notables de sufrir mobbing se encuentran el absentismo laboral, el incremento de siniestros laborales, la disminución de la productividad, problemas físicos de salud, psicológicos y problemas en la esfera privada, entro otros.

Entre los diferentes tipos de mobbing que se dan en los hospitales hay que diferenciar entre el acoso entre trabajadores y el acoso paciente- trabajador. Respecto al primero se han identificado tres tipos de relaciones:
- Acoso ascendente: de empleado a supervisor o superior jerárquico.
- Acoso horizontal: entre trabajadores del mismo rango o categoría.
- Acoso descendente: de supervisores o personal de gestión a categorías de menor rango.

Diversos estudios realizados en España, arrojan cifras que varían entre un 17% y un 43% de los profesionales sanitarios que habrían sido víctimas de algún tipo de aislamiento social o agresión verbal.

Entre los afectados, la mayor incidencia se da en los trabajadores de enfermería que se sienten agredidos por pacientes o sus familiares. Estos sondeos son relativamente imprecisos ya que la víctima no se considera acosada por no haber llegado a una situación extrema.

2 Objetivos

- Definir el concepto de mobbing o acoso laboral.
- Identificar su incidencia entre el personal que trabaja en el ámbito saitario.
- Observar estrategias de prevención y afrontamiento del mobbing.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de bibliografía y una búsqueda en bases de datos científicas, concretamente en Scielo y Dialnet. Se ha acotado la búsqueda a información en castellano, con las palabras mobbing, acoso laboral y sanitario.

4 Resultados

Debido a la elevada incidencia de mobbing, se recomienda dar una formación adecuada a los profesionales del entorno sanitario incluso previamente a la incorporación a sus puestos de trabajo concienciando de la tolerancia cero a las agresiones y enseñando estrategias de afrontamiento ante el estrés y actitudes de acoso, tanto por parte de los usuarios del sistema de salud como de los compañeros.

Los estudios coinciden en que se debe inculcar el concepto de que todo acoso laboral es prevenible, de que no se debe dejar pasar la situación porque la gravedad y frecuencia aumenta progresivamente en el tiempo y de que existen mecanismos de denuncia ante estos actos.

La promoción de trabajo en equipo cooperativo, de mantener un ambiente laboral saludable y la promoción de habilidades sociales que incluyan la capacidad de resolución de conflictos es muy beneficiosa para evitar estos problemas. Para que esto tenga lugar, también ha de formarse a los trabajadores en habilidades esenciales para el trabajo en equipo como el liderazgo, las dinámicas de grupos y otros.

Existen una serie de cursos de carácter genéricos, que se pueden impartir a todas las categorías, sanitarias y no sanitarias, consistentes en la mediación y gestión de conflictos, el manejo y control del estrés, consecuencias legales del acoso laboral, técnicas de comunicación, etc.
En ambientes de riesgo de acoso laboral, como hemos visto que es el caso del entorno sanitario, deben contemplarse en primer lugar los factores de prevención. Son un tipo de medidas que más allá de evitar una situación problemática, mejoran notablemente el clima para todos los trabajadores y usuarios.

Las medidas más difundidas para la prevención del mobbing son aquellas referenciadas por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, entre las que cabe mencionar:
- Potenciar la autonomía del trabajador.
- Reducir el volumen de trabajos repetitivos y monótonos.
- Facilitar al trabajador información sobre sus objetivos.
- Delimitar correctamente las funciones y tareas.
- Promover desde la organización normas y valores contra el acoso laboral.
- Generar interacciones sociales positivas.
- Informas de consecuencias y sanciones ante el acoso.
- Facilitar un protocolo de ayuda a las víctimas.
- Facilitar el procedimiento para la formulación de una queja.
- Mantenimiento de la confidencialidad.
- Implicar a los trabajadores y sus representantes en la evaluación de riesgos y prevención del acoso laboral.

La prevención debe fomentar un ambiente entre compañeros de tolerancia, cooperación, diálogo e igualdad de oportunidades.

En lo que respecta al ámbito sanitario existe la variante del trato directo con el paciente, sujeto del que también puede provenir el acoso. Es importante notificar cualquier incidencia a un superior antes de que la situación pueda escalar al acoso laboral o utilizar el apoyo de un compañero. Las habilidades sociales, comunicativas y la inteligencia emocional tienden a ser una herramienta indispensable en estos casos.

Cuando la prevención no es posible, cobra gran importancia la detección precoz, especialmente en el ámbito sanitario donde situaciones de acoso pueden llevar a errores humanos que afecten al estado de salud de pacientes.

En España, contamos con planes de prevención de acoso laboral incluidos en las medidas de prevención de riesgos laborales, en concreto entre las medidas ante los riesgos psicosociales.

Estos planes plantean medidas de prevención primaria, implantadas antes de que ocurra ninguna situación de acoso, y medidas de prevención secundarias, que suponen la detección precoz ya que se ejecutan cuando está iniciando la situación de acoso.

Dentro de las secundarias destaca la importancia de la revisión de los factores de riesgo psicosociales, estudios sobre la incidencia de estas actitudes en el centro de trabajo, la identificación del problema y el impacto en todo el grupo de trabajadores, lo que acaba desembocando en una mejora del ambiente laboral que beneficia a todos los trabajadores. Existen mecanismos sancionadores en los servicios sanitarios que permiten una intervención temprana.

Anticipándose a casos en los que no se pueda evitar la situación de acoso laboral, la organización del centro sanitarios debe tener elaborado un protocolo de actuación que contemple el procedimiento de denuncia y los plazos y garantías necesarios para que la víctima sea protegida y la situación se solvente.

Como medida de apoyo debe haber una persona con formación específica sobre acoso laboral y riesgos psicosociales asignada a la víctima en el centro de trabajo. Primeramente, se intentará lograr una resolución informal o amistosa empleando un mediador entre víctima y acosador.

Puede realizarse na actuación formal, definiendo el problema ocurrido y recogiendo pruebas de la situación para un informe y posible sanción. La víctima tiene la opción de solicitar asesoramiento jurídico y solicitar una intervención externa. Asimismo, puede iniciar acciones legales contra el presunto acosador o

contra la propia empresa si conocía la situación y no intentó evitarla.

Incluso una vez resuelto el conflicto, es necesario ofrecer protección a las víctimas ya que en muchas ocasiones desarrollan un sentimiento de culpa y pueden necesitar ayuda terapéutica además de una buena acogida por sus compañeros. Las múltiples asociaciones de ayuda para las víctimas de acoso laboral juegan también un importante papel para la denuncia y recuperación personal.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante incidir en la existencia de mecanismos de prevención y de intervención que propician una resolución adecuada de conflictos, ya que no se debe tolerar el acoso y todos los trabajadores han de colaborar para tener un ambiente laboral saludable.

En muchas Comunidades Autónomas ya existe un protocolo de actuación frente al acoso en el que se contempla tanto la prevención de situaciones de acoso laboral como las actuaciones a llevar a cabo una vez producida la agresión.

La importancia de ser capaces de prevenir y actuar de forma temprana ante un caso de acoso laboral en los servicios sanitarios va más allá que la de solucionar el problema inmediato de un individuo o grupo de trabajo. Los sanitarios tienen la responsabilidad transmitir a la comunidad de usuarios la importancia de la atención a la salud integral de los trabajadores, a la salud comunitaria y promover la educación para la salud no solo física sino psicológica, por lo que tienen la responsabilidad moral de actuar con el ejemplo y ofrecer un entorno seguro al que puedan recurrir los usuarios que se encuentren en situación de peligro.

La proliferación de situaciones de acoso laboral ha provocado que además de profesionales cualificados para la ayuda, surjan multitud de asociaciones, organismos e instituciones orientadas a la difusión de información sobre el mobbing y apoyo a las víctimas y sus familiares.

6 Bibliografía

- De Rivera, L. (2005) El maltrato psicológico: Cómo defenderse del bullying, el mobbing y otras formas de acoso.
Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2001). Mobbing, violencia física y acoso sexual.

- Leymann, H. (2009). El contenido y desarrollo del mobbing en el trabajo.
- López Gándara, M. Acoso laboral en el medio sanitario.
Méndez Celis, P. y Silva Jiménez, D. (2016) Mobbing en los Sistemas de Salud. Gestión de las Personas y Tecnología, Vol. 9, Nº. 26.
- Olmedo, M., y González, P. (2006). La violencia en el ámbito laboral: la problemática conceptuación del mobbing, su evaluación, prevención y tratamiento. Acción Psicológica, 4(2).
- Pardo Galiano, A. (2010) Salud laboral: prevención de riesgos laborales.

Capítulo 1163

EL RETO DE LA ACOGIDA DE REFUGIADOS POR PARTE DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL

ABEL CAGIGAL GUTIÉRREZ

1 Introducción

En el año 2018, España fue el país europeo que más personas migrantes y refugiadas recibió por vía marítima, 58.569 personas, más del doble que el año anterior y un dato sin precedentes desde 2006, cuando se registraron cerca de 40.000 llegadas.

Este notable incremento en el número de llegadas, obligó a potenciar el Programa de Acogida Humanitaria y a reforzar el Sistema de Acogida e Integración de Personas Solicitantes de Protección Internacional.
Los migrantes llegados de países no pertenecientes a la Unión Europea pueden solicitar la condición de refugiadas y beneficiarse de la protección que garantiza la Ley de Asilo 12/2009.

El derecho de asilo en territorio español comprende –el acceso a la educación, a la asistencia sanitaria, a la vivienda, a la asistencia social y servicios sociales, (…) en las mismas condiciones que los españoles–[art. 36.1 f) de la Ley de Asilo 16/2009].

2 Objetivos

- Solventar los problemas prácticos en el acceso a la asistencia sanitaria en los migrantes que solicitan asilo.
- Dar a conocer los derechos de la población migrante y refugiados, en cuanto a la asistencia sanitaria en nuestro país.
- Dar a conocer los requisitos y condiciones necesarias para el acceso a la asistencia sanitaria dado que desde la aprobación de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social, se han producido varias modificaciones en cuanto a la normativa aplicable.

3 Metodología

Se lleva a cabo la consulta de las leyes y reales decretos donde se regula la asistencia sanitaria de la población extranjera en España, así como numerosas noticias, informes y artículos relacionados con el tema a desarrollar en diversas páginas web.

4 Resultados

El RD 7/2018 limita el acceso a la asistencia sanitaria, con cargo a los fondos públicos, para personas sin permiso de residencia que puedan acreditar 90 días de estancia en territorio nacional. En su artículo 3 ter, 3 deja a la discreccionalidad de las Comunidades Autónomas los procedimientos para acreditar este derecho, por lo que se pueden producir decisiones dispares en aplicaciones de la ley vigente.

Los solicitantes de asilo no deberían considerarse por esta vía al disponer de un estatus especial según la Ley de Asilo antes mencionada y del RD 576/2013, que dice, ”Las personas solicitantes de Protección Internacional, cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo recibirán, mientras permanezcan en esta situación, asistencia sanitaria con la extensión prevista en la cartera común básica de servicios asistenciales de Sistema Nacional de Salud regulada en el artículo 8 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo (...) Disposición adicional cuarta del RD 576/2013”.

5 Discusión-Conclusión

El derecho a la protección de la salud, que se reconoce de manera expresa en el artículo 43 de la Constitución Española, es un derecho inherente a todo ser humano, sobre el que no debe existir duda alguna respecto a la exigencia de regularidad en cuanto a la situación administrativa de las personas extranjeras. Más si cabe, en el caso de refugiados, personas con temores fundados de ser perseguidos por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas en sus países de origen.

La Universalidad de la Atención Sanitaria permite un mejor control de las enfermedades y de la salud pública, y evita descompensaciones en enfermedades que provocan atenciones urgentes y hospitalizaciones, además de la ganancia en salud individual y colectiva de la generalidad de la ciudadanía.

6 Bibliografía

- Informe año 2019 de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR).
- Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social.
- Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril , de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Real Decreto-Ley 7/2018 de 27 de julio sobre acceso universal al Sistema Nacional de Salud.
- Ley de Asilo 12/2009 de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria.

Capítulo 1164

CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

MARIA LUISA SUAREZ GONZALEZ

AIRAM PADILLA MÉNDEZ

1 Introducción

La correcta ordenación y normalización de los residuos sanitarios permite disminuir el posible riesgo hacia la salud y el medio ambiente a la vez que minimiza los costes de la gestión global de residuos sanitarios.

En los últimos años se ha hecho un uso abusivo del material desechable, tanto en el empleo doméstico como en el sanitario y, en consecuencia, ha aumentado considerablemente la cantidad de residuos. En el medio sanitario se ha de intentar limitar el uso de material desechable sólo a los trabajos que entrañen un peligro de infección.

2 Objetivos

- Conocer la legislación vigente en cuanto a residuos sanitarios
- Clasificar los residuos para su posterior gestión de manera que el personal sanitario tenga claro qué hacer con cada tipo de residuo generado en nuestra area.

3 Metodología

Búsqueda en Webs especializadas en residuos sanitarios, comparación de las distintas publicaciones y puesta en común de los puntos importantes.

Consulta de la legislación vigente en materia de residuos sanitarios.

4 Resultados

Se considera residuos sanitario a todos los residuos, cualquiera que sea su estado, generados en centros sanitarios y veterinarios, incluidos los envases y residuos de envases, que los contengan o los hayan contenido.

Los residuos sanitarios se generan como consecuencia de la actividad desarrollada en los centros sanitarios de atención humana o veterinaria, de forma temporal o permanente, como son los siguientes:
Clínicas, sanatorios y centros hospitalarios, Centros de salud, Consultas de profesionales sanitarios, Promoción de la salud y atención socio-sanitaria, Centros de planificación familiar, Laboratorios de análisis clínicos, de salud pública o investigación médica, docencia, Obtención o manipulación de productos biológicos, Medicina preventiva, Centros y servicios veterinarios asistenciales, Centros de experimentación animal.

El ordenamiento jurídico español no dispone de normativa específica sobre la gestión de residuos sanitarios, siendo aplicable el régimen general en la materia reflejado en:
- Ley 22/2011 de Residuos y Suelos Contaminados.
- Real Decreto 833/1988 sobre residuos tóxicos y peligrosos.
- Ley 11/1997 de envases y residuos de envases.

Destaca especialmente el RD 653/2003 de 30 de mayo sobre incineración de residuos. Este Real Decreto exige la observancia de determinados procedimientos antes de aceptar residuos peligrosos para su incineración o coincineración en función de su naturaleza, especialmente si son desechos clínicos infecciosos.

De la misma forma, el RD 1481/2001 de 27 de diciembre sobre eliminación de residuos mediante su depósito en vertedero prohíbe que cualquier vertedero admita residuo infecciosos prohibiendo expresamente en el artículo 10, la mezcla de los residuos clínicos infecciosos con otros tipos de residuos y su manipulación directa.

La mayoría de las Comunidades Autónomas, en ejecución de sus competencias, han desarrollado normativa específica en materia de gestión de residuos sanitarios. Actualmente, existen doce Comunidades Autónomas que cuentan con legislación específica en materia de gestión de residuos sanitarios, lo que implica que el tratamiento de los residuos sanitarios no sea homogéneo en todo el territorio nacional.

Además, determinadas comunidades autónomas añaden, en su normativa, otros centros como establecimientos productores de residuos sanitarios: centros de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes (Islas Baleares), centros o unidades sanitarias de los servicios de prevención (País Vasco), servicios funerarios y forenses y tanatología humana de carácter clínico o médico legal (Islas Baleares, Comunidad de Madrid).

Según la normativa expuesta anteriormente, dentro de los residuos sanitarios encontramos:
- Residuos sanitarios (genéricos). Todos los residuos, independientemente de su estado, generados en centros sanitarios.
- Residuos biosanitarios: Residuos sanitarios específicos de la actividad sanitaria. Algunos de ellos pueden estar potencialmente contaminados con sustancias biológicas al haber entrado en contacto con pacientes.
- Residuos citotóxicos: Residuos sanitarios compuestos por restos de medicamentos citotóxicos y todo el material que haya estado en contacto con ellos.

A su vez, los residuos sanitarios se clasifican en cuatro grupos que, en función de su origen, serán considerados de no riesgo (residuos sanitarios no específicos) o de riesgo (residuos sanitarios específicos). Esta clasificación afecta a su peligrosidad e indicará unas medidas y tratamiento específicas para ellos. Estos grupos son:

Grupo I

Material no peligroso como papel, cartón, material de oficina, jardines o despachos, restos de cocina, etc. Para recoger estos residuos debe utilizarse un contenedor no desechable y una bolsa de color negro.

Grupo II

Residuos sanitarios no específicos procedentes de pacientes no infecciosos, entre ellos material de curas, guantes, vendas, yesos, material textil fungible, etc. Estos desechos deben eliminarse en contenedores no desechables con bolsa de polietileno de un solo uso, de color gris y rotulada como “Residuos Sanitarios No Específicos”.

Grupo III

Residuos biosanitarios, entre ellos residuos de enfermos infecciosos, sangre y hemoderivados, líquidos, recipientes, agujas y material punzante o cortante. Los objetos cortantes y punzantes deben recogerse en contenedores amarillos. El resto, en contenedores negros de un uso elaborados con material que garantice su total eliminación (rígido, impermeable, resistente a agentes químicos y a materiales perforantes, con cierre provisional que garantice su estanqueidad hasta su llenado y cierre hermético definitivo). Este contenedor debe añadir el pictograma de Biorriesgo.

Grupo IV

Residuos peligrosos por su origen citotóxico como restos de medicación citotóxicos, restos de sustancias químicas y medicamentos caducados. Se eliminarán en un contenedor azul, similar al de los residuos del grupo III, y rotulado con la leyenda «Material contaminado químicamente. Citostáticos».

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizada la legislación vigente en materia de residuos sanitarios y después de tener claro el concepto de residuo sanitario podemos concluir que existen 4 grupos esenciales de residuos sanitarios.

6 Bibliografía

- https://www.smv.es/como-clasificar-residuos-sanitarios/
- https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/prevencion-y-gestion-residuos/flujos/residuos-sanitarios/
- http://www.iesribalta.net/

Capítulo 1165

RESPONSABILIDAD DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO EN LA PROTECCIÓN Y LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS DE PACIENTES Y USUARIOS

CARMEN MARÍA RIONDA MARTINEZ

1 Introducción

La especial trascendencia de los datos de pacientes y usuarios, recabados en los servicios de salud hace necesaria que se articulen mecanismos efectivos de protección de una información especialmente sensible para los ciudadanos y de importancia capital en situaciones, en ocasiones críticas. Los estados a lo largo de los años han visto la necesidad de regular y reglamentar de manera garantista estos derechos. Por ello, ha ido legislándose en orden a obtener la máxima protección de los mismos, sin que ello suponga una demora en la ejecución de la labor médica necesaria.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Establecer mecanismos de control rigurosos para obtener dichas informaciones.

Objetivos secundarios:

- Elaborar y transcribir informes a distintos soportes, así como el archivo, y obtener la información.
- Involucrar a todos los agentes del sistema sanitario en la protección de la intimidad personal y la confidencialidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

La importancia de la protección de datos hace que este sea un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Tratándose además del ámbito sanitario, de especial importancia, los estados han tratado de extremar las garantías y proteger los derechos del ciudadano. En España la regulación se fue desarrollando y complementando a lo largo de los últimos años. Desde la Ley 14/1986, de 25 de abril, "General de Sanidad", en la que se establecen los principios de nuestro sistema sanitario, se ha ido perfilando un sistema de protección que garantice la absoluta confidencialidad al paciente. A ello ha contribuido también la promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud "Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa", y finalmente Ley 41/2002, de 14 de noviembre, "Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica". la cual se encarga de regular los derechos y las obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley es de aplicación en todos los centros sanitarios y afecta tanto a los profesionales sanitarios como al personal no sanitario que realiza labores administrativas y garantiza, según la mencionada ley, " el escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que

se prestan y sin ningún tipo de discriminación" en el que están implicados tanto personal sanitario como no sanitario de los establecimientos asistenciales.

La información y datos que se manejan en los servicios sanitarios son especialmente comprometidos, sensibles y de una relevancia extraordinaria, por ello la protección de toda esta información, así como la garantía de privacidad y confidencialidad debe ser máxima y estar garantizada por ley. Si bien el personal sanitario tiene una responsabilidad primera y fundamental en salvaguardar los datos , el personal administrativo está directamente implicado en la protección de los mismos, por ser una de sus funciones la ordenación, clasificación y archivo de la documentación asistencial y los procesos médicos.Tal es así ,que la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión. Y es especialmente en estos aspectos de organizar la custodia y la información a terceros donde la labor del auxiliar administrativo adquiere una importancia singular. Frecuentemente, estos datos de pacientes y usuarios del sistema sanitario, pasan por los auxiliares encargados de su clasificación, redacción y archivo, lo que conlleva manejar diariamente información absolutamente confidencial. En este sentido la Ley 41/2002 es clara "La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida". El acceso del personal administrativo a estas informaciones es constante, estando obligada a guardar absoluta confidencialidad al respecto.

Es responsabilidad de los centros sanitarios adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos a la privacidad y confidencialidad de los pacientes y usuarios, estando obligados la totalidad del personal a su cumplimiento. En esta organización del trabajo, corresponde frecuentemente a los auxiliares administrativos tareas tan diversas que abarcan desde la elección de médico en un centro de salud, hasta el traslado a soportes informáticos y archivo de una amplísima documentación del proceso asistencial, que van desde las historias clínicas, informes, certificados, otorgamiento de instrucciones previas, etc etc , Por tanto, el auxiliar administrativo tiene entre sus funciones y obligaciones el archivo, codificación y obtención de las historias de los pacientes, donde se recogen todos los datos de su proceso que deben gozar de absoluta confidencialidad, su trabajo diario consiste en acceder a estos datos para dar la forma documental necesaria para su archivo y sistematización.

La mencionada ley, establece que "el personal de administración y gestión de los

centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones". En este sentido las administraciones públicas están obligadas a velar por la confidencialidad y la protección de datos, estableciendo rigurosos mecanismos de control que permitan garantizar quién , cuándo y por qué el personal administrativo accede a la documentación . El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto profesional, pudiendo ser sancionados si se vulnera este derecho del paciente o usuario.
La diferente legislación de aplicación en España, deja claro las responsabilidades de todos los agentes interventores en los procesos sanitarios. No implica solo al personal sanitario, por el contrario, es de vital importancia el personal administrativo. Por su trabajo pueden conocer en profundidad las situaciones y datos, los historiales completos del ciudadano.

La legislación es clara, al señalar la responsabilidad de estos en el quebranto del secreto profesional. La Ley 41/2002 , en su Art 23, hace referencia clara a la responsabilidad del personal administrativo al señalar que "Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica" y es en los procesos administrativos, imprescindibles para el buen funcionamiento del sistema, donde participa directamente el personal administrativo. Por tanto, es claro que la obligación de guardar el secreto profesional atañe a todos los integrantes del sistema sanitario, no solo al personal que realiza labores sanitarias. La información confidencial llega a todos los estamentos del sistema e implica a todos ellos y es exigible a todos y cada uno.

En el ámbito sanitario la confidencialidad, debe ser entendida y exigida al personal administrativo como una actitud de respeto máximo del trabajador sanitario hacia la persona, sus circunstancias y su derecho a la intimidad en aspectos tan sensibles y delicados como los de la salud, manteniendo en todo momento una actitud de protección extrema hacia la intimidad del paciente y usuario del sistema sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible que se aplique con precisión la legislación en vigor. Se establezcan rigurosos controles de acceso al personal administrativo y las sanciones para el caso de que se produzcan infracciones en este ámbito.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, "General de Sanidad".
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, "Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica".
- "Redacción Médica".
-"El derecho.com".

Capítulo 1166

IMPORTANCIA DE LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS MANUALES POR PARTE DEL PERSONAL NO SANITARIO

NANSI LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

Las herramientas manuales son los utensilios, generalmente metálicos, de madera, fibra, plástico o goma, que se utilizan para ejecutar de la manera más sencilla y apropiada tareas de construcción o reparación.

Existen diferentes tipos de herramientas manuales: de corte, de fijación, de sujeción, auxiliares, etc.

El personal no sanitario utiliza diariamente alguna de estas herramientas en su puesto de trabajo, por lo que es muy importante una correcta utilización de las mismas.

2 Objetivos

Hacer una revisión de los planes de prevención en la utilización de herramientas manuales, así como establecer medidas concretas para evitar accidentes y facilitar el trabajo del personal no sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es necesaria la comprobación en los lugares de trabajo del estado de las herramientas manuales utilizadas. Además es fundamental el estudio y adaptación continúa de la ergonomía de estas herramientas, realizando las adaptaciones técnicas necesarias en las herramientas manuales para que se adapten bien a la mano.

Además el propio trabajador debe comprobar que la superficie asegure un buen acoplamiento mano-herramienta y realizar la actividad en cuestión con una posición correcta de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Se ha observado que la utilización de herramientas manuales por parte del personal no sanitario trae consigo una serie de riesgos tales como: cortes y pinchazos, golpes y caídas e incluso explosión o incendio.

Es fundamental que el trabajador lleve a cabo una serie de medidas preventivas generales como, por ejemplo, antes de su utilización, comprobar cuidadosamente que cada una de sus partes está en correcto estado, comunicando cualquier defecto o anomalía lo antes posible a su inmediato superior. Lo mismo ocurre con la utilización de herramientas manuales eléctricas, que pueden provocar quemaduras, cortes y atrapamientos e incluso electrocución.

6 Bibliografía

- Ministerio de Empleo y Seguridad Social: “Herramientas manuales: criterios ergonómicos y de seguridad para su selección”,2016.

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1167

IMPORTANCIA DEL MANTENIMIENTO DEL ORDEN EN EL ESPACIO DE TRABAJO DEL PERSONAL NO SANITARIO

NANSI LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

El factor del orden en los espacios de trabajo del personal no sanitario es clave para asegurar un nivel correcto de seguridad. Un ambiente desordenado o sucio, suelos resbaladizos, objetos colocados fuera de su lugar de almacenaje, o acumulación de material sobrante o de desperdicio, puede provocar numerosos accidentes por golpes y caídas.

2 Objetivos

Establecer las acciones concretas para que el personal no sanitario desarrolle su trabajo en ambientes ordenados, los cuales favorecerán la seguridad en el trabajo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica existente, así como la búsqueda en libros y artículos científicos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

La manera más eficaz de mantener limpios los espacios de trabajo y así evitar accidentes como golpes y caídas, es crear y consolidar hábitos de trabajo encaminados a favorecer el orden y la limpieza. Para consolidar estos hábitos es necesario: una dirección visiblemente involucrada, asignación de las tareas a realizar y responsabilizar a las personas del cumplimiento de las mismas.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido comprobar lo necesario que es mantener los espacios de trabajo ordenados, limpios y despejados para evitar accidentes como caídas y golpes. Las zonas de paso, salida, y vías de circulación en los lugares de trabajo deben permanecer libres de obstáculos.

Así mismo, los equipos e instalaciones se limpiarán periódicamente, señalizando los suelos mojados en todo momento.
Muy importante es también eliminar lo innecesario clasificando lo útil de manera que se utilicen los medios adecuados para poder localizar el material fácilmente.

6 Bibliografía

- Ministerio de trabajo y asuntos sociales: “Orden y limpieza de lugares de trabajo”.
- Agencia europea para la seguridad y salud en el trabajo: “Prevención de accidentes laborales”.

Capítulo 1168

ACCIDENTES LABORALES EN EL ÁMBITO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN

1 Introducción

La Constitución Española, establece la necesidad de velar por la seguridad e higiene en el trabajo siendo imprescindible la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores.

En este sentido, es necesario tener en cuenta algunos conceptos básicos como:
- Condiciones de trabajo, hacen referencia a cualquier característica de este que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores.
- Riesgo laboral, que es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Este puede ser grave cuando la posibilidad de que se produzca un accidente es alta y las consecuencias del mismo, importantes.
- Factores de riesgo, elementos presentes en las condiciones de trabajo que pueden desencadenar un mesnoscabo en la salud del trabajador. Mantienen relación con las condiciones de seguridad que tendrán su origen en algunos de los distintos aspectos del trabajo (local de trabajo, organización, tipo de actividad o materia prima).
- Salud, estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solo ausencia de enfermedad.

Las consecuencias negativas para la salud del personal administrativo relacionadas con el desarrollo de la actividad laboral pueden ser de varios tipos: accidente de trabajo, enfermedades profesionales u otras enfermedades y patologías relacionadas con el trabajo. Estos daños o problemas de salud pueden conllevar una situación de incapacidad para realizar su tarea habitual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera los accidentes laborales como un problema de salud importante que es necesario atajar.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos derivados del trabajo del personal administrativo.
- Fomentar la asistencia a programas de formación práctica en materia de seguridad.
- Evitar la realización de tareas innecesarias que conlleven riesgos.
- Prevenir los accidentes laborales empleando medidas de protección e indicaciones.

3 Metodología

Se lleva a cabo una investigación bibliográfica a través de diferentes páginas web, libros especializados y bases de datos: Dialnet y google académico. Para ello, se han utilizado los siguientes descriptores: "administrativo", "accidente" y "laboral".
Además, se ha obtenido información en legislación y temarios.

4 Resultados

Una vez analizada la distinta bibliografía, se puede constatar como la prevención resulta esencial para reducir los riesgos derivados del trabajo del personal administrativo. Entendiendo esta como el conjunto de medidas adoptadas con el fin de evitar o al menos, reducir los riesgos derivados del trabajo.

Entre los riesgos que más afectan a este personal, encontramos:
- Caídas al mismo nivel, son la segunda causa de accidentes en el ámbito sanitario. Normalmente están ocasionadas por: suelo resbaladizo, tropezones o uso de calzado inadecuado. Para evitar este tipo de caídas es importante tomar una serie de precauciones como el mantener bien señalizadas y libres de obstáculos las

zonas de circulación; mantener ordenadas y limpias las zonas comunes de tránsito de pacientes; mantener una buena iluminación; evitar presencia de claves, topes de puerta, etc.
- Caídas a distinto nivel, cuando se precisa el empleo de algún medio para acceder a zonas elevadas, estantes, armarios, etc. Es frecuente que el administrativo desempeñe este trabajo en destinos como el archivo. Estas caídas se asocian al uso de material en mal estado o no homologado así como no disponer de una base de apoyo firme o no disponer de barandillas. Estas situaciones pueden derivar en lesiones leves como heridas, luxaciones, esguinces… o en lesiones más graves, en función de la caída y la altura desde la que tiene lugar.

Para evitar la exposición a riesgos de caída en altura, es importante: evitar el uso de sillas, mesas o cajas como base para acceder a zonas elevadas; utilizar material homologado y en buen estado de conservación y mantenimiento así como material con una base amplia que permita trabajar con comodidad y acceder al lugar que se quiere de forma segura.

5 Discusión-Conclusión

Terminar con los accidentes laborales es más fácil de lo que pensamos. Para ello, es necesario conocer los riesgos y los factores asociados que permitan adoptar las medidas necesarias para prevenir y/o reducir los mismos.

El trabajo de los administrativos es imprescindible para el buen funcionamiento y dinamismo de un hospital y es necesaria una condición de salud óptima para el mejor desempeño de su trabajo. Es importante que a la hora de desempeñar un trabajo, conozcamos qué acciones o peligros tiene nuestra profesión para poder realizar las actividades requeridas con el menor riesgo posible.

6 Bibliografía

- Cortés, J. M. Técnicas de prevención de riesgos laborales. Seguridad e higiene. Tébar, 2018.
- Evaluación de las condiciones de trabajo en un hospital terciario. Factores de riesgo en la actividad laboral - Dialnet (Internet). [citado 31 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=206523
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

- Salud laboral: prevención de riesgos laborales. Formación continuada Logoss. 10º edición. Temas 21, 22 y 23.

Capítulo 1169

ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO.

ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN

1 Introducción

El acoso laboral, acoso moral o psicológico en el lugar del trabajo, más conocido como "mobbing" tiene por objeto destruir la estabilidad psicológica del ser humano a través de una comunicación hostil, con carácter discriminatorio, ofensivo, humillante, violento, desprovisto de ética, caracterizada por el descrédito, desprestigio social, acoso persistente contra la dignidad del administrativo afectado con objeto de producir miedo o terror en su lugar de trabajo de forma sistemática por una o varias personas durante un tiempo prolongado.

Detrás de este acoso hay una intención evidente de hacer daño sobre la persona acosada, en ocasiones el acoso es consecuencia de un conflicto no resuelto. El personal administrativo puede ser víctima de abusos o acosos de diferente índole física, sexual o psicológica.

2 Objetivos

- Potenciar la formación e información sobre planes preventivos contra el acoso.
- Promover la sensibilización y prevención en materia de acoso.
- Adoptar las medidas apropiadas para proteger a los trabajadores ante el acoso laboral.
- Favorecer la visibilidad del acoso en los medios de comunicación.

3 Metodología

Investigación tipo revisión bibliográfica analizando y sintetizando diferentes artículos. Definición de objetivos y revisión literaria a través de buscadores con los siguientes descriptores de búsqueda: "acoso laboral", "formación", "información", "planes preventivos". Búsqueda en distintas bases de datos como Dialnet y Google Académico así como en otros buscadores y páginas web como redalyc.

4 Resultados

Los servicios de prevención de riesgos laborales de las instituciones sanitarias tienen un papel esencial en la detección temprana de la violencia interna en el trabajo, así como para proponer, a las direcciones correspondientes, posibles medidas de actuación. La administración sanitaria deberá asignarles los recursos necesarios para prevenir, gestionar y afrontar el riesgo.

Los principales organismos internacionales, entre ellos la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo, la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, apuestan por la legitimación de códigos de buenas conductas y fomento de políticas preventivas. Entre sus recomendaciones consensuadas están la elaboración de un Código de Buenas Prácticas y la elaboración de leyes que se ajusten a la realidad de este tipo definido de agresiones inscritas en los manuales de "prevención de riesgos laborales".

5 Discusión-Conclusión

La información, formación, investigación y los estudios sobre acciones encaminadas a identificar, paliar y erradicar el impacto de acoso laboral permiten ampliar el conocimiento y concienciación sobre el mismo en el entorno laboral.
Resulta imprescindible que las organizaciones sanitarias participen unificando esfuerzos para combatir este problema y hacer llegar al personal sanitario, el mensaje de que no hay que soportar presiones injustificadas de nadie para poder prosperar.

Se trata de un problema que, al final, afecta a pacientes y profesionales que deben dotarse de herramientas para luchar contra este problema. Es una responsabilidad del personal sanitario que tiene estos problemas, que afectan a su salud, de comunicarlo; es una responsabilidad de los compañeros que lo saben, de contarlo

y es una responsabilidad de las corporaciones profesionales de intervenir cuando tienen conocimientos de este tipo de casos.

Todas aquellas personas que conozcan situaciones de este tipo, deben denunciarlas y, aquellos que se sientan vulnerables, pedir ayuda. Aunque no es posible prevenir todos los actos de violencia laboral, ignorarla es un factor de riesgo.

La prevención parece por el momento la mejor baza para confrontar el problema y las investigaciones sociológicas el mejor camino para reconocer la realidad social multifactorial implicada.

6 Bibliografía

- Amico H. Estudio "Valoración del riesgo psicosocial por el mobbing en el personal de salud". Departamento de Neurología y Enfermería Hospital Diego E. Thompson de la Municipalidad de Gral. San Martín de Buenos Aires, Argentina; 2009.
- Norberto Lembo, Mauricio y A. Abadi. Acoso laboral, mobbing. Implicancias psicológicas, psicosomáticas, sociales, económicas y jurídicas. Ananke; 2008.
https://www.redalyc.org/busquedaArticuloFiltros.oa?q=prevencion%20sobre%20acoso%20laboral
https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=7116
https://www.compromisorse.com/rse/2014/03/24/los-5-factores-del-mobbing-segun-la-oms/
http://www.leymann.se/mobbning-arbetsplatser

Capítulo 1170

FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN

1 Introducción

La educación para la salud es un proceso de comunicación mediante el cual individuos y grupos de personas aprenden a comportarse favoreciendo la promoción, mantenimiento o restauración de la salud.

Es imprescindible que se consideren todos aquellos problemas sobre los que hay que informar y mentalizar para conseguir cambios en la conducta ya que una actitud de prudencia es un buen método preventivo.

2 Objetivos

- Conocer la educación para la salud desde la perspectiva del auxiliar administrativo.
- Potenciar la formación e información en educación para la salud de los trabajadores.
- Analizar los recursos humanos y técnicos más adecuados para la formación en educación para la salud.
- Favorecer un cambio de actitud en relación a la educación para la salud.

3 Metodología

Se realiza una investigación tipo revisión bibliográfica analizando, sintetizando y discutiendo diferentes artículos.
Se definen los objetivos y se realiza una revisión literaria a través de diferentes buscadores con los siguientes descriptores de búsqueda: “auxiliar administrativo”, “educación”, “formación”, “información”, “problemas” y “salud”. Se lleva a cabo la búsqueda en la base de datos PubMed así como en otros buscadores y páginas web: INSST y Ministerio de Sanidad.

4 Resultados

La educación para la salud es fundamental, debiendo hacerla llegar a cada profesional de la manera más clara y concisa posible a través de los medios educativos y audiovisuales más eficaces para conseguir los fines perseguidos. Si el personal tiene buena formación, los riesgos se reducen de forma significativa.

5 Discusión-Conclusión

Tanto la información como la formación de cada trabajador tienen como objetivo ampliar el conocimiento de estos y concienciarlos en el cambio de actitud que les lleve a unas mejoras y más seguras condiciones de trabajo. Resulta imprescindible disponer de recursos humanos y técnicos adecuados e innovadores para esta formación tales como cursos, jornadas, charlas, etc, además del uso de las nuevas tecnologías.

6 Bibliografía

- https://www.mscbs.gob.es.
- https://www.easp.es
- https://ocw.unican.es

Capítulo 1171

FIGURA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL

ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN

1 Introducción

Se puede definir la ergonomía como el conjunto de ciencias y técnicas cuyo objeto es la adecuación entre el puesto de trabajo y la persona, reduciendo los efectos negativos sobre la salud del trabajador (ruidos, posturas, movimiento, carga mental y física, etc.). Por ello, se puede decir que la ergonomía se ocupa del bienestar posicional del trabajador.

Día a día se incrementa la cantidad de profesionales vinculados al área de la salud, que alertan y difunden consideraciones sobre higiene postural respecto al trabajo en oficinas. El estar sentado por tiempo indefinido, es más dañino por varias razones: la circulación sanguínea, especialmente en las piernas, hacia donde debe ir y retornar, no cumple su tarea con la misma eficacia si no hay movimiento que la ayude. Por otra parte, la columna vertebral, que debería mantenerse erguida, a menudo es maltratada con la pésima costumbre de inclinarse hacia el escritorio y, sobre todo, hacia el teclado del ordenador. Esto, sumado al estrés, que va poniendo tensos los músculos, termina por hacer presión sobre las vértebras, ocasionando leves molestias o desplazamientos de esos delicados huesos que, junto a los nervios, componen un intrincado mecanismo.

Así llega el dolor de espalda, y si a ello se suma el hecho de que la pantalla del ordenador no está frente al usuario, sino a un costado, el cuello sufrirá las con-

secuencias. Además los brazos, a menudo sin apoyo, deben realizar un esfuerzo adicional, del que rara vez somos conscientes, para darles a las manos la fuerza para apretar las teclas y movilizar el ratón. Todo ello, trae como consecuencia una serie de patologías como severos problemas de columna, síndrome de túnel carpiano, dolor de cuello y espalda, dolores de cabeza constantes, tendinitis y también molestias en hombros, piernas y otros problemas relacionados con la salud individual y colectiva.

Además, se consideran también como «males» la escasa movilidad frente a la mesa de trabajo, la posición inadecuada del teclado y ratón, la insuficiente iluminación, el ruido, la climatización, la calidad del aire que se respira, la dificultad en el uso y manejo de programas informáticos, la organización en el trabajo, entre otros.

2 Objetivos

- Analizar posiciones ergonómicas correctas.
- Detallar factores de riesgo de una mala higiene postural.
- Conocer distintas normas posturales
- Analizar consecuencias de una mala higiene postural.

3 Metodología

Se realiza una investigación tipo revisión bibliográfica analizando, sintetizando y discutiendo diferentes artículos.
Se definen los objetivos y se realiza una revisión de la literatura científica mediante la selección de publicaciones en distintas bases de datos, Dialnet y Google Académico, utilizando los siguientes descriptores de búsqueda: “ergonomía” ”higiene” y ”postural”.

La búsqueda bibliográfica fue completada con información obtenida en libros, guías, revistas y manuales.

4 Resultados

La mala postura y la desinformación sobre las posturas más ergonómicas a adoptar, provocan numerosos casos de dolor de espalda en el trabajador, permaneciendo como un gran problema de salud. En los últimos años, del 60% al

80% de la población ha padecido dolor de espalda siendo menos frecuente antes de los 20 años, coincidiendo con la edad laboral; después de los 60 años disminuye. Cerca del 90% de trabajadores que han padecido esta dolencia, sufrirán recidivas a lo largo de su vida.

Estamos ante un problema de salud con un fuerte impacto: el dolor como causa de sufrimiento, y la incapacidad resultante.

En este sentido, el riesgo que más afecta al profesional administrativo son las malas posturas, cuyos factores de riesgo se pueden encontrar ligados a la tarea (esfuerzo físico, duración, frecuencia, postura, pausas…), ligados a la carga (peso, forma y volumen, asas…) o ligados al espacio/ambiente de trabajo (espacio insuficiente, desniveles, superficie de tránsito…). Teniendo en cuenta estos factores, podrían darse efectos como fatiga física; efectos sobre los músculos como contracturas, calambres o rotura de fibras; efectos sobre tendones y ligamentos como esguinces o roturas; efectos sobre articulaciones como artrosis, artritis o hernias discales. En todo caso, los efectos se concentran, principalmente, sobre la espalda provocando lumbago, ciática…

Algunas de las medidas a tomar son:
- Procurar tener una base amplia de apoyo, separando los pies y manteniendo uno de ellos más avanzado que el otro.
- Asegurar la espalda, no doblarla de forma incorrecta, hacer uso de los músculos.
- Trabajar a una altura adecuada.

De la misma manera, existen otros riesgos ergonómicos como, por ejemplo, las posturas. En este caso es necesario ubicar los elementos necesarios a las alturas adecuadas, alterar la posición de sentado y de pie así como otras posturas que impliquen otro tipo de movimiento, evitar posturas forzadas, cambiar frecuentemente de postura, alterar brazos y piernas, combinar actividades que supongan la implicación de distintos grupos musculares, utilizar elementos adecuados para acceder a zonas altas así como flexionar las piernas y mantener la espalda recta para colocar materiales en niveles inferiores.

En el caso del uso de pantallas de visualización de datos, es importante colocar el teclado de manera que permita el apoyo del antebrazo y mano en la mesa, colocar frente a sí los elementos que se utilizan de forma frecuente, colocar la pantalla de manera que los ojos se sitúen a la altura del borde superior de esta, orientar la pantalla para evitar reflejos y deslumbramientos, relajar la vista periódicamente así como la realización de ejercicios de relajación con la cabeza, hombros y es-

palda para prevenir la aparición de posibles trastornos.

5 Discusión-Conclusión

La ergonomía e higiene postural, busca corregir y diseñar el ambiente laboral con el objetivo de disminuir riesgos asociados al tipo de actividad: movilidad restringida, posturas inadecuadas, iluminación deficiente, entre otros elementos, y sus consecuencias negativas sobre la salud y el bienestar de las personas, traduciéndose en lesiones músculo-esqueléticas en hombros, cuello, manos y muñecas, problemas circulatorios, molestias visuales, y un largo etc. La prevención de riesgos laborales depende, en gran medida, de que el equipamiento que se utilice, cumpla con los atributos de calidad para disminuir en buena parte las molestias de tipo postural.

Los accidentes por suelos resbaladizos, tropiezos o golpes con el mobiliario, etc. son una de las principales causas de siniestralidad laboral, suponiendo periodos de baja más prolongados y mayores costes respecto al total de accidentes. La ausencia de formación específica y la realización de posturas inadecuadas son los principales factores determinantes de riesgo y es que los problemas posturales son cada vez más frecuentes.

En este sentido, es necesario conocer efectos asociados para adoptar las medidas necesarias para prevenir y/o reducir los mismos. Una adecuada formación e información es un buen modo de impedir su aparición.

6 Bibliografía

- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo." Prevención de los Trastornos Musculo-esqueléticos de origen laboral". 2001.
- ASEPEYO. Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151. "POSERG: Evaluación Ergonómica de la Carga Postural". Marzo 2009. España.
- MAIGNE, J. Y. El dolor de espalda. 1ª edición. Barcelona. Paidotribo.1995
- https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5476839
- https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=47772
- http://uvadoc.uva.es/handle/10324/1205
- https://prevencionar.com/2012/02/28/ergonomia-en-trabajos-de-oficina/

Capítulo 1172

CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DE INTRAOPERATORIO

JULIO MATANZAS SUAREZ

BEGOÑA PEREZ PATRICIO

LORENA GUTIERREZ ROMO

ANA MARIA SUÁREZ VEGA

1 Introducción

El proceso quirúrgico lo abordamos desde el prisma de la seguridad clínica en todo el entorno quirúrgico para garantizar la seguridad de nuestros pacientes frente a errores que causen morbilidad y/o mortalidad evitables. El recorrido a través de múltiples profesionales y entornos diferentes, hace necesario introducir aquellas medidas oportunas para una adecuada transferencia de información.

La atención a las necesidades biopsicosociales del paciente quirúrgico dado que los cuidados de enfermería en el quirófano deben de ser concretos y específicos para este tipo de pacientes.

El paciente puede ingresar en el hospital uno o más días antes de una operación quirúrgica programada. Para confirmar el diagnóstico médico, pueden estar indicados.

Los estudios radiológicos, endoscópicos u otros estudios diagnósticos. Las enfermedades sistémicas o crónicas, como las cardíacas o la diabetes, deben estar, bajo control. Los criterios de admisión se establecen según normativas del personal médico. La situación aguda de la enfermedad o el estado general de salud del paciente, así como la operación quirúrgica a realizar, ayudarán a decidir si el paciente debe ingresar en el hospital para el preoperatorio o puede llegar el mismo día de la operación quirúrgica.

La mayoría de los pacientes que permanecen en el hospital durante el postoperatorio ingresan el mismo día en que está programada la operación quirúrgica. Frecuentemente denominados como "ingresos de la mañana", estos pacientes pueden ser preparados para la operación quirúrgica en una unidad de admisión de estancia corta, antes de ser trasladados al departamento de quirófano. Algunos hospitales tienen un área preoperatoria de registro dentro del departamento de quirófano.

Desde el quirófano, estos pacientes pueden ir a la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA), para recuperarse de la anestesia, antes de ser trasladados a una unidad de enfermería quirúrgica. Algunos lo serán directamente a la unidad de cuidados intensivos (UCI). La magnitud de la operación quirúrgica y la necesidad postoperatoria de cuidados complejos determinarán cuándo puede el paciente ser dado de alta sin riesgo.

2 Objetivos

- Identificar cómo proporcionar todos los cuidados de enfermería necesarios para que la intervención se lleve a cabo de forma eficiente y eficaz.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados intraoperatorios, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, paciente quirúrgico, cuidados intraoperatorios. Se excluyeron aquellos documentos que fueran escritos en idiomas distintos al castellano e inglés y que carecieran de libre acceso.

4 Resultados

Los procedimientos previos al ingreso, el cirujano puede escribir órdenes específicas para otras preparaciones preoperatorias que resulten apropiadas.
1. Preparación del intestino. Cuando es conveniente que el intestino y el recto estén vacíos (p.ej., en operaciones gastrointestinales, como resecciones de parte del intestino, endoscopias y operaciones en las áreas pelviana, perineal o perianal) pueden ordenarse "enemas hasta que salga limpio". También puede prescribirse una purga intestinal, con una solución oral que produzca diarrea, para que se vacíe de heces el intestino. Las soluciones, como Golytely o Colyte, limpian normalmente el intestino en 4 a 6 horas. Durante la diarrea se pierde potasio, por lo que debe verificarse el potasio sérico antes de la operación quirúrgica. Los pacientes ancianos, muy delgados y desnutridos son propensos a otras alteraciones de los electrólitos a causa del lavado intestinal.
2. Ducha. Antes de una operación pelviana o vaginal puede ordenarse una ducha vaginal de limpieza.
3. Rasurado. A veces es necesaria la eliminación de pelo de la zona quirúrgica y las áreas circundantes.
4. Sedación para dormir la noche anterior.
5. Enseñanza de: ejercicios de respiración profunda, a toser y a ejercitar las piernas.

Colocación de un enema: Generalmente es el personal auxiliar de enfermería quién se encarga de la administración de los enemas, por ello describimos la descripción de la técnica.
Material necesario:
- Sonda rectal.
- Irrigador.
- Pinzas de Pean.
- Gasas.
- Cuña.
- Guantes.
- Lubricante (anestésico) hidrosoluble.
- Empapadores.

Procedimiento:
1. Explicar al paciente el procedimiento y utilidad.
2. Colocarlo en posición de Sims izquierda, que es en decúbito lateral izquierdo con la pierna flexionada.

3. Llenar el irrigador con agua a 24-35 ºC en solución jabonosa, la cantidad será la determinada por el médico.
4. Preparar el equipo eliminando el aire de la sonda y conectando el tubo para su administración.
5. Aplicar el lubricante en el extremo distal de la sonda rectal que se introducirá en el ano.
6. Introducir la sonda unos 15-20 cm. en el recto.
7. Conectar la sonda al irrigador, y comenzar a pasar el líquido lentamente, para luego ir aumentando la velocidad.
8. Cambiar a la posición de decúbito lateral derecho, retirar la sonda y animar al paciente para que retenga el enema unos 5-10 minutos.
9. Se pasa a la posición de decúbito supino y colocar la cuña para eliminar el enema.
10. Anotar la técnica, hora, solución utilizada y volumen de líquido empleado y recuperado.
11. Registrar efectividad.

El paciente puede llevarse al departamento de quirófano unos 45 minutos antes del tiempo programado para la operación. Para su seguridad, se le transporta por medio de una camilla de transporte (tipo Gurney). La camilla debe empujarse desde el extremo de la cabecera, de forma que vayan por delante los pies del paciente. Los movimientos rápidos a través de los pasillos y al girar en las curvas pueden ocasionar vértigo y náusea, especialmente si el paciente ya ha sido medicado. El paciente puede ir más cómodo si se levanta el extremo de la cabecera de la camilla. Hay ascensores asignados "sólo para uso de quirófano". Ésto asegura la privacidad y minimiza la contaminación microbiana. Durante el transporte, el paciente debe ir cómodo, caliente y seguro. Se levantan las barras laterales de la cama y se abrochan las correas de seguridad. El paciente debe ser instruido para que guarde sus brazos, manos y dedos dentro de las barras laterales.

Durante el transporte, para evitar lesiones al pasar por las puertas. Las bolsas de solución i.v. colgadas de los pies de goteo durante el transporte deben ir firmemente aseguradas y colocadas lejos de la cabeza del paciente para minimizar el peligro de lesión en caso de caerse el recipiente. Un enfermero de la unidad o un auxiliar de enfermería debe permanecer con el paciente hasta su relevo por un enfermero perioperatorio o anestesista, a quien le entregará la historia clínica del paciente. Si el paciente tiene alguna dificultad del lenguaje o es sordo, puede acompañarlo un intérprete hasta el quirófano, permaneciendo allí hasta la inducción de la anestesia.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de las actividades que se desarrollan a su alrededor, los pacientes pueden sentirse más solos en un área de espera que en cualquier otra ubicación. El tiempo pasa lentamente; la ansiedad puede ir en aumento. Una expresión compasiva en los ojos y en la voz, y un ligero contacto tranquilizador de la mano, pueden transmitir una sensación de interés y comprensión. Un paciente ansioso busca al enfermero para obtener consuelo,tranquilidad y atención.

Si el paciente está somnoliento, debe evitarse toda conversación innecesaria. Sin embargo, el enfermero debe contestar a sus preguntas y velar por la comodidad del paciente.

Una atmósfera de quietud y descanso le permite al paciente obtener todas las ventajas de la premedicación. Algunas áreas de espera y algunos quirófanos tienen altavoces con música grabada. La música desvía la atención de los otros muchos sonidos del entorno.

La música, con un ritmo lento y fácil, y a un volumen bajo, conduce a la relajación. La música conocida agrada y relaja más, porque el paciente puede asociarla con experiencias pasadas agradables. Algunas instalaciones proveen auriculares o cascos para que el paciente pueda escuchar la música de su elección. Los auriculares también amortiguan las conversaciones y los ruidos extraños.

La música desvía la atención de los otros muchos sonidos del entorno. La música, con un ritmo lento y fácil, y a un volumen bajo, conduce a la relajación. La música conocida agrada y relaja más, porque el paciente puede asociarla con experiencias pasadas agradables. Algunas instalaciones proveen auriculares o cascos para que el paciente pueda escuchar la música de su elección. Los auriculares también amortiguan las conversaciones y los ruidos extraños.

El bienestar del paciente y sus necesidades individuales tiene prioridad sobre todas las demás actividades, antes y durante la inducción de la anestesia. El paciente es la persona más importante en el quirófano. En este momento de estrés, el paciente necesita la presencia física de una persona de confianza, competente y compasiva. El paciente espera que el enfermero circulante conozca sus problemas y enfermedades y esté dispuesto a ayudarle a aliviarlos; además, percibe la actitud del enfermero de aceptación o rechazo. Por consiguiente, el comportamiento de éste puede afectar al paciente de manera positiva o negativa.

La manera en la que se dicen y se hacen las cosas es tan importante como lo

que se ha dicho y se ha hecho. Los seres humanos reaccionan a través de sus sentidos. El efecto positivo del contacto físico es una comunicación no verbal muy útil para establecer la relación mutua enfermero-paciente en poco tiempo. Coger con afecto la mano de un paciente o colocarle una mano en el brazo durante la inducción de la anestesia, o durante cualquier procedimiento doloroso, puede hacer mucho por aliviar la ansiedad y obtener su confianza.

Los profesionales de la enfermería son las figuras centrales del cuidado del paciente, y pueden hacer mucho para aliviar su miedo y darle seguridad. Los preparativos preoperatorios pueden influir en el resultado de la operación quirúrgica.

6 Bibliografía

1. Lucy Jo Atkinson, Nancymarie Fortunato; Técnicas de quirófano; versión en español de la 8ª edición de la obra original en inglés.
2. Auxiliar de Enfermería. 2ª Edición. Evangelina Pérez y Ana Fernández. McGrawHill.
3. Comunicación no verbal en el enfermo prequirúrgico. Revista Rol de Enfermería.
4. Enfermería Médico-Quirúrgica/Long-Phipps. Volumen 9. Interamericana McGraw- Hill
5. Psicoprofilaxis quirúrgica. 2ª Edición. 1990. Eduardo Mardarás Platas. Ediciones Rol. Enfermería psicosocial y Salud Mental. Editorial Masson 1997. 2320

Capítulo 1173

CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON NECESIDADES DE ALIMENTACION E HIDRATACIÓN

JULIO MATANZAS SUAREZ

ANA MARIA SUÁREZ VEGA

BEGOÑA PEREZ PATRICIO

LORENA GUTIERREZ ROMO

1 Introducción

Según investigaciones de la Organización Mundial de la Salud, 1 de cada 10 personas se enferma por consumir alimentos contaminados en el mundo y cada 75 segundos una de ellas muere. La alimentación básica adaptada es una alimentación modificada para hacerla adecuada. Es útil en pacientes con problemas de masticación o con dificultad para la deglución de líquidos (dietas trituradas de alto valor nutricional, modificadores de la textura, enriquecedores de la dieta).

Una alimentación sana consiste en incorporar una gran variedad de alimentos a nuestra dieta diaria, puesto que no existe ningún alimento que reúna todos los nutrientes esenciales para nuestro organismo.

Los nutrientes son las sustancias químicas vitales para el crecimiento y mantenimiento del organismo, ya que son las encargadas de aportar al organismo humano: Energía (función energética). Materiales de las estructuras y tejidos celulares (función estructural). Factores necesarios para las reacciones químicas celulares (función reguladora). Si bien algunos nutrientes pueden sintetizarse en el propio organismo, la mayoría de ellos se obtienen a través de la alimentación. Por ello, es importante que nuestra dieta nos garantice un aporte equilibrado de estos componentes básicos: Hidratos de carbono, Proteínas, Lípidos, Minerales, Vitaminas,Agua. De este modo, un consumo moderado de estos nutrientes y nuestros hábitos de vida permitirá que nuestro cuerpo se estructure y funcione correctamente, sin caer en la obesidad o toxicidad (por exceso de estas sustancias) o la desnutrición o deficiencia (por su escasez).

Nuestra sociedad dispone de la dieta mediterránea, que reúne todas estas características y sus beneficios sobre nuestra salud han sido confirmados en varios estudios. Como consumidores podemos contribuir a lograr alimentos más inocuos en casa, al manipular o preparar nuestros platos de manera adecuada.

2 Objetivos

- Identificar la importancia de la nutrición y alimentación saludable.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los objetivos nutricionales tienen como finalidad promover la salud, reducir el riesgo de desarrollar patologías relacionadas con la alimentación y controlar enfermedades específicas causadas por una ingesta excesiva o insuficiente de ciertos alimentos.

En los últimos años, los hábitos alimenticios han cambiado mucho en España. El estilo de vida actual, las prisas y la falta de tiempo impiden a muchas personas mantener una alimentación saludable.

La mayoría de las personas se nutren de manera deficiente debido a su excesivo consumo de proteínas, grasas de origen animal, alcohol, calorías y azúcares. Esto repercute en carencias de nutrientes que pueden incidir en el bienestar e incrementar el riesgo de padecer enfermedades y problemas de salud. De hecho, diferentes estudios han demostrado que algunas de las patologías más comunes en los países desarrollados, como los problemas cardiacos, la hipertensión arterial, la osteoporosis, la diabetes, la obesidad o los trastornos digestivos, pueden estar directamente vinculadas a los hábitos alimenticios y nutricionales de las personas.

Los nutrientes son las sustancias químicas vitales para el crecimiento y mantenimiento del organismo, ya que son las encargadas de aportar al organismo humano:
- Energía (función energética).
- Materiales de las estructuras y tejidos celulares (función estructural).
- Factores necesarios para las reacciones químicas celulares (función reguladora).

Si bien algunos nutrientes pueden sintetizarse en el propio organismo, la mayoría de ellos se obtienen a través de la alimentación. Por ello, es importante que nuestra dieta nos garantice un aporte equilibrado de estos componentes básicos:
- Hidratos de carbono
- Proteínas
- Lípidos
- Minerales
- Vitaminas
- Agua

De este modo, un consumo armónico de estos nutrientes y nuestros hábitos de vida permitirá que nuestro cuerpo se estructure y funcione correctamente, sin caer en la obesidad o toxicidad (por exceso de estas sustancias) o la desnutrición o deficiencia (por su escasez).

El hombre obtiene esta energía que necesita a través de los alimentos, concretamente a partir de algunos de los nutrientes contenidos en ellos: proteínas, grasas e hidratos de carbono, siendo éstos los únicos nutrientes que, junto con el alcohol, proporcionan energía. Las mejores fuentes de carbohidratos (frutas, verduras y

granos enteros) proporcionan vitaminas y minerales esenciales, al igual que fibra y fitonutrientes a las células del cuerpo.

La primera ingesta es la comida más importante del día. Después de ocho horas de sueño, los primeros alimentos que tomamos son los encargados de aportar los nutrientes necesarios para empezar la jornada con vitalidad. Así lo dice el refrán ”Desayuna como un rey, come como un príncipe y cena como un mendigo”.

5 Discusión-Conclusión

El hábito alimentario, también conocido como régimen alimentario o a veces como dieta, es el conjunto de sustancias alimentarias que se ingieren formando hábitos o comportamientos nutricionales de los seres humanos y forma parte de su estilo de vida, proviene del término griego díaita que significa ”modo de vida”.

La pirámide nutricional nos indica la frecuencia con la que debemos consumir cada grupo de alimentos, a fin de lograr de nutrientes necesario para nuestro organismo. En la base de la pirámide se ubican aquellos alimentos que deben estar más presentes en nuestra dieta, y en la cúspide de la misma, aquellos que deben tomarse en menor cantidad.

Para una buena alimentación hay que:
1. Eligir alimentos variados.
2. Los productos ricos en hidratos de carbono han de constituir la base de tu alimentación.
3. ¡No renunciar a frutas y verduras!
4. Controlar tu peso y mantenerte en forma.

Comer equilibradamente: reduce las cantidades, sin renunciar a ningún alimento. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada, combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede debilitar el sistema inmunológico, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental y reducir la productividad.

Hay mucha información contradictoria alrededor de cuál debería ser la frecuencia ideal de comidas durante el día. Muchos nutricionistas, de hecho, sugieren que desayunar ayuda a la quema de grasas y que comer entre cinco y seis veces al día previene que el metabolismo se desacelere.

En consecuencia, más que de una vida sana hay que hablar de un estilo de vida

saludable del que forman parte un aspecto físico fresco, jovial y lleno de energía y salud, es necesario aprender a comer adecuadamente. ... La educación nutricional es muy importante y promueve estilos de vida saludables.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino - Alimentación
2. Portal Salud-UE - Alimentación
3. Ana Berta Pérez-Lizaur; Leticia Marván-Laborde (2009). «Alimentos equivalentes». Archivado desde el original el 19 de diciembre de 2009.
4. Moe Byrd-Bredbenner, BerningBeshgetoor: Perspectivas en nutrición. Canadá:McGrawHill, cuarta edición.
5. Sands DC, Morris CE, Dratz EA, Pilgeram A (noviembre de 2009). «Elevating optimal human nutrition to a central goal of plant breeding and production of plant-based foods».

Capítulo 1174

GESTIÓN DE RESIDUOS QUE HACE EL COCINERO DE UNA COCINA HOSPITALARIA

IVÁN BERDIALES MENÉNDEZ

1 Introducción

La producción de basura en una cocina es inevitable, los alimentos generan desperdicios y los envases en los que vienen también. Es un tema importante a tratar ya que puede constituir un problema sanitario cuando existe acumulación de desperdicios.

El manejo correcto de residuos debe realizarse conscientemente, tienen un alto contenido orgánico y por tanto contienen microorganismos y provocar enfermedades. Las cocinas hospitalarias deben tener expreso cuidado con los microorganismos y las posibles plagas ya que en un hospital las medidas higiénicas deben extremarse.

Deben tenerse en cuenta el diseño de instalaciones para la gestión de la basura y los materiales y su ubicación tienen que estar claros a la hora de manipular los residuos.

2 Objetivos

Tendremos como objetivo conocer los métodos de reciclaje en una cocina hospitalaria y los problemas que origina no tratar los residuos de manera correcta.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con la clasificación de residuos.

La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
• Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
• Revisión de manuales de actuación de hospitales.
• Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.

Los términos utilizados para la búsqueda han sido "residuos", "reciclaje", "cocina", "cocina hospitalaria".

4 Resultados

Los tipos de residuos que se generan no son solo orgánicos provenientes de los alimentos, si no que también se generan residuos plásticos, vidrios, cartón y también residuos de origen químico. Muchos de estos residuos se pueden reciclar, se hará en el contenedor correspondiente, en el contenedor verde para cristal y vidrio, contenedor azul para envases y materiales de papel y cartón, contenedor amarillo para envases y materiales de plástico y latón, tetra bricks y latas de conserva y bebida, contenedor gris o marrón para los residuos orgánicos.

Los desechos grasos, como el aceite proveniente de frituras o latas, debe ser recogido por una empresa especializada, nunca se deben tirar por el fregadero. EL reciclaje de los productos grasos es obligatorio ya que es un material muy contaminante, alrededor de 1000 litros de agua se pueden contaminar con un solo litro de aceite usado. Cuando se tratan se utilizan para la producción de jabones u otras cosas en la industria química. La Ley 22/2011 de 28 de julio de residuos y suelos contaminantes, el Plan Nacional Integrado de Residuos, los consejos de la Estrategia Temática sobre el Uso Sostenible de Recursos Europea y la Política de Energía Europea de producción de energía renovable, son algunas de las normas a cumplir en relación a los residuos grasos.

Una vez atajado el problema de las grasas, se deben tener en cuenta que el

resto de residuos también deben ser tratados con el mismo cuidado. Igual que se mantienen los espacios de almacenamiento limpios, la clasificación de residuos debe realizarse con organización, todo ello para evitar la contaminación alimentaria.

La instalación de contenedores debe ser tomada a conciencia, deben de ser de materiales resistentes y con la suficiente capacidad para todo el residuo generado habitualmente. El lugar donde se pondrán serán zonas en las que sea fácil limpiar y desinfectar, también debe evitarse que estén cerca de la zona donde se manipulan los alimentos. Debe de disponerse de toma de agua, sumidero de rejilla y cierre hermético para evitar el paso de insectos y roedores que son portadores de todo tipo de infecciones y enfermedades.

Se debe retirar la basura de la cocina para evitar contaminaciones y malos olores, los cubos antigoteo serán una buena medida para evitar contaminaciones y plagas, se deben limpiar los contenedores con bastante frecuencia ya que la suciedad de los cubos puede generar microorganismos.

Todas estas precauciones deben llevarse a cabo por todo aquel que manipule alimentos, incluido los cocineros. La gestión de residuos forma parte de la organización de la cocina y de la higiene, por tanto, debe ser parte fundamental de cada turno de cocina en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Se toma como conclusión que la gestión de residuos debe de realizarse adecuadamente para que el funcionamiento de la cocina sea adecuado y para que la higiene de la misma sea la correcta. Es importante que la clasificación de la basura se haga correctamente ya que hoy en día la responsabilidad ambiental es grande, se debe tener en cuenta que el buen reciclaje evita contaminación y ahorra recursos naturales.

Los cocineros y el personal de cocina debe estar concienciado con el ahorro de recursos, deben de realizar los menús y calcular las cantidades necesarias para su realización, así los deshechos serán minimizados y la generación de residuos será menor.

Toda precaución con la higiene en la cocina es poca y por ello los desechos deben tratarse con la precaución correspondiente para evitar contaminar a otros alimentos.

6 Bibliografía

- Lund, H. F., & Monzón, J. I. T. (1996). Manual McGraw-Hill de reciclaje (No. 628.4458 L8M3). McGraw-Hill.
- Careaga, J. A. (1993). Manejo y reciclaje de los residuos de envases y embalajes (No. 4). Instituto Nacional de Ecología.
- Medina, M. (1997). Manejo de desechos sólidos y desarrollo sustentable. Económicas CUC, 25(1), 59-71.
- Restrepo, J. E. (2012). El desarrollo sostenible y el reciclaje del aceite usado de cocina a la luz de la jurisprudencia y el ordenamiento jurídico colombiano. Producción+ limpia, 7(1), 109-122.
- Albarracín, P., Garay, F., Di Bacco, V., González, M., Tereschuk, M., Chauvet, S., & Genta, H. (2010). Estudios de caracterización de aceites usados en frituras para ser utilizados en la obtención de jabón. Investigación y desarrollo, 32, 1-7.
- Ávila, C., Tunala, J., Erazo, G., Mena, L., & Rodríguez, R. (2014). Reciclaje de aceite vegetal de frituras para uso como biocombustible en motores diesel en diferentes proporciones. Energía, (3), 10.
- Ortiz, Á. V., Pico, R. I., & Tovar, C. T. (2017). Alternativas para el aprovechamiento integral de residuos grasos de procesos de fritura. Teknos Revista Científica, 17(1), 21-29.

Capítulo 1175

AGRESIONES EN LOS CENTROS DE TRABAJO

JORGE LUIS RODRIGUEZ ALONSO

MARIA DEL ROSARIO MONTES ESCOBIO

1 Introducción

La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema mundial, cruzando fronteras, ambientes de trabajo y grupos ocupacionales. No hay una ocupación inmune a la violencia en el trabajo. Sin embargo, la violencia en el trabajo (física o psicológica) tiende a concentrarse en ciertas ocupaciones, están más expuestas aquellas personas cuyo trabajo es de atención directa al público y son especialmente vulnerables las mujeres. El sector público, el sector servicios y la atención sanitaria, se convierten en profesiones de "alto riesgo".

Los profesionales encargados de velar por la salud de la población, han sido, son y serán víctimas de actos agresivos. Las agresiones a los profesionales sanitarios perpetradas por los usuarios constituyen un problema grave y de importantes consecuencias que hasta fechas recientes era prácticamente desconocido y posteriormente ha permanecido silenciado por su escasa denuncia. Para concluir esta breve introducción, en el ámbito sanitario existen unos puestos de trabajo ocupados por unos profesionales encargados de vigilar y mantener la salud de la población. Estos trabajadores en el desempeño de su actividad laboral pueden sufrir actos agresivos, convirtiéndose en víctimas. Se debe garantizar la seguridad y la salud de estos trabajadores, por lo que el estudio y comprensión de estos sucesos es fundamental para su prevención.

2 Objetivos

- Hacer una reflexión sobre las diferencias y similitudes sobre un factor de riesgo psicosocial tan importante como es la violencia en el trabajo en cualquiera de sus manifestaciones.
- Ser una herramienta útil y práctica sobre cómo reconocer dichos fenómenos y como combatirlos.
- Reconocer e identificar los comportamientos de violencia relacionados en el trabajo.
- Identificar, delimitar y evaluar el fenómeno de la violencia laboral en el trabajo en un contexto general.

3 Metodología

En la metodología empleada para la realización de este trabajo, el medio fundamental, ha sido la revisión bibliográfica; he tomado como recurso básico la revisión bibliográfica y documental; Este trabajo requiere la búsqueda detenida de información sobre problemas en el ámbito de trabajo.

Se ha comenzado realizando una lectura detenida de los documentos seleccionados, para después analizarlos e interpretarlos, por último, ofrecer una visión completa y específica de lo planteado.

4 Resultados

La violencia laboral puede ejercerse de distintas formas, algunas claramente visibles y otras no tanto, pero igual de dañinas. La violencia laboral puede traducirse mediante:
- Agresión física: toda conducta que directa o indirectamente esté dirigida a ocasionar un daño físico sobre el trabajador o la trabajadora.
- Acoso sexual: toda conducta o comentario reiterado con connotación sexual basados en el poder, no son consentidos por quien lo sufre.
- Agresión sexual: cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con violencia y sin consentimiento.

Factores de riesgo:
- Escasez de personal. Plantillas inadecuadas.
- Masificación en salas de espera y/o mal diseño del espacio.
- Existencias de tiempos de espera excesivos para la atención.

- Burocracia en las gestiones.
- Ausencia o déficits de medidas de seguridad.
- Trabajo con personas en dificultad.
- Atención en situaciones de urgencia / emergencia.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que es necesaria la elaboración de un protocolo que proporcione pautas de actuación a seguir en el centro de trabajo:
- Asegurar la asistencia sanitaria y psicológica.
- Asegurar el apoyo jurídico y legal.
- Sancionar al agresor/a considerando los actos violentos como infracción administrativa y en su caso como delito.
- Realizar la evaluación de los riesgos laborales relacionados con la violencia y agresiones.
- Planificación preventiva de estos riesgos.
- Información y formación específica sobre estos riesgos.
- Consulta y participación de los trabajadores para establecer protocolos de actuación ante estos riesgos.
- Establecer pautas de actuaciones claras y eficaces ante los incidentes violentos y agresiones protegiendo a las posibles víctimas.

6 Bibliografía

- Marinas-Sanz R, Martínez-Jarreta B, Casalod Y, Bolea M. Las agresiones a profesionales sanitarios en España: "análisis tras la reciente modificación del Código Penal". Medicina Clínica. 2016 Marzo; 147(1).
- Martínez León M, Irurtia Muñiz MJ, Martínez León C, Crespo Sierra MT, Queipo Burón D. Estudio de las agresiones a los profesionales sanitarios. Revista de la Escuela de Medicina Legal. 2011 Junio;(17).
- Martínez León M, Queipo Burón D, Irurtia Muñiz MJ, Martínez León C. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en CyL (España). Revista Española de Medicina Legal. 2012 Enero; 38(1)
- Confederación Sindical de CCOO Elaboración: Documento elaborado conjuntamente por la Secretaría Confederal de Mujer e Igualdad de CCOO y las Secretarías de la Mujer de las Federaciones estatales de Servicios a la Ciudadanía (FSC), Enseñanza y Sanidad de CCOO. Diseño: Secretaría Confederal de Organización y Comunicación de CCOO Madrid, octubre de 2016.

Capítulo 1176

COMUNICACIÓN Y LENGUAJE EN EL ENTORNO LABORAL.

JORGE LUIS RODRIGUEZ ALONSO

MARIA DEL ROSARIO MONTES ESCOBIO

1 Introducción

Este capítulo trata de destacar la importancia de la comunicación en el trabajo y en la sociedad, así como aumentar y mejorar la comunicación e incrementar las habilidades de ella misma.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de la comunicación en la sociedad.
- Reflexionar sobre la importancia de la comunicación no verbal.
- Dar una visión general para mejorar las habilidades en la comunicación oral.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: comunicación, lenguaje. Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.

Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.

Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

La importancia de la comunicación en la sociedad:
La comunicación es un proceso en el cual dos o más personas establecen un contacto. Es importante poder comunicarnos, la comunicación es importante, a través de ella la sociedad se entera de los cambios, actividades, sucesos. La comunicación no es solo lingüística, también nos comunicamos a través de la radio, teléfono, correo, a través de gestos entre otros medios.
La importancia de la escucha:
Escuchar es muy importante para una comunicación buena. Muchas veces nos centramos en la capacidad para hablar creyendo que hablar bien es un sinónimo de una buena comunicación y la capacidad de escuchar es más importante aún. Una de las habilidades de la comunicación es el arte de saber escuchar, la escucha activa.

Elementos para mejorar la escucha:
Evitar interpretar.
- Evitar que la información personal, o aspecto, para no dar otra interpretación del mensaje

Atención plena.
- Concentrase e intentar estar atento al mensaje.

Observar es la clave.
- El lenguaje corporal es importante, expresamos más con el cuerpo con las palabras.

Aprender a interpretar los silencios.
- El silencio es parte de la comunicación.

Preguntar para entender mejor.
- Si tienes alguna duda o algo no queda totalmente claro, lo mejor es encontrar el momento adecuado y preguntar las dudas. No aclarar dudas puede dar a malos entendidos.

Simpatía y respeto.
- Mostrar respeto y compresión hacia la persona que habla aunque no se esté de acuerdo en todo los que nos esté trasmitiendo.

Factores que indican una incorrecta escucha:
1. Terminar o interrumpir la conversación.
2. Escuchar para responder y no para entender.
3. Distraerse con elementos ajenos al tema.
4. Hacer gestos de desaprobación.
5. Tomar lo que dice de manera personal.
6. Generar juicios anticipados antes de escuchar por completo el dialogo.
Mejorar las habilidades en la comunicación:

Pautas para mejorar las habilidades de la comunicación:
1. Contacto visual: mirar a los ojos a la persona que habla, trasmite confianza. Seremos capaces de decir sin palabras a la persona con la que nos comunicamos que nos interesa y que estamos atentos.
2.Gesticula: un gesto puede convencer o persuadir mucho más que un discurso elaborado.
3. Ve al grano: enfocar tus ideas y no añadir relleno, para transmitir mensajes precisos.
4. Escucha antes de hablar: quien sabe escuchar no pierde información hace preguntas y comprende a su interlocutor.
5. Haz preguntas: hay que expresar nuestras dudas y admitir cundo no comprendemos una idea.
6. Lee: para mejorar nuestras habilidades de comunicación hablada y escrita, tener mejor ortografía y mejora nuestro vocabulario, puede crear temas de conversación.
7. Elige el medio correcto.
8. No interrumpas: no completar el discurso de otros con tus propias ideas o cambiar de conversación.
9. Practicar frente el espejo: observar a nuestros interlocutores e imitarlos de manera sutil.
10. Vincúlate: se puede conseguir muchas cosas de alguien si se inicia la conversación preguntado algo personal, teniendo una conversación.

5 Discusión-Conclusión

El dedicar tiempo en mejorar nuestra comunicación influye de manera muy positiva en nuestra calidad de vida, entorno, relaciones laborales y familiares. Cuando una comunicación es fluida y se controlan todos los elementos que intervienen en ella se evitan males entendidos y conflictos. Por ello creemos necesario que desde la empresa se debería facilitar la formación en la mejora de las habilidades en la comunicación.

6 Bibliografía

- WaaMonde-L.M., Técnicas de Comunicación hoy –I,ED,Mac Graw-Hill, Madrid 1994
- Devers Thomas; Aprenda a Comunicarse mejor- Expresión no verbal, actitudes y comportamientos- Editorial Grijarbo, Buenos Aires
- Secretaria de la Mujer de CC.OO., Técnicas de comunicación oral y escrita.

Capítulo 1177

LA DIRECCIÓN Y EL LIDERAZGO

ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La Dirección es un proceso social de adaptación de los recursos de una organización, a través de un plan lógico de acción, que consiga con la máxima productividad y rentabilidad, el mantenimiento de la misión-objetivo consensuada en dicha organización.

Dirección puede definirse como el proceso de trabajar con y a través de individuos y grupos, más otra serie de recursos, para alcanzar los objetivos organizativos.

Liderazgo se produce cada vez que se trata de influir en el comportamiento de un individuo o grupo.

Es un desafío en cualquier época, pero en tiempos de la globalización, la turbulencia de los cambios generados por la nueva economía multiplica los interrogantes y las opciones de las empresas.

Los líderes son hombres persiguiendo sus sueños, y por eso suelen ser inquietos, innovadores, apasionados y disciplinados, con el deseo de hacer lo que les gusta como premisa.

2 Objetivos

- Facilitar y apoyar el desarrollo de los colaboradores.
- Conocer los miembros de una empresa y potenciar sus valores, animándolos a innovar y aprender.

3 Metodología

Se puede interpretar y analizar el liderazgo desde dos perspectivas:
1. Como cualidad personal del líder.
2. Como una función dentro de una organización, comunidad o sociedad.

Si bien, en un inicio el liderazgo se definía preferentemente bajo esta primera perspectiva, en la actualidad, producto principalmente de investigaciones en el campo de la teoría de las organizaciones y de la administración, tiende cada vez más a predominar la concepción del liderazgo como una función dentro de las organizaciones y la sociedad.

En los albores de la historia el concepto de autoridad estaba rodeado por una aura mágico - religiosa. El líder era concebido como un ser superior al resto de los miembros del grupo, con atributos especiales. Un individuo al demostrar su superioridad ante la comunidad se convertía en el líder. Se consideraba que estos poderes o atributos especiales se transmitían biológica mente de padre a hijo o era un don de los dioses, es decir, nacían con ellos. Sin embargo, aún entonces, se buscó a través de la transmisión de conocimientos y habilidades crear líderes.

Teorías del liderazgo
Estas teorías parte de que el líder nace y no se hace, ya que los grandes líderes de la historia tienen unas características de personalidad que les hacen ser líderes.
- Visión de futuro, tiene claro dónde está y dónde quiere ir.
- Acepta el riesgo, es innovador, no teme al fracaso.
- Es creativo, es capaz de crear lo que no existe, está abierto a nuevas maneras de hacer las cosas.
- Inspira confianza en sus seguidores, es honrado, actúa a favor del bien común de forma ética.
- Está visible, presente, comprometido con el proyecto.
- Capacidad de comunicación, informa a la gente, contribuye a que se impliquen en el proyecto.

4 Resultados

Así pues podemos decir que la función de dirección consiste en:
-Establecer los objetivos de la empresa y los planes para conseguir esos objetivos (decidir el qué).

- Dotar de una organización y de los recursos humanos y materiales necesarios.(decidir el cómo).
Encargarse de dirigir, motivar y controlar a los trabajadores para que se cumplan sus planes.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados son el fruto de objetivos comunes, de motivación y estímulo, de confianza y de un proceso sistemático de mejora continua. La dirección eficaz y el liderazgo consiguen que los miembros de un equipo den lo mejor de sí mismos, se empleen al límite, queden satisfechos con lo que están realizando (hacen las cosas porque desean hacerlas). Es satisfacción y rendimiento, inseparablemente unidos. En esas condiciones las personas se sienten responsables, comprometidas, se entusiasman con el proyecto, aprenden continuamente.

En síntesis, liderazgo y dirección son dos formas de acción diferentes y complementarias. Ambas son necesarias para el éxito en un entorno empresarial cada vez más complejo y cambiante. Y ambos ejes deben ser desarrollados por las personas que desean gobernar las organizaciones y participar de manera decidida y activa en su futuro.

6 Bibliografía

- Arias, Fernando G. (1989). "Administración de Recursos Humanos". 4ª Edición. México: Editorial Trillas.
- Arias, Fernando L. Galicia; Heredia, Víctor Espinosa. (2004). "Administración de Recursos Humanos para el Alto Desempeño". 3ª. Edición. México: Editorial Trillas.
- Chiavenato, Adalberto. (2001) "Administración de Recursos Humanos". 5ª Edición. Colombia: Editorial McGraw Hill.

ciencia
sanitaria

cienciasanitaria.es